Gazdálkodás és menedzsment az egészségügyi intézményekben

Szerkesztette:

Boncz Imre, Ágoston István, Kovács Gábor, Endrei Dóra

Gazdálkodás és menedzsment az egészségügyi intézményekben

Szerkesztette:

Boncz Imre, Ágoston István, Kovács Gábor, Endrei Dóra

Medicina Könyvkiadó Zrt. ▪ Budapest, 2019

A könyv a Pallas Athéné Innovációs és Geopolitikai Alapítvány (PAIGEO) támogatásával készült:
„A pénzbeli és természetbeni ellátások arányai az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében a munkaerőpiaci folyamatok tükrében”
c. projekt keretében.

Lektorálta: Dr. Sebestyén Andor PhD, Habil

© Boncz Imre, Ágoston István, Kovács Gábor, Endrei Dóra, 2019
© Szerzők, 2019
© Medicina Könyvkiadó Zrt., 2019

E könyv szövege, ábraanyaga és mindenféle tartozéka szerzői jogi oltalom és a kizárólagos kiadói felhasználási jog védelme alatt áll. Csak a szerzői jog tulajdonosának és a könyv kiadójának előzetes írásbeli engedélye alapján jogszerű a mű egészének vagy bármely részének felhasználása, illetve többszörözése akár mechanikai, akár fotó-, akár elektronikus úton. Ezen engedélyek hiányában mind a másolatkészítés, mind a sugárzás vagy a vezeték útján a nyilvánossághoz való közvetítés, mind a digitalizált formában való tárolás, mind a számítógépes hálózaton átvitt mű anyagi formában való megjelenítése jogszerűtlen.

ISBN 978 963 226 716 6

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Felelős szerkesztő: Pobozsnyi Ágnes
A borítót tervezte: Bede Tamásné
Műszaki szerkesztő: Dóczi Imre
Terjedelem: 24,3 (A/5) ív
Azonosító szám: 4038

Nyomta és kötötte: Dürer Nyomda Kft., Gyula
Felelős nyomdavezető: Aggod István ügyvezető igazgató

A könyv szerzői

Dr. Ágoston István PhD
egészségbiztosítási szakember, jogász, PTE Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet egyetemi adjunktus, vezető jogi tanácsadó

Prof. Dr. Boncz Imre
közgazdasági szakokleveles orvos, PTE Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet egyetemi tanár, intézetigazgató, dékánhelyettes, PTE Klinikai Központ stratégiai elnökhelyettes

Csákvári Tímea
egészségügyi szervező (egészségbiztosítás szakirány), okleveles egészségügyi menedzser (MSc), PTE Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Szervező Tanszék szakoktató

Dr. Endrei Dóra PhD, Habil.
belgyógyászati angiológus szakorvos, okleveles egészségügyi menedzser (MSc), PTE Klinikai Központ általános elnökhelyettes, PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet egyetemi docens

Gazsó Tibor
okleveles egészségügyi menedzser (MSc), MBA, PTE Kancellária Egészségbiztosítási Osztály, osztályvezető, PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet PhD hallgató

Hegedüs Zsuzsanna
minőségügyi szakember, okleveles egészségügyi menedzser (MSc), PTE Klinikai Központ Minőségirányítási Igazgatóság

Prof. Dr. Kovács Gábor
orvos, jogász, igazságügyi orvosszakértő, tanszékvezető egyetemi tanár Széchenyi István Egyetem Bűnügyi Tudományok Tanszék

Láng Attila
egészségbiztosítási szakember, okleveles egészségügyi menedzser (MSc), PTE Klinikai Központ Egészségügyi Igazgatási Osztály, osztályvezető

Dr. Rauth Erika
főorvos, PTE Klinikai Központ, Kórházhigiénés Szolgálat

Dr. Zemplényi Antal PhD
közgazdász, egészségpolitikai szakértő (MSc), PTE Kancellária, egészségügyi gazdálkodási igazgató

Tartalomjegyzék

Előszó 115

1. Makrogazdasági környezet és egészségügyi finanszírozás 115
1.1. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldalának változása 115
Bevételi jogcímek 115
Egészségpolitikai versus gazdaságpolitikai járulék preferenciák 115
1.2. Az egészségbiztosítási alap kiadási oldalának változása 115
Főbb kiadási jogcímek 115
Az Egészségbiztosítási Alap kiadások reálértéke 115
Irodalomjegyzék 115

2. Az intézményi működés jogszabályi környezete 115
2.1. Bevezetés 115
2.2. Történelmi előzmények 115
2.3. Magyarország Alaptörvénye 115
2.4. Az egészségügyi törvény alapelvei 115
Fogalommeghatározások
Az egészségügyi ellátórendszer
Alapellátás
Járóbeteg-szakellátás
Fekvőbeteg-szakellátás
A további egészségügyi ellátások
Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei
Az egészségügyi szolgáltatás megkezdésének és gyakorlásának feltételei
2.5. A működési engedély kiadása
2.6. A tárgyi és személyi feltételrendszer
2.7. Az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alap és működési nyilvántartása
2.8. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása
Irodalomjegyzék

3. Az egészségügyi intézmények vezetése
3.1. Bevezetés
3.2. Egészségügyi közszolgáltatások
3.3. A gyógyintézetek vezetőjének és vezetőhelyettesének képesítési követelményei
3.4. A gyógyintézet vezetésének feladat- és hatásköre
3.5. Az egészségügyi felsőoktatási intézmény működése
Irodalomjegyzék

4. Költségvetés-tervezés az egészségügyi intézményekben
4.1. Bevezetés
4.2. Költségvetési gazdálkodás
4.3. A tervezést és gazdálkodást megalapozó irányelvek
A gazdálkodási felelősség és hatáskör szintjének meghatározása
A gazdálkodás centralizációja-decentralizációja
Felelősségi egységek besorolása
Külső környezet hatása a tárgyévi költségvetésre
Gazdálkodással kapcsolatos elvárások, szempontok
Tervezési irányelvek
4.4. Gazdasági terv összeállítása
Szolgáltatások tervezése
Teljesítményvolumen-keret alá eső teljesítmények tervezése
Teljesítményvolumen-keret alá nem eső teljesítmények tervezése
Egyéb bevételt biztosító szolgáltatások tervezése
Belső szolgáltatások tervezése
Források tervezése
Előzetes keret-felhasználási terv összeállítása
Törzskari kiadások tervezése
Központi szolgáltatások tervezése
Üzemi általános kiadások tervezése
Betegellátó egységek kereteinek meghatározása
Terviteráció, végleges keretterv összeállítása
A decentralizált dologi keretek egy lehetséges struktúrája:
A determinált személyi juttatások:
A nem determinált személyi juttatások:
Irodalomjegyzék

5. Kontrolling az egészségügyben
5.1. Kontrollingrendszerek
A kontrolling célja, hitvallása
A kontrolling eszközrendszere
5.2. Az egészségügyi intézmények kontrollingrendszere
A kontrolling bevezetése a hazai egészségügyi intézményekben
A kontrolling rendszerrel kapcsolatos vezetői elvárások
5.3. Kontrollingszemléletek az egészségügyi intézményekben
Pénzügyi szemlélet
Költség- és fedezetközpontú szemlélet
Benchmarking központú szemlélet
Érdekeltségen alapuló kontrolling szemlélet
Információ központú kontrolling szemlélet
5.4. Összefoglalás
Irodalomjegyzék

6. A személyi és tárgyi minimumfeltételek
6.1. Bevezetés
6.2. A minimumfeltételek rendeleti szabályozása
Általános előírások
6.3. Előírások a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményben
A fekvőbeteg-ellátó osztály működésének általános feltételei
Progresszivitási szintek
A fekvőbeteg-ellátás speciális formái.
A fekvőbeteg-ellátás minimum kapacitása
6.4. A minimumrendelet további elemei
6.5. Gyakorlati példa a szakmánkénti minimum feltételi előírásokra
6.6. Összefoglalás
Irodalomjegyzék

7. Minőségbiztosítás az egészségügyi intézményekben
7.1. A minőség általános meghatározása
7.2. Minőség az egészségügyben
7.3. Minőségbiztosítás az egészségügyi ágazatban
7.4. A minőségmenedzsment szerepe a minőségbiztosítás folyamatában
A minőségmenedzsment tevékenységek fogalmai meghatározása
A minőségmenedzsment elemei
7.5. Minőségügyi rendszerek alkalmazása az egészségügyi szolgáltatóknál
Szabvány alapú rendszerek
Standardok alkalmazása az egészségügyben
Önértékelésen alapuló rendszerek
7.6. Minőségfejlesztő technikák alkalmazása az egészségügyben
Irodalomjegyzék

8. Infekciókontroll az egészségügyi intézményekben
8.1. A leggyakoribb kórházi fertőzések
8.2. Az infekciókontroll tevékenység és tartalma
8.3. Betegbiztonság, minőségi betegellátás
8.4. Indikátorok alkalmazása
8.5. Hatékony kommunikáció
8.6. Képzés, továbbképzés
8.7. Informatikai rendszerek alkalmazása, dokumentáció, adatvédelem
8.8. Innovatív lehetőségek, fejlesztési potenciál
Irodalomjegyzék

9. A jogi felelősség aktuális kérdései az egészségügyi intézményekben
9.1. Bevezetés
9.2. Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának feltételei

9.3. Az egészségügyi ellátás szakmai minősége
9.4. Felelősségi viszonyok az egészségügyi szolgáltatásban
9.5. Kártérítési felelősség
9.6. A gondos eljárás (elvárhatóság) értelmezése az orvosi tevékenység körében
9.7. A kártérítési összegek limitálása
9.8. Kockázati faktorok
9.9. Felelősségbiztosítás
9.10. . . . . Munkajogi felelősség
Irodalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke

ÁEEK	Állami Egészségügyi Ellátóközpont
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Evidence Based Medicine
ECDC	Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ
EFQM	European Foundation for Quality Management
EKHO	Egyszerűsített köztehervisselési hozzájárulás
EMAFT	Előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
ESzCsM	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
EU	Európai Unió
GDP	Bruttó hazai termék
GYED	Gyermekgondozási díj
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
HBCS	Homogén Betegségcsoportok
ISO	International Organisation for Standardisation
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MEES	Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok
MPA	Munkaerőpiaci Alap
MRK	Multirezisztens kórokozó
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NEFMI	Nemzeti Erőforrás Minisztérium
NFA	Nemzeti Földalap
NFÜ	Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
NGM	Nemzetgazdasági Minisztérium
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NUTS	Nomenclature of Territorial Units for Statistics
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OENO	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár

OSAP	Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program
OSZIR	Országos Szakmai Információs Rendszer
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
PSZÁF	Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
QALY	Quality adjusted life years
RACP	Risk adjusted capitation payment
TAJ	Társadalombiztosítási azonosító jel
TQM	Total Quality Management
TVK	Teljesítményvolumen korlát
ÚSZT	Új Széchenyi Terv
WHO	World Health Organization

Előszó

1. Makrogazdasági környezet és egészségügyi finanszírozás

Csákvári Tímea, Ágoston István, Endrei Dóra, Boncz Imre

Az egészségügyi rendszer visszatérő problémája a forrásteremtés formája és mértéke. Az alacsony és közepes fejlettségű országok esetében különösen jelentős lehet az egészségügyi kiadásoknál a rendelkezésre álló források és a felmerülő kiadások közötti eltérés. Az ún. puha költségvetési korlát fogalma az általános közgazdasági gondolkodás mellett megjelent az egészségügyben is (1, 2, 3).

1989-ben történt meg hazánkban az állami költségvetés és a társadalombiztosítási alapok szétválasztása, majd 1990. január 1-jétől „forráscsere" révén átkerült a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozása az állami költségvetésből a társadalombiztosítási költségvetésbe, és ezzel párhuzamosan a családi pótlék finanszírozását átvállalta a társadalombiztosítástól az állami költségvetés (4). Akkoriban a két terület (gyógyító-megelőző ellátások, illetve családi pótlék) azonos nagyságrendű (60 Mrd Ft/év) volt, mára azonban az egészségügyi kiadások erőteljes mértékben megemelkedtek.

Az egészségbiztosítási ellátások jelenleg az alábbiak:

A) Természetbeni egészségügyi szolgáltatás

B) Pénzbeli ellátások:
- csecsemőgondozási díj,
- gyermekgondozási díj,
- táppénz,
- megváltozott munkaképességű személyek ellátásai (rehabilitációs ellátás, rokkantsági ellátás).

C) Baleseti ellátások:
- baleseti egészségügyi szolgáltatás,
- baleseti táppénz,
- baleseti járadék.

A magyar egészségügyi rendszer felépítésének, működésének és finanszírozásnak további részletei a szakirodalomban jól dokumentáltak (5, 6, 7, 8, 9).

1.1. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldalának változása

Bevételi jogcímek

Az Egészségbiztosítási Alap (továbbiakban E. Alap) bevételi oldalán alapvetően a járulék jellegű bevételek és a központi költségvetés hozzájárulásai képezik a meghatározó tételeket.

A járulékbevételek és hozzájárulások főbb jogcímei:

- munkáltatói és biztosítotti járulék, tartalmazza 2011-ig az álláskeresési támogatás (korábban munkanélküli ellátás) után fizetett egészségbiztosítási járulékot, 2008-ig a nem biztosítottak egészségbiztosítási járulékát, 2005-től a Start kártyával rendelkező biztosítottak járulékát, valamint 2006-tól az EKHO-val teljesített egészségbiztosítási járulékot is. 2012-ben tartalmazza a szociális hozzájárulási adó E. Alapot megillető részét (134,8 milliárd Ft),
- munkáltatói táppénz hozzájárulás (1996-tól került bevezetésre),
- egészségügyi hozzájárulás,
- késedelmi pótlék, bírság,
- egyéb járulék, hozzájárulás (nem biztosítottak egészségügyi szolgáltatási járuléka [2009-től], baleseti járulék (2006. szeptember 1-jétől a kiegészítő tevékenységet végzők egészségügyi szolgáltatási járuléka), a megállapodás alapján fizetők járuléka, a közteherjegy után befolyt járulék, START-kártya program Munkaerőpiaci Alap (MPA) által történő megtérítése, 2012-től NFA általi megtérítések, 2004-ig a sorkatonai és polgári szolgálatot teljesítők után fizetett egészségbiztosítási járulék, valamint 2006-ig hozzájárulás a fegyveres testületek kedvezményes nyugellátásainak kiadásaihoz).

A központi költségvetési hozzájárulások főbb jogcímei:

- központi költségvetésből járulék címen átvett pénzeszköz,
- átadott pénzeszközök (1999-ben jövedéki adóból átvett, 2000–2003 között központi költségvetésből átadott pénzeszköz),
- egészségügyi feladatok ellátásával kapcsolatos központi költségvetési hozzájárulás,
- GYED kiadásainak megtérítése,
- rokkantsági, rehabilitációs ellátások fedezetére átvett pénzeszközök,
- egyéb bevétel, hozzájárulás (2012-ig a terhesség-megszakítással kapcsolatos költségvetési térítés, 2007-ben a méltányossági gyógyszertámogatás átmeneti kiegészítése, felügyeleti díj fedezetének kiegészítése. 2013-ban tartalmazta a munkahelyvédelmi akciótervvel összefüggő hozzájárulást az E. Alapnak (162,5 milliárd Ft), valamint a tervezett pénzeszköz-átvételt (73,6 milliárd Ft).

Egyéb bevételek főbb jogcímei:

- vagyongazdálkodással kapcsolatos és működési célú bevételek,
- alapok közötti elszámolás: Nyugdíjbiztosítási Alaptól (továbbiakban Ny. Alap) átvett járulék és egyösszegű átcsoportosítás),
- egészségbiztosítási tevékenységgel kapcsolatos egyéb bevételek (pl. terhesség-megszakítással kapcsolatos egyéni térítési díjak; baleseti és egyéb kártérítések megtérített összege; az Egészségbiztosítási Alapból kifizetett – jogalap nélkül felvett vagy más ok miatt – visszaérkezett bevételként elszámolt összeg; nemzetközi egyezményekből eredő ellátások megtérítésének összege; tartalmazza a vizitdíj és a kórházi napidíj összegét (2007-ben 13,3 milliárd Ft, 2008-ban 11,0 milliárd Ft) is,
- rokkantsági, rehabilitációs ellátások fedezetére Ny. Alaptól átvett pénzeszköz.

A társadalombiztosítási járulékot 2012. január 1-jétől felváltotta a **szociális hozzájárulási adó**. Az egyes adótörvények és azzal összefüggő egyéb törvények módosításáról szóló 2011. évi CLVI. törvény alapján 2012. január 1-jétől a kifizetőt a természetes személlyel fennálló egyes jogviszonyaira, az egyéni vállalkozót, a mezőgazdasági őstermelőt e jogállására tekintettel (saját maga után), más személyt a törvény külön rendelkezése alapján, – a társadalmi közös szükségletek fedezetéhez való hozzájárulás kötelezettségének megfelelően – szociális hozzájárulási adó fizetés terheli. A szociális hozzájárulási adó 2014-ben megfizetett összegének 96,3%-a a Nyugdíjbiztosítási Alapot, 3,7%-a az Egészségbiztosítási Alapot illette meg (4). E címlet minden évben változó, a költségvetési törvényben meghatározott hányada kerül az E. Alapba. Ez az arány eleinte viszonylag kevés volt – 2013-ban a kassza egyáltalán nem részesült az adóból. Ez után azonban egyre nagyobb összeget fordítottak egészségbiztosításra – 2016-ban már az adóbevétel 20,53%-a illette az E. Alapot. Fontos kiemelni, hogy e bevételi forrás, valamint a költségvetés (és egy alkalommal a Ny. Alap mintegy 158 milliárd forintos) hozzájárulásának növelése – ami szintén 2012-től az E. Alaphoz került – a rokkantsági és rehabilitációs ellátások fedezetének biztosítása miatt volt szükséges.

1. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldala 1995–2016. között, Mrd Ft (Forrás: NEAK)

ÉV	JÁRULÉK	KÖLTSÉGVETÉS	EGYÉB	ÖSSZES
1995	344,7	14,8	63,42	422,9
1996	377,9	15,3	72,29	465,5
1997	480,3	3,3	14,66	498,2
1998	549,6	3,8	8,09	561,5
1999	591,2	30,3	31,98	653,5
2000	653,7	70,9	9,52	734,1
2001	762,4	103,9	18,36	884,7
2002	883,7	135,9	5,01	1.024,6
2003	927,7	86,0	11,80	1.025,5
2004	1.022,5	60,9	16,78	1.100,2
2005	1.104,3	66,1	34,25	1.204,6
2006	1.158,2	378,0	31,10	1.567,4
2007	1.249,5	372,5	54,09	1.676,0
2008	1.028,4	354,4	62,41	1.445,2
2009	898,6	319,1	51,63	1.269,4
2010	677,7	617,3	89,99	1.385,0
2011	692,5	642,4	68,28	1.403,1
2012	854,4	594,5	295,65	1.744,6
2013	762,5	967,1	113,02	1.842,6
2014	896,9	897,4	113,32	1.907,6
2015	1224,0	564,9	137,13	1.926,1
2016	1478,7	415,0	149,85	2.043,5

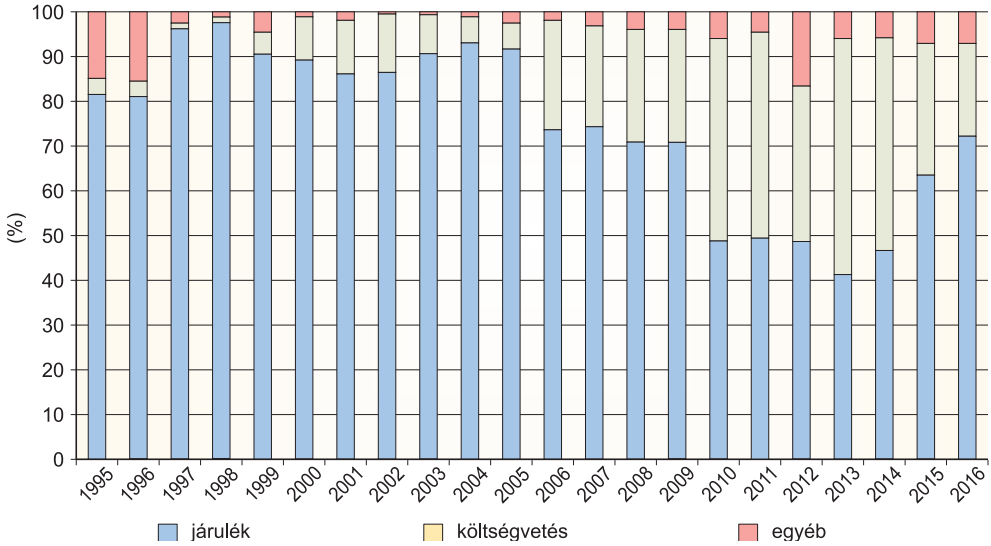
Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének adatait a különböző NEAK (korábban: OEP) kiadványok 1995-től tartalmazzák. 1995-ben a bevételek 81,5%-át a járulék jellegű elemek képezték, 2008-ban már csak 71,1%-ot, míg 2013-ban 41,4%-ot. Ezzel párhuzamosan a költségvetési jellegű bevételi elemek aránya fokozatosan emelkedett.

A bevételi oldalon történő változások felvetik annak a kérdését, hogy érvényesül-e még a klasszikus társadalombiztosítási alapelv a magyar egészségügyi rendszer forrásteremtésében. Számos országban látunk példát arra, hogy a forrásoldalon keveredne egymással a különböző jellegű bevételi elemek, így a költségvetési (adó) jellegű, illetve a társadalombiztosítási (járulék) jellegű elemek. Ma már a klasszikus alaptézis kétség kívül átgondolásra érett: a társadalombiztosítási rendszerekben is előkerülhetnek markáns költségvetési, adó jellegű bevételi elemek a forrásoldalon.

2014-től azonban a költségvetési és járulékbevételek közti arány megváltozott. Ettől kezdve újra a járulékbevételek adták – és adják – az E. Alap forrásoldalának nagyobb szeletét; 2016-ban már 72,4%-ot tett ki e címlet. A növekedés leginkább a szociális hozzájárulási adó megjelenésével, és annak az E. Alaphoz kerülő egyre növekvő hányadával magyarázható.

Hazai specialitásként érdemes megemlíteni az ún. chips-adót. 2011. szeptember 1-jén lépett hatályba a **népegészségügyi termékadó**ról szóló 2011. évi CIII. törvény (10). A népegészségügyi termékadóból származó bevétel: 2011-ben 3,27 Mrd Ft; 2012-ben 19,1 Mrd Ft; 2013-ban 18,9 Mrd Ft és 2014-ben 20,2 Mrd Ft; 2015-ben 28,9 Mrd Ft; 2016-ban 29,2 Mrd Ft; 2017-ben 33,3 Mrd Ft. A 2015-től megfigyelhető nagymértékű növekedést az adó alkoholos italokra való kiterjesztése eredményezte.

Nemzetközi példákat is találunk ilyen jellegű megoldásokra (11, 12). Dániában szintén 2011-ben vezettek be hasonló jellegű termékadót (13), ez azonban nem volt hosszú életű, mivel mintegy másfél évvel később az adót visszavonták (14, 15).



1. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldal főbb elemeinek arányai 1995–2016 között (Forrás: NEAK)

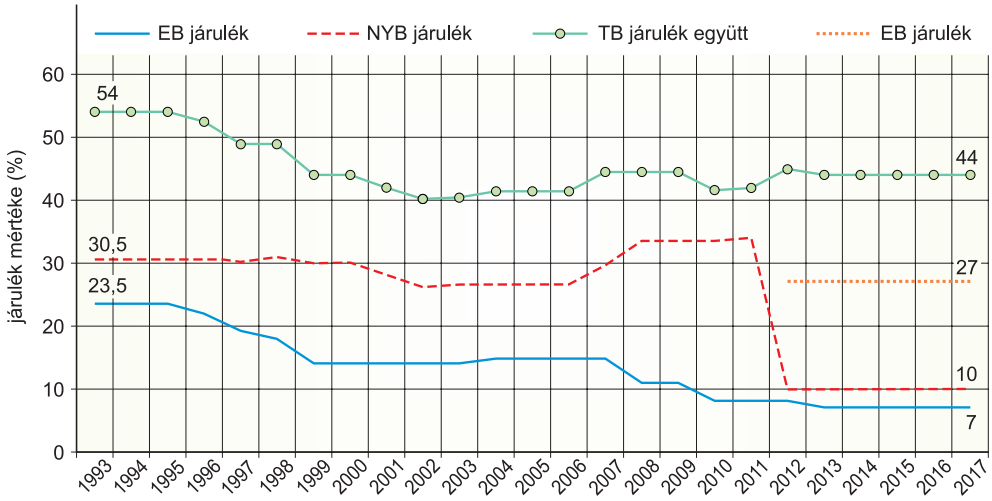
A társadalombiztosítási (egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási) alapok kintlévőségei régóta visszatérő problémái a forrásoldalnak. 1999-től a járulékokkal kapcsolatos feladatokat a társadalombiztosítás igazgatási szerveitől az adóhivatal (APEH, ma: NAV) vette át. Az alábbi táblázat szemlélteti a Társadalombiztosítási Alapok (Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Alap) kintlévőségeit 1995–2016. között. A kintlévőségek kezelésében az adóhivatali átvétel sem jelentett érdemi megoldást, az éves összeg 2016-ban is 285 Mrd Ft körül volt. Csak tájékoztatásul jelezzük, hogy ezen összeg az éves gyógyszerkiadásokra fordított TB-támogatásnak felel meg. A kintlévőségek nagy részével a költségvetési szféra tartozott (16). Az összeg kismértékű (mintegy 61 Mrd Ft-os) csökkenését 2016-ra legnagyobbrészt a Nyugdíjbiztosítási Alap kintlévőségeinek csökkenése eredményezte.

2. táblázat. A Társadalombiztosítási Alapok (Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Alap) kintlévőségei 1995–2016. között, Mrd Ft (Forrás: NEAK)

Év	Kintlévőség összesen	Növekedés/csökkenés az előző évhez viszonyítva	Kintlévőség az előző év %-ában
	milliárd Ft		
1995	222,9	33,8	117,9
1996	221,4	-1,6	99,3
1997	230,0	8,6	103,9
1998	251,3	21,3	109,2
1999	285,2	33,9	113,5
2000	149,9	–135,3	52,6
2001	142,0	–7,9	94,7
2002	165,5	23,5	116,5
2003	188,9	23,4	114,1
2004	224,1	35,2	118,6
2005	207,5	–16,6	92,6
2006	..	..	..
2007	217,5	..	..
2008	238,3	20,8	109,6
2009	264,1	25,8	110,8
2010	289,6	25,5	109,7
2011	286,1	–3,5	98,8
2012	318,2	32,1	111,2
2013	326,3	8,1	102,5
2014	353,3	27,0	108,3
2015	347,3	–6,0	98,3
2016	285,5	–61,8	82,2

Egészségpolitikai versus gazdaságpolitikai járulékpreferenciák

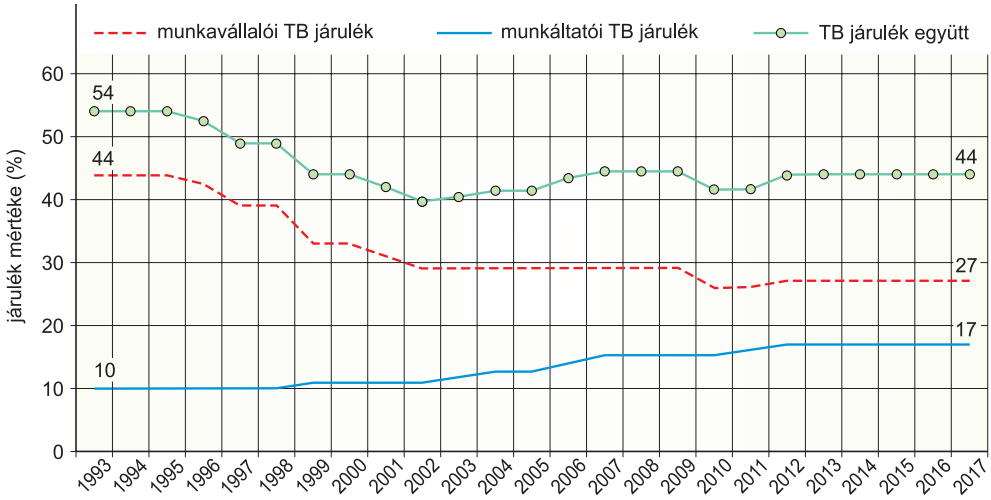
A társadalombiztosítási (TB) járulék két fő eleme az *egészségbiztosítási (EB) és nyugdíjbiztosítási (NYB) járulék,* ezek változását szemlélteti az alábbi ábra. A rendszerváltozást követően 1993-ban a munkáltatókat és a munkavállalókat terhelő TB-járulék igen magas, 54% volt, ami 2011-re 42%-ra csökkent. Ezen belül azonban igen eltérő utat jár be az egészség- és nyugdíjbiztosítási járulék. Míg az egészségbiztosítási járulék az 1993-as 23,5%-os szintről 2011-re 8%-ra csökkent, addig a nyugdíjbiztosítási járulék az 1993-as 30,5%-ról 2011-re 34%-ra emelkedett. Az egészség- és nyugdíjbiztosítási járulék szintjének ilyen jellegű szétválása érzékelhető hatást gyakorolt az Egészségbiztosítási, illetve a Nyugdíjbiztosítási Alap költségvetésére. 2012-től a szociális hozzájárulási adó megjelenésével állandósult a helyzet, azonban annak mértéke az Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Alap között évről évre változik.



2. ábra. Az egészségbiztosítási (EB), nyugdíjbiztosítási (NYB) és ezek összege, a társadalombiztosítási (TB) járulék 1993–2017 között Magyarországon (Forrás: NEAK)

A társadalombiztosítási (TB) járulékok megoszlásának másik fő kérdése a munkáltatói és munkavállalói arányok kérdése. A TB járulék két fő forrásának, befizetőjének terheit mutatja az alábbi ábra.

A rendszerváltozást követően az összes TB járulékteher (54%) meghatározó részét (44%) képezte a munkáltatói járulékelem, a munkavállalói TB járulék (10%) ennek negyedét sem érte el. 2011-re itt is markáns változást látunk: a munkáltatói járulékszint 26%-ra csökkent, míg a munkavállalói járulékszint 16%-ra emelkedett. 2017-ben a bérre rakódó közteher 27%-ot, míg a béren belüli járulékok 17%-ot tesznek ki. Jelentős arányeltolódás volt tehát a járulékszintben a munkavállalói kör rovására.



3. ábra. A munkavállalói és munkáltatói TB járulék 1993–2017 között Magyarországon (Forrás: NEAK)

A társadalombiztosítási járulékok alapvető funkciója a társadalombiztosítási szolgáltatások finanszírozási hátterének biztosítása. Emellett azonban számos országban, így Magyarországon is gazdaságpolitikai eszközként is tekintenek rá, vagyis főként gazdaságélénkítés, versenyképesség fokozása kapcsán kerül előtérbe a TB járulékok mértéke. Értelemszerűen mindkét esetben a járulékcsökkentés a gazdaságpolitikai célkitűzés.

Ezen gazdaságpolitikai megfontolások eredményeként 1993-2017 között markáns átrendeződésre került sor a TB járulék elemeiben. Ennek során jelentősen eltolódott az arány részint az egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási járulék között a nyugdíjbiztosítási járulék javára, másrészt pedig a munkáltatói és munkavállalói járulék között a munkavállalói járulék javára. (17)

1.2. Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldalának változása

Főbb kiadási jogcímek

Magyarországon ma az egészségbiztosítás keretein belül, megfelelő jogosultság alapján az állampolgárok természetbeni ellátás keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat és a pénzben nyújtott pénzbeli ellátásokat vehetnek igénybe.

Minden betegnek joga van – a jogszabályokban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Az Egészségbiztosítási Alap meghatározó kiadási tételeit a természetbeni ellátások alkotják. Ide tartoznak:

- gyógyító megelőző ellátások,
- gyógyfürdő-szolgáltatás,
- anyatejellátás,

- gyógyszertámogatás,
- gyógyászati segédeszköz támogatás,
- utazási költségtérítés,
- nemzetközi egyezményből eredő kiadás.

A pénzbeli ellátások a társadalombiztosítás azon ellátásai, melyek esetlegesen bekövetkező baleset, betegség, illetve gyermek születése esetén a biztosított keresetveszteségét pótolják.

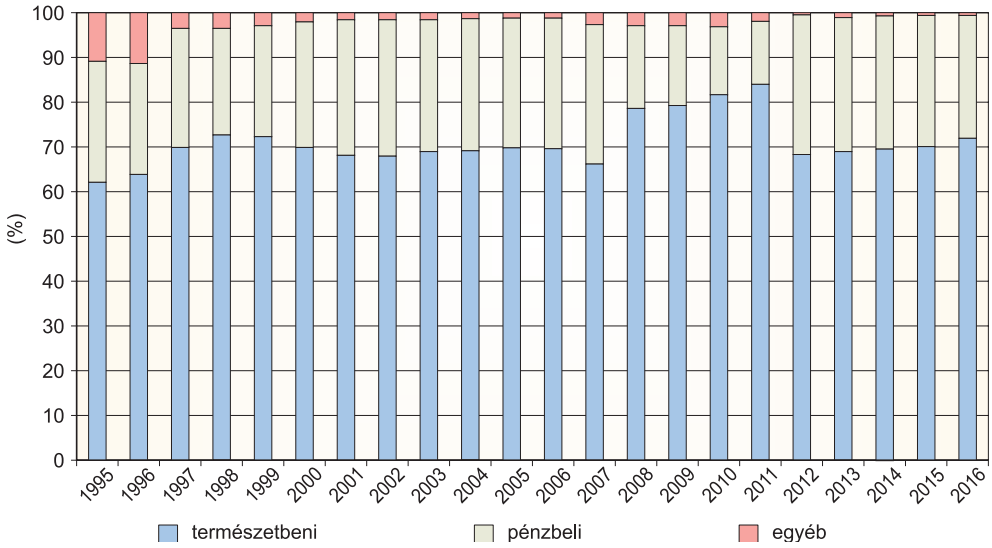
Pénzbeli ellátások:

- betegségi ellátások (benne: táppénz),
- csecsemőgondozási díj,
- gyermekgondozási díj,
- nyugellátás.

Egyéb kiadások:

- működésre fordított kiadások,
- alapok közötti elszámolás,
- egyéb kiadás,
- GYED-ben részesülők után nyugdíjbiztosítási járulék címen az Ny. Alapnak átadott pénzeszköz,
- E. Alap céltartalék.

A természetbeni ellátásokra fordított kiadások az 1995. évi 275,9 milliárd Ft-ról 2013-ban 1271,7 milliárd Ft-ra emelkedtek. Ugyanezen időszak alatt a pénzbeli ellátások kiadásai 118,1 milliárd Ft-ról (1995) 553,4 milliárd Ft-ra (2013) emelkedtek. Az Egészségbiztosítási Alap összes kiadása pedig az 1995. évi 445,1 milliárd Ft-ról 1.848,6 milliárd Ft-ra emelkedtek



4. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldal főbb elemeinek arányai 1995–2016 között (Forrás: NEAK)

3. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldala 1995–2016 között, Mrd Ft (Forrás: NEAK)

ÉV	TERMÉSZETBENI	PÉNZBELI	EGYÉB	ÖSSZES
1995	275,9	118,1	51,2	445,1
1996	326,2	121,9	60,9	509,0
1997	390,0	141,7	22,2	553,9
1998	458,5	149,7	24,1	632,2
1999	504,2	174,6	22,4	701,2
2000	556,3	220,8	20,6	797,7
2001	623,4	270,8	20,8	915,0
2002	750,3	335,8	25,2	1111,2
2003	920,3	386,4	28,7	1335,4
2004	998,6	417,8	27,5	1443,8
2005	1100,4	451,3	28,1	1579,9
2006	1165,6	483,1	29,9	1678,7
2007	1090,1	506,0	52,5	1648,6
2008	1136,3	258,2	50,6	1445,1
2009	1123,2	247,3	48,4	1418,8
2010	1208,0	221,2	47,5	1476,7
2011	1.249,1	201,4	36,0	1.486,5
2012	1.223,2	553,3	15,0	1.791,5
2013	1.271,7	553,4	23,5	1.848,6
2014	1.325,5	559,1	22,6	1.907,2
2015	1.369,4	563,5	23,2	1.956,1
2016	1.526,9	584,5	22,4	2.133,8

2013-ra. Az Alap kiadási oldala 2016-ban már meghaladta a 2000 milliárd Ft-ot, melynek továbbra is körülbelül 71,6%-a természetbeni, 27,4%-a pénzbeli, míg 1%-a egyéb kiadás.

A 4. ábra az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldal főbb elemeinek arányait szemlélteti 1995-2016. között. A természetbeni ellátásokra kifizetett kiadások aránya általában a teljes E. Alap költségvetés 60–70%-os sávjában mozgott az elmúlt két évtizedben a 2008–2011 közötti éveket leszámítva, amikor a természeti ellátások kiadásai elérték, illetve meghaladták a 80%-os arányt. A természetbeni ellátások arányának emelkedésében mind a gyógyító-megelőző, mind a gyógyszerkiadások emelkedése szerepet játszott.

Az Egészségbiztosítási Alap kiadások reálértéke

Visszatérő kérdése az egészségpolitikának az egészségügyi kiadások 'szinten tartása', reálértékük megőrzése. Az alábbi táblázat az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldalán a gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadásokat szemlélteti folyó áron és 1995-ös áron, 1995–2016 kö-

zött. 1995 után a gyógyító-megelőző ellátások kiadásai folyó áron emelkedtek ugyan, azonban 1995-ös árakon számolva jelentős mértékben csökkentek.

Ezen csökkenés részben az akkori gazdaságpolitikai intézkedésekre, az ún. Bokros-csomagra volt visszavezethető (18). A Bokros csomag hatására egyébiránt lemondott az akkori egészségügyi miniszter, Kovács Pál, mondván: „Lemondtam, mert nem arra szerződtem, hogy a magyar egészségügy fölszámolóbiztosa legyek" (19). A Bokros-csomag részben megszüntette a fogászati ellátások közfinanszírozását, a foglalkozás-egészségügyi ellátás költségeit a munkaadókra terhelte, megszüntette a térítésmentes szanatóriumi ellátást, és díjat vezetek be a betegszállításért.

Az 1996–2001 közötti stagnálást 2002/2003-ban jelentős reálérték-emelkedés követte. Ez volt a 'jóléti rendszerváltás' melléknevet viselő társadalompolitikai intézkedéscsomag egyik

4. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldalán a gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadások folyó áron és 1995-ös áron, 1995–2016 között, Mrd Ft (Forrás: NEAK)

Év	Folyó áron	1995-ös áron	
	Milliárd Ft		1995 = 100%
1995	191,0	191,0	100,0
1996	224,8	179,7	94,1
1997	268,0	181,1	94,8
1998	299,1	173,8	91,0
1999	338,9	177,5	92,9
2000	376,1	180,9	94,7
2001	410,3	181,2	94,9
2002	502,9	207,6	108,7
2003	623,0	242,3	126,8
2004	654,6	238,1	124,6
2005	694,5	236,4	123,8
2006	714,0	224,4	117,5
2007	718,7	218,2	114,2
2008	757,2	219,5	114,9
2009	719,0	195,8	102,5
2010	791,0	204,9	107,3
2011	806,9	202,7	106,1
2012	842,1	203,3	106,4
2013	908,0	216,5	113,3
2014	945,6	226,1	118,3
2015	960,6	229,4	120,1
2016	1089,9	261,8	137,1

eredménye. 2002 őszén a magyar közalkalmazotti kör jelentős része (egészségügyi dolgozók, pedagógusok, szociális szféra stb.) átlagosan 50%-os (ötven százalékos!) béremelésben részesült. Bár ez a béremelés nem a jövedelem egészére vonatkozott, hanem 'csak' a besorolás szerinti kötelező alapbérre, a pótlékokra már nem, jelentős politikai döntés volt. Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésén kétségkívül emlékezetes nyomot hagyott: a kiadások megemelkedése a reálérték emelkedéséhez vezetett. Ugyanakkor az is látszott, hogy a jó szándékon kívül a béremelésre pénzügyi fedezet nem volt, a magyar gazdaság ezt akkor nem tudta biztosítani.

Az 50%-os béremelés szinten tartása kapcsán 2003–2006 között az E. Alap költségvetésének kiadási oldala magas volt, azonban ennek bevételi fedezetét nem sikerült megteremteni. Ez látványosan manifesztálódott az E. Alap hiányának jelentős emelkedésében.

2007–2010 között már nem sikerült fenntartani a gyógyító-megelőző kiadások szintjét, így reálértéken jelentősen csökkent a rendelkezésre álló források mennyisége. A 2007–2010 közötti időszak kiváló jellemzését nyújtja a Magyar Nemzeti Bank 2011-es tanulmánya (20):

„Az egészségügy az egyetlen olyan funkció, amelyre a korrigálatlan, Eurostattól származó COFOG-adatok alapján az elmúlt években jelentősen kevesebbet költött a magyar állam a régió többi országánál. Míg 2002 és 2006 között az egészségügyi kiadások a V3 átlag körül ingadoztak, 2007-től számottevően és növekvő mértékben elmaradtak attól. A különbség a 2007-es 1,1 százalékról a 2010-es ténybecslés alapján 2 százalék fölé nőtt, amiben jelentős szerepe van a gyógyító-megelőző ellátások kiadásai több évre történő befagyasztásának és a gyógyszertámogatások csökkentését célzó intézkedéseknek."

2010–2013 között stabilizálódott, majd emelkedésnek indult a gyógyító-megelőző kiadások reálértéke. Az enyhe emelkedésnél figyelembe kell venni azt is, hogy a gyógyszerkasszából egyes nagy értékű gyógyszerek finanszírozása átkerült a gyógyító-megelőző kasszába (tételes elszámolás).

Irodalomjegyzék

1. Kornai J.: The soft budget constraint syndrome in the hospital sector. Int. J. Health Care Finance Econ. 2009; 9(2):117–35.
2. Kornai J.: A puha költségvetési korlát szindrómája a kórházi szektorban. Közgazdasági Szemle, 2008; 55:1037–1056.
3. Kovács G., Endrei D., Elmer D., Boncz I.: Changes Of Sick-Pay Expenditures In Hungary Between 2005–2013. Value in Health, 2015; 18(7):A534.
4. Forgó Györgyné: Társadalombiztosítási ismeretek. Nemzeti Közszolgálati Egyetem. 2015.
5. Gaal P., Szigeti S., Csere M., Gaskins, M., Panteli, D.: Hungary health system review. Health Syst. Transit. 13(5), 1–266. 2011.
6. Kaló Z., Bodrogi J., Boncz I., Dózsa C., Jóna G., Kövi R., Pásztélyi Z., Sinkovits B.: Capacity building for HTA implementation in middle-income countries: The case of Hungary. Value Health Regional. 2(2), 264–266. 2013.
7. Gulacsi L., Boncz I., Drummond, M.: Issues for countries considering introducing the „fourth hurdle": The case of Hungary. Int. J. Technol. Assess. Health Care. 20(3), 337–341. 2004.
8. Nogel M. Táppénztendenciák és táppénzvisszaélések büntetőjogi aspektusai. Med. et Jur. 2018; 8 (6):14–18.

9. Elmer D., Boncz I., Sebestyén A., Molics B., Danku N., Vajda R., Horváthné Kívés Zs., Kovács G., Endrei D.: Changes in the income of health care professional in Hungary Value Health, 2016; 19(3): A284.
10. 2011. évi CIII. törvény a népegészségügyi termékadóról
11. Lloyd-Williams, F., Bromley, H., Orton, L., Hawkes, C., Taylor-Robinson, D., O'Flaherty, M., McGill, R., Anwar, E., Hyseni, L., Moonan, M., Rayner, M., Capewell, S.: Smorgasbord or symphony? Assessing public health nutrition policies across 30 European countries using a novel framework. BMC Public Health. 2014. Nov 21; 14:1195. doi: 10.1186/1471-2458-14-1195
12. Kutasi G., Perger J.: Adóösztönzőkkel az externáliák ellen: a népegészségügyi termékadó és a szén-dioxid adó nemzetközi példái. Közgazdaság, 2014; 9(4): 109–126.
13. Nordström, J., Thunström, L.: Economic policies for healthier food intake: the impact on different household categories. Eur. J. Health Econ. 2011; 12(2):127–40
14. Bødker, M., Pisinger, C., Toft, U., Jørgensen, T.: The rise and fall of the world's first fat tax. Health Policy. 2015 Mar 14. pii: S0168-8510(15)00070-6. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.03.003.
15. Stafford, N.: Denmark cancels „fat tax" and shelves „sugar tax" because of threat of job losses. BMJ. 2012 Nov 21;345:e7889. doi: 10.1136/bmj.e7889.
16. Botos J.: A magyar társadalombiztosítás kialakulása és fejlődése. Osiris Kft. Budapest, 1998.
17. Boncz I.: Közösségi és magánforrások (public-private mix) szerepvállalása az egészségügyi finanszírozás forrásteremtésében, a fenntartható finanszírozás kihívásai. In A magyar egészségÜGY. Szerk.: Bodrogi J. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010. 56–80.
18. Antal L.: A Bokros csomag. Beszélő, 1995. 5(5).
19. „Kovács Pál szocialista politikus, volt népjóléti miniszter." Hajdú-Bihari Napló, 1995. május 27.
20. Szemere R. P., Kiss G.: Almát körtével? A négy visegrádi ország állami újraelosztásának összehasonlítása, 1995–2010. MNB-tanulmányok 99. Budapest, 2011.

2. Az intézményi működés jogszabályi környezete

Ágoston István, Csákvári Tímea, Endrei Dóra, Boncz Imre

2.1. Bevezetés

Az egészségügyi ellátórendszer egy rendkívül dinamikus fejlődésen ment keresztül az elmúlt évtizedekben, amely mögött olyan jelenségek álltak – a teljesség igénye nélkül – mint az orvos- és egészségtudományok fejlődése, a modern technológia megjelenése, valamint az új típusú ellátási formák megjelenése, mint például az egynapos sebészet. Az egészségügyi ellátórendszerben egyre markánsabban kifejeződik a technikailag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető közötti paradoxon, aminek eredményeként, bár minden fejlett vagy fejlődő ország a teljes lakosságára kiterjesztett, magas színvonalú egészségügyi rendszer kialakítására törekszik (1, 2, 3), azonban az ezt megvalósító államok számára nehézségeket okoz a működést biztosító anyagi források megteremtése. Az egészségügyben lezajlott tudományos és technológiai fejlődés maga után vonta az orvostudomány differenciálódását (4, 5, 6), amelynek leképeződése az egészségügyi ellátórendszerben létrejött progresszív ellátórendszer. Ugyanakkor nem csak az ellátórendszer felől érezhető a változás, hanem megnövekedett a betegek oldaláról az egészségügyi ellátórendszerrel szemben támasztott elvárás is (7), így az orvosszakmai szempontokon túl akkreditációs, minőségbiztosítási, betegjogi és betegelégedettségi kritériumoknak is meg kell felelniük az egészségügyi intézményeknek (8, 9).

Annak ellenére, hogy az ember egészségét az egészségügyi ellátórendszer fejlettségén és működésén kívül számos más tényező is befolyásolja, mint például az életmód, a társadalmi-gazdasági környezet, mégis, a betegek a legtöbb esetben az ellátórendszert teszik felelőssé az egészségi állapotukban bekövetkező negatív változásokért, illetve azért, hogy az nem kerül maradéktalan helyreállításra. Az egészségügyi rendszer rendkívül bonyolult felépítésű, egymással összefüggő intézmények hálózata, amely az alapellátástól az országos intézetekig, az ágazatirányítást végző szervektől a tényleges ellátást nyújtó intézetekig terjed. Az ellátórendszer működését áthatja az Alaptörvény szellemisége, valamint az Egészségügyi törvényben foglalt alapelvek egésze is (10, 11). Jelen fejezet keretei között nem vállalkozunk az egészségügyi intézményrendszer gazdasági- társadalmi-környezeti tényezőinek teljes körű vizsgálatára, hanem elsődlegesen a jogszabályi környezetet kívánjuk bemutatni, amelynek keretei között az egészségügyi intézmények működnek. A fejezet elkészítése során felhasználtuk a releváns szakirodalmat (12, 13, 14), valamint a vonatkozó jogszabályokat (15, 16, 17) is.

2.2. Történelmi előzmények

A gyógyítás gyökerei egészen az ókorba vezethetők vissza, azonban az egész társadalomra kiterjedő, államilag szervezett egészségügyi tevékenységet a felvilágosult abszolutizmus teremtette meg Európában, és így hazánkban is. Az első közegészségügyi, járványügyi rendelkezés a

Mária Terézia által kiadott „Generale Normativum in Re Sanitatis" volt. A kiegyezést követően az első közegészségügyi törvény az 1876. évi XVI törvénycikk volt, amely elrendelte a 6000 fő feletti településeknek a kötelező orvos alkalmazását, aki a rászoruló betegeket ingyen gyógyította, valamint elrendeli a megyei tisztifőorvosok alkalmazását az egészségügyi szakfelügyeleti feladatok ellátására. Megkülönböztette a köz-, és magánkórházakat, azzal, hogy a közkórház minden beteget köteles ellátni. Az államilag szervezett kötelező egészségbiztosítás története az 1891. évi XIV. törvénycikkel kezdődik meg hazánkban. A két világháború között hangsúlyosabbá válik az egyes népbetegségek elleni küzdelem (tüdőgümőkor, nemi betegségek), és kiépül a védőnői hálózat is. A társadalombiztosítás a bismarcki elvek alapján szerveződik, létrejön az Országos Társadalombiztosítási Intézet. A II. világháborút követő szocialista államberendezkedés áthatja az egészségügyet is. Az állami egészségügyi ellátások rendszerét progresszív elvek alapján alakítják ki, amelynek alapellátási szintjét a körzeti orvosi hálózat, a járóbeteg ellátási szintjét a városi szakrendelők, a fekvőbeteg ellátást a városi, megyei tanácsok által fenntartott kórházak és a minisztériumi irányítás alatt álló országos intézetek, illetőleg az egyetemi klinikák biztosították. 1972-től az egészségügyi ellátás állampolgári jogon járt a korábbi biztosítási jogosultsághoz képest, így a lakosság egészére kiterjedt. A rendszerváltást követően az egészségügyi ellátáshoz való jog biztosítási alapúvá vált, létrejöttek a társadalombiztosítási önkormányzatok. A gyógyító-megelőző ellátások megszervezését – a helyi közszolgáltatásokért való felelősség jegyében – a háziorvosi alapellátástól kezdődően, egészen a fekvőbeteg ellátásig, a területi önkormányzatokhoz helyezték át. Ez azonban az Állami Egészségügyi Ellátó Központ létrejöttével megváltozott, ettől kezdve az önkormányzatok szerepe az alapellátásra és az önálló járóbeteg-ellátás biztosítására szorítkozik (18, 19).

2.3. Magyarország Alaptörvénye

Az Alaptörvény deklarálja az élethez és emberi méltósághoz való jogot, valamint megerősíti, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Az egészségügyi intézményrendszerrel kapcsolatosan egyetlen előírást tartalmaz, amelyben az egészségügyi ellátás szervezését írja elő, mint a testi és lelki egészséghez való jog biztosításának egyik eszközét. A korábbi Alkotmány a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányában szereplő „a lehető legmagasabb testi és lelki egészségről" rendelkezett, azonban ez a korábbiakban sem érvényesült maradéktalanul. Az egészséghez való jognál is megjelenik a környezet védelme, de az Alaptörvény erre vonatkozóan külön rendelkezést is tartalmaz. Annak ellenére, hogy az egészséghez való jog dogmatikai szempontból nem minősül alkotmányos alapjognak, azonban törvényhozói kötelezettséget keletkeztet annak védelme érdekében, és számos más tényezőt is ezen jog védelméhez rendel, mint a genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdaságot, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférést, a munkavédelem megszervezését, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatását, valamint a környezet védelmének biztosítását (20, 21).

2.4. Az egészségügyi törvény alapelvei

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény (továbbiakban: egészségügyi törvény) már a törvény céljának és az alapelveinek meghatározása során számos ponton meghatározta az egészségügyi ellátórendszer felépítését, akkor, amikor rögzítette a szolgáltatók jogállásától és az ellátások fedezetétől függetlenül az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételeit, illetőleg szakmai színvonalának garanciáit. Meghatározza az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények jogait és kötelezettségeit, valamint az egészségügyi szolgáltatás sajátos jellegéből fakadó garanciális jellegű intézkedéseket.

Az egészségügyi törvény alapelvei közé bekerült az esélyegyenlőség meghatározása, azonban ez nem csupán az egyéneknek a szükségleteik által indokolt szakmai szolgáltatások egyenlő eséllyel történő hozzájutására irányul, hanem külön rendelkezést tartalmaz az intézményrendszer szektorsemlegességét illetően is, amikor deklarálja, hogy az egészségügyi szolgáltatások alapvető szakmai feltételrendszere tulajdon- és működtetési formától független, kizárólag a szolgáltatás szakmai tartalmán alapul.

Az egészségügyi törvény által meghatározott egészségügyi intézményrendszerben megjelenik a progresszivitás elve, azaz az egészségügyi ellátás szakmai ellátási szintekre tagolt felépítésűként kerül deklarálásra, és amely az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik. Ebből következik, hogy az egészségügyi ellátás során a betegeket ott és akkor kell ellátni, ahol és amikor az egészségi állapotának megfelelő kezelést kap, és az ehhez szükséges feltételeket biztosítani kell. A magyar egészségügyi ellátórendszer sajátossága, hogy gyakran a progresszivitási szintek eltolódnak és magasabb progresszivitási szinten kerül ellátásra az a beteg, amelyet alacsonyabb progresszivitási szinten is el tudnának látni. Meglátásunk szerint az egészségügyi finanszírozási rendszer sem tartalmaz megfelelő ösztönzőket arra, hogy a betegeket az egészségi állapota által indokolt, szakmailag megfelelő, ellátási szintek közül, azon a szinten kapjon definitív ellátást, amely ezen szintek közül a legalacsonyabban helyezkedik el a progresszivitási rangsorban. Gondoljunk csak a háziorvosok „kártyapénz" alapú finanszírozására, vagy a fekvőbeteg gyógyintézeteknél működő teljesítmény volumen korlát bevezetésekor megjelent anomáliákra. Kinyilvánította a jogalkotó, hogy a magyar egészségügy tudományos tényekre alapozott eljárásokon alapul, és kihangsúlyozza a költséghatékonyság elvét is, ez utóbbi inkább a jövőre vonatkozó hatékonyságnövelési elvként, mint az egész egészségügyi rendszert a törvény hatályba lépésével egy csapásra átalakító előírásként. Az eltelt időszakban az egészségügyi ellátórendszer elmozdult ugyan a költséghatékony működés irányába, azonban ez a folyamat még nem teljes körűen zajlott le.

Fogalom-meghatározások

Az egészségügyi törvényben felsorolt fogalom-meghatározások közül két fogalom kapcsolódik közvetlenül az egészségügyi intézmények működésének jogszabályi környezetéhez. Egyfelől az egészségügyi szolgáltató, amely alatt a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott

működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet értendő. A jogalkotó itt is megismétli a szektorsemlegesség elvét, és kiemeli a működési engedély szerepét, amelyet a későbbiek során érinteni fogunk. Kiemelten fontos, hogy az egészségügyi szolgáltató a tevékenység végzésére engedéllyel rendelkező, azaz leggyakrabban az egészségügyi intézmény, nem a tevékenységet végző munkavállaló, közalkalmazott (22).

A másik fogalom az egészségügyi intézmény fogalma, amelyet a törvény az előzőekben meghatározott egészségügyi szolgáltató fogalmát kiegészítve taxatíve nevesít, illetve a rendelőintézeti járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatót, amelyek feltételeit a z egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet tartalmazza. Egészségügyi intézménynek tekinti az egészségügyi törvény az állami mentőszolgálatot (23), az állami vérellátó szolgálatot (24), valamint az egészségügyi államigazgatási szerv azon intézeteit is, amelyek egészségügyi szolgáltatást is nyújtanak (25).

Az egészségügyi ellátórendszer

Az egészségügyi törvény az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos három bekezdése felölelik az ellátási struktúra felépítését, a szükséglet alapú ellátórendszer kialakításának igényét, valamint behatárolják az ellátórendszer fejlesztésének lehetőségeit (26).

Az első alapelv, hogy az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását. Az egészségügyi ellátórendszer tehát tartalmazza járóbetegek részére nyújtott egészségügyi ellátást, jellemzően az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás keretei között, illetőleg a fekvőbetegek részére nyújtott ellátásokat, valamint a beteg otthonában nyújtott ellátások lehetőségét. Ez utóbbi nem egy jól lehatárolható szervezeti egységhez tartozik az egészségügyben, mert például a háziorvosi ellátásra vonatkozó előírások között is szerepel a beteg otthonában történő ellátás, a járóbeteg-szakellátó kötelezettségei között is találunk a beteg otthonában végzett konziliáris tevékenységet, azonban a beteg otthonában történő ellátásnak a legfőbb letéteményese az otthoni szakápolási tevékenység (27).

Az egészségügyi törvény rögzíti, hogy az egészségügyi ellátórendszer a népegészségügyi tevékenység során felmért szükségletek figyelembevételével működik. Ennek a megállapításnak kiemelkedő szerepe lehet akkor, amikor egészségügyi ellátási kapacitásokat tervezünk egyes ellátási területek vonatkozásába, hogy – közgazdaságtani hasonlattal élve – ne egy kínálati alapú piac alakuljon ki, hanem a kereslet igényeire szabottan kerüljenek az ellátási kapacitások meghatározásra. Ennek ellenére sajnos számos példát hozhatnánk arra, hogy egy adott egészségügyi szolgáltató megjelenése egy adott piaci szegmensben és földrajzi területen egyszerre maga után vonja az adott típusú megbetegedések megjelenését, adott beavatkozások végzésének szükségességét is, ezek azonban az egészségügyi szolgáltatások specialitásaiból adódnak.

Az egészségügyi törvény külön foglakozik az egészségügyi ellátórendszer bővítésének, színvonalának fejlesztésének korlátaival, amelyeket a társadalmi-gazdasági erőforrásokkal össze-

hangoltan tart fejleszthetőnek. A jogalkotó szándéka szerint itt kívánt gátat szabni az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésének, hiszen lehetetlen lenne a társadalmi-gazdasági erőforrások akár teljes körének felhasználásával is lépést tartani az egészségügyben zajló technológiai fejlődés költségigényével, a betegek által az egészségüggyel szembeni növekvő elvárásaival, azonban nem jelent egy maradék elven járó forrásszerzési lehetőséget sem, ahogy az egészségügy szereplői aposztrofálni szokták forrásszerző képességeiket a költségvetési alkuk során.

Alapellátás

Az egészségügyi törvény az alapellátás célját és feladatait egy külön törvényben az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvényben (továbbiakban: alapellátási törvény) rendeli meghatározni. Az alapellátást gyakran tévesen azonosítani szokták a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátással, azonban a háziorvos, házi gyermekorvos (továbbiakban együttesen, kivéve, ahol kifejezett különbséget teszünk: háziorvos) az alapellátásnak egyik, kétségtelenül a legfontosabb szereplője, azonban az alapellátás ennél lényegesen nagyobb területet fed le. Az alapellátáshoz tartozik a fogorvosi- és a foglalkozás-egészségügyi alapellátás, a védőnői és az iskola-egészségügyi ellátás, valamint az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és hospice-ellátás.

Az alapellátási törvény rendelkezéseinek értelmében az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül. Az alapellátási törvény a szabad orvosválasztás lehetőségét erősíti meg, ennek természetesen korlátai lehetnek az egészségügyi szolgáltatók elérhetőségei, hiszen egy kisebb településen ritkán válogathatnak a betegek az egészségügyi szolgáltatók közül, sőt sajnálatosan előfordulhat az is, hogy az alapellátást csak helyettesítéssel tudják megoldani. Szintén hangsúlyos az alapellátás hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló jellege, hiszen az alapellátás az a szint, ahol a lakosság elsődlegesen találkozik az egészségügyi ellátórendszerrel. Ebből adódóan elengedhetetlen egy bizalmi kapcsolat kialakítása, amely azért is különösen fontos, mert itt a betegek nem egy másik szakember, orvos beutalása alapján jelennek meg az ellátórendszerben, hanem saját laikus döntésük alapján. A fogalom fontos eleme még a folyamatos egészségügyi ellátás biztosításának szükségessége, amely az egészségügyi ellátó napi munkarendjén kívül bekövetkező sürgősségi esetekben az egészségügyi ellátás folyamatos igénybevételének lehetőségét biztosítja. A folyamatos egészségügyi ellátás biztosítását az egészségügyi törvény ügyeleti ellátásra vonatkozó része tartalmazza, amelyet a későbbiek során részletesen tárgyalni fogunk, azzal, hogy ez nem kizárólag az alapellátási, hanem a járó- és fekvőbeteg-ellátási rendszert is érinti. Az alapellátási törvény rendelkezései szerint az alapellátáshoz kapcsolódóan a feladatok rendelési időn kívüli ellátására háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyeleti ellátásról kell gondoskodni (28).

Az alapellátási törvény tételesen felsorolja az egészségügyi alapellátás feladatait, amelynek egyik fontos eleme a lakosságra vonatkozóan a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátások biztosítása. Az ellátandó lakosság egészségi állapotában lényeges változást

eredményezhetne, amennyiben az alapellátás szemléletmódja, valamint a finanszírozási és ösztönzési rendszere jobban támogatná a közösségi szintű megelőző ellátások alkalmazását, azonban a jelenlegi alapellátási rendszerben nem kellő mértékben érezhető az erre való törekvés, amely mögött számos tényező, többek között a háziorvosi leterheltség is állhat. Az egészségpolitika ennek megoldását a közösségi szintű alapellátási modell fejlesztésében, a háziorvosi kompetenciák újragondolásában és a háziorvosok tehermentesítésében látja, amely változásoknak maga után kell vonnia a háziorvosi finanszírozás teljesítményelemeinek elmélyítését is (29).

Az alapellátás további feladatait már nem az ellátandó lakosságszámra, hanem az egyénre szabottan látja el, amelyek közé tartozik az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása, nevelése, egészségének fejlesztése. A háziorvos nem pusztán a beteg definitív ellátásáért felel, hanem az alapellátási törvény céljával összhangban a hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló ellátás keretei között folyamatosan nyomon követi a beteg egészségügyi életútját, amely magába foglalja a következőket: rendszeres időközönként behívja a beteget egy ellenőrzésre, nyomon követi a beteggel a járó- és fekvőbeteg-ellátásban történt egészségügyi beavatkozásokat, szükség esetén konzultál velük a beteg állapotáról. A háziorvos sajátos helyzetéből fakadóan olyan információkkal rendelkezik a beteg egészségi állapotáról, amelyek fontos tényezői lehetnek az ellátásnak, ezért szerencsés lenne ezen információáramlásnak szervezettebb kereteket biztosítani.

A háziorvos jogosult a meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelésre, gondozásra és rehabilitációra az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett. A háziorvosi ellátás rendkívül komplex és fontos tényező, hiszen egyfelől fel kell ismernie, hogy mik azok a beavatkozások, amelyeket definitív módon a rendelkezésére álló eszközökkel el tud látni, és azokat el is kell végeznie, másfelől, hogy melyek azok a betegségek, amelyek meghaladják az ellátási kompetenciáit, ebben az esetben pedig a betegeket mihamarabb a megfelelő szakmai, humán és tárgyi infrastruktúrával rendelkező egészségügyi szolgáltatóhoz kell irányítania. A háziorvosi kapuőrszerepnek az egyik szépsége és egyben kihívása is, hogy egyensúlyozzon annak mezsgyéjén, hogy akit el tud látni definitív módon, azt ellássa, akit nem, azt haladéktalanul továbbküldje a megfelelő kompetenciával rendelkező egészségügyi intézményhez. A progresszivitási szint első lépcsőfokán elhelyezkedő alapellátás biztosítja a legalacsonyabb költség mellett a definitív ellátást, így az egészségpolitika és a finanszírozó érdeke is az, hogy a legtöbb ellátás ezen a szinten valósuljon meg, és csak a feltétlenül szükséges ellátások kerüljenek a magasabb, így drágább ellátást nyújtó progresszivitási szintű kezelések közé. Sajnálatos módon az alapellátás finanszírozása nem támogatja ezt, hiszen a háziorvos akkor is közel azonos összeget kap adott betege után, ha lelkiismeretesen ellátja saját eszközeinek, szakmai anyagainak felhasználásával, mint ha továbbutalja a járó- vagy fekvőbeteg-ellátás irányába. A másik véglet is problémás, ha a háziorvos olyan beteget próbál meg ellátni, amely meghaladja szakmai tudását, lehetőségeit, hiszen a beteg egy későbbi időpontban, vélelmezhetően rosszabb egészségi állapotban kerül a járó- vagy fekvőbeteg-ellátásba, amely értelemszerűen nagyobb költséget eredményez, nem is említve más, esetleges fatális következmények társadalmi kihatását.

A háziorvosi kompetencia magába foglalja a fentiek alapján a szakorvoshoz történő irányítást a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából, amely egyaránt jelentheti a betegnek a járó-, illetőleg a fekvőbeteg-ellátásban történő irányítását. A

háziorvos a szakorvos iránymutatásai alapján részt vehet a beteg gyógykezelésében, házi ápolásában és rehabilitációjában a szakorvos által javasolt terápiás terv figyelembevételével; amely magába foglalja szükség esetén a beteg otthonában történő ellátását vagy a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérését is.

Összefoglalóan tehát a háziorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése és gyógyítása, valamint az egészségfejlesztés céljából. A házi gyermekorvos ezen ellátásokat a 19. életévét be nem töltött személyek számára biztosítja. A házi gyermekorvosi ellátást a 14–19 éves személyek esetében, erre irányuló választás alapján, háziorvos is biztosíthatja.

A háziorvos, házi gyermekorvos a gyermekvédelmi jelzőrendszer részeként jelzi a gyermek veszélyeztetettségét a család- és gyermekjóléti szolgálatnak, valamint meghatározott esetekben hatósági eljárást kezdeményez. Az elmúlt időszak számos szomorú példája jelzi, hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer működése nem tökéletes, indokolt megjegyezni a háziorvosok, házi gyermekorvosok ez irányú kötelezettségeit.

Az alapellátáshoz tartozik a fogorvos is, aki a fog- és szájbetegek gyógyító-megelőző alapellátását végzi. A meghatározott fogászati szűrővizsgálatok fogorvos által igazolt elvégzését a kötelező egészségbiztosítás keretében a fogorvosok részére folyósított finanszírozás megállapítása során – részükre kedvező módon – figyelembe kell venni. Tekintettel arra, hogy az alapellátás fenntartói általában települési önkormányzatok, amelyekben nem szakemberek ülnek, így részükre a szakmai iránymutatást, segítségnyújtást új megoldással biztosította a törvényalkotó. Ennek eredményeként a háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi ellátás egységes színvonala érdekében járásokhoz igazítottan, megyénként, valamint országos szinten kollegiális szakmai vezető háziorvos, házi gyermekorvos, fogorvos működik.

Az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás nem választható el teljes mértékben, ennek egyik eleme, hogy a háziorvosok között is vannak, akik egyéb szakorvosi szakképesítéssel is rendelkeznek, esetlegesen az alapellátási rendelési kötelezettségeiken túlmenően részállásban a járóbeteg-szakellátó intézményekben is munkát vállalnak. A közösségi szintű alapellátás-szervezés céljai szerint ezeket a meglévő kompetenciákat indokolt lehet kihasználni az alapellátásban is, ennek teremtette meg a jogszabályi alapjait az alapellátási törvény a következők szerint:

> „Amennyiben a háziorvos, házi gyermekorvos, alapellátást nyújtó fogorvos az adott egészségügyi alapellátás nyújtásához szükséges szakképesítésén kívül egyéb szakorvosi szakképesítéssel is rendelkezik, a vonatkozó egészségügyi szakma finanszírozására az egészségbiztosítási szerv – jogszabályban meghatározott feltételek szerint – az érintett háziorvosi szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval finanszírozási szerződést köt, ha azt az egészségügyi szolgáltató kezdeményezi."

A magyar egészségügyi ellátórendszer egyik sajátos eleme a védőnői ellátás, amely jól integrálható a közösségi alapellátási modellbe, mert klasszikus szerepkörén túlmenően további szerepelt vállalhat a népegészségügyi feladatok ellátásában, mint amilyenek a szűrővizsgálatok. Ennek teremtette meg a lehetőségét az alapellátási törvény, amikor deklarálta, hogy a védőnő a 25-65 éves női lakosság részére jogszabályban meghatározottak szerint népegészségügyi szűré-

seket végezheti. A védőnő klasszikus feladatköreit is definiálja az alapellátási törvény, amelynek értelmében a védőnő személyes és közösségi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése, valamint az egészség fejlesztése céljából a várandós anyák, a 19. életévet be nem töltött személyek, valamint a családtervezés időszakában lévő személyek számára. A védőnői ellátás egységes színvonalú ellátása érdekében járási, megyei, valamint a országos szakmai vezető védőnő működik.

Szintén az alapellátás része az iskola-egészségügyi ellátás, amely személyes és közösségi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése, valamint az egészség fejlesztése céljából. Továbbá szintén az alapellátáshoz tartozik a foglalkozás-egészségügyi alapellátás. Az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás a beteg lakó- vagy tartózkodási helyén, a beteg háziorvosának szakmai felügyelete mellett végezhető szolgáltatások, amelyek deklarált célja a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás kiváltása.

Járóbeteg-szakellátás

A progresszív betegellátás következő szintje a járóbeteg-szakellátás, amelyet az egészségügyi törvény szabályoz a következők szerint. Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. A beteg választása alapján beutaló nélkül is felkereshető járóbeteg-szakellátások például a következők: bőrgyógyászat, nőgyógyászat, urológia, pszichiátria és addiktológia. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően kell biztosítani.

A járóbeteg-szakellátás fogalmának elemzéséből kiderül, hogy annak igénybevételére a beteg jelentkezése, illetőleg a betegellátást végző orvos beutalása alapján kerülhet sor. Az irányított betegellátás egyik célkitűzése, hogy a beteg a szakellátást, beleértve a járó- és fekvőbeteg-szakellátást is, nem saját elhatározása alapján, hanem egy másik orvos beutalása alapján vehesse igénye. A háziorvosok kapuőr szerepe azt jelenti, hogy a nagyobb költségigényű szakellátás irányába csak azokat engedje tovább, akik az alapellátásban nem kezelhetőek eredményesen. A szakorvosok így egy lényegesen differenciáltabb beteganyaghoz jutnak, amely ellátásához speciálisabb ismeretek szükségesek, nem szólva a magasabb diagnosztikai háttérhez szükséges szakértelemhez. Másik oldalról a szakorvosok szűkebb szakmai spektrumon keresztül vizsgálják a beteget, elsősorban egy differenciált kórképen keresztül, így kevesebb lehetőségük marad a beteg holisztikus megközelítésére, a betegséget kiváltó ok kezelésére. A beutalás rendjét és szabályait a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (30) tartalmazza.

A járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmények típusait a 60/2003. (X.29.) ESzCsM rendelet határozza meg, a teljesség igénye nélkül szakrendelés, gondozó, szakambulancia és rendelőintézet elnevezésekkel. Az egészségügyi törvény is tételesen sorolja fel a járóbeteg-szakellátás feladatait, amelyek között elkülönítetten szerepel a megelőző tevékenység végzése.

A járóbeteg-szakellátás legfontosabb feladatai körébe tartozik az egyes betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, ideértve az otthoni szakápolás elrendelését és a rehabilitációt is, továbbá a járóbeteg-szakellátás kompetenciakörébe tartozó olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetőleg a szakorvosi konzíliumok elvégzése, szükség esetén a beteg otthonában (31).

A beutalási rend figyelembe vételével a járóbeteg-szakellátás szakorvosának lehetősége van arra, hogy amennyiben a beteg ellátása meghaladja lehetséges kompetenciahatárait, abban az esetben egyfelől speciális szakmai, diagnosztikus, illetve terápiás háttér szükségessége esetén a beteget, vizsgálatát követően, más járóbeteg-szakrendelésre vagy szakambulanciára, másfelől, intézeti hátteret igénylő ellátás szükségessége esetén a beteget fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja be.

Az általános járóbeteg-szakellátás mellett a betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra biztosítani kell speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő járóbeteg-szakellátást. A speciális járóbeteg-szakellátás olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel. Ezek jellemzően az egyetemi klinikákon és más, magasan kvalifikált centrumokban működő szakambulanciák.

Fekvőbeteg-szakellátás cím

Azokat az egészségügyi problémákat, amelyeket a járóbeteg szakellátás nem tud kezelni, a fekvőbeteg-szakellátáshoz kerülnek át. Az általános fekvőbeteg-szakellátás a fogalmi definíciója szerint a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A fogalmi definícióból következik, hogy – ahhoz hasonlóan, amit a járóbeteg-szakellátásnál már elmondtuk – a beteg elsősorban a kezelőorvosának beutalása, másodsorban saját jelentkezése alapján kerülhet a fekvőbeteg-szakellátáshoz. Természetesen nem várható el, hogy minden beteg lakóhelyén legyen kórház, itt a jogszabály megengedőbb, és a fogalomban a lakóhely közelében fordulatot tartalmazza.

A fekvőbeteg-szakellátás legfontosabb feladata a beteg folyamatos benntartózkodása mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is. A fekvőbeteg-szakellátás tehát magába foglalja az aktív és a krónikus egészségügyi ellátást, a hozzá kapcsolódó diagnosztikával, rehabilitációs ellátással és ápolási tevékenységgel is. Az aktív egészségügyi ellátás célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása, amelynek időtartalma, illetve befejezése többnyire tervezhető, és az esetek többségében rövid időtartamú. Ezzel ellentétben a krónikus ellátás célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása, amelynek időtartalma, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.

A fekvőbeteg-szakellátás a klasszikus bennfekvéses ellátáson túl felöleli az olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozásokat is, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szüksé-

ges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátást is biztosítani kell.

A fekvőbeteg-szakellátás az általános ellátás mellett az egyes speciális diagnosztikai és terápiás hátteret, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegségek gyakorisága alapján, meghatározott lakosságszámra vonatkozóan speciális fekvőbeteg-szakellátást köteles működtetni. Fontos kiemelni, hogy a fekvőbeteg ellátásnak ezen szintjét a beteg közvetlenül nem keresheti fel, még sürgősségi esetben sem. Az egészségügyi törvény meghatározza a speciális fekvőbeteg-szakellátásra történő beutalásra jogosult orvosok (mentőtisztek) körét is (32).

A további egészségügyi ellátások

A fekvőbeteg-szakellátáson túlmenően számos más egészségügyi ellátást is tartalmaz az egészségügyi törvény, amelyeket a teljesség igénye nélkül az alábbiakban sorolunk fel, részletesebben is foglalkozunk a következőkkel: ügyeleti ellátás, ápolás, mentés, betegszállítás, valamint a nem-konvencionális eljárások.

Az ügyeleti ellátás fogalma szerint az ügyeleti rendszer a napi munkarenden kívül bekövetkező sürgősségi esetekben az alapellátási, járó- és fekvőbeteg egészségügyi ellátás folyamatos igénybevételének lehetőségét biztosítja. Az ügyeleti ellátás célja az egészségügyi szolgáltatók napi munkarend szerinti munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig a beteg vizsgálata, egészségi állapotának észlelése, alkalomszerű és azonnali sürgősségi beavatkozások elvégzése, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő sürgősségi beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel. Az egészségügyi ügyelet során az egészségügyi szolgáltatások azon része érhető el, amelyek a sürgősségi betegellátáshoz kapcsolódnak. Az állami mentőszolgálatnak kiemelkedő szerepe van az ügyeleti ellátás működtetésében, így a fekvőbeteg-gyógyintézeti sürgősségi ügyelet megszervezésében, valamint az ügyeleti rend végrehajtásában (33).

A mentés az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, illetve az ehhez szükség szerint kapcsolódóan – az egészségi állapotának megfelelő ellátásra alkalmas – legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása.

Kiemelten fontos, hogy a mentés igénybevételéhez való jog Magyarország területén – állampolgárságra vagy egészségbiztosítási jogviszony fennállására való tekintet nélkül – mindenkit megillet, illetőleg a mentés biztonságos, egységes és összehangolt működéséhez szükséges feltételrendszer biztosítása és megszervezése állami feladat.

A mentésnek két különálló fajtáját különíthetjük el attól függően, hogy ki jogosult a mentést kezdeményezni. Amennyiben a beteg azonnali egészségügyi ellátásra szorul, bárki jogosult a mentés kezdeményezésére, mint a következő esetekben: személyi sérüléssel járó baleset, tömeges baleset, egészségügyi válsághelyzet esetén, ha életveszély vagy annak gyanúja áll fenn, heveny vagy riasztó tünetekkel járó esetekben, ha a sürgősségi ellátás elmaradása életveszélyhez, maradandó egészségkárosodáshoz vagy a gyógyulás elhúzódásához vezethet. Mentésnek minősül továbbá a szülészeti esemény, illetőleg ha az erős fájdalom vagy egyéb súlyos heveny tünet

csillapítása sürgős orvosi beavatkozást igényel, heveny tudatzavar, ideértve az ittasság miatti tudatzavart is, végezetül, veszélyeztető állapot vagy annak gyanúja esetén.

Mentésnek minősül, azonban kizárólag az orvos által kezdeményezhető a mentőszállítás, amely olyan mentőfeladat, amely során a beteget legalább mentőápolói felügyelettel a feltalálási helyéről egészségügyi intézménybe szállítják, valamint az őrzött betegszállítás, továbbá a külön jogszabályban meghatározott életmentő tevékenységhez az azt végző orvos, munkacsoport, életmentő eszköz vagy gyógyszer, valamint átültetésre kerülő szerv szállítása.

A betegszállítás célja, hogy biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban a – mentőápolói felügyeletet nem igénylő – esetben, ha az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható. A betegszállítás esetében az egészségügyi törvény részletesen felsorolja, mely esetekben nem biztosítható az egészségügyi ellátás elérhetősége, mint a fertőzésveszély vagy kóros magatartás, vagy amennyiben a beteg csak speciális testhelyzetben szállítható

Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése, fejlesztése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával. Az ápolási tevékenység önállóságát az egészségügyi dokumentációban is elkülönítetten szereplő ápolási, gondozási terv és az ápolási, gondozási dokumentáció is jól jelzi, amelyet az egészségügyi törvény a következők szerint fogalmaz: az ápolási, gondozási tevékenység az ápolási, gondozási terv alapján segíti a beteget azon tevékenységek elvégzésében. Az ápolási, gondozási tevékenységről ápolási, gondozási dokumentációt kell vezetni, amely része az egészségügyi dokumentációnak.

A nem konvencionális gyógyító és életminőség-javító eljárások célja az egészségi állapot kedvező befolyásolása, a betegségek megelőzése, valamint az egészséget veszélyeztető, illetve károsító tényezőkkel szembeni védekezés lehetővé tétele. A nem konvencionális eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletén, a konvencionális, természettudományosan megalapozott eljárásoktól eltérő megközelítésből eredő módszereken alapulnak, amelyek a konvencionális gyógyítási módszereket kiegészítő, helyettesítő, továbbá életmódjavító eljárások. A betegek biztonságát szolgálja, hogy a nem konvencionális eljárás helyettesítő eljárásként csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.

A teljesség igényével felsoroljuk az egészségügyi ellátások további elemeit, bár terjedelmi okokból részletesebben nem tudjuk bemutatni ezeket: gyógyszerellátás, orvostechnikai eszközellátás, haldokló beteg gondozása, rehabilitáció, pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, taktikai medicina, egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység, végezetül az egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások.

Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei

Az egészségügyi törvény részletesen meghatározza az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményrendszerének céljait, amely az egészségügyi szolgáltatások megfelelő minőségének, illetőleg az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő és az azokat nyújtó személyek jogainak biztosítása.

Az egészségügyi szolgáltatás megkezdésének és gyakorlásának feltételei

A törvény deklarálja, hogy egészségügyi szolgáltatás kizárólag az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdhető meg, illetve folytatható.

A működési engedély csak abban az esetben adható ki, ha a kérelmezőnek az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére van felelősségbiztosítása. A felelősségbiztosítási szerződés megszűnése esetén a biztosító ennek tényét haladéktalanul köteles bejelenteni az engedélyező szervnek, amely a működési engedélyt visszavonja, amennyiben az egészségügyi szolgáltató nem rendelkezik más biztosítónál felelősségbiztosítással.

Az ellátás biztonságát szolgálja, hogy a működéshez szükséges feltételek fennállásában bekövetkezett változást a szolgáltató haladéktalanul bejelenti az egészségügyi államigazgatási szervnek, valamint, hogy a működéshez szükséges feltételek meglétét az egészségügyi államigazgatási szerv rendszeresen ellenőrzi (34).

Speciális esetekben az egészségügyi szolgáltatás a működési engedély nélkül, az egészségügyi államigazgatási szerv részére megtett bejelentés alapján, hatósági nyilvántartásba vételt követően is megkezdhető és folytatható, amelyik közreműködői szerződés alapján nyújt szolgáltatást, a közreműködőt igénybe vevő egészségügyi szolgáltató számára kizárólag az egészségügyi szolgáltatás személyi feltételeit biztosítja, közreműködésére kizárólag személyes szolgáltatás nyújtásával kerül sor. A közreműködői szerződések esetében kötelező felelősségbiztosítási szerződés megkötése nélkül, a működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató felelősségére is működhet (35).

2.5. A működési engedély kiadása

A működési engedély kiadására az Országos Tisztifőorvosi Hivatal jogosult fekvőbeteg-szakellátást, mentést, betegszállítást, vérellátást, haemodialízist és sejt- és szövetbanki, biobanki, in vitro fertilizáció, klinikai genetikai, genetikai tanácsadási, molekuláris genetikai laboratóriumi diagnosztikai, intézeten kívüli szülészeti és újszülött-ellátási tevékenységet, valamint a fekvő- és járóbeteg-szakellátást egyidejűleg nyújtó egészségügyi szolgáltató és ezen egészségügyi szolgáltató közreműködői esetén. A működési engedély kiadását nem befolyásolja, hogy az egészségügyi szolgáltató hány telephelyen nyújtja egészségügyi szolgáltatásait. Szintén az Országos Tisztifőorvosi Hivatal jogosult a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó, valamint a fekvő- és járóbeteg-szakellátást egyidejűleg működtető s emellett önálló járóbeteg-szakellátást is végző szolgáltató esetében működési engedély kiadására (36).

A járási kormányhivatalok jogosultak a működési engedély kiadására az alapellátást, otthoni szakápolást, otthoni hospice-ellátást, gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatos szolgáltatást, bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézményben szervezett egészségügyi ellátást, önálló járóbeteg-szakellátást – ideértve az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátásokat – és diagnosztikai szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató esetén.

A hatóság a megadott adatok alapján, szükség esetén helyszíni szemle tartása után dönt az engedély megadásáról. A helyszíni szemle során a hatóság vizsgálja a személyi és tárgyi minimumfeltételek meglétét, a helyiségek szakmai és közegészségügyi megfelelőséget. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató közreműködőt kíván igénybe venni, a hatóság a közreműködőnél is ellenőrizheti a tárgyi feltételek meglétét, továbbá vizsgálja, hogy a közreműködő bevonása nem veszélyezteti-e az egészségügyi szolgáltatás folyamatosságát, biztonságát, színvonalát.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltató több telephellyel rendelkezik, illetve székhelyén is nyújt szolgáltatást, a működési engedélyt a telephelyekre vagy a székhelyre és a telephelyekre külön-külön lefolytatott eljárásokban a telephely, illetve székhely szerinti járási hivatal vagy az Országos Tisztifőorvosi Hivatal adja ki.

Változó helyszínen végzett egészségügyi szolgáltatás esetén az engedélyezés feltételeit az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának helyén kell vizsgálni. A változó helyszínen a szolgáltatásnyújtás időtartama alatt bármikor ellenőrizhető a közegészségügyi, valamint a személyi és tárgyi feltételek megléte. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató nem rendelkezik telephellyel, a működési engedélyt az egészségügyi szolgáltató székhelye szerint illetékes járási hivatal adja ki.

2.6. A tárgyi és személyi feltételrendszer

Az egészségügyi törvény nem részletezi a tárgyi feltételrendszert, a jogszabály annyit ír csak, hogy az egészségügyi szolgáltató tárgyi feltételrendszerének biztosítania kell az ellátáshoz szükséges követelményeket, és meg kell felelnie a munkavégzés feltételeire vonatkozó előírásoknak. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről külön rendelet, a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet rendelkezik (37).

Egészségügyi tevékenység – folytatásának formájától és módjától függetlenül – e törvény és külön törvény rendelkezéseire figyelemmel önállóan vagy felügyelet mellett végezhető. Egészségügyi tevékenységet önállóan az adott tevékenység folytatására jogosító egészségügyi szakképesítéssel rendelkező és az adott szakképesítés tekintetében a kötelező továbbképzési kötelezettségét teljesített vagy a továbbképzési kötelezettség teljesítése alól e törvény szerint mentesült, a működési nyilvántartásba bejegyzett személy végezhet. Az önállóan végzett egészségügyi tevékenység az arra feljogosító szakképesítésnek a működési nyilvántartásba történő bejegyzésétől kezdhető meg.

Egészségügyi tevékenységet önállóan végző személy felügyelete mellett végezhet egészségügyi tevékenységet az a személy, aki a szakképesítése megszerzéséhez szükséges képzésben vesz részt, akit a működési nyilvántartásból töröltek (a törlés okának megszűnését követően), akinek működési nyilvántartása lejárt, és meghosszabbítási kérelmét jogerősen elutasították, aki megfelelő szakképesítés nélkül az egészségügyi tevékenység végzésében közreműködik.

Egészségügyi tevékenységben az azt önállóan nem gyakorló személy az egészségügyi tevékenységet önállóan végző személy utasítása szerint működhet közre. A felügyeletet gyakorló személy utasítási joga – ide nem értve a munkáltatói utasítási joggyakorlást – csak a szakképesítésének megfelelő körben gyakorolható.

2.7. Az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alap- és működési nyilvántartása

Az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről szóló 18/2007. (IV. 17.) EüM rendeletben (38) foglalt egészségügyi szakképesítéseket az oklevél vagy bizonyítvány megszerzését, illetve magyarországi honosítását vagy elismerését követően alapnyilvántartásba kell venni, amelynek célja a megszerzett szakképesítés közhiteles tanúsítása. Az egészségügyi szakképesítést szerzett személy tehát nem saját nyilatkozata, hanem a törvény rendelkezése alapján kerül be az alapnyilvántartásban, az alapnyilvántartáshoz szükséges adatok az egészségügyi képzést végző intézmények adatszolgáltatása alapján kerülnek nyilvántartásba vételre (39, 40, 41).

Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásába felvételre kerül ez irányú kérelme alapján az a személy, aki az előírt feltételeknek megfelel, amely működési nyilvántartás vezetésének a célja az egészségügyi dolgozók adatainak közhiteles tanúsítása. Kizáró feltételeket is tartalmaz az egészségügyi törvény, amelynek értelmében nem vehető fel a működési nyilvántartásba a teljesség igénye nélkül az, aki nem szerepel az alapnyilvántartásban, akit az egészségügyi tevékenység gyakorlásától eltiltottak, a büntetett előélethez fűződő hátrányos jogkövetkezmények hatálya alatt áll, akit egészségi állapota miatt véglegesen alkalmatlanná nyilvánítottak, illetőleg aki nem tagja a szakképesítése szerint illetékes szakmai kamarának.

Az egészségügyi ágazati humánerőforrás nyomon követése, valamint stratégiai tervezésének elősegítése céljából egységes egészségügyi ágazati humánerőforrás-monitoring rendszer működik (42).

2.8. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása

A minőségügyi rendszer célja az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása, amely magában foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének nyomon követését, ellenőrzését, értékelését, akkreditálását, illetve tanúsítását és a folyamatos minőségfejlesztést.

Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének alapvető feltétele, hogy azt kizárólag jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltató nyújtsa, az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban foglalt vagy egyéb tudományosan elfogadott szakmai szabályok, valamint az egyén számára az egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást eredményezze, a betegjogok érvényesülése és a rendelkezésre álló erőforrások optimális felhasználása, valamint a betegek és az ellátásban közreműködők biztonsága mellett.

Minden egészségügyi szolgáltató biztosítja a belső minőségügyi rendszer működését, amelynek célja a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szolgáltatás folyamatainak megismerése, a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok megszüntetéséhez szükséges intézkedések megtétele, a betegek jogainak, igényeinek és véleményének figyelembe vétele, valamint hatékony és biztonságos munkavégzést támogató környezet biztosítása.

A külső minőségügyi rendszer működése az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyezési rendjére épül, és a szolgáltatások biztonságos nyújtáshoz szükséges követelményeknek, az egyes szolgáltatások szakmai tartalmának, az alkalmazott eljárások dokumentációs követelményeinek meghatározásán, nyilvánosságra hozatalán és rendszeres felülvizsgálatán, továbbá az egészségügyi szolgáltató hatósági szakfelügyeletén, valamint szakmai minőségértékelésén, az akkreditációs rendszeren, valamint a megfelelőség-tanúsítás rendszerén keresztül valósul meg. Az akkreditációs rendszer bevezetésének, működtetésének kihívásairól számos szakcikk értekezik (43, 44, 45, 46).

A hatósági szakfelügyelet az egészségügyi szolgáltatók és az egészségügyi szolgáltatások tekintetében az arra kijelölt egészségügyi államigazgatási szerv hatósági szakmai felügyeletet gyakorol, szakmai minőségértékelést végez. A szakmai minőségértékelés keretében az egészségügyi államigazgatási szerv feladata a betegellátás szabályokkal, érvényben levő szakmai irányelvekkel, eljárásrendekkel, ajánlásokkal, nemzetközi legjobb gyakorlattal való összevetése, értékelése és javaslattétel a minőségfejlesztés irányára.

Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációja az adott ellátási formára specifikus standardok szerinti működés elismerése, amelyre való jelentkezés önkéntes. Az egészségügyi szolgáltatók a tanúsítást az általuk önkéntesen teljesített, az ellátás szabályozottságának, a minőségirányítási rendszer megfelelőségének elismerése érdekében kérelmezhetik. Az akkreditáció alapjául szolgáló standardokat a miniszter hagyja jóvá, a felülvizsgálatot a miniszter által kijelölt szerv végzi, az akkreditációs dokumentumot a miniszter adja ki.

Irodalomjegyzék

1. Kovács G, Gellérné Lukács É, Gyeney L, Illés S. Third-country nationals in the Hungarian public health care sector NEW MEDICINE, 2015; 19(3):29-36.
2. Kovács G, boncz I, Gyeney L. Utilization of the Hungarian Publicity Financed Health Care System by Third (Non EU) Country Citizens. Value Health, 2013; 16(7):A487.
3. Gyeney L, Kovács G. Harmadik országbeli állampolgárok részvétele a közfinanszírozott rendszerben. In: Gellér Balázs József Dr (szerk.): Harmadik országbeli állampolgárok hozzáférése az egészségügyi ellátórendszerhez. Budapest: Tullius Kiadó, 2012. pp. 172-262.
4. Kovács G. A biológia és az orvostudomány hatása a büntetőjogra. In: Sulyok Gábor (szerk.) Opus magistrale 2007. 286 p. Győr: Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2008. pp. 70-122.
5. Kovács G. Bioetika és büntetőjogi kodifikáció Győr: Széchenyi István Egyetem, Győr, 2008.
6. Kovács G. Bioetika és büntetőjog kapcsolata. JOG ÁLLAM POLITIKA, 2009; 1(4):3-43.
7. Kovács G.: Anyai szempontok, vagy a jogkövetkezményektől való félelem? Med et Jur, 2016; 7(2): 24-30.
8. Nogel M. A bizonyítékokon alapuló ellátás és az egészségügyi minőségbiztosítás kapcsolata I. 2017; Med et Jur, 2017; 8(2): 20-26.
9. Nogel M. : Az egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosításának alapjai. In: Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Győr: Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017. pp. 138-142.
10. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Győr: Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017.
11. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Győr: Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017.

12. Dósa Á, Hanti P. Kovácsy Zs. Kommentár az egészségügyi törvényhez. Wolkers Kluwer Kft Budapest, 2016.
13. Homicskó Á. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása. Telemedicina Network 2011 Bt Budapest, 2009.
14. Kovács G, Nogel M, Fáskerty É. Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft. Győr (2017)
15. Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
16. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény
17. Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény
18. Fazekas M. Egészségügy-politika. Nemzeti Közszolgálati Egyetem Budapest (2014) pp. 4-6.
19. Boncz I, Sebestyén A (szerk). Egészségbiztosítási ismeretek. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015, pp. 19-32.
20. Balogh Zs., Hajas B., Chanda B.: Alapjogok és alapvető kötelezettségek fogalma, értelmezése. Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Budapest, 2014, 20.
21. Nogel M.: Az egészségügy jogi szabályozása. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Győr, Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017, 2–4.
22. Kovács G.: Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdései. In Kovács G., Nogel M., Fáskerty É.: Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017, 45–52.
23. 322/2006. (XII.23.) Korm. rendelet az Országos Mentőszolgálatról
24. 323/2006. (XII.23.) Korm. rendelet az Országos Vérellátó Szolgálatról
25. 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet a fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről
26. Kovács G.: Az egészségügyi ellátórendszer alapjai. In Kovács G., Nogel M., Fáskerty É.: Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft. Győr, 2017, 120–133.
27. Kovács G.: Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdései. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Győr, Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017. 39–47.
28. Kovács G.: Az egészségügyi ellátórendszer alapjai. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Győr, Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017, 120–133.
29. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
30. 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról
31. Kovács G.: Az egészségügy szervezése és irányítása. Egészségügyi és szociális jog. Győr, Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017, 147–156.
32. Boncz I. (szerk.): Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek. Medicina, Budapest, 2011, 36–39.
33. 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről
34. Kovács G.: Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei In Kovács G., Nogel M., Fáskerty É.: Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft. Győr, 2017, 134–137.
35. Nogel M.: Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának szakmai követelményei. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Győr: Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017. 211–213.
36. 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról
37. 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

38. 18/2007. (IV. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről
39. Kovács G.: Speciális területek az egészségügyi adatkezelésben II.: Adatkezelés tudományos és kutatási célból. Kábítószer-fogyasztók adatainak kezelése. Med. et Jur. 2011; 2(4):12–14.
40. Kovács G.: Speciális területek az egészségügyi adatkezelésben. Med. et Jur. 2011; 2(3):14–17.
41. Kovács G.: Adatvédelem az egészségügyben: Az egészségügyi adatkezelés vázlata. Med. et Jur. 2011; 2(1):16–18.
42. Endrei D., Ágoston I., Boncz I. (szerk.): Az egészségügyben használatos adatbázisok és kódrendszerek. Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 2015, 92–99.
43. Belicza É., Lám J.: Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere: a BeLLa projekt háttere. Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 2014;52: 2–7.
44. Nogel M.: Az egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosításának vázlata. In. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Győr, Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017, 215–219.
45. Nogel M.: A bizonyítékokon alapuló ellátás és az egészségügyi minőségbiztosítás kapcsolata II. Med. et Jur. 2017; 8(3):4–10.
46. Nogel M.: A szakértőjelöltekre vonatkozó szabályozás minőségbiztosítási szempontú vizsgálata. Belügyi Szemle, 2017; 65(9):105–114.

3. Egészségügyi intézmények vezetése

Endrei Dóra, Ágoston István

3.1. Bevezetés

Az egészségügyi intézmény (gyógyintézet) vezetésének feladatát képezi a gyógyintézet szakmai követelményeknek megfelelő, folyamatos és gazdaságilag hatékony működtetése. E feladatának a gyógyintézet vezetése a szakmai önállósága alapján a hatályos jogszabályok, a szervezeti és működési szabályzat, illetőleg a fenntartó határozatainak figyelembevételével tesz eleget.

Az egészségügyről szóló törvény célja (1), hogy elősegítse az egyén és ezáltal a lakosság egészségi állapotának javulását, az egészséget befolyásoló feltétel- és eszközrendszer, valamint az annak kialakításában közreműködők feladatainak meghatározásával. Fontos cél a társadalom tagjai esélyegyenlőségének megteremtése az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésük során, valamint a feltételek megteremtése, hogy minden beteg megőrizhesse emberi méltóságát és önazonosságát, önrendelkezési és minden egyéb joga csorbítatlan maradjon. A törvény meghatározza – a szolgáltatók jogállásától és az ellátások fedezetétől függetlenül – az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételeit, színvonalának garanciáit.

Szükséges az egészségügyi dolgozók és a szolgáltatást nyújtó intézmények védelmét biztosítani a jogaik és kötelezettségeik meghatározásával, valamint az egészségügyi szolgáltatás sajátos jellegéből fakadó garanciális jellegű intézkedésekkel, valamint lehetővé tenni az egyéni és a közösségi érdekek harmonikus érvényesülését, a mindenkori népegészségügyi célok elérését, a szükséges erőforrások előteremtését, optimális felhasználását és az egészségtudományok fejlődését (2, 3).

3.2. Egészségügyi közszolgáltatások

Az egészségügyi közszolgáltatás részben vagy egészben az államháztartás terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás. A gyógyintézet lehet rendelőintézeti járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény. A fenntartó *költségvetési szerv egészségügyi szolgáltató* esetén az alapító okiratban felügyeleti szervként megjelölt állami szerv, helyi önkormányzat vagy önkormányzati társulás, *egyházi jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező egyházi egészségügyi szolgáltató* esetén az alapító okiratban fenntartóként megjelölt egyházi jogi személy, *alapítványi, közalapítványi egészségügyi szolgáltató* esetén az alapítvány, közalapítvány, *más szervezet egészségügyi szolgáltató egységeként működő gyógyintézet* esetén a tulajdonosi jogokat gyakorló szervezet.

Egészségügyi szolgáltatás kizárólag az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdhető meg, illetve folytatható. Egészségügyi szolgáltatásra bármely természetes személy, jogi személy és jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság kaphat működési engedélyt, ha megfelel a külön jogszabályban

előírt szakmai (tárgyi és személyi) minimumfeltételeknek, szakképesítési előírásoknak, és rendelkezik az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben okozott kár megtérítésére felelősségbiztosítási szerződéssel. Az egyetemi klinika az orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató egyetem (a továbbiakban: egyetem) olyan szervezeti egysége, mely a progresszív ellátás felső szintjén és a területi ellátási kötelezettség keretében nyújtott gyógyító-megelőző feladatain keresztül biztosítja az adott egészségügyi szakterület – elméleti és gyakorlati képzését is magába foglaló – graduális, illetve posztgraduális oktatását. Az egyetemi klinika a szakterületét illetően kapcsolatot tart más egészségügyi szolgáltatókkal, részt vesz az orvostudomány adott ágának elméleti és gyakorlati fejlesztésében, illetve e területen kutatómunkát végez. Az egészségügyi képzés, szakképzés és továbbképzés gyakorlati szakmai ismereteit – a felsőoktatási vagy oktatási intézménnyel kötött szerződés alapján – olyan gyógyintézet vagy egyéb egészségügyi szolgáltató is nyújthatja, amely nem minősül egyetemi klinikának.

Az egészségügyi közszolgáltatások szervezése magában foglalja a progresszív ellátás adott szintjének megfelelő egészségügyi ellátás szervezését; az egészségügyi közszolgáltatást nyújtó központi vagy önkormányzati költségvetési szervek fenntartását, illetőleg az állami, önkormányzati tulajdoni részesedéssel működő gazdasági társaságokban a tulajdonosi jogok gyakorlását, valamint a közszolgáltatás finanszírozását. Az egészségügyi közszolgáltatás szervezéséről az állam a helyi önkormányzatok, az Emberi Erőforrások Minisztériuma, az egészségügyi szolgáltatót fenntartó minisztériumok (a továbbiakban együtt: ágazati minisztérium), illetve az orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató felsőoktatási intézmények, valamint az egészségbiztosítási rendszer működtetése útján gondoskodik. Az egészségügyi közszolgáltatást nyújtó szolgáltatók e tevékenységüket az egészségügyi törvény és az általuk nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó jogszabályok, szakmai szabályok, valamint a közszolgáltatás finanszírozására vonatkozó jogszabályok alapján végzik (4, 5).

3.3. A gyógyintézetek vezetőjének és vezetőhelyettesének képesítési követelményei

Gyógyintézet vezetője, helyettes vezetője az egészségügyért felelős rendeletében meghatározott képesítéssel rendelkező személy lehet. Az állami és önkormányzati egészségügyi szolgáltatóknál a vezetői (vezetőhelyettesi) munkakör betöltésére pályázatot kell kiírni. A gyógyintézet vezetőjét szakmai vezető testület segíti munkájában. A szakmai vezető testület a belső szabályzatokban meghatározott véleményező, javaslattevő feladatokat lát el, külön jogszabályban meghatározott szakmai döntésekhez egyetértése szükséges. A gyógyintézet szervezeti és működési szabályzata egyéb szakmai kérdésekben is egyetértési jogot biztosíthat a szakmai vezető testület számára. A szakmai vezető testület véleményét ki kell kérni a gyógyintézet szervezetére és működésére vonatkozó szabályzatok megalkotásához, az egészségügyi közszolgáltatást érintő pénzügyi tervek és beszámolók elfogadásához. A gyógyintézet az általa nyújtott szolgáltatások tervszerű és minőségi fejlesztésére szakmai tervet készít. A szakmai tervet – a gyógyintézet szakmai vezető testületének egyetértésével – költségvetési szervnél a gyógyintézet vezetője,

egyetemi klinikánál az egyetem, más szervezet esetében a fenntartó fogadja el. A szakmai tervet jóváhagyás céljából be kell nyújtani az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervhez. Az egészségügyi szolgáltató az egészségbiztosítási finanszírozásból (költségvetési támogatásból) származó bevételét csak az egészségbiztosítási finanszírozásra (a költségvetési támogatásra) vonatkozó jogszabályokban, valamint a finanszírozási (támogatási) szerződésben meghatározott feladatokra használhatja fel (6).

Az egészségügyi közszolgáltatást nyújtó gyógyintézet vezetésével olyan személy bízható meg, aki (orvostudományi vagy egyéb) egyetemi szintű végzettséggel, mesterképzési szakon szerzett egészségügyi menedzser szakképesítéssel, valamint legalább ötéves vezetői gyakorlattal rendelkezik. Az előzőkben előírt képesítési feltétel, valamint a vezetői gyakorlat megléte alól a fenntartó felmentést adhat, amely egy személy részére egy alkalommal jár. Amennyiben gyógyintézet vezetésére olyan személy jelentkezik, aki korábban úgy kapott megbízást vagy kinevezést gyógyintézet vezetésére, hogy a felmentést megkapta, az kizárólag akkor bízható meg vagy nevezhető ki a vezetésre, ha valamennyi feltételnek megfelel a kinevezés vagy megbízás időpontjában.

A gyógyintézet orvosvezetőjévé (a gyógyintézet vezetőjének orvos vezetőhelyettesévé) az nevezhető ki, aki orvostudományi egyetemi végzettséggel, szakorvosi képesítéssel (szakkórház esetében az adott szakterületnek megfelelő szakorvosi képesítéssel), valamint legalább öt év gyakorló orvosi tevékenységgel, mesterképzési szakon szerzett egészségügyi menedzser szakképesítéssel vagy egészségügyi (szak)menedzseri képesítéssel vagy egészségügyi menedzsment szakirányú továbbképzési szakon szerzett képesítéssel vagy jogi szakokleveles orvos szakirányú továbbképzési szakon szerzett képesítéssel, valamint legalább hároméves vezetői gyakorlattal rendelkezik.

A gyógyintézet ápolási igazgatójává az nevezhető ki, aki egészségügyi főiskola diplomás ápolói, intézetvezetői, szakoktatói szakán vagy tudományegyetemen szerzett diplomás ápolói oklevéllel, mesterképzési szakon szerzett egészségügyi menedzser szakképesítéssel vagy egészségügyi (szak)menedzseri képesítéssel vagy egészségügyi menedzsment szakirányú továbbképzési szakon szerzett képesítéssel, valamint legalább hároméves vezetői gyakorlattal rendelkezik.

A gyógyintézet gazdasági igazgatójává (gazdasági vezetőjévé) az nevezhető ki, aki szakirányú felsőfokú iskolai végzettséggel vagy felsőfokú iskolai végzettséggel és emellett mérlegképes könyvelői vagy ezzel egyenértékű szakképesítéssel, valamint legalább hároméves vezetői gyakorlattal rendelkezik. Gyógyintézet gazdasági igazgatója esetében szakirányú felsőfokú végzettség tekintetében a közgazdasági (pénzügyi) felsőoktatásban alapképzésben szerezhető képesítéseket kell irányadónak tekinteni.

A vezetői, illetőleg vezetőhelyettesi (orvos-, illetve ápolási igazgatói, gazdasági igazgatói), valamint osztályvezetői, illetőleg intézeti vezető főgyógyszerészi, intézeti főgyógyszerészi beosztások pályázati eljárás során tölthetők be (7, 8).

Az Egyetemeken a gazdasági feladatok a Kancellárok hatáskörébe tartoznak. Ez meghatározza az Egyetemeken belül működő Klinikai Központok gazdasági működését is (9).

3.4. A gyógyintézet vezetésének feladat-és hatásköre

A gyógyintézet vezetése az intézet egyszemélyi felelős vezetőjét, valamint a vezetőhelyetteseket foglalja magában. A gyógyintézet vezetésének feladatát képezi az intézet szakmai követelményeknek megfelelő, folyamatos és gazdaságilag hatékony működtetése. E feladatának a gyógyintézet vezetése a szakmai önállósága alapján a hatályos jogszabályok, a szervezeti és működési szabályzat, illetőleg a fenntartó határozatainak figyelembevételével tesz eleget.

A gyógyintézet egyszemélyi felelős vezetője a **főigazgató** vagy igazgató (a továbbiakban együtt: főigazgató). A főigazgató kizárólagos hatáskörébe tartozik:

- jogszabály eltérő rendelkezésének hiányában a vezetőhelyettesek megbízása, a megbízás visszavonása, illetve felettük az egyéb munkáltatói jogok gyakorlása,
- a gyógyintézet szakmai osztályai vezetőinek megbízása, illetve a megbízás visszavonása,
- a vezetőhelyettesek munkaköri leírásának meghatározása,
- jogszabály eltérő rendelkezésének hiányában az intézeti szabályzatok kiadása,
- az intézeti szervezeti és működési szabályzatban kizárólagos hatáskörként meghatározott egyéb feladatok ellátása,
- a gyógyintézet tevékenysége elleni panasz megvizsgálása, elintézése, valamint
- mindaz, amit jogszabály a főigazgató kizárólagos hatáskörébe utal.

A főigazgatót feladatainak ellátásában vezetőhelyettesek, valamint a szakmai vezető testület segítik. A gyógyintézet vezetőhelyettesei:

- fekvőbeteg-gyógyintézetben az orvosigazgató, az ápolási igazgató és a gazdasági igazgató;
- kizárólag járóbeteg-szakellátást nyújtó gyógyintézetben az orvosigazgató és a gazdasági igazgató;
- kizárólag ápolási feladatokat ellátó gyógyintézetben az ápolási igazgató és a gazdasági igazgató.

Az **orvosigazgató** feladatkörébe tartozik – a főigazgató közvetlen irányítása mellett – a gyógyintézetben nyújtott orvosi és intézeti gyógyszerészi tevékenység felügyelete és a tevékenységek összehangolása, ennek keretében különösen:

- az egészségügyi dokumentáció vezetése szabályszerűségének biztosítása és felügyelete,
- az ügyeleti tevékenység biztosítása és felügyelete,
- a betegjogok érvényesülésének folyamatos figyelemmel kísérése,
- a betegek által bejelentett panaszok kivizsgálásában való közreműködés,
- a betegjogi képviselővel való kapcsolattartás,
- az egészségügyi hatósági rendelkezések végrehajtásának ellenőrzése,
- a házirend rendelkezései végrehajtásának ellenőrzése,
- a gyógyintézet higiénés rendjének biztosítása és felügyelete,
- a gyógyintézetben nyújtott egészségügyi szolgáltatások folyamatos minőség-ellenőrzése,
- a gyógyintézetben orvosi, gyógyszerészi munkakörben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók továbbképzésének biztosítása és felügyelete, valamint
- a szervezeti és működési szabályzatban meghatározott további feladatok ellátása.

Az ápolási igazgató feladatkörébe tartozik – a főigazgató közvetlen irányítása mellett – a gyógyintézet által nyújtott ápolási tevékenység felügyelete és a tevékenységek összehangolása, ennek keretében különösen:

- a kórházi ápolási dokumentáció szabályszerű vezetésének, a dokumentáció szakmai tartalmának felügyelete,
- a betegjogok érvényesülésének folyamatos figyelemmel kísérése,
- a betegek által bejelentett panaszok kivizsgálásában való közreműködés,
- a betegjogi képviselővel való kapcsolattartás,
- a gyógyintézet higiénés rendjének folyamatos figyelemmel kísérése,
- a házirendben foglalt rendelkezések végrehajtásának ellenőrzése,
- a gyógyintézetben ápolói és egyéb egészségügyi szakdolgozói munkakörben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók továbbképzésének biztosítása és felügyelete, valamint
- a szervezeti és működési szabályzatában meghatározott további feladatok ellátása.

A **gazdasági igazgató** feladatkörébe tartozik – a főigazgató közvetlen irányítása mellett – a gyógyintézet működésével összefüggő gazdasági, pénzügyi, műszaki és intézményüzemeltetési feladatok, valamint a mindezekkel összefüggésben felmerülő adminisztratív feladatok irányítása (10).

A szervezeti és működési szabályzatban további vezetőhelyettesi munkakörök is kialakíthatóak.

A **szakmai vezető testület** a gyógyintézet tanácsadó, véleményező és javaslattételi szerve, továbbá meghatározott szakmai kérdésekben egyetértési jog is megilleti. A szakmai vezető testület az e rendeletben meghatározott feladatait a szervezeti és működési szabályzatban meghatározottak szerint, ennek keretei között saját ügyrendjének megfelelően gyakorolja.

A szakmai vezető testület tagjai az orvosigazgató, az ápolási igazgató (vezető asszisztens), a gyógyintézet szakmai osztályainak vezetői, mátrix kórház esetén a kórház működési engedélyében szereplő szakmák vezető főorvosai.

A szakmai vezető testületi tagok számát a szervezeti és működési szabályzat korlátozhatja azzal, hogy e tagok száma háromnál nem lehet kevesebb. A szakmai vezető testület a tagjai közül elnököt választ. A szakmai vezető testület évente legalább két ülést tart. A szakmai vezető testület ülését a testület elnöke a gyógyintézet szervezeti és működési szabályzatában foglaltaknak megfelelően, illetőleg szükség szerint hívja össze. Köteles összehívni a testület ülését abban az esetben, ha ezt a vezető testület legalább egyharmada írásban kezdeményezi.

A **szakmai vezető testület** részt vesz a gyógyintézet szervezeti és működési szabályzatának, házirendjének, valamint a belső szabályzatainak előkészítésében, véleményezi, illetve rangsorolja a vezetőhelyettesi és a szakmai osztályok vezetői munkaköreinek betöltésére beérkezett pályázatokat, a fenntartó, illetőleg a főigazgató felé javaslattételi joga van, illetve a fenntartó, illetőleg a főigazgató felkérésére meghatározott szakmai kérdésben véleményt nyilvánít.

A főigazgató köteles kikérni a szakmai vezető testület állásfoglalását a gyógyintézet szervezeti és működési szabályzatában előírt esetekben.

A szakmai vezető testület egyetértése szükséges a gyógyintézet szakmai tervéhez, a gyógyintézet fejlesztési prioritásainak meghatározásához, a vezetői, orvos vezetőhelyettesi, ápolási

igazgató kinevezéseknél a külön jogszabályban meghatározott feltételek alóli felmentéshez, a kórházi etikai bizottság vezetőjének és tagjainak, továbbá a halottból történő szerv-, szövetkivételhez, a halál tényét megállapító bizottság kinevezéséhez, a minőségbiztosítási politika kialakításához és a belső minőségügyi rendszerről szóló szabályzat elfogadásához, más egészségügyi szolgáltatóval való szakmai együttműködési és konzíliumkérési rendhez, a gyógyintézet szervezeti és működési szabályzatában előírt egyéb döntésekhez. A gyógyintézet vezetése a szakmai vezető testület tagjaival szemben a testületben kifejtett tevékenységük, véleményük, állásfoglalásuk miatt nem hozhat hátrányos munkáltatói döntéseket és intézkedéseket.

3.5. Az egészségügyi felsőoktatási intézmény működése

Az orvos- és egészségtudományi képzést folytató egyetem (a továbbiakban: egészségügyi felsőoktatási intézmény) felsőoktatási intézmény részeként **klinikai központot** működtethet, a felsőoktatási intézménytől elkülönített szervezeti keretben egészségügyi szolgáltatót létesíthet és tarthat fenn, a felsőoktatási intézmény szervezeti egységeként egyetemi kórházat működtethet (11).

Az egészségügyi felsőoktatási intézménynek címzett irányítási hatásköröket és fenntartói jogköröket a szakmai feladatokkal kapcsolatos hatáskörök és jogkörök tekintetében a **rektor**, a működtetéssel és gazdálkodással kapcsolatos hatáskörök és jogkörök tekintetében a **kancellár** gyakorolja.

A felsőoktatási intézményekben – a szervezeti és működési szabályzatban meghatározottak alapján – magasabb vezetői megbízást jelent a klinikai központ esetén az **elnöki** pozíció.

Egyetemi kórház a költségvetési szervként működő egészségügyi szolgáltatónak az egészségügyi felsőoktatási intézménybe történő beolvadásával hozható létre. Egyetemi kórház szervezeti egység létrehozásához az egészségügyért és oktatásért felelős miniszter egyetértése szükséges. Az egyetemi kórház vezetője az egyetemi kórház működésével és tevékenységével összefüggésben az egészségügyi felsőoktatási intézmény képviseletében eljárhat. Az egyetemi kórház az egészségügyi felsőoktatási intézmény egészségügyi szolgáltatójának minősül, rá a működési formája szerint irányadó jogszabályi rendelkezéseket alkalmazni kell. Az egyetemi kórház és a klinikai központ működésére és szervezetére, az egyetemi kórház és a klinikai központ vezetőjének jogaira és kötelezettségeire, továbbá képviseleti jogának terjedelmére vonatkozó szabályokat az egészségügyi felsőoktatási intézmény szervezeti és működési szabályzatában, az egyetemi kórház és a klinikai központ gazdálkodására vonatkozó szabályokat az egészségügyi felsőoktatási intézmény belső szabályzatában kell meghatározni.

A **klinikai központ** és az egyetemi kórház részt vesz a területi egészségügyi szolgáltatások nyújtásában, a szakellátás különböző progresszivitású szintjei szerinti betegellátásban, a tancélú gyógyító-megelőző tevékenység keretében az egészségügyi felsőoktatási intézmény képzési és kutatási feladatainak ellátásában. A feladat ellátására vonatkozóan az egészségbiztosítási szerv külön finanszírozási szerződést köt a klinikai központtal és az egyetemi kórházzal. Az egészségügyi felsőoktatási intézmény elkülönített kincstári számlákkal rendelkezik. Az egészségbiztosítási szerv által az egészségügyi szolgáltatás ellenértékeként biztosított összeg csak a finanszírozási szerződésben meghatározott feladatokra használható fel.

Az egyetemi kórház és a klinikai központ tekintetében az egészségügyi felsőoktatási intézménynek címzett fenntartói jogokat az egészségügyi szolgáltatóval kapcsolatos szakmai jogosítványok körében – ideértve az egészségügyi szolgáltató vezetője felett gyakorolt valamennyi munkáltatói jogot – a rektor, az egészségügyi szolgáltató működtetésével és gazdálkodásával kapcsolatos jogosítványok körében a kancellár gyakorolja.

Az egyetemi kórház vezetője kinevezéséhez vagy megbízásához, felmentéséhez vagy megbízásának visszavonásához az egészségügyért felelős miniszter egyetértése szükséges. Az egyetemi kórház dolgozói – a kancellár hatáskörébe tartozó feladatokat ellátó alkalmazottak kivételével – felett a munkáltatói jogokat – a bérgazdálkodást érintő, a kancellár egyetértésével hozott döntések kivételével – az egyetemi kórház vezetője gyakorolja.

Az egészségügyért felelős miniszter irányítja és koordinálja az egészségügyi felsőoktatási intézményekben folytatott tancélú gyógyító-megelőző tevékenységet, ágazati kutató-fejlesztő tevékenységet. Annál, aki az egészségügyi felsőoktatási intézmény képzési feladataiban és egészségügyi szolgáltatással összefüggő feladataiban is – munkaköri feladataként – részt vesz, meg kell határozni, hogy a teljes munkaidő mekkora részét kell az oktatói, illetőleg az egészségügyi szolgáltatással összefüggő feladatokra fordítani. Ilyen foglalkoztatás esetén az egyes tevékenységekre vonatkozó foglalkoztatási és munkaidő-megosztáshoz igazodó díjazási szabályokat kell alkalmazni. A kettős feladatellátási kötelezettségük körében mind az egészségügyi minimumfeltételek, mind az oktatási akkreditáció szempontjából teljes értékű alkalmazottnak minősülnek. Az egészségügyi felsőoktatási intézmény egészségügyi szolgáltatójánál oktatási feladatot ellátó alkalmazott oktatói munkakörben foglalkoztatható bérforrásmegosztási kötelezettség és az intézményi foglalkoztatási követelményrendszer belső szabályainak teljesítése mellett. A betegellátási feladatok koordinálására az egészségügyi felsőoktatási intézmény klinikai központot hozhat létre. A klinikai központ a felsőoktatási intézmény egészségügyi szolgáltatást végző és a felsőoktatási képzési programban részt vevő klinikákat, diagnosztikai egységeket és az egészségügyi szolgáltatás szervezéséhez kapcsolódó egyéb szervezeti egységeket foglalhatja magában.

Az egészségügyi felsőoktatási intézményben az egészségügyi szolgáltatás irányításáért felelős magasabb vezetői megbízással rendelkező vezetőt a szervezeti és működési szabályzatban kell meghatározni (a továbbiakban: egészségügyi szolgáltatásért felelős vezető). A klinikai központot irányító egészségügyi szolgáltatásért felelős vezetőnek felsőfokú végzettséggel, orvos- és egészségtudomány képzési területen szerzett mesterfokozattal, illetve tudományos fokozattal kell rendelkeznie; e rendelkezéstől eltérni vagy szigorúbb feltételt előírni a pályázatban nem lehet. A klinikai központ egészségügyi szolgáltatásért felelős vezetője megbízásához az egészségügyért felelős miniszter előzetes egyetértését be kell szerezni. Az egészségügyi szolgáltatásért felelős vezető önállóan irányítja az egészségügyi szolgáltatás megszervezését. A klinikai központ egészségügyi szolgáltatásért felelős vezetője e feladatok tekintetében a klinikai központ dolgozói felett gyakorolja a munkáltatói jogokat a bérgazdálkodást érintő, a kancellár egyetértésével hozott döntések kivételével.

Ha az egészségügyi felsőoktatási intézmény klinikai központot és egyetemi kórházat is működtet, az egészségügyi szolgáltatások egységes szakmai irányítását **Egészségügyi Irányító Testület** (a továbbiakban: EIT) látja el. Az EIT az egészségügyi felsőoktatási intézmény testü-

leti szerve, amelynek tagjai: az egészségügyért felelős miniszter által delegált 4 fő, az egészségügyi felsőoktatási intézmény rektora és kancellára által delegált 2-2 fő.

Az EIT a tagjai közül – az EIT képviseletére jogosult – elnököt választ. Az elnök megválasztásához, az egészségügyi felsőoktatási intézmény szervezeti és működési szabályzatának az EIT-t egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó feladataira, kötelezettségeire, jogosultságaira vonatkozó szabályainak meghatározásához és módosításához az egészségügyért felelős miniszter egyetértése szükséges. Az EIT ülésén a klinikai központ és az egyetemi kórház vezetője tanácskozási joggal részt vehet.

Az EIT a klinikai központ és az egyetemi kórház vonatkozásában az egészségügyi felsőoktatási intézmény szervezeti és működési szabályzatában rögzített feladatok mellett fenntartói jogkörök gyakorlásához kapcsolódó előkészítő tevékenységet végez, amelynek keretében az egészségügyi felsőoktatási intézményen belül döntési jogkörrel rendelkezik. Az EIT működésének rendjét az általa elfogadott ügyrend határozza meg.

A felsőoktatási intézmény által biztosított egészségügyi szolgáltatáshoz – jogszabályban meghatározott feltételekkel – az egészségügyért felelős miniszter költségvetési finanszírozást nyújt, illetve támogatást nyújthat. Az egészségügyi felsőoktatási intézmény által végzett egészségügyi tevékenységre, továbbá az egészségügyi kutatásra, egészségügyi fejlesztésekre, egészségügyi szak- és továbbképzésre is alkalmazni kell az egészségügy szakmai irányítására és szervezésére, az egészségügyért felelős miniszter szakmai irányítási jogkörére vonatkozó rendelkezéseket, továbbá mindazokat a jogszabályokat, amelyek meghatározzák az egészségügyi szolgáltatás megszervezését, a feladatellátásban közreműködők szakképzettségét, az egészségügyi szolgáltatás finanszírozását.

Az intézményi vezetés előtt álló gazdasági és finanszírozási kérdések meghatározó jelentőséggel bírnak a hatékony és fenntartható működés kialakításában (12, 13, 14).

Irodalomjegyzék

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
2. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Győr, Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017.
3. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Győr, Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017.
4. Kovács G.: Az egészségügy szervezése és irányítása. In Egészségügyi és szociális jog. Győr, Universitas-Győr Nonprofit Kft., 2017.
5. Endrei D., Zemplényi A., Molics B., Ágoston I., Boncz I.: The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary. Health Policy. 2014; 115(2-3):152–156.
6. 43/2003.(VII. 29.) ESzCsM rendelet a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről
7. 13/2002 (III.28.) EüM rendelet a gyógyintézetek vezetőjének és vezetőhelyetteseinek képesítési követelményeiről
8. Endrei D., Kollár L., Zemplényi A., Ágoston I., Betlehem J., Lampek K., Molics B., Boncz I.: A teljesítményvolumen korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítménymutatóira 2004–2008. között. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2011; 49(1): 2–9.

9. Endrei D., Sebestyén A., Gazsó T., Zemplényi A., Kovács G., Nagy S., Boncz I.: A szülészeti-nőgyógyászati ellátás finanszírozási kérdései. Magy. Nőorv. L., 2016; 79(2):78–81.
10. Endrei D., Kollár L., Bódis J., Imhof G., Zemplényi A., Vas G., Boncz I.: A teljesítményvolumen korlát hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására. Orv. Hetil. 2010;151(31):1270–4.
11. 2011. évi CCIX. törvény a nemzeti felsőoktatásról
12. Boncz I., Evetovits T., Dózsa Cs., Sebestyén A., Gulácsi L., Ágoston I., Endrei D., Csákvári T., Getzen T. E.: The Hungarian Care Managing Organization Pilot Program. Value Health Reg. Issues. 2015; 7:27–33.
13. Boncz I., Sebestyen A.: Financial deficits in the health services of the UK and Hungary. Lancet. 2006; 368(9539): 917–918.
14. Endrei D., Molics B., Ágoston I.: Multicriteria Decision Analysis in the Reimbursement of New Medical Technologies: Real-World Experiences from Hungary. Value Health. 2014; 17(4):487–9.

4. Költségvetés-tervezés az egészségügyi intézményekben

Zemplényi Antal Tamás

4.1. Bevezetés

Az egészségügyi intézmények költségvetésének összeállításakor a stratégiai, szakmai és pénzügyi szempontokat együttesen kell érvényesíteni, ami komplex feladat, és gondos előkészítést igényel. A költségvetés azon túl, hogy jogszabályi kötelezettség az államháztartás alrendszerében működő intézmények számára, egyben irányítási eszköz is. Az egészségügyi szolgáltatók menedzserei a belső költségvetést és annak végrehajtását az intézményi célok elérésének eszközeként is alkalmazzák. A belső költségvetés-tervezés gyakorlata intézményenként eltér. Az egészségügyi szolgáltatók méretében, működési gyakorlatában a kontrolling erőforrásaikban fennálló különbségek miatt nem lehet minden szervezetre egységesen ráhúzható költségvetés-tervezési koncepciót meghatározni, ezért jelen írásunkban azt kívánjuk bemutatni, hogy milyen szempontokat érdemes végiggondolni a költségvetés készítése során abból a célból, hogy az a menedzsment számára hatékony irányítási eszközként szolgáljon. Jelen könyvfejezet célja ezért, hogy praktikus útmutatóként szolgáljon egy egészségügyi szolgáltató (kórház, klinikai központ) költségvetési tervének elkészítéséhez.

A következőkben röviden bemutatjuk a költségvetési gazdálkodás és a belső költségvetés-tervezés főbb szempontjait, továbbá rálátást igyekszünk adni arra, hogy milyen információk feldolgozásával kell egy egészségügyi szolgáltató költségvetését előkészíteni. A fejezetben részletesen kitérünk az aktív fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények költségvetésének elemeire, a tervezés folyamatára és a gazdálkodásirányítás főbb kérdéseire.

4.2. A költségvetési gazdálkodás

Az államháztartásban a költségvetés az állam pénzügyi gazdálkodásának megszabott rendje. Az államháztartás rendszerében a tervezést, gazdálkodást és beszámolást éves költségvetés alapján kell folytatni. Az állami fenntartású közfinanszírozott egészségügyi intézmények közszolgáltató költségvetési szervnek minősülnek, amelyek az államháztartás részét alkotó, állami feladat ellátására létrehozott szervezetek.

Az egészségügyi szolgáltatók, mint közszolgáltató költségvetési szervek működését az alábbiak jellemzik:

- Önálló jogi személyként működnek (kötelezettségeket vállalhatnak).
- Közfeladatuk az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátás biztosítása.
- Egészségügyi szakmai tevékenységüket az intézmények számára meghatározott struktúrában és kapacitással a mindenkor hatályos ÁNTSZ működési engedélyben foglaltaknak megfelelően végzik.

- Nem haszonszerzés céljából (hanem a közfeladat ellátása érdekében) működnek.
- Tevékenységüket az alapító okiratban megjelölt szerv szakmai és gazdasági felügyelete mellett végzik.

Az éves költségvetésben kerül megállapításra az a tervezett összeg, amelynek mértékéig a kiadások teljesíthetők, valamint az a bevételi összeg amennyit a tárgyév során be kell szedni. Ezeket az előre megtervezett összegeket nevezik összefoglalóan előirányzatoknak. Az államháztartásban a költségvetési gazdálkodás a költségvetésben meghatározott előirányzatokhoz kapcsolódóan történik. A költségvetési gazdálkodás két fő szakaszra határolható el.

1. Az egészségügyi szolgáltató költségvetésének előirányzati keretszámait a fenntartó Magyarország éves költségvetésében elfogadott előirányzatok keretei között állapítja meg (kincstári költségvetés), és megadja a szempontokat az elemi költségvetés elkészítéséhez, ami a kincstári költségvetés részletes alábontását tartalmazza. A fenntartói jóváhagyást követően az elemi költségvetés rögzíti az adott költségvetési év részletes bevételi és kiadási előirányzatait, valamint a feladat ellátásához kapcsolódó létszámkeretet. A költségvetés intézményi szinten pénzforgalmi szemléletben készül. A költségvetési szervek gazdálkodásának fő szabálya, hogy kötelesek a költségvetési törvényben jóváhagyott előirányzaton belül gazdálkodni.
2. A gazdálkodás következő szakasza a költségvetés végrehajtása. Ez a bevételi előirányzatok esetében a költségvetési bevétel beszedésének kötelezettségét, a kiadási előirányzatok esetében azok felhasználásának jogosultságát jelentik. Az egészségügyi szolgáltató a kiadási előirányzata terhére kötelezettséget vállal, illetve teljesíti azt, melyhez kapcsolódóan számos gazdasági és adminisztratív műveletet (pl. pénzügyi ellenjegyzés, teljesítésigazolás, érvényesítés, utalványozás) hajt végre.

Ma már a kórházak és klinikai központok túlnyomó részében működik kontrolling rendszer, és alkalmazzák az irányítás támogatására alkalmazott formális eszközöket, amelyek magukban foglalják a szervezeti egység (pl. betegellátó osztály vagy klinika) szintű tervezést, mérést és értékelést, illetve visszacsatolást. Bodnár definíciója alapján a kontrolling rendszer összetevői magukban foglalják a felelősségi és elszámolási egységek meghatározását, a stratégiai tervezést, üzleti tervezést, operatív kerettervezést, költség- és teljesítményszámítást, beszámoló jelentések készítését, valamint az elemzési eszközök alkalmazását (1, 2).

Jelen könyvfejezetben elsősorban az operatív kerettervezéssel foglalkozunk. Ahhoz, hogy a kórházak menedzsmentje számára a tervezés valós vezetői, irányítási eszközként tudjon szolgálni szükséges egy belső költségvetés (operatív keretterv) összeállítása, ami az intézményi szintű éves adatokból álló elemi költségvetésen túl részletesebben alábontott információkat is tartalmaz. A belső költségvetést a továbbiakban „gazdasági tervnek" fogjuk nevezni, annak érdekében, hogy egyértelműen elhatároljuk a fenntartó által jóváhagyott kifejezetten államháztartási megközelítésű elemi költségvetéstől.

A gazdasági terv tartalmazza az egyes szervezeti egységek összesített éves kereteit, várható bevételét, valamint az átcsoportosításokat. A gazdálkodási keret olyan előirányzat, amit meghatározott célra lehet felhasználni (pl. gyógyszer-felhasználás, személyi juttatás), és aminek felhasználása elkülönítetten kerül nyilvántartásra. A gazdasági tervben szereplő kereteket az elemi költségvetésben szereplő előirányzatokból származtatva kell megtervezni.

4.3. A tervezést és gazdálkodást megalapozó irányelvek

A gazdasági terv összeállítását megelőzően célszerű megfogalmazni azokat az irányelveket, amelyek összefoglalják a költségvetési gazdálkodással kapcsolatos jövőképét, a gazdálkodáson belül a felelősségeket-hatásköröket és a terv elkészítésével kapcsolatos módszertani leírást, illetve feladatokat. A tervezési irányelvekben megfogalmazott szempontok egyben a költségvetés-menedzsment és a monitoring alapját is képezik. A következőkben néhány fontosabb, különösen a nagyobb egészségügyi szolgáltatók (kórházak és klinikai központok) esetében releváns szempontot vizsgálunk, amire érdemes a tervezési és gazdálkodási irányelvekben kitérni.

A gazdálkodási felelősség és hatáskör szintjének meghatározása

A gazdálkodás centralizációja-decentralizációja

A kórházak döntő többségében a gazdálkodási jogkörök (kötelezettségvállalás, ellenjegyzés) erősen centralizáltak. A betegellátást végző szervezeti egységek ugyanakkor számos olyan tevékenységet végeznek, illetve döntést hoznak (pl. gyógyszerfelírás, műtéti indikálás, laborkérés stb.), aminek pénzügyi vonzata van, és ezért gazdálkodási következménnyel bírnak. A gyakorlati életben – különösen a nagyobb intézmények esetében – elkerülhetetlen, hogy a menedzsment a gazdálkodási felelősséget valamilyen mértékben ne ossza meg szakmai tevékenységet végző egységekkel. A sok osztállyal és széles szakmai portfólióval rendelkező intézményekben a gazdálkodás teljes centralizálása a működés ellehetetlenüléséhez vezetne. A felelősség megosztására példa az osztályos gyógyszer- és szakmai anyag keretek meghatározása, melyek terhére az osztályvezető adhatja le az igényeket vagy akár dönthet a keret felhasználásáról. A klinikai központokkal rendelkező egyetemeken a gazdálkodási jogkörök egy részét decentralizáltan a klinikák igazgatói és az őket támogató gazdasági szakemberek gyakorolják (pl. kötelezettségvállalás és pénzügyi ellenjegyzés a szakmai anyag keretek terhére).

A gazdálkodási felelősség decentralizálását támogató eszköz a keretgazdálkodás alkalmazása, ami lehetővé teszi, hogy a kereteken keresztül a költségvetés célhoz kötötten alábontásra kerüljön. A tervezés megalapozottságát segíti elő, ha a keretek megtervezésében részt vesznek azok a szereplők, akik később felelősek lesznek annak felhasználásáért, ezért szükséges lehet definiálni, hogy melyek azok a bevételek és kiadások, amelyeket a menedzsment központilag tervez, és melyek azok a tételek, amelyeket meghatározott szempontok alapján a decentralizált jogkörökkel rendelkező egység (decentrum: osztály, klinika, intézet) határoz meg. A „Terviteráció, végleges keretterv összeállítása” fejezetben részletesen bemutatjuk a kerettípusokat és kerettervezés folyamatát.

A klinikai központoknál további figyelembe veendő szempont, hogy mivel egy nagyobb szervezeti egység részét képezik (egyetem), ily módon a költségvetés kialakításánál az egyetem egyéb szervezeteivel (pl. olyan karok, amelyek részére oktatási szolgáltatást nyújtanak a klinikák) történő elszámolás elveit és módszertanát is ki kell alakítani.

Felelősségi egységek besorolása

Az egészségügyi szolgáltatók szervezeti egységei irányítási szempontból csoportosíthatók. Meghatározható, hogy az egységek számára milyen célok kerüljenek kitűzésre, és hogy azok teljesülése milyen módon legyen mérhető, ami alapja lehet egy hatékonyabb, költség- és teljesítményszámításra épülő tervezési és a beszámolási rendszer működtetésének.

A felelősségi és elszámolási egységek olyan szervezeti egységek, amelyeknek meghatározható és elszámolható teljesítménye van, rendelkeznek a végrehajtásához szükséges erőforrásokkal, és ezekhez valamiféle felelősség köthető. Attól függően, hogy milyen mértékű ez a felelősség, mit képes befolyásolni az egység vezetője, mi alapján mérjük a teljesítményét, vagyis mi az elszámolás tárgya, az egységeket költségközpontként, szolgáltatásközpontként vagy fedezetközpontként értelmezhetjük.

Költségközpontok (törzskari egységek)

A funkcionális szervezeti egységek (központi igazgatási és a gazdasági adminisztrációs egységek) sorolhatók ide. Az egységek meghatározott költségkerettel rendelkeznek, és vezetőik felelősek azért, hogy az előre megállapított – és elfogadott – költségkeret betartása mellett az egységek a számukra megfogalmazott teljesítményt előállítsák.

Szolgáltatás-központok (központi, illetve belső szolgáltató egységek)

Azok a szervezeti egységek sorolhatók ebbe a kategóriába, amelyek alapvetően nem közvetlenül folytatnak gyógyító tevékenységet, de jellemzően a belső szervezeti egységeknek átadott szolgáltatásiakkal hozzájárulnak az egészségügyi szolgáltató alapfeladatainak eredményes ellátásához. Ilyen központi egység lehet a mosoda, a betegélelmezés stb. Belső szolgáltatónak tekinthetjük a diagnosztikai egységeket (labor, patológia, képalkotó), az aneszteziológiát vagy a gyógytornászokat, dietetikusokat, betegszállítókat. A teljesítmények elszámolása egy belső elszámoló áron történik, és az egység a bevételeiből (külső és belső) fedezi a működésének költségeit. Az egység vezetője felelős azért, hogy a belső igényeket a megfelelő színvonalon kiszolgálja, s közben gondoskodjon saját szervezeti egysége kapacitásainak megfelelő kihasználásáról. Az egységek felelősségi és elszámolási szempontból szolgáltatásközpontként történő kezelésének feltétele, hogy az elszámolás alapját okozat hűen biztosító mérőszámokat lehessen kialakítani, illetve azokhoz elszámoló árat lehessen rendelni. A szolgáltatásközpontok akkor tudják hatékonyan betölteni a funkciójukat, ha az elszámolás feltételeit a szolgáltatást nyújtó- és igény bevevő egységek is elfogadják.

Fedezet központ (bevételtermelő egységek)

Az egészségügyi szolgáltató betegellátást végző egységei (osztályok, klinikák) sorolhatók ide. Az egység rendelkezik felelős vezetővel, jól meghatározható teljesítményekkel, arányos bevételekkel és a teljesítményekkel részben együtt mozgó költségekkel. A vezető felelőssége a belső és

külső igényeknek megfelelő teljesítmények előállítása (pl. TVK-ig terjedő teljesítmény elérése), valamint a bevételek és költségek tervezett egyensúlyának megteremtése, vagyis a kitűzött fedezeti cél (lehet pozitív, nulla, és a jelenlegi egészségügyi finanszírozási rendszer anomáliái miatt bizonyos esetekben negatív is) elérése. Amennyiben fedezeti központnak tekintjük egy kórház osztályait, előfordulhat, hogy egy kedvező fedezetű HBCs portfólióval rendelkező osztály (pl. onkológia) számára pozitív egyenlegre vonatkozó elvárást fogalmaz meg a menedzsment, míg egy másik osztály esetében (pl. intenzív) elfogadja, hogy legfeljebb a hiány mértékének kordában tartása lehet reális célkitűzés.

Egy egészségügyi szolgáltatónál előfordulnak olyan kiadások is, amelyek egyrészt előre nem tervezhetők (pl. műhibaperek, kártérítések, havaria helyzetek) vagy közvetlenül nem köthetők egy szervezeti egységhez sem (pl. bankköltség, postaköltség, hatósági díjak, tagdíjak), ily módon nem sorolhatók a fenti felelősségi-elszámolási egységek egyik kategóriájába sem. Ezekre a kiadásokra célszerű központi kezelésű keretet képezni. A keret összegét az előző évek hasonló típusú kiadásai alapján célszerű megtervezni.

Külső környezet hatása a tárgyévi költségvetésre

A gazdasági terv elkészítésekor számba kell venni azokat a külső környezeti tényezőket, amelyek a megelőző évhez képest változást jelentenek a bevételekben (pl. a finanszírozási módszertan, a díjtételek, a HBCs-k súlyszámértéke vagy a teljesítményvolumen-keret változása) és a kiadásokban (inflációs hatás, árfolyamváltozás, adók mértékének változása, minimálbéremelés, illetékek változása stb.).

Meg kell továbbá határozni, hogy melyek azok a bizonytalansági tényezők, amelyek befolyásolhatják a tervezett bevételek elérését és a kiadási szint tartását. Az egészségügyi finanszírozás területén az elmúlt években rendszeresen visszatérő elem a felhalmozott adósság kiegyenlítését célzó konszolidációs támogatás vagy a különböző – előre nem definiált szempontok alapján felosztott kasszamaradvány – az ún. kasszaseprés. Tekintettel arra, hogy ezek összege és finanszírozási módszere évről-évre változik, ez nagyfokú körültekintést igényel a menedzsment részéről, hogy az ily módon befolyó – jelentős bizonytalanságot hordozó – bevételek terhére milyen mértékű keretfelhasználást tervez, illetve engedélyez.

Gazdálkodással kapcsolatos elvárások, szempontok

Az Államháztartási Törvény (2011. évi CXCV. törvény) rendelkezései alapján egyik költségvetési szerv sem vállalhat úgy kötelezettséget, hogy a kifizetés időpontjában nem áll rendelkezésre a szükséges pénzügyi fedezet (3). Ez az egészségügyi szolgáltatókra, így a kórházakra és a klinikai központokkal rendelkező egyetemekre is igaz. A kórházak működésével kapcsolatos gyakorlat azonban azt mutatja, hogy évről-évre a bevételhez viszonyítva átlagosan 5–15% közötti hiány keletkezik az intézményekben. Ez országosan évente mintegy 40 milliárd forint összegű hiányszintet jelent, ami nagyrészt nem a kórházi vezetők teljesítményére vezethető

vissza (4). A belső költségvetés összeállításakor ezért felmerül a kérdés, hogy milyen mértékű hiánnyal tervezzen a vezetés. Ivády Vilmos tanulmányában megállapította, hogy Magyarországon jelenleg az egészségügyben alkalmazott puha költségvetési korlát és a konszolidáció automatizmusa miatt hiányzik a menedzsment érdekeltsége az adósság elkerülésében (5). A menedzsment dönthet úgy, hogy a törvényi előírásokat betartva egyenlegjavító intézkedéseket hoz, pl.:

- végletekig csökkenti a gyógyszer és szakmai anyag keretek összegét, veszélyeztetve akár az elfogadható szintű betegellátás minőségét vagy az ellátáshoz való hozzáférést,
- elhalasztja a szükséges karbantartásokat, beruházásokat,
- nem foglalkozik az egészségügyi dolgozók bérfejlesztési igényével, illetve
- nem pótolja az megüresedett státuszokat.

A fiskális szigor alkalmazásával a kórházi vezetés elérheti, hogy uralja a kiadásait, és ezzel elkerülje a lejárt szállítói állomány jelentős növekedését. A konszolidáció célja, hogy a „legöregebb számlák" kiegyenlítésre kerüljenek, így pl. a 30 vagy 60 napon túli lejárt számlák kifizetésére használható. A konszolidáció összege tehát közvetlenül a felhalmozott adósság összegéhez igazodik, és nincs tekintettel az intézmény típusára, méretére vagy a szakmai feladataira. Ilyen feltételek mellett tehát a véráldozattal meghozott intézkedések eredményeként elért egyenlegjavulás alacsonyabb összegű konszolidációs támogatást, vagyis kevesebb bevételt biztosít az intézmény számára. A kiadások csökkentésének azonban komoly következményei lehetnek, melyek közül néhány fontosabbat emelünk ki:

- A minőség romlása vagy a hozzáférés korlátozása olyan mértékben rontja a betegek ellátással kapcsolatos elégedettséget, hogy inkább magánszolgáltatóknál kezdik igénybe venni azokat a szolgáltatásokat, amelyek a társadalombiztosítás keretében közfinanszírozott módon járnának számukra. Ez rontja az intézmény és az állami egészségügy presztízsét, és végeredményben nemzetgazdasági szempontból is hátrányos rendszerműködést eredményez.
- A karbantartások, beruházások elhalasztása a pénzügyi kiadásokat rövidtávon csökkenti, ugyanakkor az állagromlás a közvagyon csökkenését eredményezi, ami a gazdaságos, észszerű és hatékony gazdálkodás elvét sérti.
- A személyi kiadások korlátozása az orvosok és szakdolgozók elvándorlásával vagy pályaelhagyásával fenyeget, ami visszafordíthatatlan krízishelyzetet teremthet egyes kórházi osztályok humánerőforrás-ellátottsága területén, és akár egyes szakmák működésének felfüggesztéshez is vezethet.

A negatív következmények elkerülése és a kórházi működés ésszerű keretek között tartása érdekében a kórházi vezetők hiánnyal működtetik az intézményt. Ennek vállalható mértéke azonban rendkívül nehezen határozható meg.

Az adósság felhalmozódása az elmúlt évtizedben részévé vált az egészségügyi intézmények működésének, és a menedzsment számonkérése az elvárt költségvetési egyenleg megtartásában tulajdonképpen megszűnt, így mára már több kórház vezetése is azt tűzi ki célul, hogy minél nagyobb adósságot termeljen. A magasabb kiadási szint ugyanis tágabb mozgásteret biztosít

a szakmai célok (dolgozók motiválása, jó minőségű ellátás, fejlesztések) eléréséhez. A költségvetési egyenleg alakulását pedig az állam a konszolidációs kifizetéseken keresztül amúgy is szavatolja.

Jelen könyvfejezetben nem kívánjuk részletesen vizsgálni a fent leírt finanszírozási mechanizmus nemzetgazdasági következményeit. Ugyanakkor fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a kórházi gazdasági terv összeállítása során a menedzsmentre nagy felelősség hárul a tekintetben, hogy ésszerű határok között használja ki a konszolidációs finanszírozási mechanizmus által érvényesülő puha költségvetési korlátot, és ne váljon hanyaggá, pazarlóvá a gazdálkodás.

A menedzsment tehát számos vezetői dilemmával néz szembe a gazdasági terv összeállítása során, melyekben valamiféle álláspontot kell kialakítania. Az alábbiakban kiemelünk néhány fontosabb tisztázandó kérdést:

- Milyen mértékű kiadási többletet hajlandó a menedzsment felvállalni a minőségi betegellátás és a dolgozói elégedettség szinten tartása (esetleg javítása) érdekében?
- Mennyire nyitott a menedzsment a társadalmi szempontból költség-hatékony egészségügyi innovációk adaptációja iránt, amelyek akár a kórház számára egyenlegromlással is járhatnak?
- Mit tud tenni az intézmény a bevételei növelése és költségei, illetve a hiány csökkentése érdekében?
- Hogyan teszi érdekeltté az intézmény szereplőit (vezetők, orvosok, szakdolgozók stb.) a költségtudatos működésben?
- Összességében mennyi a vállalható hiány mértéke?

Tervezési irányelvek

A gazdasági terv összeállításával kapcsolatos főbb tartalmi és módszertani kérdéseket a tervezési irányelvek keretében célszerű rögzíteni. A dokumentum növeli a tervezési folyamat transzparenciáját, és segíti a célkitűzések elfogadtatását az intézményen belüli érdekcsoportok (stakeholderek) körében. Ez hozzájárulhat ahhoz, hogy erőteljesebben tudatosulnak a gazdálkodással kapcsolatos menedzsment elvárások, ami végeredményben támogatja a célok elérését. A tervezési irányelvek között alapvetően a következő szempontok tisztázását tartjuk kiemelten fontosnak:

a) Milyen költségvetési egyenleggel tervezzünk?
   Az előző fejezetben kifejtettük, hogy az Áht. értelmében csak a nullszaldós költségvetési egyenleg fogadható el. A gazdasági terv összeállításánál ez azt jelenti, hogy definiálni kell, mekkora lehet az az év közben keletkező hiány, amit az év végén egyéb kiegészítő finanszírozás útján (konszolidáció, kasszaseprés) a finanszírozó várhatóan fedezni fog.
b) Milyen fedezeti szinten tervezzük a szervezeti egységek egyenlegét?
   Az eredmény és fedezetszámítás alapvetően kontrolling fogalom, és a pénzügyi szemléletű számvitelben értelmezhető. A keretgazdálkodás (előirányzat-felhasználás) a költségvetési számvitel fogalmi keretéhez tartozik, ugyanakkor némi transzformációval a fedezetszámítás itt is értelmet nyerhet. Az egészségügyi szolgáltatók a bevételeik túlnyomó részét nem költ-

ségvetési támogatásként kapják, hanem a havonta elszámolt teljesítményük (HBCs súlyszámvolumen, járóbeteg-németpont stb.) alapján. A teljesítmény mértéke szorosan összefügg a felmerülő kiadásokkal, ezért nem elégséges pusztán a kiadási keretek (előirányzatok) felhasználását tervezni, azt a gazdaságosság elve miatt csakis az elszámolt teljesítményekből származó bevételekhez viszonyítva érdemes vizsgálni. Egy kórházi osztály működési kiadásainak fedezetét az általa jelentett és a NEAK által elszámolt teljesítményből fakadó bevétel biztosítja. A befolyó bevétel és a keletkező kiadások közötti szoros kapcsolat indokolttá teszi, hogy a gazdasági tervben a költségvetési egyenleget valamilyen formában a szervezeti egységekre lebontva is értelmezni lehessen. Erre több lehetséges alternatíva is kínálkozik:

- Szűkített fedezet 1.: csak a változó költségeket és a teljesítmény-finanszírozott bevételek egyenlegét tervezzük, mert rövid távon (1 éven belül) érdemben csak erre van ráhatása egy kórházi osztálynak (klinikának).
- Fedezet 1.: a szervezeti egység által megtermelt összes bevételt és az ott jelentkező összes közvetlen kiadást (személyi juttatások, járulékok, készletbeszerzések) figyelembe vesszük, mert ezekre rövid vagy közép távon ráhatása lehet egy kórházi osztálynak (klinikának).
- Fedezet 2.: az előzőn túl figyelembe vesszük a szolgáltatásközpontoktól (központi és belső) igénybe vett szolgáltatások elszámolt költségét. Ezt abban az esetben célszerű alkalmazni, ha a szolgáltatások elszámolása keretfelhasználással is jár. Egyéb esetben ez csak a kontrolling kimutatásokban jelenik meg, és nem befolyásolja a lehetséges kötelezettségvállalások mértékét, ezáltal a keretgazdálkodás szempontjából irreleváns.
- Fedezet 3.: a fedezet 2. szintű eredményén túl figyelembe vesszük a törzskar működésének finanszírozását érintő átcsoportosításokat. Ez a gyakorlatban a költségvetési gazdálkodásban kevéssé releváns, ugyanis a törzskari egységek költségközpontként működnek, vagyis a működésükhöz szükséges kiadások átcsoportosítása nem szolgáltatásalapú és nem is függ a szervezeti egységek bevételétől. A szervezeti egység vezetőjének erre nincs ráhatása, ezért az elvárt egyenleg meghatározásánál sem célszerű figyelembe venni.

c) Milyen szempontok alapján kerüljön meghatározásra a szervezeti egységek fedezetére irányuló elvárás?

A szervezeti egységek eredményelvárásánál alapvetően két megközelítésből lehet elindulni.

- Felülről-lefelé (top-down) módszer: ebben az esetben a menedzsment központilag, saját döntése alapján határozza meg minden egység tervezett egyenlegét, ami kiindulhat a korábbi időszakban elért egyenlegből (bázis) vagy lehet önkényesen meghatározott (pl. bevételarányos kiadás maximalizálása minden szervezeti egység számára vagy szakmaspecifikus benchmarkelemzés alapján, ahol más intézmény hasonló osztálya által elért egyenleget vesszük alapul).
- Ellenáramú tervezési (top-down és bottom-up) módszer: a gazdasági terv megalapozottságát és elfogadottságát nagymértékben növeli, ha a szervezeti egységeknek lehetősége van alulról megtervezni a tervezett betegforgalmat, betegösszetételt és az ehhez kapcsolódóan felmerülő kiadásokat. A menedzsmentelvárás (top-down) és az alulról jövő (bottom-up) igények ütköztetésével alakul ki az a végleges konszenzusos terv, aminek végrehajtásáért a szervezeti egység vezetője ténylegesen felelősséget vállal, és amiért számon kérhető.

d) Milyen érdekeltségi rendszert társítson a menedzsment a gazdasági terv betartatásához?
A gazdasági tervben meghatározott vagy akár annál jobb költségvetési egyenleg elérése akkor realizálható, ha abban valamilyen módon érdekeltté van téve a bevételek teljesítéséért és a kiadási keretek felhasználásáért felelős egység, illetve annak vezetője. Az ösztönző, szankcionáló elemekből álló érdekeltségi rendszer alapját a tervhez viszonyított eltérés monitorozása képezi, ezért fontos, hogy már a tervezéskor tisztázzuk ennek működési elveit. Az érdekeltségi rendszer akkor eredményes,

- ha nem pusztán a szervezeti egység vezetője, hanem az ott dolgozó teljes közösség motiváltabbá válik a tervszámok elérésében,
- ha a bevételek növelése és a keretfelhasználások csökkentése nem eredményezi a betegellátás minőségének romlását,
- ha az egészségügyi szolgáltató egészére nézve javítja a költségvetési egyenleget és nem hárít át terhet más szervezeti egységre,
- ha a tervhez képest jobb egyenleg biztosítja az ösztönzéshez társított kifizetés pénzügyi fedezetét.

e) Milyen célú és mekkora összegű tartalékot képezzen a menedzsment?
Az előre nem látható kiadások fedezetére célszerű tartalékot képezni. A hiánnyal történő tervezés esetén a kiadáscsökkentési lehetőségek számbavételekor általában a tartalék az első, amit a gazdasági tervben le lehet húzni. Év közben számos olyan kiadás jelentkezhet egy szolgáltatónál, ami nem volt előre ismerhető, így mindenképpen terheli az intézmény gazdálkodását. Emiatt a tartalék-keret nagyságát célszerű az előző évek hasonló típusú kiadásai alapján tervezni, vagy a bevételek arányában (pl. 1-2%) rögzíteni. A tartalékkeret a menedzsment döntése alapján használható fel.

4.4. Gazdasági terv összeállítása

A belső költségvetés összeállítása a várható források terhére leosztható keretek meghatározásának folyamata. Az alábbiakban bemutatjuk egy ellenáramú költségvetés-tervezés főbb lépéseit egy olyan gazdálkodási struktúrában, ahol a szervezeti egységek költség-központként, szolgáltatásközpontként vagy fedezet-központként funkcionálnak, és ahol a keretek felhasználása decentralizált hatáskörben a szervezeti egységek hatásköre és felelőssége.

A tervezés folyamata a következő főbb lépésekből áll (lásd 1. ábra):

1. szolgáltatások tervezése
2. források tervezése
3. keretfelhasználás top-down tervezése
4. a forrás és keretfelhasználás ellenáramú tervezése:
   a) teljesítményterv
   b) saját bevételi terv
   c) keret-felhasználási terv
   d) létszám és bérterv

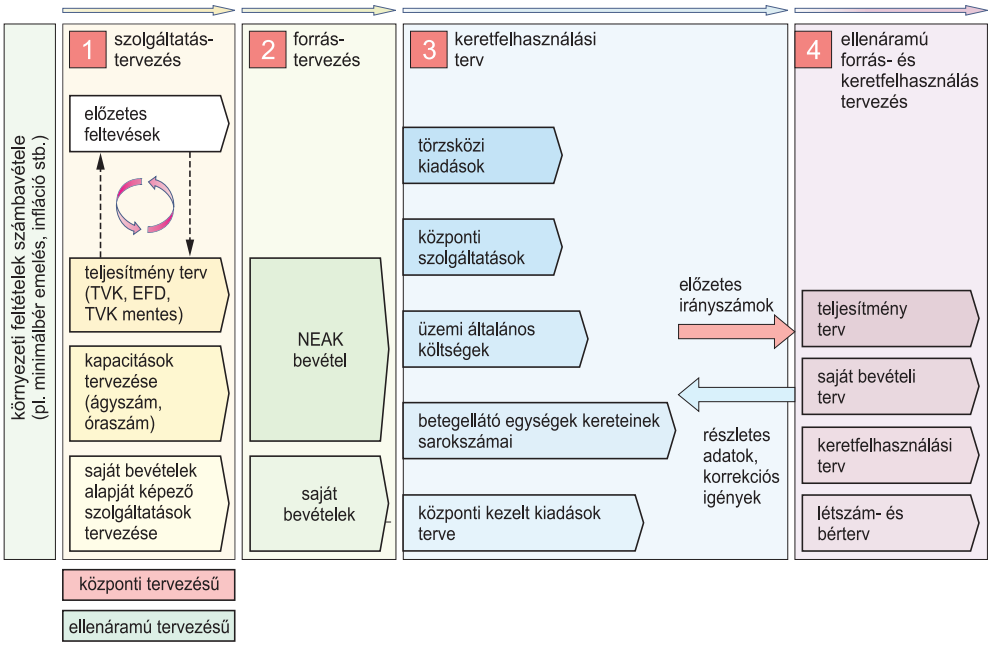
A tervezési folyamat során a források lebontásra kerülnek a központi és a decentralizáltan gazdálkodó egységek részére, illetve meghatározásra kerül a központilag kezelt kiadások finanszírozási igénye. A betegellátó egységek (decentralizált gazdálkodási jogkörökkel rendelkező egységek) működéséhez szükséges végleges keretek iterációs egyeztetések eredményeként alakulnak ki. Az iteráció két sarokpontja a top-down módszerrel meghatározott, valamint a szükségletalapon tervezett keretek összege.

Szolgáltatások tervezése

A kórházak bevételének döntő hányada a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által fizetett térítésből származik, melynek alapja az elszámolt betegellátási teljesítmény. Emiatt a tervezés első lépéseként számba kell venni a különböző elszámolási kategóriákban tervezett teljesítményt.

Teljesítményvolumen-keret alá eső teljesítmények tervezése

A NEAK részéről az egészségügyi szolgáltató számára meghatározott teljesítményvolumen-keret (TVK) kijelöli a különböző ellátási kategóriákban (fekvőbeteg-ellátás, járóbeteg-ellátás, laborvizsgálatok stb.) a finanszírozási alapdíj teljes értékén elszámolható teljesítményt. Ebben a kategóriában két kérdést kell tisztázni:



5. ábra. A gazdasági terv (operatív kerettervezés) belső folyamata

- Milyen szempontok alapján ossza fel az intézmény vezetése a TVK-t a betegellátó szervezeti egységek között?
- Milyen mértékű teljesítményt tervezzen, engedélyezzen a TVK felett?

TVK allokáció

A TVK szervezeti egységek közötti felosztásánál felállítható egy olyan szempontrendszer, ami az ellátási kötelezettségből fakadó prioritási sorrendet követi. Amennyiben az intézmény ellátási területe és szakmai portfoliója nem változott, a bázis meghatározásához ki lehet indulni a korábbi évek alábbi kategóriákban elszámolt teljesítményéből (HBCs súlyszám, németpont, laborpont stb.):

- sürgős betegellátás,
- területi ellátási kötelezettségbe eső elektív ellátás,
- ellátási területen kívüli progresszív ellátás (pl. csillagos HBCs vagy az áthelyezett betegekre eső teljesítmény)
- egyéb területen kívüli ellátás.

A jelenlegi hazai gyakorlatban az egészségügyi szolgáltatók ellátási területébe eső lakosok száma és a hozzá tartozó TVK arányában eltérések mutatkoznak, ugyanakkor a szolgáltatók többségénél elmondható, hogy a sürgős és a területi ellátási kötelezettségbe eső betegek ellátására jutó múltbeli teljesítmény a TVK-n belül van. Az adatokat szervezeti egységenként vizsgálva meghatározható a kötelezően ellátandó feladatokra jutó teljesítményvolumen. Itt fontos megjegyezni, hogy a múltbeli adatok korrekcióra szorulhatnak, ha egyes szakterületeken az ellátáshoz való hozzáférés korlátozásával (előjegyzési listák és várólisták alkalmazásával) tudták csak betartani a TVK-t. Ebben az esetben célszerű olyan szervezeti egységtől átcsoportosítani TVK-t, ahol a TVK-n belül a területen kívüli betegek ellátására is lehetőség volt. Amennyiben a betegellátó egységek kötelezően ellátandó feladatainak teljesítését lefedő teljesítményvolumen összege nem éri el az intézményi TVK-t, úgy az intézmény stratégiai célkitűzéseivel összhangban (pl. elkerülhető kórházi ellátások mellőzése, korszerű ellátásokhoz való hozzáférés növelése stb.) szakmai és gazdaságossági szempontok figyelembe vételével lehetőség van további TVK felosztására. Ennek keretében például szempont lehet a területen kívüli betegek progresszív ellátásokhoz szükséges TVK biztosítása, vagy a jó fedezetű ellátások számának növelése. Bizonyos esetekben korlátozást is érdemes megfontolni. Azokat az ellátásokat, amelyek egynapos formában is biztosíthatók lettek volna, de adminisztratív okok miatt mégis TVK alá eső teljesítményként kerültek elszámolásra, célszerű tételesen, szervezeti egységenként kimutatni. Az erre jutó teljesítményvolumen-keret más célra átcsoportosítható, ösztönözve az egységet arra, hogy a TVK-t csak a kizárólag ebben a kategóriában elszámolható ellátásokhoz használja fel.

TVK feletti teljesítmény tervezése

A TVK feletti degresszív sávban az elszámolt teljesítmény alacsonyabb díjjal kerül kifizetésre, mely sok esetben – különösen a fekvőbeteg-ellátások esetén – az egységnyi teljesítményre jutó változó költségek fedezetére sem elég, ezért nagyon megfontolandó, hogy ebben a kategóriában milyen mértékű teljesítményt tervezzünk. Amennyiben az intézményben van információ az egyes ellátások HBCs szintű költségéről, úgy a teljesítmény-összetétel kialakításánál figyelembe lehet venni, hogy a TVK feletti degresszív sáv jó fedezetű HBCs-kkel kerüljön feltöltésre. A TVK feletti teljesítmény tervezésénél további szempont, hogy az év végi kasszaseprés során gyakran a teljesítményvolumen is egy olyan mutató (pl. TVK feletti járóbeteg-ellátások, PCR-vizsgálatok), amit a források intézmények közötti elosztásánál figyelembe vesznek. Ez tovább bonyolítja a szigorú, restriktív elvű tervezés és a források növelésére irányuló lobbi közötti ellentmondásos összefüggést.

Szezonalitás tervezése

Az intézmény egy évre meghatározott TVK-ját hónapokra le kell bontani. A finanszírozási szabályok szerint (részletesen lásd 43/1999. III. 3. Korm. rendelet) az adott hónapra jutó fel nem használt TVK a következő hónapra tovább vihető. A finanszírozási év zárását követően azonban a fel nem használt TVK elveszik. A TVK havi teljesítését úgy érdemes tervezni, hogy lehetőleg minden hónapban a TVK felett legyen a teljesítés, és a finanszírozási év végére ne maradjon fel nem használt TVK. Ehhez jó kiindulásként szolgál a megelőző évek teljesítményének átlagolása.

Teljesítményvolumen-keret alá nem eső teljesítmények tervezése

Az egészségügyi szolgáltatók bevételnövelésének szinte egyetlen érdemi lehetősége a TVK korlátozása alá nem eső ellátások számának növelése. Az egészségpolitika egynapos ellátásokat ösztönző intézkedési csomagjának részeként finanszírozási korlát nélkül megtéríti az aktív fekvőbeteg-ellátó intézmények egynapos ellátási formában jelentett teljesítményét. A költségvetés összeállítása során az egynapos ellátások tervezésében ezért a menedzsment a betegellátó egységek részére meghatározhat a korábbi időszakhoz képest magasabb teljesítményelvárást is. Ennek mértékéről a terviteráció során célszerű véglegesen dönteni. Az egynapos ellátáson túl egyes kiemelt HBCs-k esetében (pl. szülés, akut infarktus stb.) is feloldotta a finanszírozó a TVK-t. Ezek a teljesítmények azonban általában az intézmény által kevéssé befolyásolható akut ellátásokhoz kötődnek, így a tervezés során leginkább a múltbeli adatokból célszerű kiindulni. Külön szabályozás alá esnek a tételes elszámolású eszközök és eljárások, melyek egy meghatározott szerződéses keretösszeg erejéig finanszírozzák a beavatkozásokat. Hasonlóan a várólisták ledolgozására meghirdetett programok is meghatározott esetszámig ellentételezik az elvégzett beavatkozásokat. A gazdasági tervben ezért a tervezett beavatkozások számából (maximum a szerződéses keretösszeg) kell kiindulni.

Egyéb bevételt biztosító szolgáltatások tervezése

A szolgáltatások körében meg kell tervezni a más egészségügyi szolgáltatók részére végzett teljesítményeket (pl. közreműködői formában végzett ellátás) vagy magánfinanszírozott ellátásokat (pl. külföldi betegek részére nyújtott vagy az egészségbiztosítás hatálya alá nem eső ellátások). Ezek képezik az intézmény egyéb bevételeinek alapját.

Belső szolgáltatások tervezése

A betegellátáshoz kapcsolódó belső szolgáltatásokat akkor érdemes a gazdasági tervben megtervezni, ha a szolgáltatás igénybevétele terheli a felhasználható kereteket, illetve ha bevételként számoljuk el a szolgáltatást nyújtó szervezeti egységnél. Ez egyrészt költségtudatosságra ösztönöz az igénybevételi oldalon, másrészt hatékonyságnövelésre készteti a szolgáltatást nyújtó egységet is, mert a jóváírt kereteiből kell a működési kiadásait fedeznie. E mechanizmus működtetéséhez megalapozott elszámoló árak kialakítása és dinamikusan működő keretgazdálkodási rendszer alkalmazása szükséges.

Diagnosztikai vizsgálatok és belső konzíliumok elszámolása

A diagnosztikai vizsgálatok és a belső konzíliumok elszámolásának alapját a 6-os térítési kategóriában („fekvőbeteg részére végzett járóbeteg-ellátás") elszámolt vizsgálati pontérték képezi. Az elszámoló ár meghatározása során a legegyszerűbb módszer a NEAK által meghatározott alapdíj (németpont/forint) alkalmazása. Tekintettel arra, hogy a vizsgálatok pontértéke régóta nem került aktualizálásra a NEAK részéről, az így meghatározott elszámoló ár jelentősen eltérhet a valós költségektől. Ez indokolttá teheti, hogy legalább a nagyobb értékű vizsgálatok esetében önköltségszámításra épülő elszámoló ár kerüljön kialakításra. A labordiagnosztikai vizsgálatok akkor végezhetők gazdaságosan, ha minél nagyobb számú minta kerül egyszerre kiértékelésre. Ehhez célszerű a mintákat csoportosítani és a laborban összevárni. A sürgős vizsgálatkérések esetén erre nincs lehetőség, ezért ezek költsége magasabb. Annak érdekében, hogy ezt a többletköltséget a labor részére az igénybe vevő egység megtérítse, illetve az indokolatlanul sürgősként megkért vizsgálatok száma csökkenjen, érdemes a sürgős vizsgálatokat magasabb (pl. kétszeres) szorzóval elszámolni.

Aneszteziológia elszámolása

Az aneszteziológiai szolgáltatást a műtétes szakmák részéről előre leadott igény (szolgáltatás megrendelés) alapján célszerű elszámolni. Az igénybevétel lehet óra vagy napi alapú; vonatkozhat külön az orvosra vagy az aneszteziológiai teamre; és elhatárolható az alapján, hogy rendes munkaidőben vagy ügyeleti időben történik. Az elszámolás transzparenciája akkor biztosítható, ha az aneszteziológiai szervezet minden hónapban tételes kimutatást készít a nyújtott szolgáltatás mennyiségéről és összegéről, melyet az igénybe vevő szervezeti egység vezetője ellenőriz és jóváhagy.

Források tervezése

A források tervezését két lépésben célszerű megvalósítani. Első lépésben a költségvetési évre vonatkozó feltételezések (pl. TVK, konszolidáció, kasszaseprés) és a szolgáltatási terv alapján a forrásokat (NEAK bevétel és egyéb bevétel) központilag kell megtervezni, majd az allokációs elvek (TVK felosztás) figyelembe vételével a szervezeti egységekre lebontani. A tervet a korábbi évek adatai és a külső körülmények várható változásainak figyelembe vételével kell elkészíteni. Ezt követően a teljesítményterveket és az egyéb bevételi tervet a szervezeti egységekkel egyeztetve célszerű véglegesíteni

Előzetes keretfelhasználási terv összeállítása

A keretek kialakítása során a centralizáció és decentralizáció mértékével kapcsolatban alapelvként megfogalmazható, hogy minden olyan feladat kerete központi kezelésű legyen, amelyet központilag hatékonyabban lehet ellátni, vagy helyi szinten az adott feladat tekintetében nincs gazdasági mozgástér. Ennek megfelelően a törzskari szervezetek működési kereteit, a központi szolgáltatási kereteket és a központilag kezelt kiadásokat célszerű centralizáltan kezelni. Az üzemi általános kiadásokat szintén központilag célszerű tervezni, ugyanakkor a ténylegesen felmerülő kiadásokat a szervezeti egységeknél érdemes megjeleníteni. A keretfelhasználást a kiadások centralizáltsága szerint csoportosítva az 5. számú táblázatban bemutatott blokkok szerint célszerű megtervezni:

5. táblázat. A tervezés és keretfelhasználás felelősségének lehetséges megosztása (példa)

Megnevezés	Tervezés	Keretfelhasználás
Törzskari kiadások	Központi	Központi
Központi szolgáltatások	Közös (központi/decentrum)	Központi/decentrumnál kimutatott
Üzemi általános kiadások	Közös (központi/decentrum)	Központi/decentrumnál kimutatott
Decentralizált keretek	Decentrum	Központi/decentrumnál kimutatott
Központilag kezelt kiadások	Központi	Központi

Törzskari kiadások tervezése

A törzskari kiadások alatt a központi szervezeti egységek adminisztrációs kiadásait értjük. Ide tartoznak a központi egységek (pl. Orvosigazgatás, Gazdasági Igazgatóság, Műszaki Igazgatóság stb.) vezetésének és adminisztrációjának költségei is. A törzskari kiadásokat a feladatok és a bevételtermelő egységek gazdasági teherbíró képességét figyelembe véve kell megtervezni.

Központi szolgáltatások tervezése

Központi szolgáltatásként kerülnek definiálásra azon tevékenységek, melyeket a betegellátó szervezeti egységek a központi egységektől vesznek igénybe alapfeladatuk ellátásához. A központi szolgáltatások kiterhelése alapvetően két módszerrel történhet:

1. Költségfelosztással (előre meghatározott vetítési alapok mentén),
2. Teljesítmény-elszámolással (az igénybe vett szolgáltatás mennyisége és az előre meghatározott elszámoló ár alapján).

A költségfelosztással és teljesítmény elszámolással kiterhelésre kerülő összeget célszerű a tervezési időszak alatt egyeztetni az igénybe vevő szervezeti egységekkel is.

A törzskari kiadások és a központi szolgáltatások együttes összege az egészségügyi szolgáltatók mérete és típusa alapján jelentősen eltérhetnek, és általában az intézmények bevételeinek 8–15%-át teszik ki. E tekintetben az HBCs-k kialakításakor meghatározott ráfordítási arányok lehetnek irányadók, melyek átlagosan a teljes költség 9–10%-ában határozzák meg az ún. „Központi irányítás és igazgatás" költségét.

Üzemi általános kiadások tervezése

Az üzemi általános kiadások alapját általában az előző évi bázis adatok képezik, és központilag, az illetékes szakterületi vezetés (műszaki, vagyongazdálkodási terület) által kerülnek megtervezésre. A tervezés során meg kell teremteni a szervezeti egységek érdekeltségét a tekintetben, hogy helytakarékosan működjenek. Emiatt egyrészt az üresen álló ingatlanok költségét érdemes a központilag kezelt kiadások között megtervezni, azt nem célszerű a szervezeti egységekre visszaosztani. Másrészt biztosítani kell a szervezeti egységek számára a lehetőséget, hogy amennyiben a területi használatra vonatkozóan módosítási javaslattal élnek (pl. csökkentik a használt irodák számát, racionálisabban szervezik a rendelők beosztását és ezzel helységet szabadítanak fel), abban az esetben ennek hatása a gazdasági tervben is átvezetésre kerüljön, melynek összegéről és tartalmáról a tervtárgyalás keretében (iterációs folyamat) érdemes megállapodni.

Az üzemi általános kiadások körében a következő fő tételek kerülnek figyelembevételre: közüzemi díjak, karbantartás, javítás, takarítás, őrzés-védés, szállítás, telefonköltség, bérleti díj stb.

Betegellátó egységek kereteinek meghatározása

A betegellátó egységek kereteinek meghatározása során a teljesítménytervhez igazodó dologi kiadásokból és a feladat ellátásához szükséges humán erőforrás személyi juttatásaiból és járulékából kell kiindulni. Az előzetes sarokszámok kialakításánál a megelőző év adataiból célszerű kiindulni. Az egységnyi teljesítményre (pl. súlyszám) jutó dologi kiadások mértékét a múltbeli felhasználások részletes elemzésével, illetve benchmark összehasonlítással érdemes vizsgálni és a kitűzött költségvetési egyenleg tükrében kell módosítani. A fajlagos dologi kiadás és a

teljesítményterv szorzataként határozható meg az előzetes keretfelhasználási terv. A személyi juttatások esetében a top-down tervezési fázisban az előző évi kiadási összegből és az ismert módosító tényezőkből (pl. egészségügyi béremelés, minimálbér változás) célszerű kiindulni.

Terviteráció, végleges keretterv összeállítása

Az ellenáramú tervezés során a decentralizált körben kezelt kereteket a szervezeti egységek saját információikra alapozva tervezik meg az előre megadott keretstruktúra alapján.

A decentralizált dologi keretek lehetséges struktúrája

- Gyógyszertári keret (gyógyszerek, kötszerek, fertőtlenítőszerek stb.).
- Szakmai anyag keret (betegellátó egységek közvetlen költségeinek fedezetére és egyéb felhasználásokra pl.: szakmai anyag, vér, labor reagens stb.).
- Egyéb dologi keret (egyéb anyagok, egyéb szolgáltatások, pl. élelmezés, mosatás, külső vizsgálatok, eseti karbantartás és javítás stb.).
- Számlázott szellemi tevékenység keret (vállalkozói díjak).

A bértervben célszerű elkülöníteni a mindenképpen felmerülő kiadásokat („determinált") és a valamilyen egyéb teljesítményhez vagy gazdasági tevékenységhez köthető („nem determinált") személyi juttatásokat is, mert ez nagyobb mozgásteret ad a kiadási kontroll biztosítására és a kiadások teljesítményhez kötésre. A részletes bérterv előállítása érdekében célszerű a szervezeti egységeket bevonni a státuszok és az azokhoz kapcsolódó determinált bérelemek megtervezésébe. Ez vonatkozik mind a betöltött, mind az üres státuszokra. A státusztervnek és a bértervnek összhangban kell lennie.

A determinált személyi juttatások

- A betöltött létszámra számított rendszeres illetmény, kötelező pótlékok, a kollektív szerződés és a jogszabályok alapján járó egyéb rendszeres juttatások 12 hónapra.
- Az engedélyezett létszámból az üres státuszokra eső, az üres állás szerinti munkakör szerint számított átlagkereset összege 12 hónapra.

A nem determinált személyi juttatások

- túlóra, ügyelet, készenlét, műszakpótlék,
- helyettesítési díj,
- felmentéshez kapcsolódó juttatások
- cafeteria,
- keresetkiegészítés,
- külső személyi juttatások.

Irodalomjegyzék

1. Bodnár V.: Controlling, avagy az intézményesített eredménycentrikusság. A magyarországi üzleti szervezeteknél bevezetett controlling rendszerek összetevői és rendszer szintű jellemzői. Budapest, Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem. Doktori (PhD) értekezés.
2. Krenyácz É.: A hazai egészségügyi intézmények kontrolling-rendszere. Statisztikai Szemle, 2015, 93(8-9): 823–843.
3. 2011. évi CXCV. törvény az államháztartásról
4. Kovács L.: Miért úsznak a kórházak adósságban? A kórházi adósság megnövekedésének okai 2009–2015 között. IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, 2016; 15(3): 5–8.
5. Ivády V.: A kórházi adósság értékelésének módszertani kérdéseiről. IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, 2017, 16(8): 8–12.

5. Kontrolling az egészségügyben

Gazsó Tibor

5.1. Kontrolling-rendszerek

Hazánkban a 1980-as évek végén került bevezetésre a kontrolling rendszer azon nagyvállalatoknál, melyeket nyugati tanácsadó cégek ösztönöztek a szervezet korszerűsítésének érdekében. Elterjedését a piacgazdaság kialakulása egyértelművé, sőt elengedhetetlenné tette. A folyamatot tovább erősítette a privatizáció során hazánkba betelepülő multinacionális cégek megjelenése, valamint hazai vállalkozások alapítása, átalakulása. Ebben az időszakban a tervgazdaságról a piacgazdaságra való áttérés időszaka zajlott, a globális nagyvállalatok megjelenésével a magyar gazdaságban zajló szervezet átalakítások központi kérdése a koordináció lett. Nőtt a szervezetek önállósága, a piacgazdaságban való verseny, az eredményességért való felelősség egyértelművé válásával a termékek és szolgáltatások előállításánál előtérbe került, hogy hatékonyan és eredményesen használják fel a rendelkezésre álló erőforrásokat, ezzel kapcsolatosan kiemelt fontosságú feladattá vált a tényadatok rögzítése és a folyamatok ellenőrzése.

A kontrolling célja, hitvallása

A nagyvállalatok és szolgáltatások területén működő szervezeteknél a kontrolling bevezetésének célja az lett, hogy felhívja a figyelmet a gyakran előforduló különbségekre, eltérésekre a tervadatokhoz képest. Ezen az úton haladva a kontrolling tevékenység egységesítésére, standardizálására törekedtek a szakmai szervezetek, a transzparencia megteremtése helyett a Corporate Performance Management, vagyis a szervezeti teljesítmény javítása került a középpontba, melynek fontos mérföldköve volt 2013. január 26-án az International Group of Controlling (IGC) ülése, ahol is megfogalmazták a kontrolleri küldetés definícióját.

A kontrolleri küldetés hitvallása, hogy a kontrolling folyamatai a menedzsment partnereként jelentős mértékben hozzájáruljanak a szervezeti teljesítmény javításához:

1. **A kontrolling folyamat menedzselése,** a célkitűzés, a tervezés és irányítás folyamatának támogatása, a döntéshozók célorientált tevékenykedésének segítése.
2. **Jövőbe tekintő koordináció,** hogy a szervezet tudatosan foglalkozzon a jövővel, az esélyek kihasználása és a kockázatok kezelése céljából.
3. **Célok összekapcsolása a szervezet minden szintjén,** hogy egységes egésszé integrálják az összes résztvevő céljait és terveit.
4. **Kontrolling rendszerek fejlesztése és adatok minőségének biztosítása,** a döntésekhez szükséges információkról.
5. **Gazdasági racionalitás feltételeinek biztosítása,** az elkötelezetten tevékenykedés az egész szervezet érdekében.

A ma használatos rendszerek kidolgozásában fontos szerepük volt a külföldi szakértőknek, vállalatok vezetőinek és persze a hazai tervezési, számviteli, elemzési kérdésekkel foglalkozó elméleti oktatóknak, kutatóknak (1), mely közel egy évszázadot vett igénybe, hogy kialakulhasson a mai modern kontrolling módszer.

A kontrolling alapvetően a divizionális szervezeti formák önelszámoló felelősségű szervezetek létrejöttéhez és a számítástechnikai, informatikai háttér megteremtéséhez köthető. A világ többi részén is ezeknek az elterjedése hívta életre a kontrollingot, majd a későbbiek folyamán a stratégiai vezetés elterjedése megkövetelte, hogy új stratégiai-módszertani elemek jelenjenek meg.

A kontrolling eszközrendszere

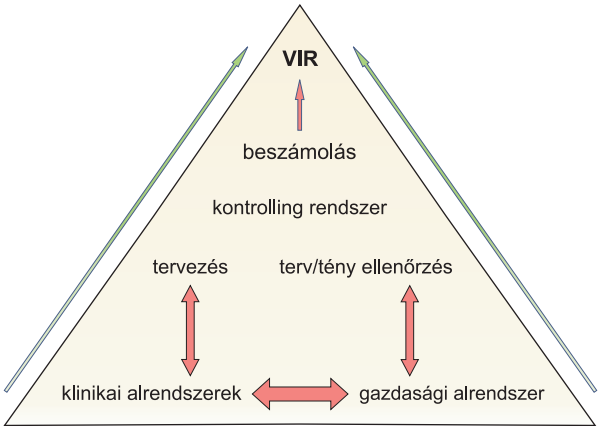
A kontrolling rendszer funkcionálásnak feltétele a megfelelő eszközök felhasználása (2):

Vezetői számvitel alkalmazása:

A maximális teljesítmény elérésének érdekében megfigyeli a költségeket és a teljesítményt, adatokat szolgáltat, és segíti az alkalmazkodást a környezeti változásokhoz. Egyedisége, hogy nincs törvényi előírás a vezetői számvitel kialakításával kapcsolatban, erről a menedzsment dönt, és számviteli politikájában részletezi a tevékenységét. A terv-tény információk és előrejelzések nyújtásáért felelős.

1. A rendszer informatikai támogatásának megvalósítása:
   Számítástechnika szükséges az információk gyűjtéséhez, feldolgozásához, tárolásához. Integrált számítógépes vállalatirányítási rendszerrel lehet hatékony és eredményes kontrolling munkát végezni.
2. A kontrolling rendszer hatékony működését segítő kontrolling szervezet kialakítása:
   A kontrolling apparátus és a kontroller ismerete nélkülözhetetlen alapja az effektív kontrolling struktúrának. Elsősorban a felső vezetés architektúrája alá célszerű szervezni a kontrolling osztályt, hogy az irányítást direkt módon támogassa.
3. Kontrollingot támogató szervezési módszerek alkalmazása:
   A stratégia és az operatív tevékenységek meghatározásához alkalmazható módszerekkel, pl. Balanced Scorecard, Benchmarking, és SWOT elemzés, Business Process Reengineering, Leanmanagement, értékelemzés módszer – a kontrolling tevékenység produkálható.

A kontrolling tehát egy eszközrendszer is a vezető kezében, mely magában foglalja a tervezést, a terv-tényelemzést és az információkezelést is. A kontrolling eszközöket, elemzési módszereket ad a vezetés kezébe, mely segítségével a szervezetek vezetése jövő-, cél- és költségorientáltan, a környezeti változások állandó figyelésével és azok adaptálásával, valamint a változásokból adódó feladatok megértésével irányítja a szervezetét.



6. ábra. A kórházi szervezet információs rendszerének folyamatábrája (3)

5.2. Az egészségügyi intézmények kontrolling rendszere

A kontrolling, mint a gazdálkodó szervezetek vezetési eszköze, jelentősen eltérő tevékenységű leképezési, fedezet- és eredményszámítási struktúrákat, belső szolgáltatás elszámolási metódusokat, megoldásokat alkalmaz az adott gazdálkodó szervezet tevékenységi körétől, a kibocsátott terméktől (szolgáltatástól), a szervezet méretétől és működési formájától függően. Fontos ezért meghatározni az egészségügyi ágazat, azon belül is a gyógyító tevékenységet végző intézmények kontrolling módszertanának lényegi elemeit.

A kontrolling bevezetése a hazai egészségügyi intézményekben

Az elmúlt évtizedben a gazdasági folyamatokból adódó – az egészségügy területét is érintő – döntések miatt a szervezetek irányításában, működésében a költségeken lévő fókusz állandósult. Az egészségügyi intézmények tevékenységükből, ellátási formájukból, a betegcsoportok különbözőségéből adódóan meglehetősen széles skálán nyújtanak egészségügyi szolgáltatásokat, melyek alapvetően nem tekinthetőek profitszerző tevékenységnek, ám a célmeghatározás, valamint a hatékonyság szem előtt tartása az egészségügyben is elengedhetetlen. A profitorientált szféra mellett a kontrolling egyre nagyobb teret kapott az egészségügyi intézmények működésében is, a hangsúly az információs aspektusra helyeződött, mely a vezetői döntéshozatalhoz elengedhetetlen.

A kontrolling bevezetésével az egészségügyi intézmények vezetői döntéstámogatását kell elősegíteni. Segítségével meg lehet találni a hiba forrásait, és időben meg lehet tenni a megelőző intézkedéseket a megfelelő döntéshozatallal. A kontrolling egy értékteremtő folyamat (betegellátás) során létrejövő termék (gyógyult beteg) költségösszetevőit, bevételeit és ezek tervtől való eltéréseit képes a vezetőség számára megvilágítani.

A bevezetéshez szükséges tényezők:

- vezetői akarat, elszántság
- hiteles tények, adatok
- érdekeltségi rendszer
- a gazdasági és orvosszakmai vezetők szabad utat biztosítanak az átláthatóságnak

1993-ban a Zala Megyei Kórházban vezették be a legelső kontrolling rendszert, az ezt követő 5 év az egészségügyi, kórházi kontrolling kísérleti időszaka volt. A 2000-es évek elejétől nagy számban terjedtek el a kontrollinggal támogatott egészségügyi rendszerek, melyet egészen a TVK bevezetéséig intenzíven alkalmaztak a kórházakban, intézményekben, és rendszeresen terveztek, elemeztek. Az elmúlt két évtizedben az egészségügyi ellátórendszerben meghatározó változások mentek végbe: államosítás, finanszírozási változások, könyvvezetés módszerének átalakulása, kórházösszevonások, vezetőváltások.

A folyamatos változások, átalakulások az irányítás támogatására alkalmazott eszközöket is érintették, és életre hívtak egy egységesítési igényt a kontrolling-módszertanra vonatkozóan is, mely a 2014-15-ös években épült be a szakmába.

2014-ben a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI, ma: Állami Egészségügyi Ellátó Központ, ÁEEK) meghatározott egy egységes definíciót a kórházak, egészségügyi intézmények számára, mely szerint a kontrolling: „*olyan tág értelemben vett, szervezeti funkciókat átívelő irányítási eszköz vagy eszközrendszer, amelynek feladata többek között a célmeghatározás, a tervezés, a teljesítményméréshez és ellenőrzéshez, illetve a döntéshozatalhoz szükséges információellátás biztosítása, e tevékenységek összehangolása, valamint a gazdasági és gazdaságossági transzparencia megteremtése.*" (4, 5).

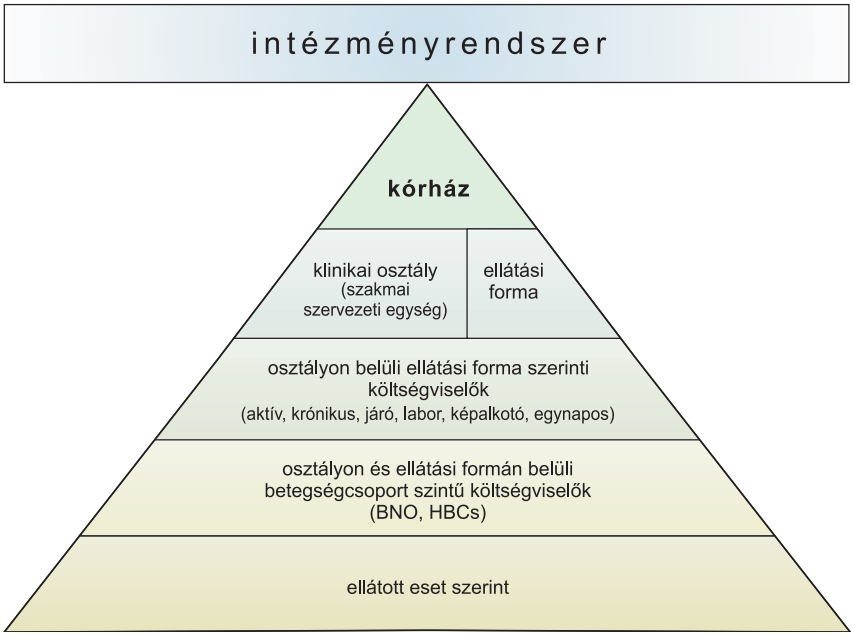
A fenti definíció alapján a kontrolling leegyszerűsítve magában foglalja az intézményben zajló tervező, tényadat-feldolgozó, eltérést kimutató rendszert, tevékenységet a gazdálkodási és finanszírozási folyamatok bármely területén.

2015-ben a Széchenyi 2020 program keretében valósult meg a TÁMOP-6.2.5-B- 13/1-2014-0001 program, mely az egészségügyi kontrolling létjogosultságát és egyre fokozódó fontosságát jelezte. A projekt fő célja volt az egészségügyi ellátórendszer működési hatékonyságának növelése. Az intézményekben egységes kontrolling és egységes riportrendszer készült, összehasonlítható, elemezhető gazdálkodási adatokkal.

Az Uniós projekt keretén belül a GYEMSZI a fenntartásában lévő egészségügyi ellátók egységes intézményi kontrolling módszertani alapjait biztosító kontrolling kézikönyv fejlesztését tűzte ki célul. A 2015. februárban megszületett kézikönyv célja a hazai egészségügyi rendszer finanszírozásának fejlesztése, a döntést támogató információ minőségének javítása, az egészségügy megújítása, fenntartható alapokra helyezése, minőségorientált, betegközpontú egészségügyi rendszer létrehozása, valamint a kórházi rendszerek országos szintű integrációja. A kórházi rendszerek szabványosítása elősegíti annak javulását, hatékony teljesítőképességének a növekedését.

A TÁMOP program keretében megfogalmazott kontrolling feladatok fő céljai:

- a kontrolling módszertan egységes kereteinek lefektetése és fokozatos bevezetése;
- a kontrolling információs háttér bővítése és az elemzési lehetőségek szélesítése;



7. ábra. A kontrolling szintjei az egészségügyi intézményrendszerben (6)

- a teljesítményorientáció erősítése fenntartói és intézményi szinten egyaránt, valamint
- a költséghatékonyság erősítése.

A projektet az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) az egészségügyi ellátórendszer működési hatékonyságának növelése érdekében indította útjára, melynek egyik részcélja az intézményvezetés és a fenntartónál rendelkezésre álló gazdálkodási és döntéstámogató információk rendszerességének, egységességének és minőségének fejlesztése. Ennek keretében kidolgozásra került az egységes számlatükör, az osztályos és az esetszintű kontrolling módszertan és kézikönyv, melynek implementációja során 51 intézményben sikeresen elindult az osztályos kontrolling rendszer, 12 intézményben esetszintű módszertan alapján indított költséggyűjtés eredményeként közel 2440 teljes esetet lefedő, esetszintű feldolgozott költségadatokat közöltek (7).

2016-tól az Állami Egészségügyi Ellátó Központ kötelezővé tette a fenntartásában lévő intézményeknél a negyedévenkénti kontrolling elszámolás elkészítését, napjainkra már a kórházak vezetői részéről is egyre nagyobb az igény, hogy egységszintű információkkal és mutatókkal rendelkezzenek a bevétel, költség, fedezet alakulásáról.

A kontrolling rendszerrel kapcsolatos vezetői elvárások

Az egészségügyi intézmények kontrolling tevékenységének bevezetése az utóbbi években egyre több szervezetet érint. A folyamatos költségmegszorításokkal sújtott területen előtérbe kerül

az egyes tevékenységek, osztályok, projektek profitszemléletű vizsgálata. Az Európai Unióban követelmény az egészségügyi intézmények menedzser szemléletű irányítása és költséghatékony gazdálkodása, ennek feltételei a gazdasági szemléletű vezetés, a vezetés szoros együttműködése az orvosszakmával a kontrolling rendszer kialakításában, mivel a betegellátás és gazdálkodási eredményességnek egyszerre kell megvalósulnia. A vezetők határozzák meg, hogy milyen szemléletben működtetik az intézményt, nagyrészt ők alakítják az elérendő célokat, irányítják a munkatársakat, és ellenőrzik a feladatok végrehajtását. A menedzsment minőségi meghatározója, hogy a vezető milyen tulajdonságokkal rendelkezik, mely feladatokat lát el ahhoz, hogy az általa irányított szervezet jól teljesítsen. A vezetők szerepének kiemelése természetesen nem azt jelenti, hogy minden csak tőlük függ. A szervezetek környezetében számos olyan tényező van, amelyeket egy vezető önmagában nem tud befolyásolni, ám ezek jelentős mértékben meghatározzák a szervezet működését. A vezetők egyik fontos feladata felmérni, elemezni, értelmezni az adott szervezet szempontjából fontos környezeti tényezőket, valamint együttműködni az elkötelezett munkatársakkal. A megfelelő munkatársak kiválasztása és elkötelezettségének megteremtése viszont az egyik legfontosabb vezetői feladat, így a vezető szerepe meghatározó.

A bevezetett és alkalmazott kontrolling rendszerek sikere függ az intézmény vezetőségétől, és attól, hogy milyen minőségű információ ellátottságot követel meg. Ez intézményenként egyedi, nem egy jogszabályokban előírt pénzügyi és számviteli eszköz, ennek megfelelően kialakítása belső, opcionális. Minden szervezet a maga működésére, céljaira, szervezeti kultúrájára szabva határozza meg a kontrolling rendszerének alapműködését, felépítését, ám célszerű a kontrollingszervezetet a menedzsmenthez közvetlenül hozzárendelni, függetlenül a számviteli és pénzügyi területektől.

A kontrolling leképezi az intézmények értékteremtő folyamatait, ezek költségeit, bevételeit, a fedezetét és eredményeit mutatja meg az intézményi vezetésnek, a saját igényei szerint. Egy döntéstámogatási eszköz, mely a gazdálkodás kötelező elemeivel szoros kapcsolatban áll, azokra épít. Egy egészségügyi intézményben a kontrolling funkció kiépítése jól meghatározható tevékenységek párhuzamos, illetve egymásra épülő sorozatából áll. Az első feladat a kórházi kontrolling funkció szerepének értelmezéséből adódik: mivel a kontrolling a vezetési-irányítási eszköztár része, a vezetés kompetenciájába tartozik annak eldöntése, hogy ezt az eszközt milyen működési folyamatokkal összefüggésben, milyen tartalommal és módon kívánja alkalmazni? Ez a hatásterület nagyon kiterjedt: beletartoznak az intézmény napi irányításának feladataitól kezdve a hosszú távú stratégia kialakításának tevékenységeivel jellemezhető különböző bonyolultságú és időtávú feladatok, tevékenységek.

2014-ben az Államháztartási törvény által szabályozásra került a költségvetési, így az egészségügyi intézmények működése is, melyeknek gazdálkodási és nyilvántartási szabályokat kell alkalmazniuk, mely megteremtette az üzemgazdasági szemlélet megjelenését. A pénzügyi számvitel már szemléletében és megközelítésében is motiválja az intézmények vezetőit a működés üzemgazdasági értékelésére és a működés fejlesztés során ezen információk felhasználására.

5.3. Kontrollingszemléletek az egészségügyi intézményekben

A kontrolling rendszertől a vezetői elvárás az, hogy a gazdasági stabilizálás növelésével a kórházak működését segítsék elő (8), melyet különböző szemléletben értelmeznek, attól függően, hogy a vezetők a kontrollingot pénzügyi, fedezetszámítási, információ-felhasználási, összehasonlító elemzési vagy érdekeltségi rendszer működtetésének kontextusában használják. A kontrolling ezen sokszínű szerepei egy erős kontrolling rendszerben egymásra épülnek és egymást támogatják.

A kontrolling szükségessége, a kontroll és vezetői információk definiálása, a költség-, fedezetszámítás, a kontrolling felé delegált egyéb feladatok, és az érdekeltségi rendszerek szerepén van jelenleg a fókusz az egészségügyi szervezeteket érintő kontrolling kutatásokban. Ezen kategóriákból különböző kontrolling megközelítések rajzolódnak ki: pénzügyi szemléletű, költség- és fedezetszemléletű, benchmarking központú, érdekeltségen alapuló és információ központú kontrolling.

Pénzügyi szemlélet

A pénzügyi szemlélet nagyon erős az egészségügyi intézmények gondolkodásában, annak ellenére, hogy publikációk sora ír a költségek és fedezetek ismeretének igényéről és a költség, és fedezetközpontú kontrolling rendszer alkalmazásának lehetőségéről. A pénzügyi szemlélet középpontjában az adósságok alakulása és az egészségbiztosítási finanszírozási bevételek maximalizálása van: „*a jelenlegi finanszírozási rendszer jellemzően zárt kasszával működik, és csak gyenge kapcsolata van a valódi költségek felmerülésével*" (9).

Az egészségügyi rendszer problémájában a legfontosabb a veszteséges működés felszámolásának kulcskérdése lenne, melyet pénzügyi, finanszírozási eszközzel kezelhetnénk: az elszámolási egységenként számon kérhető TVK-keretgazdálkodással (10). A járóbeteg-szakellátás keretében a járóbeteg-kapacitás kihasználatlanságát a szakrendelés gazdaságosabb teljesítménynövelésével szükséges megoldani. Ehhez nagy segítség a pénzügyi szemlélet alkalmazása az egészségügyi intézményekben, kórházakban.

Költség- és fedezetközpontú szemlélet

Az egészségügyi intézményekben, így az egészségbiztosítónál is a teljesítmény alapú Homogén Betegcsoport (HBCs) finanszírozás bevezetése óta a térítési díjak és a tényleges önköltségek viszonyának meghatározása mérhetővé vált. A HBCs a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt betegosztályozási rendszer, azokat az aktív kórházi ellátási eseteket sorolja egy finanszírozási csoportba, amelyek nagyságrendileg azonos teljesítményértékkel rendelkeznek, azaz közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye, és a csoportba sorolás orvosi szempontból is elfogadható. Az egészségügyi kontrollingnak az egyik központi kérdése, hogy a finanszírozás fedezi-e az ellátások költségeit, azaz a finanszírozásra használt átlagköltségek tükrözik-e a valós kórházi költségeket.

Fontos kérdés, hogy a finanszírozás allokációs hatékonyságának javításához tételes adatgyűjtést kell végezni intézményi és betegszinten is. A finanszírozási súlyszámok pontosítása végett elvégzendő esetleges adatgyűjtésre a korábbi OEP (2017. január 1-től Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, NEAK) adatgyűjtési módszer tapasztalatai (jobb előkészítés, törzsadatok egységesítése) és az esetszintű kontrolling módszertan is felhasználható.

A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt betegosztályozási rendszer azokat az aktív kórházi ellátási eseteket sorolja egy finanszírozási csoportba, amelyek nagyságrendileg azonos teljesítményértékkel rendelkeznek, azaz közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye, és a csoportba sorolás orvosi szempontból is elfogadható (11).

A költség- és fedezetközpontú elemzésnek az a célja, hogy „*rávilágítson a hibás működésekre, érdemi ötleteket, javaslatokat adjon a vezetői döntésekhez, és így a megfelelő hatékonyságú működés által hozzájáruljon a pozitív fedezet eléréséhez, melyhez elszámolási és működési modellre, a költségelemek alapadatainak rögzítésére (anyag, gyógyszer), kontrolling rendszerre és informatikai támogatásra van szükség*" (12).

Az osztályos költség- és fedezetszámítás módszertana jelenleg már a kontrolling kézikönyvekben központilag szabályozott, mely lehetőséget teremt a fenntartónak a különböző intézmények adatainak gyűjtésére, összehasonlítására, benchmark kimutatások készítésére.

A kontrollingot számos szakmai vezető alapvetően a számvitelhez és a fedezetelvűséghez köti és feladatát az eredmény/fedezetszámítással azonosítja. A kontrolling lekéri a főkönyvi adatokat, melyben elvileg rendelkezésre állnak a bevételek, költségek és fedezetek, melyek szakmánként, ellátásonként és orvosonként lebontva is vizsgálhatók. A szakmai paletta megfelelő kialakításához és a gazdálkodás stabilitásának eléréséhez több kórházban készítenek osztályos eredménykimutatásokat.

Benchmarking központú szemlélet

A benchmarking központú szemléletet alkalmazó egészségügyi intézmény vezetői számára fontos, hogy évente legalább egyszer összehasonlításra kerüljenek a kapacitásellátottsági, kihasználtsági, forgalmi, ráfordítási és finanszírozási mutatók a többi, hazánkban hasonló kontrolling rendszert működtető kórházak közös adatbázisával az azonos szakmai entitások között.

A benchmark adat a „*gyakran hosszú ideje vitatott kérdésekre ad tényszerű választ*". Intézményi összehasonlítások nélkül nagyon nehéz eldönteni egy aktív osztály alacsony teljesítményéről azt, hogy annak mi az oka (pl. létszámhiány, szervezési nehézségek stb.). „*Öt másik kórház hasonló osztályának teljesítmény- és létszámadatai eldöntik a kérdést*" (13). Ezt az összehasonlító és elemző típusú kontrolling funkció kevés szakirodalomban található, a tapasztalat az, hogy a szakmai vezetők kevésbé támaszkodnak ezen külső és/vagy belső adatok összevetésére.

A Benchmark jellemzően három információforrásból állítható elő:

- NEAK honlapon közzétett országos adatokból,
- külső tanácsadók által készített adatbázisból
- nagykórházak esetén saját belső adatokból.

A NEAK adatai széleskörűek, ágyszámra, betegforgalomra, beavatkozásokra, havi finanszírozásra vonatkozó, leginkább aggregált adatokat tartalmaznak. A havi finanszírozási elemzés részletesen bemutatja a teljesítményeket megyénként, szakmánként vagy akár intézménycsoportonként, így ezen adatok alapján a kórházak is levonhatnak következtetéseket, legalább az átlaghoz viszonyítva.

A Benchmarking központú szemlélet alkalmazásánál a tanácsadók által készített kimutatások pontosabb és részletesebb benchmark adatok alapján készülnek, de egyben az egészségügyi intézményeknek, kórházaknak többletkiadással járnak.

Érdekeltségen alapuló kontrolling szemlélet

„*Az érdekeltségi rendszer bevezetésével nemcsak egy ösztönző rendszert vezet be a menedzsment, hanem az alacsony bérszínvonalon és a torz bérarányokon is javít*" (14). Papp (2003) szerint az érdekeltségen alapuló kontrolling szemlélet kialakítása és alkalmazása az egészségügyi intézményekben fokozza a vezetők és dolgozók hajlandóságát a kitűzött feladatok és célok elérésében. Emellett a legfontosabb motiváció a tevékeny munkahelyi légkör kialakítása, melynek eleme a példamutatás, tolerancia, szakmai előremenetel segítése, emóció, visszacsatolás, értékelés, igazságosság és célorientáltság (15). Az intézményi célok elérésének motivációs eszköze az érdekeltségi rendszer kiépítése, melynek lényeges eleme a kialakított érdekeltségi konstrukció modellezése, mivel „*az egészségügyi intézmények gyorsan változó működési feltételei között egy jól konstruált érdekeltségi rendszer is likviditási gondokat okozhat*" (xiv).

Az érdekeltségen alapuló kontrolling szemlélet Molnár, Nagy (1996) számára is érdekeltségi rendszerben képződik le, melynek célja a „*fajlagos költségek betartása, a fedezetnövelés, fedezet tartása, a pénzügyi eredmény, a minimum teljesítmény elérése minden területen, a minőségi követelmények megtartása, a struktúraváltás folytatása, az optimális létszám elérése és a nem OEP bevételek ösztönzése*" (16). Ehhez az alábbi működési folyamat szükséges: „*alulról építkező tervezés, felülről kiinduló vezetői elképzelések, sarokszámok rögzítése, tervalku, tervmegállapodás, negyedéves számonkérés, negyedéves teljesítményekhez kapcsoltan szervezeti egységenként az érdekeltségi alap meghatározása, és az érdekeltségi alap szabad felhasználása*".

A kontrolling mint érdekeltségi rendszer legfőbb eredményeinek a szemléletváltás, a felelősségérzet fokozódása, az osztályos gazdálkodás általánossá válása, a gyors beavatkozáshoz szükséges költség- és teljesítményadatok visszajelzése, és a minimális fajlagos költségnövekmény melletti gyógyító tevékenység teljesítménynövekedése tekinthető (xvi).

Információ központú kontrolling szemlélet

Az információ központú kontrolling szemléletet elsődlegesen információszolgáltató eszközként alkalmazzák a szervezeti döntéshozatali célok megvalósítása számára (17). Az egészségügyi intézményekben, kórházakban dolgozó gazdasági vezetők is az információellátásra helyezik a hangsúlyt és sokszor informatikai megközelítésből (pénzügyi-, felhasználói- és folyamat nézőpont vizsgálják a területet (18).

A vezetői döntéstámogatásban „*létkérdésnek tekintjük az informálás gyorsaságát*" (xiii), de ezt nehezíti az egészségügyben általánosan jellemző lassú folyamatátfutás, papír alapú folyamatok, manuális és párhuzamos nyilvántartások, pontatlan/ellentmondó/hiányos adatok. Ezen kívül az információk különböző szinteken különböző módon támogatják a döntéshozatalt, mivel eltérő igényeket elégítenek ki: a kórház felső vezetését az osztályos és/vagy összefoglalt intézeti adatok érdeklik.

A tapasztalat az, hogy hazai egészségügyi intézményekben kialakított informatikai rendszerek egymással nehezen vagy egyáltalán nem kommunikáló, különálló alrendszerként működnek, vagyis a pénzügyi, gazdasági és orvosi rendszerek egymással nem, vagy csak igen nehézkesen tudnak kommunikálni. Az elmúlt 10 évben a rendszerek fejlesztése folyamatos volt a hazai egészségügyi intézményeknél, igyekeztek előremozdítani a számviteli és kontrolling területének informatikai támogatását. Mivel a kontrolling területen megjelennek gazdasági (kiadás-költség-bevétel), a (orvos)szakmai és a teljesítményadatok, az összetett adatkérések – legyen ez belső vagy külső, felső vezetői vagy fenntartói – és döntéstámogatói elemzések teljesítésére meghatározó lenne a pénzügyi könyvelési, az egészségügyi medikai rendszerek, a gyógyszerfelhasználás és a raktárfelhasználás rendszere. Az informatikai támogatás összehangolásával biztosítható, hogy a kontrollingnak erőssége lehessen a gyors, pontos adatszolgáltatás és adatelérés, az információ alapú szemlélet megvalósulása.

5.4. Összefoglalás

Az egészségügyi ellátórendszer olyan szerepet tölt be, amivel az egészség megőrzését, a betegség megelőzését és a társadalom szociális biztonságát támogatja. Mint minden szervezetnek, az egészségügyi intézmények irányításában is szükség van egy olyan szervezeti egységre, amely a döntések előkészítésében segíti és javaslataival az eredményes és hatékony működést preferálja. A társadalmi jólét egyik mércéje a lakosság számára nyújtott egészségügyi intézményrendszer szolgáltatásai. A társadalom megfelelő egészségi állapotát egy kiválóan működő, hibamentes kórházi rendszerrel lehet biztosítani.

A kontrolling funkciókat alkalmazó egészségügyi intézményeknél a tervezési-elemzési feladatok ellátása ma már rutinszerű, így erőforrásaikat a finanszírozás változásából, a meglévő finanszírozási aránytalanságból eredő problémák kezelésére, megfelelő költségű/fedezetű szakmai paletta összeállítására tudják fordítani, melynek felelőse a kontrolling/finanszírozás mint elsődleges döntéstámogató. A rendszer komplex, melyhez ismerni és folyamatosan monitorozni szükséges a finanszírozást, a fedezeteket, a kapacitásokat és a meghatározott mutatókat, illetve ezek összhangját.

A kontrolling olyan módszer, mely a szabályozási és akkreditáció nyújtotta lehetőségekkel karöltve lehetőséget teremt a progresszív betegellátásban, megteremti a finanszírozási érdekeltséget, biztosítja az ellenőrzés folyamatos fejlesztését, a szabályozott piacot, valamint a távlati tervek végrehajtását. Bevezetésével a fejlesztéseket és a területi kiegyenlítésre ható együttműködéseket segíti az ágazati és a regionális szint között, mely által a régiók egészségpolitikai

szerepe megerősödhet. Egy kitörési pont, új lehetőség lehet. Fontos a fejlesztendő terület és a lehetőségek összekapcsolása.

A hazai egészségügyi intézményekben alkalmazott kontrolling akkor lenne tökéletesen megfelelő, ha a rendszerhez szükséges adatok elfogadott módszertan alapján technikailag előállíthatók, és informatikailag erősen támogatottak. A kontrollingrendszer folyamatosan megbízható adatokat szolgáltasson a napi működtetéshez, és ezen adatok és kimutatások a különböző felelősségi egységeken a szükségleteknek megfelelően álljanak rendelkezésre. A kimutatások tartalmazzák a legfontosabb kapacitáskihasználási és teljesítmény-mutatóikat két év összehasonlításában, illetve prognózisában. A felelősségi egységek vezetői a bevételeit és költségeit havonta monitorozzák. Az eljárások fedezetének, kapacitásigényének ismeretével és a közösen kialakított mutatószám rendszeres monitorozásával megfelelő szakmai portfólió állítható össze. Ez segítséget nyújt az egészségügy, a vezetői gondolkodás és a döntéshozatali rendszer sikeres működéséhez.

Irodalomjegyzék

1. Bodnár V.: Menedzsmentkontroll, controlling, vezetői számvitel: Nemzetközi elmélet és gyakorlat – Hazai tapasztalatok 3. rész. Vezetéstudomány, 1997; 7–8: 21–30.
2. Körmendi L., Tóth A.: A controlling alapjai. Saldo, Budapest, 2006.
3. Magyar Controlling Egyesület, Szeged, 2007.
4. Horváth P.: Controlling. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest, 1997.
5. ICV–IGC (INTERNATIONALER CONTROLLER VEREIN – International Group of Controlling). The Essence of Controlling – The Perspective of the Internationaler Controller Verein (ICV) and the International Group of Controlling (IGC). Journal of Management Control. 2012; 23:311–317.
6. Széchenyi 2020 projekt TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001
7. Nikliné G. E.: Az egységes kontrolling módszertan és implementációjának tapasztalatai. IME, 2016; 15(2): 21–24.
8. Papp P.: A kontrolling bevezetésének tapasztalatai. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2004; 3(4):22–24.
9. Székely Á., Bodnár G.: Tisztánlátás az egészségügyi intézmények gazdálkodásában a klasszikus kontrolling módszertan alkalmazásával. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2004; 3(4):25–28.
10. Óváry Cs.: Kontrollingrendszer és keretgazdálkodás kialakítása, valamint az ezzel összefüggő szervezeti konfliktusok megoldásának jelentősége az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet (OKITI) működtethetőségében. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2014; 52(2-3): 49–61.
11. Forrás: ESKI egészségtudományi fogalomtár, http://fogalomtar.eski.hu/index.php/HBCs
12. Endrei D., Zemplényi A., Molics B., Ágoston I., Boncz I.: The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary. Health policy, 2014; 115(2), 152–156.
13. Szabó Cs.: Hétköznapi kórházi informatika a menedzsment szemével, Áldás vagy átok? Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2003; 2(3):42–45.
14. Papp P.: Átvilágítás, kontrolling, érdekeltség. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2003; 2(1):26–28.

15. Krokovay A., Kohán P.: Kontrolling a motiváció szolgálatában – a motiváció kontrollja. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2004; 3(2):23–28.
16. Molnár A., Nagy B.: Controlling rendszeren alapuló belső érdekeltségi rendszer kórházunkban. Kórház, 1996; 3(11): 51–52.
17. Strauss E., Zecher C.: Management control systems: a review. Journal of Management Control, 2013; 23(4):233–268.
18. Szedleczki I.: Kórházi informatikai rendszer kontrollingja II. A várható eredményesség mérése és vizsgálata. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2003; 2(2):23–26

6. Személyi és tárgyi minimumfeltételek

Láng Attila, Ágoston István

6.1. Bevezetés

A világban zajló technológiai fejlődés a mindennapi életünkben számos területen tetten érhető változásokat eredményezett, melyek egy része az egészségügyi ellátórendszert is érinti. Az egészségügyben lezajlott tudományos és technológiai fejlődés gyakorlatban is kézzelfogható eredménye a gyógyítást, a betegségmegelőzést szolgáló modern eszközök és technológiák szabályozott megjelenése. A magyar egészségügyi szabályozás és ellátórendszer egyik fontos célja az ellátás biztonságosságának és egyenletes színvonalának a biztosítása. E cél megvalósításához járulnak hozzá a szakmai protokollok mellett a személyi és tárgyi minimum feltételi előírást tartalmazó jogszabály. Célunk elsődlegesen a jelenleg hatályos minimumrendelet bemutatása, amelynek keretei között az egészségügyi intézmények működhetnek. A fejezet elkészítése során felhasználtuk a rendelkezésünkre álló szakirodalmat (1, 2) vonatkozó jogszabályokat (3, 4) is.

6.2. A minimumfeltételek rendeleti szabályozása

Kiindulásként fontos leszögeznünk, hogy Magyarországon egészségügyi szolgáltatást – *egészségmegőrzést, megbetegedés megelőzést, gyógykezelést stb.*- csak egészségügyi szolgáltató végezhet. A szolgáltatónak rendelkeznie kell az egészségügyi szolgáltatás nyújtására vonatkozó, az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel (5, 6). A szolgáltató az egészségügyi tevékenységét az erre a célra létrehozott elkülönült szervezeti egységében gyakorolja, amelyben egy vagy több szakma engedélyezhető. Működési engedély kiadásának feltétele, hogy a szolgáltató biztosítsa a miniszteri rendeletben meghatározott személyi és tárgyi feltételeket. Az egészségügyi szolgáltató a betegellátás folyamatosságát, adott esetben az engedélyezett szakmák mindegyike számára saját szervezeti egységének működtetésével, vagy az adott feladatra működési engedéllyel rendelkező közreműködő bevonásával látja el. Ezen feladatok ellátását bizonyos esetekben szerződéses partner bevonásával is biztosíthatja, amely folyamatot kiszervezésnek hívunk. Ilyen feladat többek között az ápolás-gondozás, a fizioterápiás szolgáltatás, a gyógyszerellátás, betegélelmezés és kapcsolódó szolgáltatásai, vagy a takarítás, veszélyes hulladék elszállítás. Nem lehet „kiszervezni" az egészségügyi dokumentációs tevékenységet, a nyilvántartást és az adatvédelmet, az infekciókontrollt, a dezinfekciós tevékenységet, a járványügyi érdekből történő elkülönítést, a vér- és vérkészítmények biztosítását, szállítását. A járóbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató mindezeken felül a biológiai minta tárolását sem bízhatja külső szolgáltatóra. Az előírt feltételek meglétét nemcsak az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély kiadásakor, hanem az egészségügyi szolgáltató működése során folyamatosan biztosítani kell. Az országos tiszti főorvos, a népegészségügyi feladatkörében eljáró fővárosi és megyei kormányhivatalok, valamint a fővárosi és megyei kormányhivatalok népegészségügyi feladatkörében eljá-

ró járási (fővárosi kerületi) hivatalai jogosultak e feltételek folyamatos meglétének ellenőrzésére. A minimumrendeletről általánosságban elmondható, hogy nem törekszik arra, hogy deklarálja az ellátáshoz szükséges optimális feltételrendszert. Feladata inkább arra irányul, hogy meghatározza azon követelményeket, amelyek nélkül semmiképpen sem nyújtható az adott szakmához tartozó szakmai tevékenység. A rendelet tartalmaz általános érvényű, azaz minden szolgáltatóra, valamint a járó és fekvőbeteg ellátásokra vonatkozó előírásokat is.

Általános előírások

Az egészségügyi szolgáltatónak biztosítania kell az előírt általános és szakmaspecifikus tárgyi feltételekkel berendezett rendelőhelyiséget, az adott tevékenységet figyelembe véve vizsgálóággyal. E helyiségben lehetővé kell tenni a gyógyszerek, a mérgező hatású anyagok és a veszélyes hulladék szakszerű és biztonságos tárolását. Biztosítani kell a betegellátást végző egészségügyi dolgozók számára a kézmosási, illetve kézfertőtlenítési lehetőséget, valamint a betegek részére váróhelyiséget és a kézmosási lehetőséggel ellátott mellékhelyiséget. A szolgáltató köteles az egészségügyi dokumentációt az egészségügyi adatokra vonatkozó szabályok szerinti tárolni és kezelni. Mozgásukban korlátozott betegek és/vagy hozzátartozók számára a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézménynek biztosítania kell az akadálymentes közlekedés lehetőségét is.

Ellátási formák, szolgáltatások és azok elnevezése

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet (továbbiakban: rendelet) tartalmazza azt, hogy az adott egészségügyi szolgáltató az adott egészségügyi ellátás keretében nyújtott szolgáltatás esetében milyen elnevezés használatára jogosult. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet ide vonatkozó rendelkezése alapján a szolgáltató ezt az elnevezést köteles tájékoztató tábláján feltüntetni.

Az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását. Az ellátórendszernek három fő pillére van.

- alapellátás
- járóbeteg-szakellátás
- fekvőbeteg-szakellátás

Az adott egészségügyi szolgáltató elnevezésekor törekedni kell arra, hogy egyértelműen kifejezze az általa nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat és azok ellátási szintjét. Nem használhat megtévesztő, félrevezető nevet.

Azon szolgáltató, amely az **alapellátás** körében háziorvosi, házi gyermekorvosi, háziorvosi ügyeleti, védőnői, iskola- és ifjúság-egészségügyi, foglalkozás-egészségügyi, fogorvosi, vala-

mint rend- és honvédelmi alapellátás szolgáltatást nyújt és működése az adott alapellátás körébe tartozó valamennyi ellátást felöleli, a **szolgálat;** a háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátás elemeként történő ápolás esetén a **körzeti, közösségi ápolási szolgálat elnevezés használatára jogosult**.

Szakrendelés elnevezés használatára jogosult az a szolgáltató, amely a **járóbeteg-szakellátás** általános szintjén működő egészségügyi szolgáltatást nyújt. **Gondozóról** beszélünk a krónikus, illetve fertőző betegségben szenvedő betegek ellátása és speciális gondozása esetében. A **szakambulancia** olyan magasabb szintű járóbeteg-szakellátás, amely speciális szaktudást és technikai feltételeket igényel. **Rendelőintézet** elnevezésre jogosult az a szervezeti egység, amely legalább négy szakterületen az adott területhez tartozó valamennyi egészségügyi szolgáltatás nyújtja. Ezen felül az adott helyszínen biztosítja a radiológiai és az orvosi laboratóriumi diagnosztikai ellátás 0. szintjét és elérhetővé teszi az I. szintet, valamint a feladatok ellátásához indokolt magasabb szintű orvosi laboratóriumi diagnosztikai ellátást is. Speciális diagnosztikai vagy terápiás feladatok ellátása esetén az **állomás**, illetve a **központ**, kizárólag a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozását végző egészségügyi szolgáltató esetén a **laboratórium**, elnevezés használatos. **Diagnosztikai központ**nak hívjuk azt az ellátóhelyet, amelyet a speciális vizsgálat végzésére szakosodott egészségügyi szolgáltató kizárólag a kórisme felállítása, illetve megerősítése céljából működtet. A betegek otthonában a kórházi ellátást kiváltó szakápolási feladatok esetén az **otthoni szakápolási szolgálat**, a haldokló beteg otthonában történő gondozásával kapcsolatos egészségügyi tevékenység végzése esetén a **hospice szolgálat** elnevezés használatára jogosult a szolgáltató.

A **fekvőbeteg-szakellátás** körében krónikus, rehabilitációs vagy folyamatos orvosi felügyeletet nem igénylő ápolási, szakápolási szolgáltatás nyújtása esetén az adott ellátási formában működő szervezeti egység elnevezése **intézet**. Az az egészségügyi szolgáltató tüntetheti fel tájékoztató tábláján a **kórház** megnevezést, amely több szakmai főcsoportba tartozó szakmában aktív és krónikus, illetve aktív vagy krónikus betegellátást nyújt, ezen felül rendelkezik még diagnosztikai háttérrel is. **Országos gyógyintézet** az az intézet, amely népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőségű szakmacsoportokon belül speciális, magas szintű szakmai tudás rendelkezésre állását biztosító, és az ahhoz kapcsolódó gyógyító, módszertani, epidemiológiai, szervezési, kutatási és oktatási tevékenységet gyakorol. Amennyiben a szolgáltató ezt a tevékenységet orvostudományi vagy egészségtudományi képzést folytató egyetem részeként látja el, a **klinika** elnevezés használatára jogosult. Az egészségügyi képzésben, szakképzésben részt vevő egészségügyi szolgáltató az elnevezése mellett az oktatóhely vagy gyakorlóhely, illetve az oktatási intézmény nevének feltüntetésére is jogosult.

6.3. Előírások a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményben

A 24 óránál hosszabb folyamatos ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál biztosítani kell a beteg pihenését, éjszakai elhelyezését biztosító helyiséget. Rendelkeznie kell a mindennapi használatú személyes tárgyak elhelyezéséhez szükséges bútorzattal és betegággyal, nemenként

elkülönített zuhanyozóval és mellékhelyiséggel. A beteg kezdeményezésére, illetve átmeneti cselekvőképtelenné válása esetére a betegnek a napi életvitelhez szükséges készpénze és egyéb vagyontárgya megőrzéséről is a szolgáltató köteles gondoskodni. A szolgáltatónak folyamatosan biztosítania kell az igény szerinti mennyiségű folyadékfogyasztás lehetőségét, valamint a normál, a könnyű-vegyes és a diétás étkeztetésben részesülő betegek számára a napi háromszori főétkezést, és naponta egy alkalommal kisétkezést. Továbbá biztosítani kell az adatvédelmi előírások figyelembe vételével a betegbiztonság érdekében betegazonosító rendszer működtetését, melynek szabályait az adott szervezeti egység szervezeti és működési szabályzatban kell meghatározni.

A fekvőbeteg-ellátó osztály működésének általános feltételei

A fekvőbeteg-ellátást biztosító hely elnevezése osztály, ami egy elkülönült szervezeti egység, amely egy engedélyezett szakmát foglal magába. Amennyiben egy adott szakmai főcsoport alá tartozó, több engedélyezett szakmát, valamint más szakmai főcsoportba tartozó, szakmailag szorosan illeszkedő, azonos ellátási formában engedélyezett szakmát foglal magába, akkor már összevont osztályról beszélünk. Összevont osztály esetében a minimum ágyszám meghatározásakor a legmagasabb ágyszámmal rendelkező szakma ágyszámának is megfelelhet. Az osztály tárgyi minimumfeltételei között kiemelt szerepet tölt be az újraélesztést biztosító eszközök – *motoros szívó, hordozható defibrillátor, kézi lélegeztető stb.* – rendelkezésre állása, melynek négy percen belül elérhetőnek kell lennie.

Azon szolgáltatónak, amely felnőtt ellátás keretében gyermekeket is ellát, külön kórtermet a gyermekek elhelyezésére, valamint a szülői jelenlét lehetőségét és elérhető gyermekgyógyász szakorvosi ellátást kell biztosítania. Fül-orr-gégészet, traumatológia, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, szemészet, ortopédia szakmák esetében a 18 év alatti gyermek felnőtt ellátást biztosító osztályon is ellátható.

Progresszivitási szintek

Az eltérő egészségi állapotú betegek különböző ellátást igényelnek, melyet az egészségügyi ellátás, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén egymásra épülő, technikai feltételek alapján tagolt, csoportosított, progresszivitási szinteken működő ellátórendszer biztosít (7, 8).

- *járóbeteg-ellátás:*
  - speciális szaktudást, illetve eszközöket igénylő szakellátása a speciális járóbeteg-szakellátás, keretében történik.
  - eseti szakellátása és a krónikus betegek folyamatos gondozása az általános járóbeteg-szakellátás,
- *diagnosztika:*
  - oszakmánként meghatározott progresszivitási szinteken történik az ellátás
- *fekvőbeteg-szakellátás:*
  - az ellátáshoz szükséges eltérő személyi és tárgyi feltételek alapján meghatározott progresszivitási szinteken történik.

Kiemelendő, hogy magasabb progresszivitású sebészeti osztály II. progresszivitási szintjére működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató a traumatológiai ellátás I. progresszivitási szintjéhez tartozó egészségügyi szolgáltatást is nyújthat, amennyiben az előírt feltételeknek megfelel.

A fekvőbeteg-ellátás speciális formái

Amennyiben az adott egészségügyi szolgáltató III. progresszivitási szintnél alacsonyabb szintre sorolt szervezeti egységet működtet, akkor létrehozhat egy úgynevezett **mátrix osztályt**. Ez egy olyan elkülönült szervezeti egység, amely több, de azonos ellátási formában, különböző szakmai főcsoportba tartozó engedélyezett szakmát foglal magába. A működtetés feltétele az, hogy a mátrix osztályba bekerült szakmák mindegyikének ágyszáma – *minimum ágyszám 5* – meg legyen határozva, melyen változtatni csak a működési engedély módosításával lehetséges. Kizárólag olyan szakmák alkothatják a mátrix osztályt, amelyek azonos telephelyen helyezkednek el. A mátrix osztályon az osztály általános minimumfeltételein túl biztosítani kell a progresszív ellátási szintnek megfelelően az egyes szervezeti egységenként engedélyezett, egyes szakmákhoz tartozó meghatározott személyi és tárgyi feltételeket. Az ügyeleti ellátásnál minden, az adott mátrix osztályon engedélyezett szakma tekintetében a szakorvos jelenlétét vagy készenlétét biztosítani kell. A rendelet tételesen deklarálja, hogy mátrix osztályon nem lehet ellátni az intenzív, sürgősségi, fertőző, szülészet-nőgyógyászati, onkológiai, pszichiátriai, neurológiai, rehabilitációs és ápolási osztályos feladatokat.

A társadalom elöregedése új kihívások elé állítja az egészségügyi szolgáltatókat. Az aktív ellátás mellett egyre nagyobb szükség van krónikus, rehabilitációs és **ápolási osztályokra**. Az ápolás egy olyan szolgáltatás, melyet az adott fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató azok számára nyújt, akik folyamatos ápolásra szorulnak, de rendszeres orvosi ellátást már nem igényelnek. A kórházi szakápolás és az önálló ápolási intézet közötti különbség az, hogy ez utóbbi egészségügyi szolgáltatók a szolgáltatást nem kórházi struktúrában nyújtják a betegeknek.

A sürgősségi ellátás kiemelt területe az egészségügyi ellátórendszernek. A sürgősségi ellátás igénybevételére heveny tünetekkel, sürgősségi ellátást igénylő kórképpel, beszállított vagy előzetes szakorvosi vizsgálat nélkül nem tervezett felvételre jelentkező beteg jogosult. A fekvőbeteg-ellátásra engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató a betegeket, progresszivitási szintjének megfelelően, sürgősségi betegellátó osztályon vagy sürgősségi betegfogadóhelyen látja el.

Az egészségügyi ellátás másik kiemelt területe a **műtő**. Itt is megjelenik a progresszivitási szint. A különböző szinteken történő ellátásokat már az elnevezésükkel is megkülönböztetjük. Így a minimum rendelet foglalkozik a kiemelt kezelő, az osztályos műtőegység és a központi műtőegység – ez utóbbi önálló szervezeti egységként szerepel a rendeletben – személyi és tárgyi minimumfeltételeivel.

A fekvőbeteg-ellátás minimum kapacitása

A minimumrendelet az általános és az egyes szakmák körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimumfeltételek meghatározásakor figyelembe veszi az adott

szakmához tartozó progresszivitási szintet. A különböző progresszivitási szinteken általában más-más a minimum ágyszám-előírás. A rendeletben általános vezérlő elv mentén meghatározásra került a korábban már említett szervezeti egységek minimum ágyszáma is. Ennek megfelelően a fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók közül azok, amelyek krónikus, rehabilitációs vagy az ápolási betegellátást nyújtanak

- kórházhoz, más egyéb egészségügyi fekvőbeteg ellátáshoz nem integrált intézet esetében 10 ágy,
- kórházban, más egyéb egészségügyi fekvőbeteg ellátásban integrált osztály esetében 15,
- az aktív és/vagy krónikus betegellátást nyújtó kórház, az országos gyógyintézet és országos társgyógyintézet esetében 70,
- klinika esetében – amennyiben egy szakmára vagy egy szakmai főcsoportba sorolt szakmákra rendelkezik engedéllyel – 30 fekvőbeteg egyidejű elhelyezéséhez és ellátásához szükséges kapacitás folyamatos rendelkezésre állásáról kell gondoskodni.

Amennyiben a rendeletben az adott szakmához nincs meghatározva a minimum ágyszám, akkor legalább 15 fekvőbeteg egyidejű elhelyezéséhez és ellátásához szükséges feltételeket kell folyamatosan biztosítani a szolgáltatónak.

6. 4. A minimumrendelet további elemei

A rendeletben mellékletek formájában megtalálhatóak az egyes egészségügyi szakmáktól független általános és az egyes szakmák körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimumfeltételek is. Információval szolgál az ápolókra, dietetikusokra, gyógytornászokra, védőnőkre és a szociális munkásokra vonatkozó személyi előírásokról is. Ezen felül tartalmazza még az egészségügyi dokumentáció részét képező ápolási, fizioterápiás és dietetikai dokumentáció tartalmi és formai követelményeit is.

6.5. Gyakorlati példa a szakmánkénti minimum feltételi előírásokra

A rendeletben jelenleg nagyságrendileg 270 szakma minimum feltételei kerültek rögzítésre, melyből 216 önálló szakmakóddal is rendelkezik. Az alábbi példa jól szemlélteti az egyes szakmák minimumfeltételi előírásainak struktúráját. Minden esetben feltüntetésre kerül az adott szakma megnevezése és az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendeletben feltüntetett, az adott szakmához tartozó szakmakód valamint az adott progresszivitási szinteken elvégezhető beavatkozások felsorolása, a minimum ágyszám meghatározásával. Ezt követően táblázatban összefoglalva látható a személyi feltételi előírások a különböző progresszivitási szinteken.

6. táblázat. A tüdő- és mellkassebészeti osztály minimumfeltételei

Tüdő- és mellkassebészet	Szakmakód:	0202
I. szint **Traumatológia** A sürgősségi betegellátás keretein belül a megyei/térségi, kiemelt traumatológiai feladatot végző osztályok, ahol csak sürgősségi, elsősorban traumatológiai betegellátás történik. Az alábbi elektív műtéti tevékenység engedélyezett, de onkológiai indikációval műtét nem végezhető: - mellűri drenázs a 04 főcsoport valamennyi betegségében: 53401 (dréncső bevezetése a mellűrbe), - mellűri drenázs bordarezekcióval a 04 főcsoport valamennyi betegségében: 53402. **II. szint** A II. szinten megengedett mellkassebészeti műtétek végezhetőek. Önálló szakmai egységként funkcionál. Az ügyelet összevont ügyelettel biztosított. **Minimum ágyszám: 6** **III. szint** Minden mellkassebészeti műtét végezhető. Önálló szakmai egységként funkcionál, a szakmai háttér osztályok helyben elérhetőek. Az ügyelet összevont ügyelettel biztosított.		

	Progresszivitási szint		
	I. Traumatológia	**II.**	**III.**
Személyi feltételek:			
A vezető mellkassebészeti szakorvos legalább 5 éves mellkassebészeti szakorvosi gyakorlattal		1	1
Sebészet/traumatológia szakorvos mellkassebészeti szakvizsgával	0,5		
Mellkassebészeti szakorvos (személyenként legalább évi 50 nagy mellkasi műtét, nem számítva a mellűri drenázst)		2	2
24 órás szakorvosi ügyelet, behívható szakorvos/jelölt a szövődmények azonnali elhárítására		1	
Betegkísérő		EL	EL
A szakdolgozói létszám a 3. mellékletben meghatározottak szerint (ápoló, dietetikus, gyógytornász)		X	X

A szakdolgozói minimumfeltételi előírások egy külön mellékletben, szakmánként ágyszámarányosan jelölik az adott dolgozói igényt ápolói kategóriánként feltüntetve. A rendeletben található jelek magyarázata az alábbiakban látható:

- EL: elérhető intézményen belül
- EK: elérhető intézményen kívül
- RM: részmunkaidő
- TM: teljes munkaidő
- X: szükséges (tárgyi feltételeknél a szervezeti egységen belül vagy közvetlenül mellette rendelkezésre kell állnia)
- A személyi feltételek FTE egységben kerültek meghatározásra.

  - teljes 40 órás munkaidőre számított heti munkaidő aránya (az általános szabálytól való eltérés jelölve pl. műszakonként vagy adott ágyszámra, illetve járóbeteg-szakrendelés létszáma heti 30 óra szakrendelésre számítva)
- sze: szükség esetén

6.6. Összefoglalás

A minimumrendelet megalkotásával a jogalkotó elsődleges célja az volt, hogy a betegellátás különböző szintjein meghatározza azokat az elfogadható szintű, még elégséges személyi és tárgyi feltételeket, melyeket a biztonságos betegellátás érdekében a különböző egészségügyi szolgáltatóknak figyelembe kellett venniük. A rendelet fontosságát jellemzi az a tény is, hogy minőségirányítási rendszerének tanúsítását csak az az egészségügyi szolgáltató kezdeményezheti, amely megfelel a minimumfeltételi előírásoknak (9).

A rendelet megalkotásával és hatályba léptetésével az egészségügyi vezetés deklarálta az ellátórendszer felé azt, hogy elsősorban a minőségi, betegbiztonsági szempontok vezérelték. Emiatt alakították ki a progresszivitási szinteket, határozták meg az egyes szinteken elvégezhető beavatkozásokat és azok minimális esetszámát. Ezen rendszernek gyakran finanszírozási vonatkozásai is lehetnek (10).

A megjelenés óta a rendeletben foglalt előírások számos alkalommal megváltoztak, csak az elmúlt hat évet áttekintve a jelenleg hatályos változat már a huszadik.

Irodalomjegyzék

1. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.
2. Kovács G., Nogel M., Fáskerty É.: Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft. Győr, 2017.
3. 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
4. 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról
5. Kovács G.: Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei In Kovács G., Nogel M., Fáskerty É. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft. Győr, 2017, 134–137.
6. Nogel M.: Az egészségügy jogi szabályozása. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017, 2–4.
7. Kovács G.: Az egészségügyi ellátórendszer alapjai In Kovács G., Nogel M., Fáskerty É. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft. Győr, 2017, 120–133.
8. Kovács G.: Az egészségügy szervezése és irányítása. In Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.
9. Endrei D., Sebestyén A., Gazsó T., Zemplényi A., Kovács G., Nagy S., Boncz I.: A szülészeti-nőgyógyászati ellátás finanszírozási kérdései. Magy. Nőorv. L. 2016; 79(2):78–81.
10. Endrei D., Zemplényi A., Molics B., Ágoston I., Boncz I.: The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary. Health Policy. 2014; 115(2-3):152–156.

7. Minőségbiztosítás az egészségügyi intézményekben

Hegedüs Zsuzsanna

7.1. A minőség általános meghatározása

A „minőség" rendkívül összetett fogalom, amely szubjektív elemek sokaságát tartalmazza. A minőség általános meghatározása során a saját értékrendünk alapján formált véleményünk jelenik meg egy-egy dologgal kapcsolatban.

A minőség egyes esetekben a megbízhatóságot, a rendeltetésből eredő hasznosságot, valamely szabványnak való megfelelést jelenti, más esetekben azonban a vevői elégedettségen keresztül vizsgáljuk a minőség „fokát". Meg kell azonban jegyezni, hogy a minőség rendelkezik egy mérhető (objektív) és egy emberi tényezőből fakadó (szubjektív) résszel is. (1) Mérhető tulajdonságok alatt például az anyag összetételt, a súlyt, a kopásállóságot stb. értjük, míg a szubjektivitás alatt főként az esztétikai elvárások (forma, szín, kényelem, dizájn, márka stb.) említhetők.

Alapvetően háromféle minőségértelmezés különíthető el:

1. Szabvány alapú, amely főként gyártói minőségértelmezés
2. Piaci, fogyasztói, vagyis kereskedelmi minőségértelmezés
3. Többféle fogalom együttes alkalmazása

Szabvány alapú értelmezés

Dutscke: „A minőséget a tényleges és az előírt érték vagy pedig a tényleges és a határérték (felső, illetve alsó tűréshatár) összehasonlításával lehet megítélni"(2).

A minőség ennek alapján úgy is értelmezhető, hogy a termék megfelelősége a termék tulajdonságaira és jellemzőire vonatkozó előírásokat (nemzetközi, országos, egyéb szakmai) teljesíti.

Piaci, fogyasztói, kereskedelmi értelmezés

Starr szerint a minőség a fogyasztók értékelése alapján határozható meg. J. M. Juran: „Kifejezi azt, hogy valamely meghatározott termék milyen mértékben elégíti ki egy bizonyos fogyasztó (felhasználó) igényeit"(3).

Többféle fogalom együttes alkalmazása

Sziszkov elmélete szerint a termékek vizsgálata két oldalról szükséges. Egyrészt a gyártók szemszögéből a műszaki paraméterek teljesülésének vizsgálata, másrészt a fogyasztók felhasználása során jelentkező eredmények vizsgálata (4).

Összegezve: a minőség egy termék vagy szolgáltatás azon jellemzőinek összessége, amelyek alkalmassá teszik a vele szemben rögzített és elvárt igények teljesítésére. A termékkel szembeni követelményeket szabványok rögzítik, az elvárásokat viszont a vevők (felhasználók) fogalmazzák meg.

7.2. Minőség az egészségügyben

Az egészségügyi szolgáltatás területén a minőségbiztosítás és minőségfejlesztés az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben, valamint az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003.(X.20.) ESZCSM rendeletben megfogalmazottak alapján követelményként jelenik meg. A 1997. évi CLIV. törvény V. fejezet 4. cím „az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása" megnevezés alatt külön témaként taglalja az egészségügyi szolgáltatások minőségügyi szolgáltatását, elkülönítve a belső és a külső minőségügyi rendszerrel kapcsolatos elvárásokat. Ennek köszönhetően az egészségügyi ellátás során nyújtott szolgáltatások minőségének mérése, elemzése, értékelése az elmúlt 10 évben Magyarországon is erősödő igényként jelentkezett.

Az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága 1997. szeptember 30-án megjelentetett egy ajánlást az európai országok számára, amelyben a tagállamok kormányainak útmutatást adott arra vonatkozóan, hogy mi szükséges a minőségfejlesztési rendszerek kidolgozását, megvalósítását illetően. Az ajánlásban hangsúlyt kapott az ellátások minőségének folyamatos javítása. A dokumentum felhívta a figyelmet arra, hogy a megfelelő minőség megteremtése és folyamatos biztosítása, érdeke az intézménynek, a tulajdonosnak, a betegeknek, valamennyi partnernek, a finanszírozónak, valamint az ellenőrző hatóságoknak is (5).

Napjainkban a minőségügyi területtel foglalkozó szakemberek a kontrolling tevékenység részeként vagy önálló, centralizált (pl. minőségfejlesztő osztály/munkacsoport) szervezeti formában látják el ezt a feladatot. A cél minden esetben ugyanaz, a nyújtott szolgáltatások minőségének megismerése, az ellátási folyamat kockázatos pontjainak kiszűrése, társadalmi, lakossági igények alapján a fejlesztésre szoruló területek feltárása (6, 7, 8).

7.3. Minőségbiztosítás az egészségügyi ágazatban

Hazánkban az egészségügyi minőségbiztosítás gyökerei az 1990-es évek elejére nyúlnak vissza. A Zala Megyei Kórház vezetése 1993-ban döntött a minőségbiztosítási rendszer bevezetéséről, majd 1995-ben szerezte meg az ISO 9001 tanúsítást, melyet az Össterreichische Vereinigung zur Zertifizierung von Qualitatssoicherungs-Systemen (ÖOS) végzett el. Ismereteink szerint Európában a Zala Megyei Kórház volt az első egészségügyi intézmény, amelyik ISO tanúsítást szerzett.

Az egészségügyi szolgáltató minőségbiztosítási tevékenységéhez a vezetés elkötelezettsége szükséges. A minőségbiztosítás folyamata során a belső minőségügyi rendszer működtetésére vonatkozóan 5 alapelv érvényesül:

Szektorsemlegesség: tulajdoni formától függetlenül valamennyi, a törvény által meghatározott egészségügyi szolgáltatóra érvényes az irányítási rendszer bevezetése és működtetése.

Áttekinthetőség, nyilvánosság: a rendszerelemek és a felülvizsgálati kritériumok minden érintett fél (ellátó, igénybevevő, finanszírozó, tulajdonos) számára értelmezhetőek és áttekinthetőek, lehetőséget adnak a belső felülvizsgálatok elvégzésére és a megfogalmazott elvárások teljesítésének értékelésére.

Fokozatos megvalósítás: a minőségügyi rendszer kiépítése és fejlesztése szolgálja a szolgáltatások minőségének valódi javulását. Reális gazdasági és szakmai célok kerülnek megfogalmazásra.

Folyamatos fejlődés: a minőségfejlesztés alapelvét és módszerét alkalmazva a szolgáltató folyamatosan fejleszti struktúráját, folyamatait és eredményeit.

Organikus működés: a minőségügyi rendszer beépül, az egészségügyi szolgáltató struktúrájába és valamennyi folyamatába.

Az alapelvek megvalósításának feltétele, hogy az egészségügyi szolgáltató fenntartója megfelelően gondoskodjon a pénzügyi és tárgyi erőforrásokkal való gazdálkodásról, a költség-hatékonysági szempontok érvényesüléséről, a beszállítók (külső szolgáltatók) termékeivel szemben támasztott minőségi követelmények folyamatos felülvizsgálásáról. (9)

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezet vezetésének feladata a „folyamatos minőségellenőrzés", amit rendszeres értékelések (havi/negyedéves/féléves/éves) útján érhet el a következőket vizsgálva:

- az egészségügyi szakmai folyamatok és tevékenységek teljesítménymutatói (indikátorok alkalmazása),
- a munkatársak teljesítménye (minősítések, egyéni teljesítmény értékelések),
- a szolgáltatás műszaki-technikai feltételrendszerének megfelelősége (orvosi műszerek, berendezések időszakos felülvizsgálata, kalibrálása, hitelesítése),
- a gazdasági-pénzügyi tevékenység eredményei (terv-tényadatok elemzése),
- az egészségügyi szolgáltatás hatékonysága (a fejlesztések ráfordításai és a megtérülés aránya, kapacitásbővítések),
- az ellátás során fellépő kockázatok (folyamatok kockázatértékelése),
- az infekciókontroll tevékenység hatékonysága (kézhigiénés compliance mérés, nozokomiális fertőzések száma),
- az elégedettségi vizsgálatok eredményei (beteg-, dolgozói, partnerelégedettség),
- az érdekelt felekkel történő kommunikáció, a kapcsolattartás módja,
- a beszállítók (külső szolgáltatók) tevékenysége,
- a háttérszolgáltatások eredményei,
- a belső és külső auditok, valamint a szakmai (klinikai) auditok eredményei,
- a megelőző és a helyesbítő tevékenységek hatékonysága.

Az értékelés eredménye egy visszacsatoló (feedback) rendszeren keresztül a lehető legrövidebb időn belül a problémás terület felelős vezetői elé kerülnek. A folyamatokban észlelt eltérések ismétlődésének elkerülése érdekében ellenőrzési pontok beépítésére van szükség. Ezt a mechanizmust nevezzük minőségfejlesztésnek.

Folyamatos minőségfejlesztés (continuos quality improvement) során azonban a hibák elkövetésének megelőzése érdekében a teljes rendszer folyamatainak fejlesztése a cél, ahelyett, hogy a már elkövetett hibákat keresnénk. Időnként, helytelenül a TQM vagy a minőségfejlesztés szinonimájaként is használják ezt a kifejezést.

7.4. A minőségmenedzsment szerepe a minőségbiztosítás folyamatában

A minőségmenedzsment tevékenységek fogalmainak meghatározása

Minőségpolitika: egy szervezetnek a minőségre vonatkozóan a felső vezetőség által hivatalosan kinyilvánított általános szándéka és irányvonala.

Minőségcél: a szervezet által megfogalmazott célkitűzés, amely egy magasabb minőségre való törekvés elérését jelenti.

Minőségszabályozás: a minőségirányításnak az a része, amely a minőségi követelmények teljesítésére fekteti a hangsúlyt.

Minőségtervezés: a minőségirányításnak az a része, amely a minőségcélok kitűzésére, valamint a szükséges működési folyamatok és a velük kapcsolatos erőforrások meghatározására összpontosít, a minőségcélok elérése érdekében.

Minőségbiztosítás: a minőségirányításnak az a része, amely a bizalomkeltés megteremtésére összpontosít, a folyamatok állandó monitorozásával arra enged következtetni, hogy a minőségi követelmények teljesülni fognak. Amennyiben a mért eredmények a tervezéstől (célkitűzéstől) eltérnek, a szervezet vezetői megteszik a szükséges intézkedéseket.

Minőségfejlesztés: a minőségirányításnak az a része, amely a minőségi követelmények teljesítési képességének növelésére összpontosít.

A minőségmenedzsment elemei

A minőségmenedzsment kialakulásának történetében az első jelentős állomás a minőség-ellenőrzés (szigorú bemeneti és kimeneti ellenőrzés), melynek létrejötte 1910–1925 közé tehető. A minőség-ellenőrzés csupán a minőségi követelmények teljesülésére és a hiba kiszűrésére szolgált. A termék, szolgáltatás minőségről csak az ellenőrzési részlegek szakemberei rendelkeztek információval, a fejlesztés nem volt feladatuk.

Minőségszabályozásról az 1960-as évek elejétől beszélhetünk, amely a technológiai fejlődés mellett a hatékonyabb munkaszervezést és a folyamatokba épített minőség ellenőrzést is életre hívta. Az 1980-as évek közepén az iparban már a gyártási folyamat közben végeztek minőségre vonatkozó méréseket (10). Napjainkban pedig elképzelhetetlen, hogy mintavétel útján valamennyi folyamat ne kerüljön ellenőrzés alá. Amennyiben a mintából származó eredmény (hibaszázalék) a tűréshatár fölé kerül, a teljes folyamatot felül kell vizsgálni. A tűréshatár közelében mozgó hibaszázalék esetén pedig a helyesbítő tevékenység kerül előtérbe.

Klasszikus minőségmenedzsment (quality management) tevékenység alatt tehát valamennyi minőségirányítási folyamatot értjük, amely egy szervezet működés szabályozására és operatív működtetésére irányul. A minőségmenedzsment feladata a szervezet minőségpolitikájának meghatározása, a stratégiai tervezéssel összefüggésben a rövid és közép távú minőségcélok meghatározása, a minőségcélok megvalósításához a szükséges erőforrások biztosítása, a szolgáltatások folyamatos minőségbiztosítása, a minőségfejlesztési folyamatok tervezése, végrehajtása és hatékonyságuk ellenőrzése (11).

7.5. Minőségügyi rendszerek alkalmazása az egészségügyi szolgáltatóknál

Szabvány alapú rendszerek

Az egészségügyi szolgáltatók körében 2014-ben az Emberi Erőforrások Minisztériuma és a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar közös kérdőíves felmérést végzett, melynek eredménye szerint a legnépszerűbb minőségirányítási rendszerek az ISO 9001-es szabványcsalád köréből kerülnek ki (12). Az ISO 9001-es szabvány úgynevezett „keretszabvány", meghatározza, hogy „mit kell" a szervezetnek biztosítani, de hogy milyen módon teszi azt, a rendszer működtetőire bízza. A rendszer kiépítése, bevezetése a szervezet méretétől, és a tevékenységeinek számától függ. A szabvány által előírt valamennyi feltételt teljesíteni kell. A bevezetést követő három hónapos működési időszak után tanúsítható (bizonyos esetekben akkreditálható) az irányítási rendszer független, harmadik fél által.

Tanúsítás: az egészségügyi szolgáltató nemzetközi vagy magyar egészségügyi ellátási követelmények szerinti minőségirányítási rendszerének nemzetközi szabvány alapján történő felülvizsgálata és elismerése.

Akkreditáció: adott ellátási formára specifikus követelmények szerinti működés elismerése. (Pl. az MSZ EN ISO 15189: 2013 Orvosi laboratóriumok. A minőségre és a felkészültségre vonatkozó követelmények.)

Egy szervezet irányítási rendszerének különböző részei egyetlen irányítási rendszerré integrálhatók (pl. az ISO 9001, az ISO 14001, az ISO/IEC 27001 és az ISO 50001 követelményei szerint) a szabványok High Level Structure (HLS) szerkezetéből adódóan. (13)

A HLS struktúra előnyei:

- a hasonló követelményeket tartalmazó fejezetek mindegyik szabványban ugyanott találhatóak,
- kevesebb ellentmondás, ismétlés lehet a különféle irányítási rendszerek együttes alkalmazásakor,
- közös alapvető meghatározásokat és szakkifejezéseket használ,
- könnyebb auditálni az azonos követelményeket a különféle irányítási rendszerekben.

Az ISO szabványcsaládból ki kell emelnünk egyet, amely az egészségügyi ágazat tevékenységeinek minőségirányítási feladatait a szolgáltatók típusától, méretétől és a nyújtott szolgáltatástól függetlenül határozza meg. A szabvány magyar nyelvű változata „*MSZ EN ISO 15224:2017 Minőségirányítási rendszerek. Az EN ISO 9001:2015 az egészségügyi ellátásban*" címmel, 2017. 6. 1-jén lépett érvénybe.

A szabvány elsősorban a klinikai folyamatok irányításának követelményeire összpontosít, azonban azok a szervezetek is tudják alkalmazni a szabvány követelményeit, amelyek minőségirányítási rendszere magában foglal kutatási vagy oktatási folyamatokat is. A szabvány alkalmazása szavatolja a jogszabályi és egyéb szabályozó követelményeknek, továbbá a minőségügyi szempontoknak (helyes, szakszerű ellátás; rendelkezésre állás; az ellátás folyamatossága; ered-

ményesség; hatékonyság; méltányosság; bizonyítékon/ ismereteken alapuló ellátás; betegközpontú ellátás, beleértve a fizikai, pszichológiai és szociális sérthetetlenséget; a beteg bevonása; a beteg biztonsága; időszerűség/hozzáférhetőség) való megfelelőséget. (14) Célja a vevői (beteg, hozzátartozó, partnerek) elégedettség növelése.

Standardok alkalmazása az egészségügyben

A standard alapú rendszerek működtetésének célja, hogy biztosítsa az azonos szakmai tevékenységek egységes szemléletű minősítését. Jelenleg két különálló egészségügyi szakma specifikus standard gyűjtemény áll rendelkezésre, a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv (MEES) és a Betegellátók Akkreditációja a Biztonságos Betegellátásért standard gyűjtemény (BELLA). A gyűjtemények követelményrendszert fogalmaznak meg, amelyek lehetőséget teremtenek a szervezeten belül a szakmai tevékenység ellenőrzésére, nyomon követésére, értékelésére és külső fél általi tanúsításra, illetve akkreditációra is. Mindkét standard gyűjtemény integrálható más irányítási rendszer szabványhoz.

A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv 6 fő csoportban az ellátás folyamatához igazodva fogalmazza meg az elvárásokat, a háziorvosi, a védőnői, a járó- és fekvőbetegellátás, az általános diagnosztikai, vezetési és támogató folyamatok, illetve a minőségirányítás vonatkozásában. Ebből következik, hogy *az egészségügyi ellátás valamennyi szintjére alkalmazható.*

A standardek felépítése sajátságos:

a) standard definíció/leírás (elvárás megfogalmazása),

b) standard magyarázat (részletezi a megvalósuláshoz szükséges lépéseket),

c) standard felülvizsgálati szempontok (a megvalósítást követő ellenőrzési pontok, igazoló dokumentumok) (15).

A Betegellátók Akkreditációja a Biztonságos Betegellátásért akkreditációs programot gyakorló orvosok és gyógyszerészek fejlesztették ki a betegellátás biztonságosabbá tételéért (16).

A standardok között 42 db standard a járó- és fekvőbeteg-ellátás kockázatos folyamatait fedi le, azzal kapcsolatban a szervezettől elvárt tevékenységet részletezi. A standardok szerkezeti felépítése eltér a MEES-től, szabályozás („SZ"), oktatás („O"), működési elemek, tevékenységek, dokumentálás („D"), speciális ellátási szükségletek („S"), ellenőrzés, fejlesztés („E") részekből áll. A gyűjtemény érdekessége, hogy a közforgalmú gyógyszertárak működtetésére vonatkozóan is készült 19 db standard.

Klinikai audit: az NHS szerint „Klinikai auditnak azon módszerek összességét nevezzük, melyek segítségével az egészségügyi szakemberek rendszerezett formában vizsgálják, értékelik az egészségügyi ellátás minőségét, és az eredmények alapján jobbító változásokat vezetnek be, melyek segítségével a betegek egészségnyereségét fokozzák." A klinikai auditok során a bizonyítékokon alapuló gyakorlat (evidence based practice) megvalósulását vizsgáljuk, az értékelés a szakmai standardok (klinikai irányelvek, szakmai protokollok) előírásaihoz képest történik (17, 18). Ez szükségessé teszi az irányelvek, szakmai protokollok rendszeres időnkénti felülvizsgálatát.

A klinikai audit két formája ismeretes: *belső* (saját dolgozók közreműködésével) *és külső* (külső szervezet, szakértői csoport, peer review) audit.

Önértékelésen alapuló rendszerek

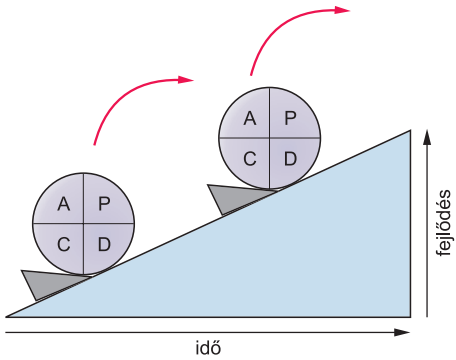
Teljes körű minőségirányítás, teljes körű minőségmenedzsment (TQM – Total Quality Management): magasabb szintű rendszernek tekinthető, amely az egészségügyi szolgáltatók körében igen népszerű. Fő jellemzője, hogy a fókuszban a folyamatos minőségfejlesztés foglal helyet és nem csupán a minőség biztosítása (19). A rendszer középpontjában a vevő áll, a termékek és szolgáltatások minőségének állandó javításával egyre magasabb szinten akarja kielégíteni a vevők igényeit. A TQM rendszer erőssége a szervezet munkatársaiban rejlik, akiket bevonnak a folyamatok megvalósításába és rendszeres tájékoztatást kapnak a minőségcélok elérését illetően.

A Kiválóság Modellt (EFQM- European Foundation for Quality Management) 1992-ben vezették be. Mára ez a legszélesebb körben alkalmazott üzleti kiválóság modell Európában, több mint 30000 szervezet alkalmazza teljesítményének növelésére, és a legtöbb nemzeti és regionális Minőség Díj alapjává vált. Az EFQM modell egy praktikus eszköz, amely számos különböző célra alkalmazható, többek között az önértékelés eszközeként, de kiválóan alkalmas más szervezetek eredményeivel való összehasonlításra (benchmarking). Az EFQM modell 9 kritériumon alapul. Ebből öt az „adottságok" és négy az „eredmények" kategóriába sorolható. Az „adottságok" kritérium fedi le a szervezet folyamatait, paramétereit. Az „eredmények" kritérium pedig a szervezet által elért eredményeket (produktum). Az „adottságok"-ból következnek az „eredmények", és az „eredmények" visszajelzéseit használják az „adottságok" fejlesztéséhez.

7.6. Minőségfejlesztő technikák alkalmazása az egészségügyben

Az egészségügyi szolgáltatás az ellátási folyamatok sorozataiból áll. Ahhoz, hogy egy szervezet eredményesen működhessen, számos, egymással összefüggő tevékenységet kell irányítania. Egy tevékenység vagy tevékenységek sorozata, amely erőforrásokat használ fel, és a bemeneteket kimenetekké alakítja át, folyamatnak tekinthető. Az egyik folyamat kimenete gyakran a következő folyamat közvetlen bemenetét jelenti (20). A folyamatszemléletű megközelítésből adódik, hogy az elért eredmények vizsgálatakor a folyamatok közötti kapcsolatokat, kölcsönhatásokat és az azokat befolyásoló tényezőket is figyelembe kell venni. Az irányítási rendszerekkel foglalkozó szabvány ajánlása ebben az esetben a PDCA (Plan, Do, Check, Act/tervezés, megvalósítás, ellenőrzés, intézkedés) módszer.

A PDCA módszer a folyamatos fejlesztés négylépéses körfolyamata. Kidolgozója Walter A. Shewhart, de a jelenlegi népszerűségét W. Edwards Demingnek köszönheti. A vezetés a megvalósításon kívül a tervezés, ellenőrzés és beavatkozás feladatait látja el. Meggyőződik róla, hogy a tervek határidőre történő teljesítése megvalósult-e? Ha valamilyen akadály lép fel megvalósulás során, arról minél hamarabb visszacsatolást kell kapniuk, hogy be tudjanak avatkozni a tervek elérése érdekében. Ha úgy tűnik, hogy a tervek az eredeti formában nem teljesíthetőek, módosítani kell azokon, és kezdődik a ciklus elölről.

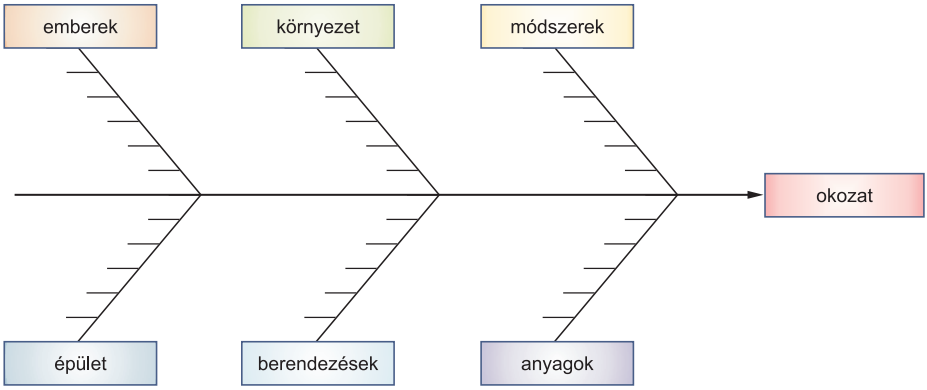


8. ábra. PDCA – folyamatos fejlesztés (forrás: Miskolci Egyetem 2015)

Az elmúlt években újabb minőségfejlesztő technikák jelentek meg a magyar egészségügyi szolgáltatóknál. Ezek nagy része a világ iparágaiból szivárogott át az egészségügyi ágazatba, és már nem csak a magas szakmai színvonalon nyújtott szolgáltatásokat célozták meg a fejlesztések területeként, hanem a szakmai szolgáltatásokat támogató, kisegítő folyamatokat is, mint például az adminisztratív és pénzügyi tevékenységek, valamint az informatikai háttérfolyamatok (21). Ilyen a Lean menedzsment, Ishikawa (halszálka) diagram, Pareto-elv és a Balanced ScoreCard (BSC) módszer.

Lean filozófia: Vállalatszervezési, vállalatirányítási rendszer, amelynek célja, hogy a vállalat minél gazdaságosabban állítsa elő a szolgáltatásait (termékeit). A Lean filozófiát alkalmazók a tevékenységeiket elsősorban annak alapján alakítják ki, hogy a vevőik számára mi az érték (22). Ami a vevő számára nem teremt értéket, amiért a vevő nem fizet, azt a Lean veszteségnek tekinti, és a munkafolyamatok hatékonyságát ezeknek a veszteségeknek a megelőzésével, megszüntetésével vagy minimálisra csökkentésével növeli. A módszer a térítéses betegellátásban, illetve a magán egészségügyi szolgáltatók körében népszerű.

Ishikawa diagram: az Ishikawa-diagram az ok és okozatok összefüggésének elemző módszere. Az adatgyűjtés során (ennek tipikus módszere a brainstorming) feltérképezésre kerülnek



9. ábra. Ok és okozat halszálkadiagram (forrás: Zalainé Kovács É. 1995)

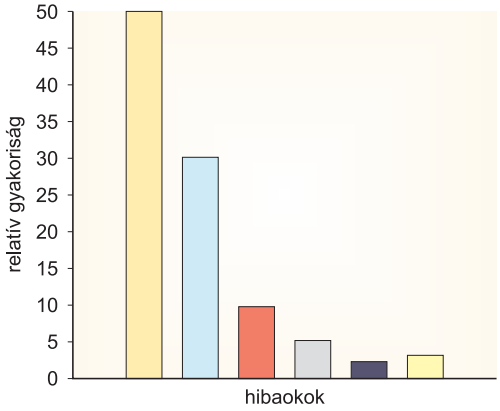
a probléma forrását jelentő hatások, tényezők, paraméterek, amelyek a nem megfelelő minőséget okozzák. Ezek közül Pareto-elemzéssel választhatók ki a jelentős problémák. A következő lépésben a feltárt gyengeségek okozatnak tekinthetők, és meg kell keresni azokat az okokat, amelyek azt kiváltják. Ez a folyamat az ok-okozati elemzés.

Pareto- elemzés: „A problémák 80%-át az okok viszonylag kis hányada, 20%-a váltja ki." Az elmélet a döntéshozatal során a problémák főbb okainak feltárására, a minőségmenedzsmentben a hibák okainak elemzésére, a készletgazdálkodásban az egyes tételek relatív fontosságának meghatározására használható. Az egészségügy területén a minőségmenedzsment tevékenység részévé vált.

Balanced ScoreCard (BSC): Kiegyensúlyozott stratégiai mutatószámrendszer. A hazai gyakorlatban is az angol elnevezés használatos. Jelentősége a stratégiai irányítás és a kontroll összekapcsolásában áll, melynek során a pénzügyi nézőpont mellett más nézőpontok is megjelennek. A balanced scorecard egyéb nézőpontjai: vevői nézőpont, működési folyamatok nézőpontja, tanulás-fejlődés nézőpontja. Az eszköz egyszerűsége, áttekinthetősége által vált népszerűvé (23).

A felsorolt módszerek külön- külön és egymással kombinálva is alkalmazhatók.

Az egészségügyi intézmények minőségbiztosítási rendszere alapvetően az orvosi-egészségügyi folyamatokat monitorizálja, támogatja. Ugyanakkor jelentős adminisztratív és jogi vonatkozásokkal is bír az intézmény működése szempontjából (24, 25, 26).



10. ábra. Pareto- diagram (forrás: Czeglédi L. 2011)

Irodalomjegyzék

1. MAGYAR SZABVÁNY MSZ EN ISO 9000:2005 Minőségirányítási rendszerek. Alapok és szótár, Kiadó: Magyar Szabványügyi Testület (Hivatkozási szám: MSZ EN ISO 9000:2005)
2. Tamás J., Juhász Cs., Pregun Cs., Nagy A., Szőllősi N., Gerőczi V., Fórián T.: Globális környezeti Problémák és Társadalmi hatásuk II. 2008. április 5. Debreceni Egyetem.
3. Balogh, Dukáty, Sallay: A minőség értelmezésének és megvalósításának fejlődése. Előadás, 2004.

4. Koczor Z.: Bevezetés a minőségügybe. A minőségügyi gyakorlat kérdései. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 1999.
5. Recommendation No R(97) 17 of the Commettee of Ministers to member states on the development and implementation of quality improvement system (QIS) in healh care. In: Commettee of Ministers on 30 September 1997, at the 602nd meeting of de Ministers' Deputies.
6. Nogel M.: A bizonyítékokon alapuló ellátás és az egészségügyi minőségbiztosítás kapcsolata I. 2017; Med. et Jur. 2017; 8(2): 20–26.
7. Nogel M.: A bizonyítékokon alapuló ellátás és az egészségügyi minőségbiztosítás kapcsolata II. Med. et Jur. 2017; 8(3):4–10.
8. Nogel M.: Az egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosításának vázlata. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017. 215–219.
9. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről, Egészségügyi Közlöny LVIII évfolyam. 3. szám, 2008. február 21. 1632–1634.
10. Czeglédi L.: Minőségmenedzsment. Eszterházy Károly Főiskola, Eger, 2007.
11. Kövesi J., Topár J.: A minőségmenedzsment alapjai. Typotex, Budapest, 2006.
12. Dombrádi V., Gődény S., Margitai B., Gall T. (2015): Külső értékelő rendszerek használata a magyar kórházi ellátásban – egy országos felmérés eredményei. IME, 14 (5), 11–15.
13. . MAGYAR SZABVÁNY MSZ EN ISO 9001:2015 Minőségirányítási rendszerek. Követelmények, Kiadó: Magyar Szabványügyi Testület (Hivatkozási szám: MSZ EN ISO 9001:2015)
14. MAGYAR SZABVÁNY MSZ ISO 15224:2017 Minőségirányítási rendszerek. Az EN ISO 9001:2015 az egészségügyi ellátásban, Kiadó: Magyar Szabványügyi Testület
15. Egészségügyi Minisztérium, Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv (1.0 változat), Egészségügyi Közlöny, LVII. évfolyam, 4. szám, 2007. február 21.
16. Belicza É., Lám J.: Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere: a BELLA projekt háttere. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1 (1), 2014.
17. Gődény S.: A klinikai auditrendszer bevezetése és működtetése, XIII. Debreceni Egészségügyi Minőségügyi napok, 2013. május 29–31 (prezentáció).
18. Jamtvedt G. et al.: Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. (Cochrane Review), 2007.
19. Topár J.: A Total Quality Management vezetési alapelvei. Egészségügyi Menedzsment, 2004; 6(2): 45–51.
20. MAGYAR SZABVÁNY MSZ EN ISO 9001:2009 Minőségirányítási rendszerek. Követelmények, Kiadó: Magyar Szabványügyi Testület (Hivatkozási szám: MSZ EN ISO 9001:2009)
21. Tóth T., Göndör V., Gregász T., Némethné E. K.: Minőségirányítási rendszerek fejlesztése – módszertani segédlet. Budapest, TÜV Rheinland Akadémia, 2008.
22. Wikipédia szócikk – Lean meghatározás (Internet), 2018.
23. Mattiassich N., Bubori Zs.: A Balanced Score Card bevezetésének dilemmái a magyar egészségügyben. IME, 2015;14 (1): 23–26.
24. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.
25. Nogel M.: Az egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosításának vázlata. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017, 215–219.
26. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.

8. Infekciókontroll az egészségügyi intézményekben

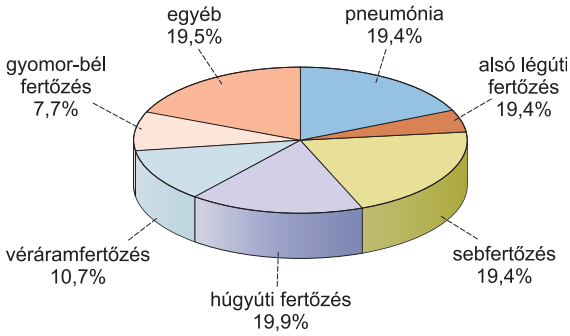
Rauth Erika

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések és az antibiotikum-rezisztencia jelentik világszerte az egyik legnagyobb betegbiztonsági kockázatot, és felelősek a fertőző betegségek által okozott halálozásért, ezzel komoly közegészségügyi problémát előidézve. A multirezisztens kórokozók (MRK) megjelenése és emelkedő tendenciája komoly, mindennapos problémát jelent az egészségügyi intézmények számára, hiszen az általuk kiváltott fertőzések súlyosabb lefolyásúak, gyakrabban vezetnek a beteg halálához, kezelésük nehéz, mivel egyre kevesebb hatásos antibiotikum áll rendelkezésre.

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (ECDC) 2013 júliusában közleményt adott ki az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések európai adatairól, amely egy nagyszabású, 2011-ben és 2012-ben, több mint ezer európai kórház részvételével végzett, pontprevalencia vizsgálat eredményeit tárta fel. Az ECDC becslése alapján a kórházakban átlagosan minden 18. beteget (adott pillanatban 80 000 személyt) valamilyen egészségügyi ellátással összefüggő fertőzéssel kezelnek, amely 5,7%-os előfordulási gyakoriságot (4,5%–7,4%) jelent, és éves viszonylatban 3,2 millió pácienst érint. A legnagyobb gyakoriság az intenzív osztályokon figyelhető meg (19,5%). A vizsgálat megerősítette, hogy a kórházi fertőzések komoly közegészségügyi veszélyt jelentenek (1).

8.1. A leggyakoribb kórházi fertőzések

A leggyakoribb **nozokomiális infekciótípusok** közé soroljuk a **húgyúti fertőzés**t, a **műtéti sebfertőzés**t, a **pneumóniá**t és a **véráramfertőzés**t, amelyek valamennyi kórházi fertőzés 80–90%-át adják. A különböző profilú osztályok tekintetében jelentős különbség mutatkozik a fertőzések gyakoriságában, ahol az intenzív osztály, sebészet, PIC (Perinatalis Intenzív Centrum), krónikus osztály esetében magas előfordulási arányokat tapasztalhatunk. Az átlagos mortalitás ezen fertőzések esetében 1%, de bizonyos klinikai formák esetében (pl. véráramfertőzés) az arány 30–90% között is mozoghat (2). Az ECDC pontprevalencia vizsgálata a fertőzési típusok tekintetében is szolgál európai adatokkal (2011–2012), amelynek részletes bemutatása az 11. ábrán látható (i).



11. ábra. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések eredet szerinti megoszlása (ECDC)

A kórházi fertőzések gazdasági hatásait vizsgálva megállapítható, hogy ezen megelőzhető fertőzések óriási anyagi ráfordítást igényelnek az egészségügyi szolgáltatók részéről. Az Egyesült Államok kb. 17–29 milliárd dollárt költ évente a kórházi fertőzések gyógyítására, Angliában ezt 1 milliárd fontra becsülik (ii). Egyes adatok szerint átlagosan a költségek 2,9-szeres növekedést mutatnak a kórházi fertőzésen átesett betegek ellátása esetén (3).

A CDC (Centers for Disease Control and Prevention) adatai szerint, a sebfertőzések tekintetében a kórházi bennfekvés időtartama átlagosan 12 nappal nyúlik meg, ami betegenként 27 000 dollár plusz költséget jelent. A pneumónia kialakulásának leglényegesebb rizikótényezője a gépi lélegeztetés (6–21-szer magasabb relatív kockázat), ahol a kórházi bennfekvés ideje 4-9 nappal hosszabb lesz, és amely betegenként 40 000 USA dollár költségnövekedést jelent. A véráramfertőzések költsége betegenként 34 000–56 000 dollár, ami 10 nappal több bennfekvést, súlyos állapotot, komplikációk lehetőségét jelenti, közvetlenül veszélyeztetve a beteg életét (ii).

A kórházi fertőzések kb. 2–4%-a okoz járványt, amelyek további jelentős plusz kiadásokhoz vezetnek. **Kórházi járvány**nak nevezzük, amikor bizonyítottan, legalább két egymással összefüggő fertőző megbetegedés észlelhető (4). Ezen járványok lehetnek **specifikus**ak, amelyek kizárólag egészségügyi intézményekben fordulnak elő (pl. véráramfertőzés) és **nemspecifikus**ak, amelyek egészségügyi intézményen kívül is előfordulhatnak (pl. enterális járványok). A specifikus nozokomiális járványok során nagyon magas a kolonizáció (tünetmentes kórokozó hordozó) aránya (50%), amely nem csak a kontaktokat (betegtársakat), hanem az egészségügyi dolgozókat is érinti (ii). 2010 óta ugyan csökkenő tendencia mutatkozik a járványok számát illetően, de a korlátozott izolációs lehetőségek, a védőeszközök hiánya, a kézhigiéné elmulasztása és az egészségügyi dolgozók alacsony száma miatt még mindig magas az előfordulási gyakoriságuk (5).

A 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet – Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről – előírja, hogy valamennyi egészségügyi szolgáltatónak – az ellátási szintjének megfelelő – infekciókontroll tevékenységet kell végezni. A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak 400 ágy felett kórházhigiénés önálló szervezeti egységet is működtetnie kell, amelynek strukturális, humán és tárgyi erőforrásait a rendelet pontosan tartalmazza.

8.2. Az infekciókontroll tevékenység és tartalma

Az **infekciókontroll** az egészségügyi ellátással összefüggő fertőző betegségek kialakulásában szerepet játszó tényezők ismeretén, elemzésén alapuló fertőzések megelőzésére irányuló intervenciós tevékenység (6), amelyhez képzett szakemberek jelenléte és munkája elengedhetetlen.

Az egészségügyi szolgáltatók infekciókontroll tevékenységét a kórházhigiénés osztályok munkatársai látják el, ahol a létszám, a szakképzettség és a tudás alapvető feltétele a hatékony munkavégzésnek.

Az infekciókontroll olyan komplex rendszer, amely beteg-, és a dolgozói biztonságot helyezi előtérbe, és amely a prevenció különböző módszereinek széles körét alkalmazza a fertőzési lánc megszakítása érdekében.

A megelőző módszerek ismeretében, az egészségügyi intézmények tevékenysége és az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések gyakorisága alapján minden egészségügyi szolgáltatónak ki kell alakítani saját infekciókontroll stratégiáját, amelyet írott formában rögzíteni kell, valamennyi dolgozónak meg kell ismerni, megértetni és a vonatkozó szabályokat be kell tartani az intézményi vezetés felügyeletével.

Az infekciókontroll stratégiát a járványügyi helyzet alakítja, ezért időről időre felülvizsgálata és megújítása szükséges.

Az infekciókontroll tevékenység szerves részét képezi a surveillance, az egészségügyi ellátás folyamatainak elemzése, kockázati tényezők feltérképezése, szabályozás, ellenőrzés, megelőző tevékenység, fertőtlenítés és sterilizálás felügyelete, kötelező jelentések, járványügyi intézkedések, helyi antibiotikum politikában való részvétel, oktatás és képzés.

A „**surveillance** olyan folyamatosan működő információs rendszer, amely standardizált definíciók és módszertan alapján validált kritériumok szerinti adatgyűjtést, elemzést, értelmezést, visszacsatolást és intervenciót tesz lehetővé" (vi). Ennek egy részét képezi a nozokomiális infekciók surveillance-a, amely tevékenység során lehetővé válik a fertőzések gyakoriságának tényleges megismerése, az okok feltárása, a megelőzéshez szükséges intézkedések és higiénés rendszabályok kidolgozása, fejlesztő programok elindítása és kivitelezése.

Ma már evidenciának számít, hogy megfelelően működtetett infekciókontroll tevékenység esetén a kórházi fertőzések 30–50%-a elkerülhető (ii), továbbá tény az is, hogy ezen fertőzések többsége kontakt úton terjed, ahol az egészségügyi dolgozó keze a közvetítő eszköz. Annak ellenére, hogy már Semmelweis Ignác is bebizonyította, hogy milyen óriási jelentősége van a kézfertőtlenítésnek a fertőzések megelőzése terén, mégis a kézhigiénés compliance (hajlandóság) ma is nagyon alacsony (< 40%) szerte a világon.

8.3. Betegbiztonság, minőségi betegellátás

A biztonságos és minőségi egészségügyi ellátás egyre inkább elvárás az egészségügyi szolgáltatókkal szemben. Érdeke is a szolgáltatónak, hogy mindent megtegyen a fertőzések elkerülése érdekében, hiszen rengeteg többletköltséggel jár egy-egy eset finanszírozása.

Minden munkáltató alapvető kötelessége biztosítani az egészséget nem veszélyeztető, biztonságos munkavégzés feltételeit, amelyek az egészségügyi ellátás területén egyrészt megvédik a dolgozók egészségét a különböző ártalmakkal szemben, másrészt biztosítják a betegek ellátásához szükséges azon feltételek meglétét, amelyek révén a megbetegedések kockázata csökken.

A fertőtlenítés és sterilizálás szigorúan szabályozott munkafolyamata, a dolgozói oktatások rendszeressége, a higiénés hiányosságok feltárása, a surveillance során nyert adatok megfelelő elemzése és ennek megfelelően intervenciós programok lebonyolítása mind-mind azt a célt szolgálják, hogy megelőzzük a lehetséges ártalmakat, felhívjuk a figyelmet a legfontosabb szabályok betartására, amely a beteg-, és dolgozói biztonság záloga.

A WHO megfogalmazása szerint: „Kiváló minőségű az az egészségügyi ellátás, amely tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások figyelembevételével megfelel a jótékony hatás maximalizálása és az egészségkárosító kockázat minimalizálása iránt támasztott elvárásoknak" (7).

Az egészségügyi szolgáltatás minőségének mérése nehéz feladat, ezért komponenseire bontva értékelhetőbbé válik. Főbb komponensei: teljesítmény, felhasznált erőforrások, betegelégedettség, rizikómenedzsment – kockázatmenedzsment. Egyéb komponensek: pl. a hatásosság, eredményesség, hatékonyság, hozzáférhetőség, esélyegyenlőség, méltányosság, megfelelőség. Olyan mutatószámok kellenek, amelyek a „megvalósulás mértékét" fejezik ki és mérhetővé, összehasonlíthatóvá (benchmarking), átláthatóvá teszik az intézmények által nyújtott szolgáltatások mennyiségét és minőségét.

Az intézmények aktuális gazdasági helyzete mellett is az egészségügyi ellátás minőségének javítása kulcsfontosságú, a hatékony és eredményes működés feltétele a minőségfejlesztő módszerek alkalmazása, a dolgozók felelősségének tudatosítása és a minőségfejlesztő programokban való aktív részvétel megvalósítása.

Az Egészségügyi Világszervezet (Word Health Organisation, WHO) Közgyűlése elismerte az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések jelentőségét, így 2004 végén elindult a Világszövetség a Betegek Biztonságáért (World Alliance for Patient Safety) nevű program, amelynek szlogenje **„Tiszta betegellátás – biztonságosabb betegellátás"**. Ennek 2005-2006-ra kitűzött elsődleges célja a kézhigiéné globális fejlesztése volt, a **„Ments életeket: Moss kezet"** c. kampány keretében (8).

A betegbiztonság kultúrája, amely egy szervezet feltételeit, értékeit és normáit takarja, amelyek irányítják a tagok közötti kölcsönhatásokat a magatartáson és a viselkedésen keresztül, nagyban hozzájárul az eredményes és hatékony infekciókontroll tevékenységhez. A betegbiztonság kultúrája magába foglalja a vezetést, a csapatmunkát, az együttműködést, a bizonyítékokon alapuló gyakorlatot, a hatékony kommunikációt, a tanulást, az értékelést, egy helyes kultúrát, a rendszerben gondolkodást, az emberi tényezőket és a zéró toleranciát. (9)

Az infekciókontroll-szakemberek számos stratégiát alkalmazhatnak az eredményes tevékenységük érdekében, mint pl.:

- a betegbiztonsági kockázatok azonosítása az egészségügyi dolgozók bevonásával,
- egészségügyi dolgozók együttműködése az infekciókontroll stratégiák kidolgozásában, amelyek ötvözik a legújabb tudományos bizonyítékokon alapuló szabályrendszert a kivitelezhető, helyileg adaptált gyakorlati tevékenységgel,
- interaktív oktatás feltételeinek megteremtése, a felelősség hangsúlyozása,
- a prevenciós tevékenység hatékony végrehajtásához szükséges ösztönző rendszer kiépítése.

8.4. Indikátorok alkalmazása

„Az **indikátor** az egészségügyi ellátás során előforduló események mennyiségi mérőszáma, mutatószám, amely felhasználható az ellátás minősége, a lakosság egészségi állapota és az egészségügyi ellátórendszer mérésére, értékelésére és javítására." Nem ad közvetlen választ a lehetséges problémára, jelzésértékű (vii).

Az Európai Unió által finanszírozott „A betegbiztonság fejlesztése Európában" projekt keretében került kiadásra az „Ajánlás az európai egészségügyi intézmények infekciókontrolljára"

című munka 2008-ban, amely az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések és az antimikrobiális rezisztencia gyakoriságának mérésére és felügyeletére vonatkozó standardokat és indikátorokat tartalmazza. A cél az volt, hogy a tagországok fejlesszék saját infekciókontroll programjaikat és harmonizálják a nemzeti standardokat (10).

Más megközelítésben a struktúra, folyamat és eredményindikátorok egységes metodika mentén történő alkalmazása lehetőséget teremt a „benchmarking" megvalósulására. Mivel a legtöbb indikátor esetében nincs elfogadott érték/szint meghatározás, így az összehasonlítás, egymáshoz viszonyítás a kulcs. Az intézmények, nemzetek elhelyezhetik magukat egy rangsorban, kitűzhetnek minőségi célokat, meghatározhatják a fejlődés lehetséges irányát.

8.5. Hatékony kommunikáció

Az eredményes infekciókontroll multidiszciplináris tevékenység, amelyben infektológus, mikrobiológus és a kórházhigiénés szakember együttműködése és megfelelő kommunikációja elengedhetetlen.

Az Intézményi Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottság (IIAB) elemzi, és értékeli az intézményben folytatott surveillance tevékenység eredményeit. Az értékelések megmutatják a fejlesztések lehetséges irányát.

Az infekciókontroll területén tevékenykedőknek az egyik legfontosabb feladata a megfelelő kommunikáció kiépítése és fenntartása a Kormányhivatal szakembereivel, az intézményi vezetéssel, valamennyi szervezeti egység vezetőivel, az osztályon dolgozó egészségügyi dolgozókkal, valamint az oktatási területen tevékenykedő szakemberekkel.

A kommunikációs stratégiák magukba foglalják az egészségügyi dolgozók képzését, a surveillance adatok megbeszélését, azok visszacsatolását az érintettek felé, illetve az új irányelvek, legújabb tudományos bizonyítékon alapuló gyakorlatok ismertetését, alkalmazásuk elősegítését, támogatását.

8.6. Képzés, továbbképzés

Az egészségügyi dolgozók infekciókontroll tevékenységgel kapcsolatos tervszerű, évenként kötelező képzését a 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet előírja, amely a fertőzésmegelőzés tekintetében kiemelkedő jelentőségű. Előírja továbbá azt is, hogy valamennyi egészségügyi dolgozó köteles munkába lépéskor alap kórházhigiénés oktatáson részt venni, járványügyi esemény előfordulása esetén pedig soron kívüli képzést elvégezni. Az egészségügyi dolgozóknak – jogszabályi kötelezettségnek megfelelően – 5 évenként a működési engedély megújításához kötelező szakmacsoportos és szabadon választható pontszerző továbbképzéseken is részt kell venniük, amelynek célja új ismeretek, technológiák átadása, ismertetése, a magas szintű szakmai munka elősegítése és annak gyakorlatban történő alkalmazásának támogatása.

8.7. Informatikai rendszerek alkalmazása, dokumentáció, adatvédelem

Az informatika térhódítása, így a különböző, könnyen használható programok alkalmazása jelentősen megkönnyíti és felgyorsítja az infekciókontroll területén tevékenykedők munkáját, hiszen számítógépen keresztül a betegekről a szükséges információk könnyen és gyorsan összegyűjthetők, a jogszabály által előírt online jelentési kötelezettség is határidőre teljesíthető. Jelenleg az Országos Szakmai Információs Rendszerbe (OSZIR) valamennyi egészségügyi szolgáltatónak jelentési kötelezettsége van az intézményben előforduló véráramfertőzések, kórházi járványok és multirezisztens kórokozók és *Clostridium difficile* által okozott kórházi fertőzésekről, valamint az intézményi alkoholos kézfertőtlenítő-szer felhasználásról.

8.8. Innovatív lehetőségek, fejlesztési potenciál

Az új lehetőségek kiaknázása fontos, számtalan megoldást kínálnak a fertőzés megelőzés fejlesztésére, lehetőséget teremtve az egyszerűbb és hatékonyabb munkavégzésre.

Néhány példa: léteznek számítógépes rendszerrel működő berendezések, amelyek a kézfertőtlenítés kivitelezésének szabályosságát ellenőrzik, és azonnal rávilágítanak a helytelen kézfertőtlenítés kivitelezési technikára. Jelentős segítséget jelentenek azok a számítógépes statisztikai programok, amelyeket az intervenciós programok során alkalmazhatunk, ahol a megfelelően bevitt adatokból komplex elemzések nyerhetők.

A fertőtlenítés/fertőtlenítő takarítás elvégzésének kontrollját ma már egy egyszerű toll, pecsét, spray alkalmazásával – amelybe fluoreszcens anyagot tartalmazó fertőtlenítőszert tettek – és UV-lámpa használatával ellenőrizni lehet, ahol láthatóvá válnak a takarított/fertőtlenített, nem vagy csak részben takarított/fertőtlenített felületek. Az adatok felvitele a helyszínen táblagépre is történhet, az adatok kiértékelését számítógép végzi.

A kórházhigiénés-infekciókontroll tevékenység jogszabályok mentén történő megvalósulása átgondolt stratégiát kíván, ahol világos szervezeti célokat kell megfogalmazni a siker érdekében. Fontos, hogy a megfogalmazott célokat minden dolgozó és vezető elkötelezetten magáénak vallja, és ez motiválja valamennyi tevékenységüket.

Irodalomjegyzék

1. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012 https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf (2018.06.26.)
2. Molnár K.: Nosocomialis fertőzések megelőzése – infekciókontroll. Medicina, Budapest, 2010.
3. Plowman R., Graves N., Griffin M. et al.: The Socio-economic Burden of Hospital Acquired Infection. Executive summary. In: Euro Surveillance, 2000; 5(4): 49–50. http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EM/v05n04/v05n04.pdf (2018.06.26.)
4. Kertai P.: Megelőző orvostan. Medicina, Budapest, 1999.

5. Böröcz K.: Nosocomialis járványok Magyarországon. 2012. EPINFO, 2013; 20(13) 133–136.
6. 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről
7. Sándorné Szabó I.: Az egészségügyi minőségbiztosítás alapjai. In Boncz I.: Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek. Medicina, Budapest, 2011, 237–315.
8. Az Egészségügyi Világszervezet kezdeményezése a biztonságos betegellátás globális fejlesztése érdekében. EPINFO, 2005; 12(38): 449–452.
9. Betegbiztonság http://theific.org/basic-concepts-hungarian-version/
10. Böröcz K.: Európai infekciókontroll standardok és indikátorok. EPINFO, 2009; 16(8): 81–91.

9. A jogi felelősség aktuális kérdései az egészségügyi intézményekben

Kovács Gábor

9.1. Bevezetés

Napjainkban egyre nyilvánvalóbb, hogy az egészségügyi intézmények korszerű menedzsmentje nem képzelhető el a hatályos jogszabályi háttér naprakész és mélyreható ismerete nélkül. Egyrészt, jogszabályok determinálják az intézményi finanszírozás módját (1), az intézmények gazdálkodási rendjét, illetve az egészségügyi szolgáltatók működésének kereteit is. Másrészt egyre inkább tapasztalható, hogy a jogszabályok megsértése komoly anyagi következménynyel járhat, hiszen a jogsértést követő szankció vagy anyagi reparáció – akár közigazgatási bírság, akár kártérítés formájában jelentkezve – alapvetően érinti az intézmény működését és költségvetését. Természetesen a vonatkozó jogszabályoknak megfelelő intézményi működés, a működési engedély kereteinek betartása, a jogszerű működés alapját jelentő személyi és tárgyi feltételrendszer betartása és folyamatos ellenőrzése, a szolgáltatás minőségének biztosítása elsősorban a betegellátás megfelelőségének garanciája. Ezen primátus mellett csak másodlagos szempont lehet, hogy a megfelelően felépített és naprakész jogi alapokon nyugvó intézményi menedzsment – megelőzve a jogszabályok és szakmai szabályok megsértését – limitálja a bírságban vagy kártérítésben megmutatkozó anyagi megterhelést is. Gyakran tapasztalható, hogy a rendszer szintű problémák az egészségügyi szolgáltató és az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő állampolgár közvetlen konfliktusává transzformálódva terhelik a két fél amúgy is sérülékeny kapcsolatát (2). Az utóbbi két évtizedben alapvetően megváltozott a jogi felelősség érvényesítésének lehetséges módja, útvonala is. Az 1990-es évek elején szinte kizárólagos volt a polgári peres út, később, 1998-ban az egészségügyi törvény (továbbiakban: Eütv.) bevezette a betegjogi képviselő intézményét (3), többszöri szervezeti átalakulást követően, jelenleg hatályos rendszerét 2014 évtől tartalmazza a törvény. A betegjogi képviselők rendszerétől függetlenül – amely alapvető, és gyakran első szereplővé lépett elő a szolgáltatóval szembeni heterogén panaszok mikénti alakulásában – rögzíti az Eütv. ahogy a beteg panaszainak kivizsgálását az egészségügyi szolgáltató önmaga is köteles biztosítani, erre külön szabályzatot köteles alkotni (4). Új elemként lépett be a panaszokról és közérdekű bejelentésekről szóló 2013. évi XLIV. törvény (a továbbiakban: Panasztv.), amely általános panasztételi jogot biztosít az állampolgárnak. E törvény értelmében panasznak minősül – elnevezésétől függetlenül – az olyan kérelem, amely egyéni jog- vagy érdeksérelem megszüntetésére irányul, és elintézése nem tartozik más – így különösen bírósági, közigazgatási – eljárás hatálya alá. A panasz javaslatot is tartalmazhat. E jogi lehetőség relatíve új, így ez magyarázhatja, hogy jelenleg még kevés számú ilyen jogcímen benyújtott panasz vált ismertté. A panaszeljárás egyszerűsége ugyanakkor a panaszok számának jövőbeni növekedését potenciálisan magában rejti. Az Eütv. 34.§-ban rögzített egészségügyi közvetítői eljárás bevezetésének (5) alapját az 1990-es évek végén az képezte, hogy a szolgáltatókkal szembeni polgári peres ügyek számát ezzel csökkentsék, tehermentesít-

sék a bírósági utat, ezáltal egyszerűbbé, gyorsabbá, hatékonyabbá tegyék a panaszok kezelését, nem utolsó sorban pedig az anyagi kompenzációhoz jutás lehetőségét. Kijelenthetjük, hogy a rendszer nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, 2006-ig mindössze 182 közvetítői eljárás zajlott, ebből 12 volt legalább részben eredményes (6), jelenleg pedig egyáltalán nincs ilyenről tudomásunk. z ezen a téren komolyabb hagyományokkal rendelkező Németországban vagy az USA-ban – ahol a választott bírósági rendszer alapján az első egészségügyi közvetítői eljárás modelljét kialakították – valós alternatívát képez a peres eljárás helyett az egyezség (6). Hazánkban ezzel szemben maradt a szolgáltatóval szemben indított polgári perek dominanciája, amelyet jól mutat, hogy 2001–2007 év között 1051 polgári peres kártérítési eljárás indult a szolgáltatókkal szemben, az eljárások száma pedig lassú növekedést mutat. Jelenleg évente átlagosan 300 peres eljárást kezdeményeznek (8). Az ügyek együttes pertárgyértéke egymilliárd forintra tehető, az igényelt és megítélt kártérítési összegek lassan emelkedő tendenciája mellett (9). Nyilván ez utóbbi a gyógyító-megelőző ellátásra allokált összegből kerül kifizetésre, hiszen a szolgáltatói felelősségbiztosítások alacsony limitje és az egyre bővülő kizárt kockázati körök – melyek bekövetkezésekor a biztosító mentesül a helytállástól – egyre nagyobb mértékben hárítják a szolgáltatóra a kártérítés megfizetését (10). Ez utóbbi még inkább alátámasztja az intézményi menedzsment megnövekedett felelősségét, illetve a cselekvés, beavatkozás sürgető szükségét is, hiszen a betegellátásra fordítható amúgy is szűkös források terhére történik a kártérítés megfizetése, amelynek egy része megfelelő intézkedésekkel megelőzhető. Az átmeneti jelleggel 2007–2010 között működött Egészségbiztosítási Felügyelethez szintén panaszokkal fordulhattak a biztosítottak. Hatáskörébe tartozott a biztosítottak jogainak védelme, a szolgáltatók működésének ellenőrzése, minőségértékelése, hatósági ellenőrzése (11). A Felügyelet megszűnésével részben hasonló esetkörökre a szakfelügyeleti eljárás (Vö.: 33/2013. V. 10. EMMI rendelet) lefolytatása hivatkozható.

Jelen fejezet célja az egészségügyi szolgáltatás nyújtásakor bekövetkező károkért fennálló felelősség és a felelősség limitálásának elemzése kifejezetten az egészségügyi intézmények menedzsmentje szempontjából.

9.2. Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának feltételei

Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményrendszerének célja az egészségügyi szolgáltatások megfelelő minőségének biztosítása, különös tekintettel azok hatásosságára és hatékonyságára, az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő, valamint az e szolgáltatásokat nyújtó személyek jogainak biztosítása.

Speciális esetben – közreműködői szerződés keretében – az egészségügyi szolgáltatás működési engedély nélkül, az egészségügyi államigazgatási szerv részére megtett bejelentés alapján, hatósági nyilvántartásba vételt követően is megkezdhető és folytatható. E szabály alapján egészségügyi szolgáltatóként az a személy, vagy szervezet működhet, aki, vagy amely kizárólag az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló kormányrendelet szerinti közreműködői szerződés alapján nyújt szolgáltatást. Közreműködői szerződés alapján a közreműködőt igénybe vevő egészségügyi szol-

gáltató számára kizárólag az egészségügyi szolgáltatás személyi feltételeit biztosítja, ideértve a személyes szolgáltatásnyújtási kötelezettséggel rendelkező további közreműködőket is, közreműködésére kizárólag az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (a továbbiakban: Eütev.) szerinti jogviszonyok valamelyikében, kizárólag személyes szolgáltatás nyújtásával kerül sor (12).

Az egészségügyi szolgáltató tárgyi feltételrendszerének biztosítania kell az ellátáshoz szükséges követelményeket, és meg kell felelnie a munkavégzés feltételeire vonatkozó előírásoknak.

A személyi feltételrendszer tekintetében kiemelendő, hogy egészségügyi tevékenységet önállóan – külön törvényben foglaltakra is figyelemmel – az adott tevékenység folytatására jogosító egészségügyi szakképesítéssel rendelkező és az adott szakképesítés tekintetében a kötelező továbbképzési kötelezettségét teljesített vagy a továbbképzési kötelezettség teljesítése alól e törvény szerint mentesült, a működési nyilvántartásba bejegyzett személy végezhet. Az önállóan végzett egészségügyi tevékenység az arra feljogosító szakképesítésnek a működési nyilvántartásba történő bejegyzésétől kezdhető meg (13).

9.3. Az egészségügyi ellátás szakmai minősége

Az egészségügyi szolgáltatókat terhelő kockázatok csökkentésének egyik feltétele a megfelelő minőségű szolgáltatás nyújtása. A szakmai minőség fejlesztése a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek és protokollok létén múlik. A szakmai irányelvekkel és protokollokkal szemben elvárás, hogy tudományosan bizonyítottak, megalapozottak legyenek, vegyék figyelembe a tapasztalatokat, alkalmazhatóak legyenek az ellátási környezetünkben, a beteg érdekeit tartsa szem előtt, és finanszírozható legyen (14).

Az Eütv. általános jelleggel fogalmazza meg, hogy az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása érdekében a minőségügyi rendszer magában foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének nyomon követését, ellenőrzését, értékelését, akkreditálását, illetve tanúsítását és a folyamatos minőségfejlesztést.

Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének alapvető feltétele, hogy

- azt kizárólag jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltató nyújtsa;
- az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban foglalt vagy egyéb szakmai szabályok, így különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek, ezek hiányában a megalapozott, széles körben elfogadott szakirodalmi közlésekre, vagy szakmai konszenzusra támaszkodó szakmai ajánlások;
- az egyén számára egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást eredményezze, lehetővé tegye a betegjogok érvényesülését, a rendelkezésre álló erőforrások optimális felhasználásával szakmailag hatásosan nyújtható legyen; biztonságos legyen mind a betegek, mind az ellátásban közreműködők részére.

A szakmai minőségértékelés keretében az egészségügyi államigazgatási szerv feladata a betegellátás szabályokkal, érvényben levő szakmai irányelvekkel, eljárásrendekkel, ajánlásokkal,

nemzetközi legjobb gyakorlattal való összevetése, értékelése és javaslattétel a minőségfejlesztés irányára (15).

A minőségfejlesztés szempontjából fontos, hogy csak olyan diagnosztikus, terápiás, prevenciós eljárásokat alkalmazzanak az egészségügyben, amelyek a tudomány mindenkori állásának megfelelnek (16). Ezért a működésre vonatkozó standardok mellett az is szükséges, hogy a tevékenység megfeleljen a szakmai eljárásoknak, és megvalósuljon a bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás Így, a bizonyítékokon alapuló gyakorlat szoros összefüggésben áll a minőségügyi rendszerrel (17). A bizonyítékokon alapuló gyakorlat lényege, hogy ha magas szintű, jó minőségű bizonyíték áll az orvos rendelkezésére, a munkája során erre támaszkodjon.

A bizonyítékokon alapuló gyakorlat térhódításának oka, hogy a rohamosan szaporodó tudományos eredmények gyakorlatban való alkalmazására megfogalmazódó igény egyetlen fejlett országban sincs összhangban az egészségügyre fordítható erőforrásokkal, mely a szakmát és a politikát egyaránt racionálisabb és objektívebb alapokon nyugvó döntéshozatalra készteti (18).

Fentiekre tekintettel, a „jó klinikai gyakorlat" alkalmazását segítik a szakmai irányelvek és a helyi szakmai protokollok. A protokollok, irányelvek alkalmazásának mérése a szakmai ellátás minőségének fejlesztése végett elengedhetetlen. Ennek a „jó klinikai gyakorlatnak" a megvalósulását a klinikai audittal lehet értékelni és mérni (19). A klinikai auditálás az egészségügyi ellátás rendszeres és kritikus elemzése, amely kiterjed a diagnosztikus és terápiás eljárásokra, az erőforrások felhasználására, valamint az eredményre és a beteg életminőségére. Olyan értékelési módszer, amely arra szolgál, hogy adott kritériumok alkalmazásával egybevessünk egy praxist vagy szolgáltatást egy előre meghatározott kritériumrendszerrel vagy standardokkal, pl. hogy a gyakorlat során miként tarják be a szakmai irányelveket. Az auditálás eredménye a minőség javítását célzó javaslatok vagy ajánlások kidolgozása, a szükséges változtatások bevezetése, majd azok ismételt auditálása (20).

Az egészségügyi szolgáltatások minőségét és minőségfejlesztését az egészségügyi szolgáltató minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere (a továbbiakban: belső minőségügyi rendszer), a hatósági szakfelügyeletet ellátó szerv, a szakmai munka minőségértékelését végző szerv, az egészségügyi szolgáltatások akkreditációja és a megfelelőség-tanúsítás (a továbbiakban: külső minőségügyi rendszer) biztosítja.

Az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és a minőségügyi vezetőkről szóló 33/2013. (V. 10.) EMMI rendelet az egészségügyi szakmai tevékenység minőségértékelését, az értékelési célú adatgyűjtést, a minőségfejlesztési feladatok koordinálását, szakmai irányítását, dokumentálását, a betegbiztonság szempontjainak érvényesítését az egészségügyért felelős miniszter hatáskörébe utalja. Az egészségügyért felelős miniszter ezen feladatait a minőségügyi szakfőorvosok és szakterületi vezetők közreműködésével látja el (21).

9.4. Felelősségi viszonyok az egészségügyi szolgáltatásban

Az egészségügyi ellátásban a jogi felelősség teljes spektruma érvényesül. Ennek megfelelően megkülönböztethetjük az egyént érintő büntetőjogi, a szolgáltatót érintő polgári jogi kártérítési, valamint a munkavállalót érintő munkajogi felelősséget.

A büntetőjogi és a polgári jogi felelősség közötti alapvető felelősségtani különbséget a két jogterület eltérő dogmatikája adja, illetve az a jogterületek távolsága: a büntetőjog közjogi-, míg a polgári jog magánjogi terület. Míg a büntetőjogban a foglalkozási szabályt szegő egészségügyi dolgozó felelőssége egyéni felelősség – azaz, csak személy vonható felelősségre, illetve csak vele szemben alkalmazható szankció (büntetés, intézkedés) – a polgári jogban a szolgáltató (intézményi, un.: mögöttes) felelőssége érvényesül, elsődlegesen az intézmény köteles helytállni – kártérítés megfizetése formájában – az okozott kárért. Az új Polgári Törvénykönyv (továbbiakban Ptk.) (22) 2014. március 15-i hatálybalépésétől bekövetkezett károkozásoknál új elemként rögzíti, hogy az alkalmazott orvos szándékos károkozása esetén az egészségügyi szolgáltató és az orvos egyetemlegesen felel, ilyenkor a károsult választhat, hogy kárigényét melyikükkel szemben érvényesíti. Ez természetesen csak a szándékosan okozott károk esetében igaz. A büntetőjog esetében vétkességen alapul az egyén felelőssége, annak mércéje az adott helyzetben az egyes egyéntől elvárhatóság. Addig a polgári jogban a felelősség alapja a felróhatóság – ennek alapvető mércéje, hogy a polgári jogi viszonyokban úgy kell eljárni, ahogy az „adott helyzetben általában elvárható" (23). Ennek megfelelően az orvos vagy az egészségügyi dolgozó büntetőjogi felelősségi alakzatainak és a megvalósítható bűncselekményeknek a kérdése – tekintve, hogy az az egyéni felelősség szintjén jelenik meg – nem tartozik szorosan a menedzsment döntési szintjéhez, további részletezését ezen okból mellőzzük.

9.5. Kártérítési felelősség

A nem megfelelő eredménnyel járó orvosi beavatkozásokat követő felelősségről az egyik legkorábbi írott jogi „dokumentum", Hamurapi (i. e. 1900) törvényoszlopa is rendelkezik. Hatályos jogunk a hagyományos – és egyben téves szóhasználattal – műhibaként elnevezett hibás tevékenységen túl, az egészségügyi szolgáltatás során sokkal tágabb körben bekövetkező károk vonatkozásban is érvényesíthetővé tesz kártérítést. Így ma már nemcsak a Virchow által a 19. században megalkotott Kunstfehler: „műhibáért" – azaz, az orvostudomány általános szabályait sértő magatartásért, cselekvésért, mulasztásért – tartozik felelősséggel a szolgáltató (24), hanem például a tájékoztatás elmaradásáért vagy éppen a betegdokumentáció hiányosságaiért is. A kártérítési felelősség pedig nem kizárólag az orvosi ténykedésre korlátozódik, hanem tárgya lehet az egészségügyi ellátás valamennyi résztvevőjének cselekményére, azaz az ellátás egésze és az abban résztvevők teljes köre. A hagyományos felfogás szerint az egészségügyi szolgáltatás során a gondossági kötelem érvényesül, az ellátás pedig megbízási szerződésnek minősül (25). Az egészségügyi szolgáltató főkötelezettsége a beteg jogszabályoknak és szakmai szabályoknak megfelelő ellátása. Kapcsolódó mellékkötelezettsége számos van, melyből kiemelendő a beteg tájékoztatására, az egészségügyi dokumentáció vezetésére, az adatvédelemre és a megfelelő együttműködésre való kötelezettség.

Az egészségügyi szolgáltatás keretében végzett ellátás során okozott kárért és személyiségi jogsértésért az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel, illetve helytállással. Azonban, ha a törvény alapján az egészségügyi dolgozó a saját nevében és felelősségére nyújtott egészségügyi szolgáltatást, az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben okozott kárért és személyiségi jogsértésért az egészségügyi dolgozó tartozik felelősséggel, illetve helytállással.

Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Polgári Törvénykönyvnek (Ptk.: 2013. évi V. törvény) a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.

A polgári jogi kártérítési felelősség általános feltételeit az új Ptk. határozza meg. A 6:519. § alapján: *„Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni."*

A kártérítési kötelezettség feltételei tehát:

- a magatartás (tevés vagy mulasztás) jogellenessége,
- felróhatóság,
- kár keletkezése,
- a magatartás és a kár között fennáll az okozati kapcsolat megléte.

Mentesül a károkozó, *„ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható."* Az új Ptk. értelmében az elvárható magatartás az alábbiképp határozható meg: *„a polgári jogi viszonyokban úgy kell eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható"*. Aki nem így jár el, annak magatartása felróható. A felróhatóság tehát az a mérce, amelynek alkalmazása következtében a bírói gyakorlat az orvosi tevékenység felróhatóságának elbírálását is alapvetően a szakmai tevékenységre irányadó szabályokhoz igazította.

Nem állapítható meg az okozati összefüggés azzal a kárral kapcsolatban, amelyet a károkozó nem látott előre és nem is kellett előre látnia.

A jogellenességet, a személyhez fűződő jog sérelmét kizárja az ún. tájékozott beleegyezés, amikor a beteg az orvosi beavatkozást megelőzően hozzájárul a beavatkozáshoz. A tájékozott beleegyezés (informed consent) a beteg által adott önkéntes, szabad és informált felhatalmazás az orvos által végzett tevékenységre. Ez az elv az orvos-beteg közötti kommunikációján alapuló, az egészségügyi ellátás, illetve orvosbiológiai kutatások során egy olyan folyamat, amelyben a beteg/páciens, törvényes képviselő megismeri az adott beavatkozás előnyeit, veszélyeit és ezek alapján dönt. A kifejezés annyiból pontatlan, hogy magában foglalja azt a lehetőséget is, hogy a beteg a tájékoztatást követően visszautasítja az ellátást, azaz nem beleegyezésről van szó, hanem tájékozott döntésről (26). A beteg azonban tájékozott beleegyezés esetében is a szakmai követelményeknek megfelelő beavatkozás következményeibe egyezik bele, tehát ha az orvos ezt a határt átlépi, és olyan beavatkozást végez, amelyhez a beteg nem adta a beleegyezését, a jogellenességet kizáró ok nem érvényesülhet, a beavatkozás jogellenessé válik.

A kár a károkozó körülmény folytán a károsult vagyonában beállott értékcsökkenés, illetve elmaradt vagyoni előny. Az okozati összefüggés a kár és a magatartás között létező minden olyan körülmény, amely nélkül a kár nem következett volna be.

A nem vagyoni kárigények megtérítésére a *sérelemdíj* intézménye szolgál. A sérelemdíj nem vagyoni sérelemért követelhető, ha a jogsértő megsértette a sérelmet szenvedett fél személyiségi jogait. A sérelemdíj fizetésére kötelezés feltételeire – különösen a sérelemdíjra köteles személy („károkozó") meghatározására és a kimentés módjára – a kártérítési felelősség szabályait kell alkalmazni azzal, hogy a sérelemdíjra való jogosultsághoz a jogsértés tényén kívül további hátrány bekövetkeztének bizonyítása nem szükséges. A sérelemdíj mértékét a bíróság az eset

körülményeire – különösen a jogsértés súlyára, ismétlődő jellegére, a felróhatóság mértékére, a jogsértésnek a sértettre és környezetére gyakorolt hatására – tekintettel egy összegben határozza meg. Míg tehát kártérítésként a ténylegesen elszenvedett károsodás, illetve az elmaradt haszon (pl. jövedelemkiesés a munkaképesség csökkenése miatt) címén megítélhető járadékként is a kártérítés, sérelemdíj címén csak egyösszegű kompenzációra van lehetőség.

9.6. A gondos eljárás (elvárhatóság) értelmezése az orvosi tevékenység körében

Az Alaptörvény értelmében: *„Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez”*. Az állam az Alaptörvény szerint az egészségügyi ellátás megszervezésével biztosítja ezt.

A Eütv. 77. §-a értelében a sürgős szükség gyanújával ellátásra jelentkező beteget az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszonytól függetlenül meg kell vizsgálni, és sürgős szükség fennállása esetén az egészségi állapota által indokolt ellátásban kell részesíteni. A 77. § (3) bekezdése szerint minden beteget az ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.

A jogalkotó tehát az egészségügyi tevékenységet az adott körülmények és feltételek között végző személyektől általában elvárható mértékben állapította meg. Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy a tevékenységet szabályozó szakmai szabályok betartása önmagában nem jelenti azt, hogy az orvos az ilyen személyektől elvárható gondosságot tanúsította. Azt, hogy az orvos, illetve egészségügyi dolgozó az elvárható gondosságot tanúsította-e, mindig az adott konkrét eset fényében állapítható meg (27).

A Kúria értelmezése szerint az elvárhatóság elvontabb, átfogóbb, túlmutat a szakmai szabályok betartásán. Ha egyes vizsgálatok elvégzésének elmaradása, a diagnosztikus eredmények értékelésének elmulasztása önmagában nem minősül szakmai szabályszegésnek, ez még nem jelenti azt, hogy a gyógyintézet orvosai az elvárható gondossággal és körültekintéssel jártak el. Lényegében ezt a követelményt fejezi ki az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 5. § (1) bekezdése is: „*Az egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenységet, az adott helyzetben általában elvárható gondossággal, a szakmai követelmények keretei között, az etikai szabályok megtartásával, legjobb tudása és lelkiismerete szerint, a rendelkezésére álló tárgyi és személyi feltételek által meghatározott szinten, szakmai kompetenciájának megfelelően nyújtja*” (28).

Az elvárható gondosságot vizsgálata az alábbi tényezők fennállását jelenti:

- a szakmai szabályok betartása,
- etikai szabályok betartása,
- az orvosoktól/egészségügyi dolgozóktól általában elvárható tudás és képzettség megléte és a konkrét orvos/ egészségügyi dolgozó egyéni képzettségének megléte,
- a tárgyi feltételek megléte,
- a személyi feltételek megléte.

9.7. Kártérítési összegek limitálása

Tekintve, hogy a szolgáltatókat terhelő kártérítési összegek megfizetése a gyógyító ellátás költségvetésének terhére történik, így időről időre felvetődik a kártérítési összegek maximalizálásának igénye. Fontos kiemelni, hogy hazánkban a kártérítési ügyek száma (évente átlagosan 300) vagy összegszerűsége (átlagosan 3,5 millió Ft) egyáltalán nem kirívóan magas. Összehasonlításként Ausztriában évente 3500, Olaszországban 15 ezer, Svédországban 10 ezer kárigény jelentkezik átlagosan évente (29). A kártérítések összegszerűségének limitálása kettős megítélésű. Egyik oldalon áll a polgári jog teljes kártérítési alapelve, a másik oldalon pedig az intézmények teljesítőképessége, vagy szándéka. Jogelméleti alapon nehezen képzelhető el a kártérítési összegek limitálása. (A gépjármű felelősségbiztosításnál a biztosító helytállási kötelezettségének jogszabályban rögzített összeg felső határa 1,6 milliárd Ft, ami valójában elméleti jelentőségű, hiszen nagyságrendekkel haladja meg a jelenleg elképzelhető, megítélhető kártérítési plafont. Azonban valójában itt is csak a biztosító helytállási kötelezettségének limitálásáról van szó, sem elméleti, sem jogszabályi, sem gyakorlati akadálya nincs annak, hogy a károsult ennél akár magasabb összegre perelje a baleset okozóját.) Így valójában hazai jogrendünkbe nem illeszthető, elméleti megfontolásokkal alá nem támasztható az egészségügyi kártérítési összegek limitálása. Másrészt, az egészségügy területén okozott károkért megítélt kártérítések összege sem indokolja mindezt, hiszen a bírói gyakorlat rendkívül mértéktartó, egy halálos kimenetellel járó károkozásért 8–10 millió forint megítélése mondható átlagosnak. Kizárólag maradandó fogyatékosság, tartós, élethosszig tartó ápolási, gondozási szükséglet fennállása esetén, rendkívüli körülményekre tekintettel említhető 50 millió forint körüli kártérítési összeg.

9.8. Kockázati faktorok

A kártérítés körében eltérő arányban képviseltetik magukat az egyes szakmacsoportok és feltérképezhető/kijelölhető az ellátási láncban néhány pont, amelynél nagyobb számban fordulnak elő olyan hibák, amelyek kártérítés alapját képezhetik. Nyilván az érintett szakmacsoportokra és fokozott veszélyt rejtő folyamatokra a menedzsmentnek nagyobb figyelmet kell fordítani ahhoz, hogy a kár bekövetkezését és egyúttal a kártérítési eljárást megelőzze.

Fokozottan érintett szakmacsoportok: szülészet, terhesgondozás, sebészet, baleseti sebészet, ügyeleti ellátások, sürgősségi ellátás, plasztikai sebészet, invazív radiológiai vagy belgyógyászati beavatkozások.

Az egészségügyi ellátás folyamatából kiemelhető jellemző hibák egy része megfelelő belső minőségügyi rendszerrel kiküszöbölhető vagy minimalizálható lenne. Ide tartozik a nem megfelelő dokumentáció, a hiányos kórelőzmény, a hibás státusz vagy a kontrollvizsgálatok, konzílium stb. nem megfelelő dokumentálása. Hasonlóan elkerülhető lenne az egészségügyi beavatkozást megelőző megfelelő tájékoztatás elmulasztásáért indított keresetek zöme is, sőt akár önmagában is kártérítési alap lehet.

A szolgáltató kártérítési felelősségének alapja lehet a szakmai szabályok be nem tartására alapított kártérítési igény. A kártérítési felelősség terén a felróhatóság, azaz a szakmai el-

várhatóság megítélésében a szakmai protokollnak kiemelkedő szerepe van. Az Eütv. alapján érvényesített orvosi kártérítési felelősségi ügyekben a szakmai szabályok megszegésének nem a jogellenesség, hanem a felróhatóság vizsgálata körében van jelentősége (30). Ugyanakkor, a szakmai szabályok betartása – önmagában – nem teszi lehetetlenné a kártérítési felelősség megállapítását, hiszen a szakmai szabályok betartásán túl fennáll az elvárható gondossággal történő betegellátás követelménye is (31). A szakmai protokollok, irányelvek, szakmai ajánlások betartásának nyomon követése a minőségbiztosítási, vagy még inkább, a belső minőségügyi rendszer útján valósítható meg. Az egészségügyi szolgáltató saját működési körében a szakmai ellátást szabályozó dokumentumot, helyi protokollt adhat ki, segítve ezzel a megfelelő gyakorlat kialakulását, hatályba lépését vagy éppen betartásának ellenőrzését. A helyi szakmai ellátást szabályozó dokumentumok elkészítése az egészségügyi szolgáltató vezetésének feladata és felelőssége (32). A minőségbiztosítás része, így a menedzsment felelőssége, hogy az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályba foglalt vagy egyéb szakmai szabályok, különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek, ezek hiányában a megalapozott, széles körben elfogadott szakirodalmi közlésekre vagy szakmai konszenzusra támaszkodó szakmai ajánlások.

A beteget megillető tájékoztatási kötelezettség mindig is problémát jelentett a kártérítési perekben. Az utóbbi években önálló felelősséget alapító jogalapként kezd működni, hiszen nagyon nehéz eleget tenni az Eütv. kívánalmainak, mivel a törvény szerint a betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, méghozzá olyan mélységűt, amely figyelemmel van életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak. A tájékoztatási jog kiterjed az egészségi állapotra, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokra, beavatkozásokra, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeire és kockázataira, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjaira, döntési jogára a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében, a lehetséges alternatív eljárásokra, módszerekre – ezek várható kockázatára, illetve az elmaradásuk esetén fellépő kockázatokra –, az ellátás folyamatára és várható kimenetelére, a további ellátásokra, valamint a javasolt életmódra. A betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdéseket feltenni. A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait. Azaz, a tájékoztatás a beteg számára érthető, szóbeli, egyéniesített, teljes körű, fokozatos és körültekintő kell legyen. Az írásban előre elkészített általános tájékoztató dokumentum önmagában nem elegendő, így a menedzsment az ilyen dokumentumokkal legfeljebb csak könnyebbé, biztonságosabbá és gyorsabbá teheti a tájékoztatás folyamatát, azonban a szóbeli tájékoztatás teljességét nem biztosítja. Az ambuláns lapokra vagy beleegyező nyilatkozatokra előre nyomtatott, tájékoztatást elismerő nyilatkozat sem elegendő önmagában. Külön nehézséget jelent a tájékoztatás megtörténtének későbbi bizonyítása, tekintve, hogy a törvényi elvárás szerint annak szóban kell elhangzania teljes körűen. A tájékoztatásnak optimális időpontban kell megtörténnie, hiszen a tervezett beavatkozáshoz képest túl távoli időben adott tájékoztatás nem megfelelő (33). Hasonlóan visszatérő – és egyúttal elkerülhető peralap – a gyógykezelt

beteg halálát követő kórboncolás hozzátartozói kérésre történő mellőzése, ha a halál oka e nélkül pontosan nem állapítható meg. A pontatlan – és az elmaradt boncolás miatt már nem is pontosítható – halálok, a kórboncolás hiányában fennálló bizonyítási lehetetlenség a kórházat terheli, mivel a mellőzésről a kórház dönt (3094/2009. EBF határozat).

A vonatkozó bírósági gyakorlatból az alábbi eseti döntéseket érdemes kiemelni:

BH 2011. 1. 11.

Ha a kórház a csecsemőt másik, azonos ellátási szintű kórházba helyezi át, a minden egészségügyi intézményre irányadó szakmai előírásokra, valamint az aktuális csecsemő szűrővizsgálatok elvégzésére vonatkozóan a másik intézmény felé tájékoztatási kötelezettség nem terheli, és nincs ilyen kötelezettsége a szülő felé sem.

EH 2010. 22. 29.

A kórház kártérítési felelőssége megállapítható, ha orvosa a szakmai szabályokat betartja ugyan, de elmulasztja azokat az intézkedéseket, illetőleg az anya tájékoztatását, amelyek a terhesgondozás során továbblépésre lehetőséget adnak, és amelyekkel a Downszindróma felismerésére esély mutatkozik.

BH 2004. 4. 165

I. Az orvos a kártérítő felelősség alól akkor mentesül, ha minden tőle elvárhatót megtesz a helyes diagnózis felállítása és a beteg kezelése érdekében.

II. Nem zárja ki az egészségügyi intézménynek a károsulttal szemben fennálló kártérítő felelősségét az a körülmény, hogy a közte és az általa állandó megbízási jogviszony keretében foglalkoztatott orvos közötti megállapodás keretében az orvos teljes kártérítési felelősséget vállalt és arra kötelezte magát, hogy az általa vétett „műhiba" esetén az őt foglalkoztató egészségügyi intézménnyel szemben megtérítési igénnyel nem lép fel.

BH 1996. 2. 89

A szabadságon lévő orvosnak a működési területén kívül, szívességből végzett orvosi tevékenységért a munkáltató önkormányzat kártérítési felelőssége nem állapítható meg.

BH 2003. 11. 535

I. Hálapénz kártérítésként nem érvényesíthető, annak nyújtása a károsult önkéntes elhatározásán múlik, és nem áll okozati összefüggésben a károkozással.

II. Helyreállító plasztikai műtétet követően fellépő szövődménnyel, illetőleg a gyógykezelés elhúzódásával okozati összefüggésben álló vagyoni és nem vagyoni károk megfizetése iránt előterjesztett kereset elbírálásának szempontjai. III. A károsultat ért nem vagyoni hátrányok ellensúlyozására a káresetkori élet- és értékviszonyok alapján a bíróság által megállapított nem vagyoni kártérítés összege a károkozástól járó kamattal együtt alkalmas.

BH 2003. 11. 453

I. A beteg alapvető joga annak eldöntése, hogy az általa ismert kockázati tényezők mellett vállalja-e az adott beavatkozást.

II. A beteget a műtéti kockázat körében gyakran fellépő szövődményről is tájékoztatni kell.

BH 2003. 1. 17

I. A betegnek ismernie kell mindazokat a körülményeket, amelyekből megállapíthatja, hogy milyen kockázatot vállal a műtéti hozzájárulás megadásával vagy megtagadásával. Az orvos kártérítő felelősségének a megállapítása szempontjából annak van jelentősége, hogy ez a tájékoztatás ténylegesen megtörtént-e. A műtéthez való hozzájárulás aláírása önmagában nem alkalmas ennek bizonyítására.

II. A helyreállító plasztikai műtét elvégzésére létrejött megállapodás nem vállalkozási, hanem megbízási szerződésnek minősül.

EH 2001. 428

I. A kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha a tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást a betegnek nem adják meg. II. A betegnek a kórházba való felvétele során adott, a kivizsgálásba, kezelésbe és műtétbe beleegyező nyilatkozata önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a beteg a műtét előtti megfelelő tájékoztatást megkapta.

BH 1995. 2. 87

Személyhez fűződő jogokat sért a gyógyintézet, ha a beteg gyógykezelésével, műtétjével kapcsolatos okiratok kiadását megtagadja.

BH 1995. 6. 344

A kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha elmulasztja a műtéti kockázat körében 5–20%-os gyakorisággal együtt járó szövődmény lehetőségéről a beteget műtét előtt tájékoztatni.

9. 8. Felelősségbiztosítás

Hazánkban és az EU országok többségében az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának alapfeltétele az érvényes felelősségbiztosítás léte. (Eütv. 108.§ (2) bek.) Ugyanakkor az Eütv. 247.§ (1) bek. f) pontjában rögzített, a felelősségbiztosításra vonatkozó részletszabályokat tartalmazó kormányrendelet sajnálatosan egyáltalán nem született meg. Ennek hiányában másfél évtizede külön jogszabály nem rendezi a kérdést, kizárólag a biztosítók üzletpolitikája, általános szerződési feltételei. A 96/2003 (VII.15.) Korm. rendelet 19.§ (1) bek i) pont alapján a szolgáltató működési engedélye visszavonható abban az esetben, ha nincs érvényes felelősségbiztosítása. A felelősségbiztosítási szerződésben a biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy meghatározott feltételekkel és mértékben mentesíti a biztosítottat a kár megtérítése alól. A rendszert számos kritika érte, mivel a biztosítási díjak nagymértékben megemelkedtek, illetve a magas kockázat miatt a biztosítási piacon kínálatcsökkenés jellemző. Komolyabb problémák mutatkoznak a fekvőbeteg ellátás biztosításában. A tendencia az EU tagországok többségében mutatkozik (34). A kérdéssel az OECD is foglalkozott, (35) javaslatában kártérítési reformot szorgalmazott (kockázatcsökkentési mechanizmusok kidolgozása, speciális párhuzamos kockázatközösség lehetőségei). A hazai biztosítási piacon (a fekvőbeteg-ellátás területén) kialakultak az úgynevezett látszatbiztosítások (36). Tekintve, hogy a jelenlegi helyzetben az ilyen felelősség-

biztosítás a biztosító számára általában a teljes éves limit kártérítéskénti kifizetését jelenti, így a díj összege a limit összegéhez közeledik, egyúttal a megállapított limit a fekvőbeteg-ellátó intézmények által kifizetett éves kárfizetések töredékét fedezi. Így valójában a kártérítés csaknem teljes egészében a fekvőbeteg gyógyintézetet terheli. Ebben a helyzetben a fekvőbeteg intézmény célja csupán az, hogy működésének törvényi feltételeként rögzített felelősségbiztosítással rendelkezzen (37). Ezzel párhuzamosan a biztosítók az általános szerződési feltételekbe számos olyan elemet építettek be, amely kiüresíti a felelősségbiztosítás valós tartalmát (38), továbbá úgynevezett kizárási eseményeket rögzítenek a biztosítási szerződésben. A kizárási eseményekre visszavezethető kár esetén a biztosító fizetési kötelezettsége nem áll be. Jelenleg tipikus kizárási események (39) többek között: a betegtájékoztatás hiányossága, CT-, MR-vizsgálatok, működési engedély hiánya, transzfúziós hiba, bűncselekménnyel okozott kár (40). A kizárások alkalmazásánál a biztosítottnak (egészségügyi szolgáltatónak) kell bizonyítani, hogy nem a kizárási okra vezethető vissza a kár. A felelősségbiztosítási rendszer anomáliái még inkább arra kell, hogy ösztönözzék az egészségügyi intézményi menedzsmentet, hogy a káresemények elhárítására törekedjenek.

Emberen végzett orvostudományi kutatás speciális kérdései

Felelősségbiztosítás és kártérítési szempontból egyaránt rendkívül speciális esetet jelent az emberen végzett orvostudományi kutatások köre. Részben a felelősségbiztosítás egyik speciális esetét rögzíti az Eütv. 164.§ (2) bekezdése, amikor kimondja, hogy a kutatást végző egészségügyi szolgáltatónak a kártérítés és sérelemdíj fedezetére a kutatási tevékenység megkezdését megelőzően a kutatásra vonatkozó, a kockázatoknak megfelelő felelősségbiztosítási szerződéssel kell rendelkeznie. A vizsgálati készítményekkel végzett klinikai vizsgálatok esetén pedig külön törvényben (41) rögzített felelősségbiztosítással kell rendelkezni. Ez a felelősségbiztosítás nem azonos az általános intézményi felelősségbiztosítással, mely az emberen végzett orvostudományi kutatás körében bekövetkezett károkra nem ad fedezetet.

Másrészt fontos kiemelni, hogy az orvostudományi kutatásról rendelkező Eütv. 164.§ (1) bekezdése nem kártérítést, hanem kártalanítást rögzít. Ebben az esetben – a kutatási szabályok betartása mellett – ugyanis jogszerűen okozott kárról van szó, amelyért nem kártérítésnek, hanem kártalanításnak van helye. (Vö.: Ptk. 6:564. §.)

9.9. Munkajogi felelősség

Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény alapján természetes személyként

- munkaviszonyban
- közalkalmazotti jogviszonyban
- közszolgálati – kormányzati szolgálati
- szolgálati jogviszonyban
- egyéni vállalkozóként
- társas vállalkozóként

- egyéni cégként
- szabadfoglalkozás keretében
- egyházi személyként
- önkéntes segítőként

lehetséges közreműködni az egészségügyi ellátásban.

Az egészségügyi dolgozó egészségügyi tevékenység végzésére a törvényben meghatározott szakképesítési és nyilvántartási feltételek mellett jogosult. Az egészségügyi dolgozókkal szemben támasztott feltételek egységesek, függetlenek az egészségügyi dolgozót foglalkoztató egészségügyi szolgáltató jogállásától, illetve az egészségügyi tevékenység végzésére irányuló jogviszony fajtájától.

A felelősség szempontjából fontos kiemelni, hogy a munkaviszonyban, közalkalmazotti jogviszonyban, közszolgálati – kormányzati szolgálati, szolgálati jogviszonyban a munkavállaló által okozott károkért a munkáltató áll helyt. Hasonló a helyzet önkéntes segítő foglalkoztatása esetén. Ugyanakkor ezekben a foglalkoztatási formákban gondatlan károkozásnál a gondatlanság súlyosabb eseteiben, azaz tudatos gondatlan magatartás tanúsítása miatt bekövetkezett károk esetében a legfeljebb négy havi átlagkeresetének megfelelő összeg erejéig felel(het) a munkát végző egészségügyi dolgozó. (Közalkalmazotti jogviszonyban és munkaviszonyban hanyag gondatlanság esetén is négyhavi illetményig terjed az anyagi felelősség.) Szándékos károkozás eseteiben azonban a munkáltatónak okozott teljes kárt meg kell térítenie. Ez azt jelenti, hogy a hazai egészségügyben jelenleg még tipikus közalkalmazotti jogviszonyban szándékosan, azaz egyenes vagy eshetőleges szándékkal okozott károkért a munkáltató felé teljes anyagi felelősséggel tartozik. Mindez a kártérítési perekre vetítve leegyszerűsítve azt jelenti, hogy az akár eshetőleges szándékkal okozott károk esetében a szolgáltató a teljes kárigényt később áthárítható a munkavállalóra. A szabadfoglalkozású egészségügyi dolgozó saját nevében szolgáltatást nem nyújt, önálló működési engedéllyel, felelősségbiztosítással nem kell rendelkeznie, a megfelelő működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató megbízása alapján jár el. Az általa, mint teljesítési segéd által okozott főszabályként az őt megbízó szolgáltató felel. Az egyéni vállalkozó és a közkereseti társaság és betéti társaság nevében közreműködő egészségügyi dolgozó teljes magánvagyonával felel az okozott kárért, azaz az egészségügyi szolgáltatásban tipikus közreműködői szerződések keretében okozott károkért – akár gondatlanul, akár szándékosan idézte elő – alapvetően felelősséggel tartozik. A korlátolt felelősségű társaság nevében közreműködő egészségügyi dolgozó legfeljebb vagyonáig, vagyoni betétje erejéig felel.

Irodalomjegyzék

1. Nogel M.: Az egészségügy jogi szabályozása. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017. 2–4.
2. Zákány J.: Felelősség és kockázatmenedzsment az egészségügyben. Medicina, 2015, 15.
3. 1997.évi CLIV. törvény az egészségügyről, 30.§-33.§
4. 1997.évi CLIV. törvény az egészségügyről, 29.§
5. 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról

6. Decastello A.: Az egészségügyi közvetítői eljárás az egészségügyi szolgáltatók és a biztosítótársaságok szemszögéből. Biztosítási Szemle, 2007, 8:46.
7. Dósa Á.: Az egészségügyi közvetítés. In Sáriné S. Á. (szerk.): Mediáció-közvetítői eljárások. HVG ORAC, Budapest, 2006, 210.
8. Kiss K., Novoszáth Á.: Műhibák és műhibázások. Med. et Jur. 2010, 2: 28.
9. Decastello A.: Mediáció az egészségügyben. HVG ORAC, Budapest, 2010, 85.
10. Hanti P.: Felelősség és kockázatmenedzsment az egészségügyben. Complex Kiadó, Budapest, 2013, 358.
11. Zákány J. 2015, 122.
12. Nogel M.: Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.
13. Nogel M.: Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.
14. Nogel M.: A bizonyítékokon alapuló ellátás és az egészségügyi minőségbiztosítás kapcsolata II. Med. et Jur. 2017; 8(3): 4–10.
15. Nogel M.: Az egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosításának vázlata. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017. 215–219.
16. Sándorné Sz. I.: Az egészségügyi minőségbiztosítás alapjai. In Boncz I. (szerk.) : Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási ismeretek. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2011. 246.
17. Nogel M.: Az egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosításának vázlata. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.
18. Kis E., Dobos É., Nagy É., Kemény L.: A bizonyítékokon alapuló orvoslás gyakorlata. Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle 86/4. 103.
19. Nogel M.: A bizonyítékokon alapuló ellátás és az egészségügyi minőségbiztosítás kapcsolata. Med. et Jur. (8) 2. 2017.
20. Ádány R.: Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Kiadó, Budapest, 2011. 100.
21. Nogel M.: A bizonyítékokon alapuló ellátás és az egészségügyi minőségbiztosítás kapcsolata. Med. et Jur. (8) 2. 2017.
22. 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről
23. Ptk. 1:4 § (1) bek.
24. Sándor J.: Gyógyítás és ítélkezés. Medicina, Budapest, 1997, 49.
25. Sáriné S. Á.: Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben. Medicina, Budapest, 2013, 18.
26. Nogel M.: Betegjogok. In Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.
27. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jogi kézikönyv. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.
28. Kovács G. (szerk.): Egészségügyi és szociális jog. Universitas-Győr Nonprofit Kft., Győr, 2017.
29. Hidvéginé A. L., Sáriné S. Á.: Biztosítási szerződések az egészségügyben. Medicina, Budapest, 2015, 359–367.
30. Szegedi Ítélőtábla Pf. III. 20.166/2008.
31. BH 2006, 400.
32. Hanti 2013, 294.
33. EBH 2001, 428
34. Hidvéginé Adorján Lívia, Sáriné Simkó Ágnes: Biztosítási szerződések az egészségügyben. Medicina (2015) p.121.
35. Prevention, Insurance and Converge Options OECD Publishing 2006.
36. Hidvéginé-Sáriné (2015) p. 137.

37. Hidvéginé-Sáriné (2015) p. 138.
38. Zákány Judit (2015) p.65.
39. Simon Tamás: Ne csak a szex legyen biztonságos. Egészségügyi Gazdasági Szemle (2011), 49. évfolyam 4. szám p.24–27.
40. Hanti (2013) p.352.
41. 2005. évi XCV. törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról 3.§. (5) bek., valamint 28. § (2) bek.