

Egészségpolitikai esettanulmányok



SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Egészségpolitikai esettanulmányok

Az élettudományi-klinikai felsőoktatás
gyakorlatorientált és hallgatóbarát korszerűsítése a vidéki képzőhelyek
nemzetközi versenyképességének erősítésére

Szerkesztette:

BONCZ IMRE

A kiadvány a következő program keretében jelent meg:

TÁMOP-4.1.1.C-13/1/KONV-2014-0001

Lektorálta Brodszky Valentin

© *Boncz Imre, 2015*

© *Szerzők, 2015*

© *Medicina Könyvkiadó Zrt., 2015*

ISBN 978-963-226-559-9

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Felelős szerkesztő: Pobozsnyai Ágnes

Műszaki szerkesztő: Dóczy Imre

Az ábrákat rajzolta: Olgyai Géza

Terjedelem: 11 (A/5) ív

Azonossági szám: 3850

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	5
Előszó	13
Rövidítések jegyzéke	15
1. Új egészségügyi technológiák befogadása a társadalombiztosítási támogatásba	17
<i>BONCZ IMRE, CSÁKVÁRI TÍMEA, ÁGOSTON ISTVÁN, ENDREI DÓRA</i>	
1.1. Társadalombiztosítási támogatás iránti kérelem szabályozási környezete	17
1.2. Gyógyszerek társadalombiztosítási befogadása	18
1.3. Gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási befogadása	26
1.4. Egészségügyi technológiák társadalombiztosítási befogadása	27
1.5. Összefoglalás	30
1.6. Irodalom	32
2. A magyar egészségügyi kapacitások szabályozásának áttekintése: a kórházi struktúra változásának példája	33
<i>ÁGOSTON ISTVÁN, BONCZ IMRE, CSÁKVÁRI TÍMEA, ENDREI DÓRA</i>	
2.1. Bevezetés	33
2.2. A kapacitásszabályozás eszköztára	33
2.3. A kapacitásszabályozás nemzetközi gyakorlata	34
2.3.1. Németország	34
2.3.2. Franciaország	35
2.3.3. Olaszország	36
2.3.4. Hollandia	37
2.3.5. Kanada	38
2.3.6. A nemzetközi tapasztalatok összegzése és azok hazai relevanciái	39
2.4. A hazai kórházi struktúra fejlődésének történelmi áttekintése	41
2.5. Az egészségügyi kapacitások hazai szabályozása	42
2.5.1. Az 1996-os ágyszám törvény	43
2.5.2. A 2001. évi ún. salátatörvény	45
2.5.3. A 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény	46
2.5.4. A Semmelweis Terv	47
2.6. A hazai kapacitásszabályozás tapasztalatai	48
2.7. Irodalom	49
3. Az Egészségbiztosítási Alap költségvetési tapasztalatai és forrásallokáció a puha költségvetési korlát tükrében	51
<i>BONCZ IMRE, ÁGOSTON ISTVÁN, CSÁKVÁRI TÍMEA, ENDREI DÓRA</i>	
3.1. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldalának változása	51
3.1.1. Bevételi jogcímek	51

3.1.2.	Egészségpolitikai versus gazdaságpolitikai járulék preferenciák	5
3.2.	Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldalának változása	55
3.2.1.	Főbb kiadási jogcímek	55
3.2.2.	Az Egészségbiztosítási Alap kiadások reálértéke	56
3.3.	Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege	59
3.4.	A gyógyszerkassza tervezésének problematikája	61
3.5.	Mennyit költünk egészségügyre ?	62
3.6.	Összefoglalás	63
4.	A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és korlátai: a teljesítmény-volumen korlát (TVK) példája	65
	<i>ENDREI DÓRA, BONCZ IMRE, CSÁKVÁRI TÍMEA, ÁGOSTON ISTVÁN</i>	
4.1.	Bevezetés	65
4.2.	A társadalombiztosítás	65
4.3.	A kötelező egészségbiztosítás	66
4.4.	Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása	66
4.4.1.	Az egészségügyi szakellátás finanszírozása	67
4.4.2.	A fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása	68
4.4.3.	A finanszírozási technikák összegzése	68
4.4.4.	Homogén betegcsoportok (HBCs) rendszere	69
4.5.	A teljesítményvolumen-korlát hatása a fekvőbeteg ellátás finanszírozására	70
4.6.	A teljesítményvolumen-korlát (TVK) hatásának számszaki elemzése	71
4.6.1.	Országos tapasztalatok	71
4.6.2.	A PTE Klinikai Központ tapasztalatai	76
4.7.	Összefoglalás	79
4.8.	Mellékletek	81
4.8.1.	Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók 2015. évre vonatkozó TVK mennyisége	81
4.8.2.	A TVK megállapítása alóli kivételek	86
4.9.	Irodalom	87
5.	Költségvetés tervezés az egyetemi klinikai központokban	89
	<i>IVÁDY VILMOS, RÉPÁS CSABÁNÉ</i>	
5.1.	Bevezetés: költségvetés tervezés és intézményi gazdálkodási módszertan	89
5.1.1.	Témaválasztás	89
5.1.2.	Vezetői költségvetés tartalmi kérdései	89
5.2.	A költségvetés tervezés egyes általános kérdései	92
5.2.1.	Gazdálkodási célok, stratégiaválasztás	92
5.2.2.	Gazdálkodási módszerek	92
5.2.3.	Költségvetés, pénzforgalmi és eredménycentrikus szemlélet	93
5.2.4.	Költségvetési tervezés elvei	95
5.2.5.	A vezetői költségvetés tervezés keretrendszere	97
5.2.6.	Források (alapok) szétválasztása, tervezése	98
5.3.	A költségvetés tervezésének részletes módszertana	98
5.3.1.	Bevételek tervezése	98
5.3.1.1.	OEP bevételek tervezése	98
5.3.1.2.	Oktatási bevételek tervezése	99
5.3.1.3.	Devizatandíjas bevételek tervezése	100
5.3.1.4.	Egyéb bevételek tervezése	100

5.3.2.	Elvonások (hozzájárulások), központi alapok	100
5.3.2.1.	Központi alapok	100
5.3.2.2.	Elvonások (hozzájárulások) rendszere	101
5.3.3.	Gazdálkodási keretek	102
5.3.3.1.	Gazdálkodási keretek tervezése alaponként	102
5.3.3.2.	Költségvetési keretek tervezése	103
5.3.3.3.	Gazdálkodási keretek alábontásának lehetőségei	104
5.3.4.	Belső elszámolások	106
5.3.5.	A keretgazdálkodás szabályai	107
5.3.6.	Érdekeltség a keretgazdálkodási rendszerben	109
5.3.7.	Informatikai rendszerek szinkronizációja	109
5.4.	A költségvetés elkészítése	110
5.4.1.	A vezetői költségvetés elkészítésének menete	110
5.4.2.	A vezetői költségvetés szerkezete	112
5.5.	A bemutatott költségvetési módszertan értékelése, alternatív lehetőségek	115
5.5.1.	Az SE módszertanának értékelése (előnyök, hátrányok)	115
5.5.2.	Egy alternatíva: a PTE Klinikai Központ költségvetés készítési módszertanának rövid bemutatása	115
5.5.3.	Főbb eltérések	123
5.6.	Konklúzió	123
5.7.	Irodalom	124
6.	Intézményi integráció az egészségügyben: a PTE Klinikai Központja és a Baranya Megyei Kórház példája	125
	<i>ZEMPLÉNYI ANTAL</i>	
6.1.	Bevezetés	125
6.2.	Az elemzés módszere	126
6.3.	Az integráció megvalósításának elemzése	126
6.3.1.	A döntés körülményei	127
6.3.2.	Az integrációt megalapozó háttérelmzések	128
6.3.2.1.	Az átvételre kerülő kapacitás jellemzői	128
6.3.2.2.	A humán erőforrás szükséglet meghatározása	130
6.3.2.3.	A feladatátvétel becsült gazdasági hatása	130
6.3.2.4.	Az integrált feladat ellátásának fenntarthatósága	133
6.3.3.	Az integráció eredménye	135
6.3.3.1.	Kapacitások elemzése	136
6.3.3.2.	A finanszírozás és a betegforgalmi adatok elemzése	138
6.3.3.3.	A humán erőforrás-helyzet elemzése	141
6.3.4.	Az integráció hatása az intézményi gazdálkodásra	143
6.3.4.1.	A Klinikai Központ működési eredménye és likviditási helyzete	143
6.3.4.2.	Gazdasági mutatók változása az integrációt követően	144
6.3.5.	Megállapítások összegzése	146
6.4.	Az integráció hatásának kezelése	147
6.4.1.	Intézményi hatáskörű intézkedések	147
6.4.2.	Javaslatok	149
6.5.	Összegzés	151
6.6.	Irodalom	151
6.7.	Mellékletek jegyzéke	153

7.	Minőségbiztosítás az egészségügyi intézményekben: a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ példája	167
	<i>TRAIBER-HARTH IBOLYA, HEGEDŰS ZSUZSANNA</i>	
7.1.	Bevezetés	167
7.2.	Az esettanulmány célja	167
7.3.	Előzmények	167
7.4.	A vezetői elkötelezettség	168
7.5.	A központi minőségirányítási dokumentáció elkészítése	168
7.6.	A rendszerépítés fontos állomásai	171
7.6.1.	A belső auditok tapasztalatai 2010–2011. évi ciklusban	172
7.6.2.	Rendkívüli belső auditok 2011-ben	172
7.6.3.	Külső tanúsítások tapasztalatai összegzése 2010–2011-ben	173
7.6.4.	Képzés, oktatás 2010-ben	174
7.6.5.	2011. évi események	174
7.6.6.	Törzsdokumentáció aktualizálása 2011-ben	175
7.6.7.	2012-ben történt változások	176
7.6.8.	2013-ban történt változások	177
7.6.9.	2014-ben történt változások	179
7.7.	A MIR Igazgatás főbb projektjei	180
7.7.1.	Központi kórlapellenőrzés kivitelezése	180
7.7.2.	Önálló kórlapelemzés a klinikákon	183
7.7.3.	Szakmaspecifikus indikátorok bevezetése a Klinikai Központban	183
7.7.3.1.	A projekt célja	184
7.7.3.2.	A projekttől várt eredmények	184
7.7.3.3.	A projekt folyamata, állomásai	184
7.7.3.4.	Partnerelégedettségi vizsgálat 2014-ben	185
7.8.	Együttműködés, más szakmai projektekben való részvétel	186
7.9.	Irodalom	187
8.	Long-term care kihívások: rehabilitáció és fizioterápia a betegellátásban	189
	<i>MOLICS BÁLINT</i>	
8.1.	Bevezetés	189
8.2.	Otthoni szakápolás	190
8.3.	Járóbeteg szakellátás	196
8.4.	Gyógyfürdőellátások	200
8.5.	Mellékletek	203
8.6.	Irodalom	209
9.	A népegészségügyi programok megvalósításának kihívásai: a szervezett lakossági vastagbélrák szűrő program példája	211
	<i>HORVÁTHNÉ KIVÉS ZSUZSANNA, VAJDA RÉKA</i>	
9.1.	Bevezetés	211
9.2.	A vastag- és végbéldaganat incidenciája, mortalitása	211
9.2.1.	A vastagbéldaganat incidenciája és mortalitása világviszonylatban	211
9.2.2.	A vastagbéldaganat incidenciája és mortalitása Európában	212
9.2.3.	A vastagbéldaganat incidenciája és mortalitása Magyarországon	213
9.3.	Vastagbéldaganat-szűrés és az egyes szűrési módszerek hatékonysága	216
9.3.1.	A vastagbéldaganat szűrése	216
9.3.1.1.	A székletbeli rejtett vér kimutatása	217

9.3.1.2.	Endoszkópos módszerek	218
9.3.1.3.	Vastagbéliszűrési stratégiák	219
9.4.	Szervezett vastagbéliszűrési programok a nemzetközi gyakorlatban	219
9.5.	Magyarországi szervezett vastagbéliszűrő modell programok	221
9.6.	A vastagbél szűrés egészség-gazdaságtani elemzésének eredményei	225
9.7.	Irodalom	229
10.	A népegészségügyi programok megvalósításának kihívásai: a szervezett lakossági méhnyakszűrési program példája	233
	<i>VAJDA RÉKA, HORVÁTHNÉ KIVÉS ZSUZSANNA</i>	
10.1.	Bevezetés	233
10.2.	A méhnyakrákból eredő megbetegedések és halálozások alakulása a világon	233
10.3.	A méhnyakrákból eredő megbetegedések és halálozások alakulása Európában	234
10.4.	A méhnyakrákból eredő megbetegedések és halálozások alakulása Magyarországon	236
10.5.	Nemzetközi és hazai szűrőprogramok	237
10.5.1.	Európai helyzetkép	237
10.5.2.	A méhnyakszűrés Magyarországon	238
10.6.	A szűrővizsgálat egészség-gazdaságtani vonatkozásai	239
10.7.	Összefoglalás	240
10.8.	Irodalom	240
11.	Vezetési kihívások és módszerek a közszférában: az egészségügyi intézmények specialitásai	243
	<i>FARKAS FERENC</i>	
11.1.	A közszféra vezetési-szervezeti jellemzői	243
11.1.1.	Vezetői feladatok	244
11.1.2.	Új közmenedzsment	244
11.2.	Vezetélméleti alapok	245
11.2.1.	A vezetés sajátosságai	245
11.2.2.	A vezetői viselkedés, magatartás alapú elméletek	246
11.2.2.1.	Fiedler kontingencia-modellje	247
11.2.2.2.	Hersey és Blanchard szituációs modellje	247
11.2.2.3.	Tannenbaum–Schmidt alapmodellje a vezetési stílusokról	249
11.2.3.	Új irányzatok a leadership fejlesztésében, fejlődésében	249
11.2.3.1.	Karizmatikus leadership	249
11.2.3.2.	Transzformációs vezetés	250
11.2.3.3.	Narcisztikus és non plus ultra vezetők	251
11.2.3.4.	A vezetésben megmutatkozó nemi sajátosságok	252
11.2.3.5.	Disszonáns és rezonáns vezetés	252
11.2.4.	Az érzelmi intelligencia és a vezetés	253
11.3.	Egészségügyi intézmények vezetési specialitásai – módszerek, esetek	254
11.3.1.	A vezetői diagnózis egy módszere: a STEEPLE	254
11.3.2.	Szervezetfejlesztési terv az egészséges szervezet elveinek alapján, egy nagyméretű egészségügyi szervezetnél (a „Központ” példája)	257
11.3.3.	Az új típusú alapellátások vezetési-szervezeti jellemzői	260
11.3.4.	Új modellek az alapellátásban (európai példák GYEMSZI, 2014)	260
11.3.5.	Tipikus vezetői hibák és javítási feltételek	261
11.3.6.	A coaching szemlélet sürgető igénye az egészségügyi szervezetekben	261
11.3.7.	A jó vezetővé válás feltételei	262
11.4.	Irodalom	264

12.	Változásmenedzsment az állami egészségügyben: Mit lehet tanulni az Aravind rendszerétől?	265
	<i>GOOLESORKHI KIA</i>	
12.1.	Bevezetés: változási és változtatási koncepciókról idézetek	265
12.2.	Összefoglaló	265
12.3.	Alapvetések a változásmenedzsmentről	267
12.4.	Háttér: Aravind, mint egy folyamatosan átalakuló, tanuló rendszer a jól-lét érdekében	268
12.4.1.	Monitoring összképe a vízió, misszió alapján	269
12.4.2.	Az Aravind sikere a jóllét alapú eü. kontextusában: rendszerszemlélet megjelenése	271
12.5.	Változásmenedzsment/változáskezelés	273
12.5.1.	A változások fajtái	274
12.5.2.	Legismertebb modellek-elméletek	274
12.5.2.1.	A kormányzás és a vezetés keimelt megjelenése	274
12.5.2.2.	A változás előkészítési programok és folyamatok	276
12.5.3.	A változás vezetése : Innováció és verseny előny megszerzése mint egy fontos elem	276
12.5.3.1.	Paradigma és a változás: a három archetipus	277
12.5.3.2.	A változtatás akadályai: a vezető hiánya, az alulról szerveződési folyamatok hiánya, az érintettekkel való koalíció hiánya	278
12.5.3.3.	A változáshoz való viszony dimenziói Kotter alapján	279
12.5.3.4.	Szükséges vezetői kompetenciák- Az ötödik szintű (level 5) vezetők szerepe	279
12.6.	Változásvezetési taktikák	282
12.7.	Szervezeti kormányzás (irányító rendszer) szerepe	282
12.8.	Decentralizáció mint a kormányzás alaptémája	282
12.9.	Az Aravind és a siker titkai	284
12.9.1.	Vakság Indiában és az erőfeszítés fontossága	284
12.9.2.	Dr.V. mint az iparág változásvezetője (az alappillér)	284
12.9.2.1.	Dr. V.és a növekedési szakasz	285
12.9.2.2.	Kórházak felfejlődése szemészeti rendszerré	286
12.9.3.	Visszatekintés az Aravind Szisztemikus Paradigmájra –siker pillér (2) :	286
12.10.	Irodalom	289
13.	Közbeszerzések és eljárásrendek hatása a TIOP projektek végrehajtására	291
	<i>DONKÁNE VEREBES ÉVA</i>	
13.1.	A közbeszerzési eljárások bemutatása a projektek megvalósításában	291
13.1.1.	A vizsgálatba bevont eljárások száma és köre	291
13.1.2.	A közbeszerzési eljárások kritikus szerepe a projekt megvalósításban	292
13.1.3.	A közbeszerzések helye a projektmegvalósítás folyamatában	292
13.2.	A közbeszerzési eljárás típusainak késedelmei	293
13.2.1.	Az uniós értékhatárt elérő értékű eljárások	293
13.2.2.	Nemzeti eljárásrend szerint lebonyolított eljárások	294
13.3.	Az előzetes minőségbiztosítási eljárások értékelése	295
13.3.1.	Az eljárások időtartama szerinti vizsgálat	295
13.3.2.	Az eljárások tárgya szerinti vizsgálat	295
13.3.3.	A beszerzések értéke szerinti vizsgálat	296
13.3.4.	A pályázati konstrukciók szerinti vizsgálat	296
13.3.5.	A minőségbiztosítás éve szerinti vizsgálat	296
13.3.6.	Ajánlások a minőségbiztosítási folyamattal kapcsolatban	298
13.4.	A közbeszerzési eljárások lefolytatása	298
13.4.1.	A közbeszerzési szakaszok vizsgálata	298
13.4.2.	Közbeszerzések tárgya szerinti vizsgálat	299

13.4.3.	Egyéb késedelmet kiváltó tényezők a közbeszerzési eljárások lefolytatásában	300
13.4.4.	A közbeszerzések bírálati szempontjai	301
13.5.	Szerződésmódosítások	302
13.6.	Ajánlások a közbeszerzési eljárások lebonyolításával kapcsolatban	302
13.7.	Összegzés	306
14.	Szociális környezet és egészségügy: az egészségügy a szociológiai és fogyasztói magatartás megközelítés tükrében	307
	<i>LAMPEK KINGA, TÖRÖCSIK MÁRIA</i>	
14.1.	Bevezetés	307
14.2.	A magyar lakosság egészségi állapotának főbb jellemzői	308
14.2.1.	A magyar társadalmi struktúra - 2014	308
14.2.2.	Várható átlagos élettartam és az egészségben eltöltött életek száma	310
14.2.3.	Halálzási viszonyok jellemzői	311
14.2.4.	Megbetegedési viszonyok jellemzői	312
14.2.4.1.	Szív és érrendszeri betegségek	313
14.2.4.2.	Agyi érbetegségek	313
14.2.4.3.	Daganatos betegségek	313
14.2.5.	Vélt egészségi állapot jellemzői	315
14.3.	Az egészségügyi ellátás igénybevétele és a kapott szolgáltatással kapcsolatos elégedettség mértéke	316
14.3.1.	ELEF 2009 kutatási eredményei	316
14.3.2.	További kutatások az egészségügyi ellátás megítélésével kapcsolatban	317
14.4.	A magyar fogyasztók magatartása	319
14.4.1.	Az egészségmagatartás, mint a fogyasztói magatartás egy szelete	319
14.4.2.	A mai „új” fogyasztó	319
14.4.3.	A változásokat okozó főbb hatások	321
14.5.	Az egészség mint megatrend	324
14.6.	Lakossági vásárlói döntések az egészségügyben	328
14.6.1.	A problémamegoldó (extenzív) vásárlási döntések	329
14.6.2.	Leegyszerűsített (limitált) vásárlási döntések	330
14.6.3.	Szokásokon alapuló (habituális) döntések	330
14.6.4.	Impulzusdöntések	331
14.7.	Összegzés	332
14.8.	Irodalom	332
15.	Az ápolóképzés helyzete Magyarországon	335
	<i>OLÁH ANDRÁS</i>	

A tanulmányok szerzői

DR. ÁGOSTON ISTVÁN, egyetemi adjunktus,
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

DR. BONCZ IMRE, egyetemi tanár,
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

CSÁKVÁRI TÍMEA, szakoktató,
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

DONKÁNE VEREBES ÉVA, vezérigazgató,
Integra-Consulting Zrt.

DR. ENDREI DÓRA, főigazgató-helyettes,
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ

DR. FARKAS FERENC, egyetemi tanár,
Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar

DR. GOOLESORKHI KIA, egyetemi adjunktus,
Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar

HEGEDŰS ZSUZSANNA, minőségirányítási szakember,
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ

HORVÁTHNÉ KIVÉS ZSUZSANNA, szakoktató,
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

DR. IVÁDY VILMOS, gazdasági igazgató,
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ

DR. LAMPEK KINGA, főiskolai tanár,
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

DR. MOLICS BÁLINT, egyetemi adjunktus,
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

DR. OLÁH ANDRÁS, egyetemi docens, tanszékvezető
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

RÉPÁS CSABÁNÉ, kontroller,
Állami Egészségügyi Ellátó Központ

DR. TÖRŐCSIK MÁRIA, egyetemi tanár,
Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar

DR. TRAIBER-HARTH IBOLYA, minőségirányítási igazgató,
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ

VAJDA RÉKA, szakoktató,
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

ZEMPLÉNYI ANTAL, gazdasági főigazgatói megbízott,
Pécsi Tudományegyetem Gazdasági Főigazgatóság

Előszó

Az egészségügyi rendszer átalakítása, 'megreformálása' visszatérő kérdése a fejlett országok közpolitikai struktúraváltásának. Hazánk sem kivétel ez alól, hiszen egyfajta folyamatos változtatási készlet mellett lassan, de biztosan halad előre az egészségügyi rendszer átalakítása. A rendszerváltás óta eltelt 25 évben az egészségügyi reform szinte valamennyi elemével szembesült a magyar társadalom és az egészségügyi szakma.

Az egészségpolitikai tudományos szakirodalom is ebben a 25 évben fejlődött ki Magyarországon. Ugyanakkor a hazai szakkönyvellátás az egészségpolitikai szakterületen szegényes.

Jelen kiadványunkban az egészségpolitika aktuális témakörei közül válogatva mutatjuk be gyakorlati esettanulmány formájában a szélesebb érdeklődésre számot tartó témákat. Amint arra az esettanulmány kifejezés is

utal, nem elméleti tankönyvet kívántunk írni, hanem a makro- (országos) és mikroszintű (térégi, intézményi) napi problémákat kívántuk bemutatni.

A tankönyv szerzői között egyaránt találunk egyetemi oktatókat és az egészségpolitika különböző szinterein gyakorlott szakembereket. Az egyes szerzőket olyan témák kidolgozására kértük fel, amelyeket saját munkájuk, a hétköznapi rutin során is megtapasztaltak. Reméljük, hogy a személyes gyakorlati tapasztalatokon alapuló esettanulmányok hasznos információkat nyújtanak az egészségpolitika iránt érdeklődő olvasóknak.

Pécs, 2015. április

Prof. Dr. Boncz Imre
egyetemi tanár

Rövidítések jegyzéke

Rövidítés	Magyarázat
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	evidence based medicine
EFQM	European Foundation for Quality Management
EMAFT	előre meghatározott alapidíjjal finanszírozott teljesítmény
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
EU	Európai Unió
GDP	bruttó hazai termék
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
HBCS	Homogén Betegségcsoportok
HMO	Health Maintenance Organization
ICD	International Classification of Diseases
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
ISO	International Organisation for Standardisation
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MABISZ	Magyar Biztosítók Országos Szövetsége
MEES	Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok
MRI	magnetic resonance imaging

Rövidítés	Magyarázat
NEFMI	Nemzeti Erőforrás Minisztérium
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 (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet)
OENO	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OSAP	Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program
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	teljesítmény-volumen korlát
ÚSZT	Új Széchenyi Terv
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

1. Új egészségügyi technológiák befogadása a társadalombiztosítási támogatásba

BONCZ IMRE, CSÁKVÁRI TÍMEA, ÁGOSTON ISTVÁN, ENDREI DÓRA

1.1. Társadalombiztosítási támogatás iránti kérelem szabályozási környezete

Magyarországon az egészségügyi technológiák (gyógyszerkészítmények stb.) társadalombiztosítási támogatási rendszerbe történő befogadása közigazgatási hatósági eljárás keretében történik. Az eljárási rendnek meg kell felelnie az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek árának megállapítását, valamint nemzeti egészségbiztosítási rendszerekbe történő felvételüket szabályozó intézkedések átláthatóságáról szóló 89/105/EGK tanácsi irányelvnek [1, 2].

Befogadás-politikának hívjuk a társadalombiztosítás által finanszírozott körbe való bekerülés elveit, prioritásait, szempontrendszerét és eljárásrendjét meghatározó elv- és szabályrendszert. Ezt a szabályozást az Európai Unió jogrendje is tartalmazza. Magyarországon az új egészségügyi technológiák társadalombiztosítási támogatottak körébe vonását komplex jogszabályi környezet támogatja.

Az új egészségügyi technológiák befogadás-politikájára vonatkozó európai uniós szabályok:

- Az Európai Parlament és a Tanács – 2002/98/EK, 2004/24/EK és 2004/27/EK irányelvvel, valamint a Bizottság 2003/63/EK irányelvvel módosított – 2001/83/EK irányelve (2001. november 6.) az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről.
- A Tanács 89/105/EGK irányelve (1988. december 21.) az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek árának megállapítását, valamint a nemzeti egészségbiztosítási rendszerekbe történő felvételüket szabályozó intézkedések átláthatóságáról.
- A Tanács – 85/484/EGK és 90/658/EGK irányelvvel, az Európai Parlament és a Tanács 2001/19/EK irányelvvel, továbbá a Cseh Köztársaság, az Észt Köztársaság, a Ciprusi Köztársaság, a Lett Köztársaság, a Litván Köztársaság, a Magyar Köztársaság, a Máltai Köztársaság, a Lengyel Köztársaság, a Szlovén

Köztársaság és a Szlovák Köztársaság csatlakozásának feltételeiről, valamint az Európai Unió alapját képező szerződések kiigazításáról szóló okmányokkal – módosított 85/433/EGK irányelve a gyógyszerész oklevelek, bizonyítványok és képesítés megszerzéséről szóló egyéb tanúsítványok kölcsönös elismeréséről és az egyes gyógyszerész tevékenységekre vonatkozóan a letelepedés szabadságának tényleges gyakorlását elősegítő intézkedésekről.

- A Bizottság 2005/28/EK (2005. április 8.) irányelve a helyes klinikai gyakorlat elveinek és részletes iránymutatásainak megállapításáról az emberi felhasználásra szánt vizsgálati gyógyszerkészítmények, valamint az ilyen termékek gyártási vagy behozatali engedélyezésének tekintetében.
- Az Európai Parlament és a Tanács 2006/2004/EK rendelete (2004. október 27.) a fogyasztóvédelmi jogszabályok alkalmazásáért felelős nemzeti hatóságok közötti együttműködésről.
- A Bizottság 2007/76/EK határozata (2006. december 22.) a fogyasztóvédelmi jogszabályok alkalmazásáért felelős nemzeti hatóságok közötti együttműködésről szóló 2006/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendeletnek a kölcsönös jogsegély vonatkozásában való végrehajtásáról.
- A Bizottság 2008/282/EK határozata (2008. március 17.) a fogyasztóvédelmi jogszabályok alkalmazásáért felelős nemzeti hatóságok közötti együttműködésről szóló 2006/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendeletnek a kölcsönös jogsegély vonatkozásában való végrehajtásáról szóló 2007/76/EK határozat módosításáról.

Az új egészségügyi technológiák befogadás-politikájára vonatkozó általános magyarországi jogszabályok:

- A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény.
- A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. Rendelet.

- A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény.
- A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény.

Az egyes szakterületekre vonatkozó magyarországi jogszabályok:

- **gyógyszerek:** 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról [3].
- **Gyógyászati segédeszközök:** 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről [4].
- **Egészségügyi technológiák:** 180/2010. (V. 13.) Korm. rendelet az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásának alapelveiről, feltételrendszeréről és részletes szabályairól, valamint a már befogadott technológiák körének felülvizsgálatáról és módosításáról [5] és 28/2010. (V. 12.) EüM rendelet a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó eljárás során alkalmazandó szakmai szempontrendszerről és szakmapolitikai prioritásokról, valamint a befogadásához kapcsolódó egyes eljárásokért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról [6].

Az egészségügyi technológiák befogadásának szakirodalma hazánkban is jól dokumentált [7–12]. Az Emberi Erőforrások Minisztériumának 2013-ban kiadott szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez pedig pontos módszertani eligazítást nyújt a befogadási eljárás egyik alapidokumentumát képező egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez [13].

Jelen tanulmány célja az új egészségügyi technológiák társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásának áttekintése a magyarországi tapasztalatok alapján.

1.2. Gyógyszerek társadalombiztosítási befogadása

A gyógyszerek befogadási eljárása során a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet alapján az alábbi alapelveket kell betartani:

- **Szakmai megalapozottság:** tudományos bizonyítékokon alapuló döntéshozás, a kérelem szakmai szempontból már kiértékelt, nyilvántartásba vett, külön jogszabályban erre felhatalmazott szervezetek által biztonságosnak és hatásosnak minősített gyógyszerre vonatkozik.
- **Költségvetési keretek figyelembevétele, finanszírozhatóság:** a gyógyszerek befogadási döntéseinek figyelembe kell venni a központi költségvetésről szóló törvényben az E. Alapra meghatározott költségvetési keretet. Biztosítani kell, hogy a gyógyszerek befogadásának költségvetési hatásai hosszú távon tervezhetőek, kiszámíthatóak, finanszírozhatóak legyenek.
- **Átláthatóság, ellenőrizhetőség:** a jogszabályban előírt eljárásrend alkalmazása, amelytől az eljárás során eltérni nem lehet. Az egyes döntési fázisokban résztvevő szereplők hatáskörének tisztán elkülönülő, egymáshoz kapcsolódó rendszere, az értékelésre kerülő információk, adatok értelmezésének, illetve a döntéshozatal előre rögzített szabályainak, kritériumainak egyértelműsége; a döntéshozatal alapjának, az értékelésnek és a döntés indokolásának bemutatása.
- **Kiszámíthatóság:** a befogadásról való döntéshozatal és a felülvizsgálat követhető időbeli ütemezéssel kell, hogy rendelkezzen, a meghozott döntések egyértelműen jelölik meg a támogatás, befogadás mértékét.
- **Nyilvánosság:** a döntések indokolása és a döntések megalapozására szolgáló információk nyilvánosak, hozzáférhetőek, a nyilvánosságra hozatal módját, tartalmát, időbeliségét jogszabály határozza meg.
- **Az érdekviszonyok átláthatósága:** a döntéshozatalban és véleményalakításban résztvevő személyek, intézmények különböző, a döntéshozatal tárgyával kapcsolatos érdekeinek megismerhető-sége, nyilvánossága, illetve bemutatása.
- **Szükséglet alapú megközelítés:** az értékelésnél és a döntésnél figyelembe kell venni, illetve elemezni kell az egészségi probléma jellegét, a betegcsoport jellemzőit, számát, megoszlását, súlyosságát.

- **Költséghatékonyság:** a befogadási döntéseket a költséghatékonyság figyelembevétele alapján kell meghozni; a támogatási szabályok, támogatási egységek, feltételek meghatározásával ösztönözni kell a költség hatékony, egészségügyi ellátás gyakorlati megvalósítását.

A gyógyszerek befogadási eljárását kétféle formában, normál és egyszerűsített eljárásrend szerint lehet elvégezni.

Normál eljárásrendet kell alkalmazni, amikor a kérelem

- új gyógyszerformára és új beviteli formára,
- új indikációra,
- új hatóanyagra,
- új kombinációra, ha az összetételben szereplő valamely hatóanyag nem támogatott,
- áremelésre,
- támogatási kategória változására,
- jelentős terápiás előnnyel rendelkező készítményre, magasabb áron történő befogadásra és a támogatás megállapítására érkezett.

Egyszerűsített eljárásrend alkalmazandó, amikor a kérelem

- már támogatott hatóanyagot tartalmazó gyógyszerrel egyenértékű készítmény:
- új kiszerezésre,
- új hatáserősségére,
- új gyógyszerformájára és azonos beviteli formájára,
- új generikumára, márkanevű készítményére,
- új csomagolására,
- tápszer vagy forgalomba hozatalra engedélyezett, a Szabványos Vény minta Gyűjteményben vagy a Gyógyszerkönyvben is szereplő gyógyszer támogatására,
- kombinációra,
- már támogatott biológiai gyógyszer valamely hatóanyagával azonos vagy hasonló hatóanyagot tartalmazó, generikumnak nem minősülő, hasonló biológiai gyógyszerre,
- kedvezményezett stáusz megítélésére is érkezett.

Befogadáspolitikai alapfogalmak gyógyszereknél az aktuális jogszabályi környezet alapján:

- a) **gyógyszer:** az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (a továbbiakban: Gytv.) 1. §-ának 1. pontja szerinti anyag, keverék, illetve készítmény;
- b) **tápszer:** olyan különleges táplálkozási igényt kielégítő élelmiszer, amelyet az anyatej-helyettesítő és az anyatej-kiegészítő tápszerekről szóló, valamint a speciális gyógyászati célra szánt tápszerekről szóló jogszabály meghatároz;
- c) **hatóanyag:** a Gyftv. 1. § 38. pontjában ekként meghatározott fogalom;
- d) **ATC:** a gyógyszereknek a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (a továbbiakban: Gyftv.) 3. § 13. pontja szerinti osztályozása;
- e) **gyógyszerforma:** az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozataláról szóló 52/2005. (XI. 18.) EüM rendelet (a továbbiakban: Tfr.) 2. §-a (1) bekezdésének 3. pontja szerinti fogalom;
- f) **forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer:** az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (a továbbiakban: OGYÉI), valamint a 726/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet alapján az Európai Unió Bizottsága (a továbbiakban: Bizottság) által forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer;
- g) **forgalomba hozatali engedély:** az f) pont szerinti hatóságok által kibocsátott hatósági határozat;
- h) **befogadási eljárás alatt álló gyógyszer:** olyan forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer, amelyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) társadalombiztosítási támogatásban még nem részesített, de a befogadás kezdeményezése már megtörtént;
- i) **befogadott gyógyszer:** olyan forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer, amelyet az OEP jogerős és végrehajtható határozataiban társadalombiztosítási támogatásban részesített;
- j) **egészségügyi technológia:** az egészségügyi ellátásban használatos gyógyszer, orvostechnikai eszköz, diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs eljárás, eljárásorozat, megelőzési, egészség-fejlesztési tevékenység;
- k) **egészségügyi technológiaértékelés:** az egészségügyi technológiákat eredményesség, hatékonyság, költséghatékonyság, gazdasági és társadalmi következmények szempontjából értékelő eljárások összessége;
- l) **formai értékelés:** a kérelmezőtől beérkezett kérelem formai ellenőrzése, értékelése, melyet valamennyi gyógyszer befogadási kérelem esetén el kell végezni;
- m) **gyors értékelés:** az egyszerűsített eljárásrendbe sorolt kérelmek tartalmi ellenőrzése, értékelése;

- n) kritikai technológiaértékelés: a normál eljárásrendbe sorolt kérelmekhez benyújtott technológiaértékelés anyagának tartalmi ellenőrzése, értékelése;
- o) **részletes technológiaértékelés**: a 22. § (2) bekezdése szerinti kategóriába tartozó kérelmek esetén, a kérelemhez benyújtott technológiaértékelés az n) pont szerinti ellenőrzés után, szükség esetén az OGYÉI által végzett további technológiaértékelés, mellyel igazolni lehet a technológia megfelelőségét;
- p) **egészség-gazdaságtani elemzés**: a meghatározott alternatívák költségeinek és következményeinek a megjelölése, mérése, értékelése és összehasonlítása;
- q) **összehasonlító elemzés**: a hasonló hatású, felhasználású és már támogatott készítményekkel való összevetés, figyelemmel az egészségnyereségre és a gazdasági előnyökre;
- r) **kiszerezés**: az OGYÉI, illetve a Bizottság által forgalomba hozatalra engedélyezett, egy nyilvántartási számmal meghatározott csomagolási egység;
- s) **DDD (Defined Daily Dose)**: a WHO által meghatározott, adott hatóanyagra jellemző napi dózis;
- t) **DOT (Days of Treatment)**: a terápiás napok száma;
- u) **NTK (napi terápiás költség)**: a bruttó fogyasztói árból WHO DDD alapján számított napi terápiás költség, azonos hatóanyag esetén amennyiben a DDD nem definiálható, az egységnyi hatóanyagra jutó bruttó fogyasztói árat jelenti;
- v) **NTKÁ**: az NTK-ákból számított átlag;
- w) **NTKÁT**: az NTKÁ-hoz rendelt támogatási érték forintban meghatározott összege;
- x) **T%**: százalékos formában kifejezett támogatási mérték;
- y) **referenciaérték**: a referenciaárhoz vagy a referenciakészítmény árához tartozó bruttó támogatási összeg;
- z) **külön keretes gyógyszer**: a Gyftv. 3. § 3. pontja szerinti gyógyszer;
- zs) **költséghatékonysági elemzés**: olyan elemzés, amely összehasonlítja az azonos célú gyógyszerek vagy egészségügyi programok eredményességét és költségeit. Az eredményességet ún. természetes egységekben méri.

A befogadási folyamat szereplői:

- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)
- Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézetnek (OGYÉI)
- Egészségügyi Szakmai Kollégium (ESZK)
- Egészségügyi Technológiaértékelő Bizottság
- Országos Gyógyszerterápiás Tanács

A gyógyszerbefogadás jogszabályi rendjének főbb eljárási elemei az alábbiak. Az OEP főigazgatója a forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszerek Egészségbiztosítási Alapból történő támogatásával, illetve a támogatás megváltoztatásával vagy megszüntetésével kapcsolatos – a normál eljárásrendbe tartozó kérelmek esetén – feladatok ellátására Egészségügyi Technológia-értékelő Bizottságot hoz létre. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egyes gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásáról és a támogatás mértékéről, alapjáról normál eljárás esetén az OGYÉI és az egészségügyi szakmai kollégium szakvéleményének kikérését követően dönt.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egyes forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszerek vagy a tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásáról, a támogatás kategóriájáról, módszeréről, mértékéről vagy összegéről, valamint az árához nyújtott társadalombiztosítási támogatás igénybevételének kezdőnapjáról, a társadalombiztosítási támogatásból való kizárásról fő szabályként 90 napon belül dönt.

60 napos határidő alkalmazandó az alábbi esetekben:

- A gyógyszer társadalombiztosítási támogatásba való befogadási kérelme már támogatott hatóanyagú gyógyszer új generikumára érkezik, vagy
- A készítmény ára a már támogatott hatóanyagú gyógyszer(ek) áránál a kötelező mértéknél alacsonyabb,
- A kérelem tápszer vagy forgalomba hozatalra engedélyezett a Szabványos Vény minta Gyűjteményben vagy a Gyógyszerkönyvben is szereplő gyógyszer támogatására, illetve közfinanszírozása alapjául elfogadott árának emelésére érkezett,
- A gyógyszer társadalombiztosítási támogatásba való befogadási kérelme kedvezményezett stá tusz megszerzésére is irányul.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv.) 25. § (5) bekezdése alapján – a nyilvánosság biztosítása érdekében – tájékoztatja az Ügyfeleket a gyógyszerek és tápszerek társadalombiztosítási támogatásának megállapítása során kérelemre indított (Gyftv. 23. § (1) a) eljárásokról, illetve az eljárások kapcsán hozott döntésekről.

A jogszabályban meghatározott adatokat, az eljárás megindítása esetében a beérkezését követő nyolc napon belül, a döntések esetében a kérelem elbírálását követő hónap 5. napjáig teszi közzé az OEP a honlapján.

1.1. táblázat. Az OEP-hez 2014 januárjában benyújtott gyógyszer-ártámogatási kérelmek nyilvános adatai (forrás: OEP)

Ügy tárgya	Kérelmező ügyfél neve (Meghatalmazott)	ATC kód	Ügy iktatási száma	Eljárás megindításának napja	Ügyintézésre irányuló határidő	Kérelmekben kért támogatási kategória	Meglévő vagy létesítésre javasolt indikációs pont/terület	Ügyintézési időbe nem számított időtartamok			GYEM-SZI-TEI Főosztálynak átadás	Egészségügyi Technológiaértékelő Bizottsági ülés	OEP javaslat megküldése az EM-nek (2006. évi XCVIII. tv. 27. §-a)	Hatóság döntése	Döntés-hozatal helye	Döntés-hozatal időpontja	Finanszírozás kezdőnapja	A döntés alapját képező jogszabály helye
								Hiánypótlás (naptári nap)	Nyilatkozattétel (naptári nap)	Felfüggesztés jogszabályváltoztatási igény miatt (IGEN/NEM)								
Leflunomid Mylan 20 mg filmtabletta, 30x	Mylan Kft. (Meghatalmazott)	L04AA13	E021/3/ 2014	2014. 01. 07.	60 nap	EÜ 90	EÜ 90: 14/a						Befogadó	Buda- pest	2014. 01. 27.	2014. 02. 01.	2014. 02. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsm rendelet 14.§
Erimexol 0,26mg retard tabletta 30x	Meditop Gyógyszer- ipari Kft.	N04BC05	E021/4/ 2014	2014. 01. 08.	60 nap	EÜ 90	EÜ 90: 6/b						Befogadó	Buda- pest	2014. 03. 07.	2014. 05. 01.	2014. 05. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsm rendelet 14.§
Erimexol 0,52mg retard tabletta 30x	Meditop Gyógyszer- ipari Kft.	N04BC05	E021/5/ 2014	2014. 01. 08.	60 nap	EÜ 90	EÜ 90: 6/b						Befogadó	Buda- pest	2014. 03. 07.	2014. 05. 01.	2014. 05. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsm rendelet 14.§
Erimexol 1,05mg retard tabletta 30x	Meditop Gyógyszer- ipari Kft.	N04BC05	E021/6/ 2014	2014. 01. 08.	60 nap	EÜ 90	EÜ 90: 6/b						Befogadó	Buda- pest	2014. 03. 07.	2014. 05. 01.	2014. 05. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsm rendelet 14.§
Erimexol 2,1mg re- tard tabletta 30x	Meditop Gyógyszer- ipari Kft.	N04BC05	E021/7/ 2014	2014. 01. 08.	60 nap	EÜ 90	EÜ 90: 6/b						Befogadó	Buda- pest	2014. 03. 07.	2014. 05. 01.	2014. 05. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsm rendelet 14.§
PKU Ana- mix First Spoon semle- ges ízű (30x12,5g)	Numil Hungary Tápszerke- reskedelmi Kft.	V06D	E021/ 14/2014	2014. 01. 11.	60 nap	EÜ100	EÜ100:17 7						Befogadó	Buda- pest	2014. 05. 13.	2014. 06. 01.	2014. 06. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsm rendelet 3.§

Rytmo-norm 3,5mg/ml oldatos infúzió 5x	Abbott Laboratórius (Magyarország) Kft.	C01BC03	E021/19/2014	2014. 01. 14.	60 nap	Kórházi															2014. 04. 14	2014. 05. 01.	2006. évi XCVIII. törvény 23. §
Levetiracetam Accord 250 mg filmtabletta, 100x	Onco-Europe Kft. (Megtartalmazott)	N03AX14	E021/15/2014	2014. 01. 15.	60 nap	EÜ 90	EÜ 90: 5/a3														2014. 02. 26.	2014. 03. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsM rendelet 14.§
Levetiracetam Accord 500 mg filmtabletta, 100x	Onco-Europe Kft. (Megtartalmazott)	N03AX14	E021/16/2014	2014. 01. 15.	60 nap	EÜ 90	EÜ 90: 5/a3														2014. 02. 26.	2014. 03. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsM rendelet 14.§
Vitaflo ProZero 18x250 ml	Nestlé Hungária Kft.	V06D	E021/17/2014	2014. 01. 15.	60 nap	EÜ100	EÜ100: 16														2014. 02. 28.	2014. 03. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsM rendelet 3.§
Vitaflo ProZero 6x1000 ml	Nestlé Hungária Kft.	V06D	E021/18/2014	2014. 01. 15.	60 nap	EÜ100	EÜ100: 16														2014. 02. 28.	2014. 03. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsM rendelet 3.§
Escigen 10mg filmtabletta 28x	Mylan Kft. (Megtartalmazott)	N06AB10	E021/31/2014	2014. 01. 17.	60 nap	EÜ 90	EÜ 90: 7/a2														2014. 03. 13.	2014. 06. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsM rendelet 14.§
MabThera 100 mg koncentrárum oldatos infúzióhoz, 2x	Roche (Magyarország) Kft. (Megtartalmazott)	L01XC02	E021/35/2014	2014. 01. 21.	90 nap	Tételes	Polyangiitis granulomatosa és mikroszkopikus polyangiitis	23		2014. 01. 27	2014. 05. 28	2014. 08. 29									2015. 02. 27.	2015. 03. 01.	32/2004. (IV.26) ESzCsM rendelet 3.§
Cholib 145/20 mg filmtabletta 30x	Abbott Laboratórius (Magyarország) Kft. (megtartalmazott)	C10BA04	E021/33/2014	2014. 01. 21.	60 nap	Norm 80															2015. 03. 02.	-	2006. évi XCVIII. törvény 27. §

Cholib 145/40 mg filmtabletta 30x	Abbott Laboratorias (Magyarország) Kft. (meghatalmazott)	C10BA04	E021/ 34/2014	2014. 01. 21.	60 nap	Norm 80														2006. évi XCVIII. törvény 27. §	
Unilat 0,05 mg/ ml oldatos szemcsepp 1x2,5ml	QUALIPHARMA- CON Kft.	S01EE01	E021/ 40/2014	2014. 01. 24.	60 nap	EÜ 90	EÜ 90: 22/a													2014. 2014. 03. 01. 02. 25.	32/2004. (W.26) ESzCsM rendelet 14.§
Orencia 125 mg oldatos injekció, 1x	Bristol-Myers Squibb Gyógyszerkereskedelmi Kft. (Meghatalmazott)	L04AA24	E021/ 43/2014	2014. 01. 28.	90 nap	Tételes	rheumatoid arthritis													2014. 2014. 02. 05.	2004. évi CXL törvény 31.§
Xtandi 40 mg lágy kapszula 112x	Astellas Pharma Kft. (meghatalmazott)	L02BB04	E021/ 52/2014	2014. 01. 28.	90 nap	Tételes	metasztázáló, kasztráció rezisztens prosztaták	10													
Privigen 100 mg/ ml oldatos infúzió, 1x50ml	CSL Behring Kft. (Meghatalmazott)	J06BA02	E021/ 53/2014	2014. 01. 29.	60 nap	Tételes														2014. 2014. 03. 14. 04. 01.	32/2004. (W.26) ESzCsM rendelet 14.§
Helicid 20 mg gyomor- nedv- ellenálló kemény kapszula	Zentiva HU Kft (Meghatalmazott)	A02BC01	E021/ 58/2014	2014. 01. 29.	60 nap	Norm 55														2014. 2014. 02. 26. 03. 01.	32/2004. (W.26) ESzCsM rendelet 14.§
Setinin 50 mg retard tabletta, 60x	Actavis Hungary Kft. (Meghatalmazott)	N05AH04	E021/ 54/2014	2014. 01. 30.	60 nap	EÜ100	EÜ100: 10/a4													2014. 2014. 02. 26. 03. 01.	32/2004. (W.26) ESzCsM rendelet 14.§
Setinin 200 mg retard tabletta, 60x	Actavis Hungary Kft. (Meghatalmazott)	N05AH04	E021/ 55/2014	2014. 01. 30.	60 nap	EÜ100	EÜ100: 10/a4													2014. 2014. 02. 26. 03. 01.	32/2004. (W.26) ESzCsM rendelet 14.§

Setinin 300 mg retard tabletta, 60x	Actavis Hungary Kft. (Meghatalmazott)	N05AH04	E021/56/2014	2014. 01. 30.	60 nap	EÜ100	EÜ100: 10/a4													2014. 02. 26.	2014. 03. 01.	32/2004. (IV/26) ESzCsM rendelet 14.§
Setinin 400 mg retard tabletta, 60x	Actavis Hungary Kft. (Meghatalmazott)	N05AH04	E021/57/2014	2014. 01. 30.	60 nap	EÜ100	EÜ100: 10/a4													2014. 02. 26.	2014. 03. 01.	32/2004. (IV/26) ESzCsM rendelet 14.§
Champix 1 mg filmtabletta 28x	Pfizer Kft. (Meghatalmazott)	N07BA03	E021/64/2014	2014. 01. 31.	90 nap	Norm 0		188												2014. 02. 11.	2014. 12. 10.	2015. 01. 05.
Champix 0,5 mg és 1 mg filmtabletta 11 x 0,5 mg + 14 x 1 mg	Pfizer Kft. (Meghatalmazott)	N07BA03	E021/66/2014	2014. 01. 31.	90 nap	Norm 0		188												2014. 02. 11.	2014. 12. 10.	2015. 01. 05.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a költségvetési keretek betarthatósága érdekében, a már támogatott, illetve az újonnan befogadott gyógyszerekre, azok egyes támogatási kategóriáira, indikációira, valamint a méltányosságból támogatott gyógyszerekre **támogatásvolumen-szerződést** köthet.

A készítmény kizárólag támogatásvolumen-szerződés keretében támogatható:

- ha a készítmény még nem támogatott hatóanyagot tartalmaz,
- ha a kérelmező még nem támogatott indikációra kéri a befogadását indikációhoz kötött kiemelt, vagy indikációhoz kötött külön jogszabályban meghatározott legmagasabb százalékos mértékű emelt támogatási kategóriába.

2012. január 1-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak lehetősége van **eredményesség alapú** támogatásvolumen-szerződés keretében támogatást nyújtani az alábbi esetekben:

- az újonnan támogatásba kerülő gyógyszerek, melyeknél eredményesség alapú paraméter állapítható meg és teljesítik az egészségügyért felelős miniszter rendeletében meghatározott betegszámra és napi terápiás költségre vonatkozó paramétereket,
- a ritka betegségek kezelésére használt gyógyszerek,
- a méltányosságból támogatott gyógyszerek,
- a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek, és
- az egészségügyért felelős miniszter rendeletében meghatározott kórképek kezelésére használt, az ott meghatározott betegszámot és napi terápiás költség értéket elérő gyógyszerek.

Az eredményesség alapú támogatásvolumen-szerződés kötésére vonatkozóan az egészségügyért felelős miniszter rendeletében meghatározott szempontok szerint az egészségbiztosító évente felülvizsgálja a társadalombiztosítási támogatásban részesülő gyógyszerek körét.

Fontos azt is hangsúlyozni, hogy Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem csupán befogadási eljárást köteles lefolytatni, hanem felülvizsgálat keretében hivatalból eljárást indíthat:

- a befogadott készítmény költséghatékonyságával kapcsolatban kétség merül fel,
- a befogadott készítmény az Egészségbiztosítási Alap költségvetését az alkalmazásával elérhető egészségnyereséghez képest aránytalanul nagymértékben terheli,

- jogszabályváltozás azt indokolja,
- jogszabály hivatalból eljárás indítását írja elő,
- támogatással való forgalmazásra és készletben tartásra vonatkozó kötelezettségvállalás meghosszabbítása indokolt a folyamatos és biztonságos betegellátás érdekében,
- a kiemelt és emelt indikációhoz kötött támogatási kategóriában meghatározott feltételeknek a készítmény nem felel meg.

A felülvizsgálatot követően az OEP 90 napon belül dönt a befogadott gyógyszer támogatásból való kizárásáról, támogatása mértékének, kategóriájának, módszerének módosításáról, kedvezményezetti státuszának megszüntetéséről, illetve a támogatással való forgalmazásra és készletben tartásra vonatkozó kötelezettségvállalás meghosszabbításáról vagy előírásáról.

Az OEP kizárhatja a társadalombiztosítási támogatásból a gyógyszert, ha:

- érvényes forgalomba hozatali engedéllyel nem rendelkezik, vagy azt visszavonták,
- költséghatékonyságával kapcsolatban igazoltan kétség merült fel, vagy az nem bizonyítható,
- az Egészségbiztosítási Alap költségvetését az alkalmazásával elérhető egészségnyereséghez képest aránytalanul nagymértékben terheli,
- az több mint hat hónapja – referenciakészítmény esetén egy hónapja – nincs forgalomban,
- a hatóanyag-alapú, fix összegű támogatási csoportba tartozó gyógyszer esetén a gyógyszer napi

terápiás költsége, illetve egységnyi hatóanyagra számított ára legalább 100%-kal meghaladja a referenciakészítmény napi terápiás költségét,

- a terápiás fix elven működő támogatási csoportba tartozó gyógyszer esetén a gyógyszer napi terápiás költsége legalább 100%-kal meghaladja a csoportba tartozó gyógyszerek napi terápiás költsége egyszerű számtani átlagát,
- az általa végzett nemzetközi ár-összehasonlítás során megállapítja, hogy a gyógyszer termelői ára legalább 20%-kal magasabb a vizsgálatba vont, az Európai Unió tagállamaiban és az Európai Gazdasági Térségről szóló megállapodásban részes más államokban alkalmazott három legalacsonyabb termelői ár számtani átlagánál,
- a biológiai gyógyszer napi terápiás költsége legalább 10%-kal meghaladja legalacsonyabb napi terápiás költségű preferált biológiai gyógyszer napi terápiás költségét, kivéve, ha a biológiai gyógyszer forgalomba hozatali engedély jogosultja a fogyasztói ár és maximált térítési díj különbözetéből, valamint a legalacsonyabb napi terápiás költségű preferált biológiai gyógyszer fogyasztói árát 10%-kal meghaladó összegből adódó különbözetet megtéríti,
- a biológiai gyógyszer napi terápiás költsége legalább 50%-kal meghaladja a legalacsonyabb napi terápiás költségű preferált biológiai gyógyszer napi terápiás költségét,
- kedvezményezetti státusza megszűnik.

1.2. táblázat. Az OEP által 2015-ben hivatalból indított eljárások (forrás: OEP)

Eljárás tárgya	Időpont
Hirdetmény a Granigen 1 mg filmtabletta 10x társadalombiztosítási támogatásának módosításáról szóló hivatalból indított eljárásról	Közzététel ideje: 2015. április 9.
Biológiai gyógyszerek felülvizsgálatában érintett készítmények március 20-ai árcsökkentéssel	Közzététel ideje: 2015. április 9.
Biológiai gyógyszerek támogatásának felülvizsgálatához beérkezett árajánlatok	Közzététel ideje: 2015. március 23.
Hirdetmény biológiai eljárás megindításáról 2015. március 1.	Közzététel ideje: 2015. március 3.
Biológiai gyógyszerek felülvizsgálatában érintett készítmények 2015. március 1.	Közzététel ideje: 2015. március 3.
Alapanyagok 2015. április 1-jével érvényes árai	Közzététel ideje: 2015. március 20.
Felhívás alapanyagok árbeadására 2015. április 1.	Közzététel ideje: 2015. március 2.
Melléklet alapanyagok árbeadásához	Közzététel ideje: 2015. március 2.

1.3. Gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási befogadása

A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási befogadása az alábbi orvosi eszközökre illetve formákra terjed ki:

- orvostechikai eszköznek minősülő gyógyászati segédeszköz,
- önellenőrzésre szolgáló in vitro diagnosztikai orvostechikai eszköznek minősülő gyógyászati segédeszköz,
- nem orvostechikai eszköznek minősülő gyógyászati segédeszköz,
- gyógyászati segédeszköz társadalombiztosítási támogatással történő közfinanszírozás alapjául elfogadott áfa nélküli nettó kölcsönzési díj,
- egyedi méretvétel alapján készült gyógyászati segédeszköz.

A gyógyászati segédeszközök befogadási eljárása során a 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet alapján az alábbi alapelveket kell betartani:

- fogyatékoság–életfunkció–betegség figyelembevétele: az emberi szervezet egészét vagy egy részét érintő működési hiánynak, csökkenésnek, annak mértékének, valamint a gyógyászati segédeszköznek az önálló életvitelre, társadalmi beilleszkedésre gyakorolt hatásának figyelembevétele;
- méltányosság érvényesítése: törekedni kell, hogy – különös tekintettel a halmozottan hátrányos helyzetű betegcsoportokra – minden fogyatékkal élő biztosított számára legyen támogatással hozzáférhető eszköz;
- szükséglet alapú megközelítés: a lakosság egészségügyi szükségletének leginkább megfelelő eszközt kell befogadni, azaz azt az egészségügyi szükségletet kell kielégíteni, mely esetében klinikailag számottevő hatással rendelkező egészségügyi technológia áll rendelkezésre, és biztosítható, hogy a támogatást az a beteg kapja, akinél az elvárt hatás elérhető. Az eszköz alkalmasságának módszeres értékelése által a betegek számára magas értéket képviselő eszközt kell befogadni, az érintett betegcsoport klinikai szükséglete mértékének figyelembevételével;
- szakmai megalapozottság: szakmai szempontból már kiértékelt, nyilvántartásba vett, külön jogszabályban erre felhatalmazott szervezetek által biztonságosnak és hatásosnak minősített gyógyászati

segédeszköz fogadható be. Nem kerülhet befogadásra olyan eszköz, amely a befogadás időpontjában támogatott eszköznél a beteg szempontjából egyértelműen alacsonyabb minőségi paraméterekkel rendelkezik;

- komplexitás: figyelembe kell venni, hogy az eszköz önmagában elegendő-e, vagy az csak más eszköz, kezelés egyidejű alkalmazása mellett tudja kifejteni hatását;
- költséghatékonyság: a befogadási döntéseket a költséghatékonyság követelményének figyelembevétele alapján kell meghozni. Ösztönözni kell a költséghatékony egészségügyi ellátás gyakorlati megvalósítását, a hosszú távon eredményesebb, így nagyobb egészségnyereséget biztosító, életminőség javulást jelentő, ezzel együtt reális ráfordítási igényű költséghatékonyabb eszköz befogadásával. A költséghatékonyság elemzése során az alternatív technológiák kerülnek összehasonlításra;
- költségvetési keretek figyelembevétele, finanszírozhatóság: figyelembe kell venni a központi költségvetésről szóló törvényben az Egészségbiztosítási Alapra meghatározott, a gyógyászati segédeszközök támogatására fordítható költségvetési keretet, valamint a felhasználás aktuális helyzetét és a várható hatásokat;
- eredményesség: az eszköz a napi gyakorlatban a kívánt mértékben javítja a beteg életkörülményeit.

Befogadás-politikai alapfogalmak gyógyászati segédeszközöknél az aktuális jogszabályi környezet alapján:

1. **befogadás:** a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (a továbbiakban: Gtv.) 32-34. §-ában meghatározott kérelem tárgyában való döntéshozatal;
2. **egyedi méretvétel alapján készített gyógyászati segédeszköz:** meghatározott személy gyógykezelése során arra jogosult személy által a gyógykezelés igényeinek megfelelően rendelt, a beteg kizárólagos, egyedi használatára szolgáló, különleges tervezési jellemzőkkel készült eszköz;
3. **eszközalosztály:** az MSZ EN ISO 9999 szabvány szerinti második szintű, négyjegyű besorolási csoport;
4. **eszközcsoporthoz:** az MSZ EN ISO 9999 szabvány szerinti harmadik szintű, hatjegyű besorolási csoport;
5. **eszközosztály:** az MSZ EN ISO 9999 szabvány szerinti első szintű, kétjegyű besorolási csoport;

6. **funkcionálisan egyenértékű gyógyászati segédeszköz:** az a gyógyászati segédeszköz, amelyeknek a használati értéke megegyezik valamely már támogatott eszköz használati értékével, sem funkcióban, sem kihordási időben nem nyújt sem kevesebb, sem többetszolgáltatást a beteg számára;
7. **gyógyászati segédeszköz:** az Ebtv. 5/B. § e) pontja szerinti eszköz;
8. **kihordási idő:** az az időtartam, amelyre meghatározott mennyiségű gyógyászati segédeszköz támogatással rendelhető, vagy az az időtartam, amelyre vonatkozóan a rendelt eszköz árához az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) támogatást állapít meg;
9. **méretváltoztatás:** a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár változatlansága mellett funkcionálisan egyenértékű, azonos termékcsaládba tartozó eszközök metrikus paramétereikben kifejezhető változtatása;
10. **névváltozás:** az ár változatlansága mellett
 - a) egy eszköz azonosítási adataiban bekövetkezett változás, illetve
 - b) a 19. számú mellékletben felsorolt funkcionális csoportokba sorolt eszközök esetében azonos gyártó korábbi termékének hasonló jellemzőkkel rendelkező, funkcionálisan egyenértékű új termékkel történő felváltása;
11. **referenciaösszeg:** a referenciaeszköz árához tartozó nettó támogatási összeg;
12. **méretváltozat:** azonos termékcsaládba tartozó, már támogatott, egyszer használatos gyógyászati segédeszköznek a metrikus paraméterekben eltérő változata.

A rendelet szerint az eljárásban résztvevő szereplők:

- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)
- Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (ENKK)
- Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézetnek (OGYÉI)
- Egészségügyi Szakmai Kollégium (ESZK)

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv.) 32. § (10) bekezdése a) pontja alapján – a nyilvánosság biztosítása érdekében – tájékoztatja az Ügyfeleket a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásával kapcsolatban indított eljárásról a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (Ket.) 29. § (3–11) bekezdésnek megfelelő adattartalommal. Az alábbi táblázat szemlélteti az eljárások megindításáról szóló közzétételt.

1.4. Egészségügyi technológiák társadalombiztosítási befogadása

Az OEP által megfogalmazottak szerint a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológia az egészség megőrzésére, helyreállítására, illetve az egészségi állapot diagnosztizálására irányuló tevékenységek, illetve ezek kapcsán felhasznált eszközök, anyagok összessége, ide nem értve az E. Alap által támogatott azon gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök alkalmazását, amelyek vényen rendelhetőek és ártamogatással vehetők igénybe.

Az egészségügyi technológiák befogadását az *egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásának alapelveiről, feltételrendszeréről és részletes szabályairól, valamint a már befogadott technológiák körének felülvizsgálatáról és módosításáról* szóló 180/2010. (V. 13.) Kormányrendelet szabályozza.

A rendelet szerint az eljárásban résztvevő szereplők:

- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)
- Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (ENKK)
- Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézetnek (OGYÉI)
- Egészségügyi Szakmai Kollégium (ESZK)
- Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT)
- Egészségügyi Technológia-értékelő Bizottság
- Finanszírozási Kódkarbantartó Bizottság

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár feladatai:

- az előzetes befogadási eljárás lefolytatása,
- javaslattétel az egészségbiztosításért felelős miniszternek,
- a miniszter tájékoztatása a kérelemben meghatározott technológia által kiváltott technológiák finanszírozásból való törléséből várható megtakarítás mértékéről és
- a már befogadott technológiák körének folyamatos felülvizsgálata, javaslattétel a miniszter számára a finanszírozási paraméterek módosítására és a befogadott technológiák törlésére.

Az OGYÉI a kérelmező által benyújtott költséghatékonysági elemzés és a releváns szakirodalmi adatok segítségével kritikai értékelést készít és értékeli a kérelmet.

Az Egészségügyi Tudományos Tanács megkeresése esetén véleményt nyilvánít:

1.3. táblázat. Az OEP-hez 2015 januárjában benyújtott gyógyászati segédeszköz ártámogatási kérelmek nyilvános adatai (forrás: OEP)

Ügy tárgya	Kérelem típusa	Kérelmező neve	Iktatási szám	Eljárás megindításának napja	Ügyintézési határidő	Ügyintéző neve	Ügyintéző elérhetősége
Bernafoñ Veras 7 CP BTE hallókészülék	árcsökkentés (be)	Yarus Trade Kft.	E021/8-1/2015.	2015. 01. 08.	15 nap		
B 4372 könyvmankó	árcsökkentés (be)	REHAB Zrt.	E021/15-1/2015.	2015. 01. 14.	15 nap		
Oticon SENSEI BTE hallókészülék	árcsökkentés (be)	Mediszintech Kft.	E021/37-1/2015.	2015. 01. 14.	15 nap		
Siemens Motion P 3mi hallókészülék	árcsökkentés (be)	SIEMENS Audiológiai Technika Kft.	E021/43-1/2015.	2015. 01. 15.	15 nap		
Siemens Motion 301 XCL P hallókészülék	árcsökkentés (be)	SIEMENS Audiológiai Technika Kft.	E021/43-1/2015.	2015. 01. 15.	15 nap		
Victofon Velocity 6 S miniBTE hallókészülék	törlés (bg)	Victofon Kft.	E021/45-1/2015.	2015. 01. 15.	15 nap		
Victofon Velocity 24 miniBTE hallókészülék	törlés (bg)	Victofon Kft.	E021/45-1/2015.	2015. 01. 15.	15 nap		
Victofon Velocity 6 miniBTE hallókészülék	törlés (bg)	Victofon Kft.	E021/45-1/2015.	2015. 01. 15.	15 nap		
Victofon Velocity 12 miniBTE hallókészülék	törlés (bg)	Victofon Kft.	E021/45-1/2015.	2015. 01. 15.	15 nap		
Abri-San 7 (2100 ml) inkontinencia eszköz	méretválttatás/új méretválttatás (bh)	Salus Kft.	E021/49-1/2015.	2015. 01. 16.	30 nap		
Abri-San 9 (2400 ml) inkontinencia eszköz	méretválttatás/új méretválttatás (bh)	Salus Kft.	E021/50-1/2015.	2015. 01. 16.	30 nap		
Beltone Boost 695 DW BTE hallókészülék	új termék (aa)	Belsound Kft.	E021/52-1/2015.	2015. 01. 17.	90 nap		
Beltone First 693DRW RIE hallókészülék	új termék (aa)	Belsound Kft.	E021/53-1/2015.	2015. 01. 17.	90 nap		
Widex DREAM D110-m CB hallókészülék	új termék (aa)	Widex-H Kft.	E021/16-1/2015.	2015. 01. 10.	90 nap		
Widex DREAM D110-XP hallókészülék	új termék (aa)	Widex-H Kft.	E021/17-1/2015.	2015. 01. 10.	90 nap		
Widex DREAM D110-PA hallókészülék	új termék (aa)	Widex-H Kft.	E021/18-1/2015.	2015. 01. 10.	90 nap		
Widex DREAM D110-FS hallókészülék	új termék (aa)	Widex-H Kft.	E021/19-1/2015.	2015. 01. 10.	90 nap		
Hartmann-Rico 6 x 6 cm, vágott kötszer	törlés (bg)	Hartmann-Rico Hungária Kft.	E021/64-1/2015.	2015. 01. 28.	15 nap		
Hartmann-Rico 10 x 10 cm, vágott kötszer	törlés (bg)	Hartmann-Rico Hungária Kft.	E021/64-1/2015.	2015. 01. 28.	15 nap		
MiniMax kompresszoros inhalátor Kompresszoros inhalátor	új termék (aa)	ELEKTRO-OXIGÉN Kft.	E021/65-1/2015.	2015. 01. 27.	60 nap		
Promobil AG combtölg éró harisnya (standard) II. kompresszió	új termék (aa)	Promobil Rehabilitációs Zrt.	E021/72-1/2015	2015. 01. 29.	90 nap		
Promobil AD térdharisnya (standard) II. kompresszió	új termék (aa)	Promobil Rehabilitációs Zrt.	E021/73-1/2015	2015. 01. 29.	90 nap		

- a technológiához kapcsolódó orvostechikai eszköz klinikai értékelése alapján a technológia magyarországi alkalmazása szakmai szempontból javasolt-e
- a technológiával végzett kutatás eredménye alapján a technológia magyarországi alkalmazása szakmai szempontból javasolt-e és
- a technológia alkalmas-e a kérelemben foglalt célok megvalósítására

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium az alábbi szempontok mentén készíti el véleményét:

- a technológiával kapcsolatos irodalmi adatok értékelése
- a technológia felkészültség-, tapasztalat-, gyakorlatigénye
- a technológia gyakorlati tapasztalatai Magyarországon
- a technológiához szükséges speciális technikai felszerelés, speciálisan képzett munkatársigény
- Magyarországon várható esetszám
- a technológia végzésére alkalmas intézményi kör, centrumok megjelölése
- a technológia helye az ellátási sorban
- kiváltott technológiák megjelölése
- egyenértékű technológiák megjelölése
- szükséges új protokollok megnevezése

A Finanszírozási Kódkarbantartó Bizottság az OEP-pel történő együttműködés keretében folyamatosan felülvizsgálja a korábban már befogadott egészségügyi technológiákat.

Befogadás-politikai alapfogalmak egészségügyi technológiák esetében az aktuális jogszabályi környezet alapján:

Befogadás-politikai alapfogalmak:

- Egészségügyi technológiaértékelés: a technológiákat eredményesség/hatásosság, hatékonyság, költséghatékonyság, gazdasági és társadalmi következmények szempontjából értékelő eljárások összessége;
- Előzetes befogadási eljárás: a technológia E. Alapot terhelő finanszírozásba (a továbbiakban: finanszírozás) történő befogadhatóságának megállapítására irányuló eljárás;
- Eredményesség/hatásosság: a technológia szokásos, a valós gyakorlatot tükröző körülmények között elért egészségnyeresége;
- Gyógyszer: a rendelőintézeti járóbeteg-szakellá-

tást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók által biztosított körülmények között alkalmazható gyógyszer;

- Új gyógyszert igénylő technológia: az előzetes befogadási eljárás tárgyát képező azon technológia, amely alkalmazásához olyan gyógyszer szükséges, aminek befogadása az R1. szerinti kérelem alapján történik;
- Hatékonyság: a rendelkezésre álló forrásokból az egészségi állapotban bekövetkező legtöbb pozitív változás elérése;
- Költséghatékonyság: a befogadási döntéseknek a költséghatékonyság figyelembevételével való meghozatala, a költséghatékony egészségügyi ellátás gyakorlati megvalósításának ösztönzése;
- Kritikai értékelés: az előzetes befogadás iránti kérelemhez benyújtott egészségügyi technológiaértékelési leírás tartalmi ellenőrzése, értékelése;
- Orvostechikai eszköz: az orvostechikai eszközről szóló miniszteri rendelet szerinti orvostechikai eszköz;
- Új eszköz: gyógyító-megelőző eljárások során használt, a betegségek diagnosztikájában és terápiájában közvetlenül alkalmazott orvostechikai eszköz, amely a kérelem benyújtását megelőzően finanszírozásban nem részesült és amellyel egyenértékű eszköz sem részesült a kérelem benyújtását megelőzően finanszírozásban;
- Új indikáció: olyan betegségcsoport, amire technológia korábbi alkalmazási területe nem terjed ki;
- Új orvosi eljárás: orvosi közreműködéssel vagy közvetlen orvosi irányítással végzett – hatályos jogszabályokban nem szereplő – egészségügyi tevékenység, amelyet diagnosztikus, terápiás, megelőző, rehabilitációs céllal végeznek új módszertan vagy technológia alkalmazásával.

A *gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó eljárás során alkalmazandó szakmai szempontrendszeréről és szakmapolitikai prioritásokról, valamint a befogadásához kapcsolódó egyes eljárásokért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról* szóló 28/2010. (V. 12.) számú EüM rendelet 1. mellékletben meghatározott szakmai szempontrendszer alapján végzi az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az előzetes befogadásra irányuló eljárás során a kérelmeknek az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásának alapelveiről, feltételrendszeréről és részletes szabályairól, valamint a már befogadott technológiák

körének felülvizsgálatáról és módosításáról szóló kormányrendelet szerinti pontozását. A pontozás szempontrendszerét az 1.4 táblázat szemlélteti.

A szempontrendszerben megfogalmazott népegészségügyi programok az alábbiakat jelentik:

- „Közös kincsünk a gyermek” – Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program;
- Nemzeti Rákellenes Program;
- A Szív és Érendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programja;
- Lelki Egészség Országos Program.

A kórkép súlyossága alapján magas pontszámot az életet veszélyeztető akut kórkép kap, ezt követi az életet veszélyeztető krónikus kórkép, majd az életet nem veszélyeztető akut kórkép, végül az életet nem veszélyeztető krónikus kórkép.

1.4. táblázat. A gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó eljárás során alkalmazandó szakmai szempontrendszer (forrás: 28/2010. (V. 12.) EüM rendelet 1. melléklet)

	A	B
1	I. Egészségügyi prioritások	20 pont
2	I.1. Népegészségügyi programok	6 pont
3	I.2. Szakmapolitikai prioritások	7 pont
4	I.3. Aggregált egészségnyereség	7 pont
5	II. A kórkép súlyossága	15 pont
6	II.1. Életet veszélyeztető akut kórkép	13-15 pont
7	II.2. Életet veszélyeztető krónikus kórkép	10-12 pont
8	II.3. Életet nem veszélyeztető akut kórkép	8-9 pont
9	II.4. Életet nem veszélyeztető krónikus kórkép	6-7 pont
10	III. Esélyegyenlőség	15 pont
11	III.1. Érintett betegpopuláció nagysága	8 pont
12	III.2. Elérhetőség, hozzáférhetőség	7 pont
13	IV. Költséghatékonyság, életminőség	30 pont
14	IV.1. ICER értéke	15 pont
15	IV.2. Egy betegre jutó egészségnyereség	15 pont
16	V. Aggregált költségvetési hatás	10 pont
17	VI. Hazai és nemzetközi szakmai megítélés	10 pont
18	VI.1. A szakmai kollégium véleménye	3 pont
19	VI.2. A nemzetközi alkalmazás	3 pont
20	VI.3. Az eljáráshoz kapcsolódó evidenciák besorolása	4 pont
21	Összesen	100 pont

Az érintett betegpopuláció nagysága: magas pontszámot azon eljárás kap, amely kisszámú beteget érint, mivel a nagy betegszámú eljárások pozitív elbírálás alá esnek a népegészségügyi programok kapcsán.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egészségügyi technológiák esetében is nyilvánosan elérhetővé teszi az eljárások alapadatait. A technológia-befogadási eljárások nyilvántartását az 1.5 táblázat szemlélteti.

1.5. Összefoglalás

Az új egészségügyi technológiák társadalombiztosítási támogatásba vétele Magyarországon részletesen szabályozott. A gyógyszerek, a gyógyászati segédeszközök és a kórházi egészségügyi technológiák befogadásának jogszabályi gyökerei az Európai Unió jogrendjéhez igazodnak és a hazai jogrendben részletesen szabályozottak. Az Emberi Erőforrások Minisztériumának 2013-ban kiadott szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez pedig pontos módszertani eligazítást nyújt a befogadási eljárás egyik alapdokumentumát képező egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez. Ezen szakmai irányelv fejlesztését a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) munkacsoportja végezte.

Ez a rendszer hazánkban nem csupán az új egészségügyi technológiák befogadásáról, hanem a régi készítmények, eszközök és eljárások társadalombiztosítási támogatásból való törléséhez is útmutatást ad. Az egészségbiztosítási források hatékony allokációja során ugyanis az elavult, kevesebb egészség-nyereséget biztosító technológiák kivezetéséről is gondoskodni kell. Ugyanakkor azt is meg kell említeni, hogy az elavult technológiák kivezetése és korszerű eljárásokkal történő helyettesítés gyakran jelentős többlet költségvetési hatással jár, ami még a kedvező költség-hatékonyság esetén is komoly gátat jelent a társadalombiztosítási támogatás megítélésében.

Nemzetközi összehasonlításban a magyar befogadáspolitikai rendszer korszerűnek mondható. További fejlesztési lehetőségek a módszertani kérdések finomításában, az eljárásrend egyszerűsítésében és a transzparencia további fokozásában rejlenek. Ennek vélhetően egyik sarokpontja lehet az egészségügyre fordítható kiadások emelése.

1.5. táblázat. Az OEP-hez benyújtott egészségügyi technológiai befogadási kérelmek nyilvános adatai (forrás: OEP)

Kérelmező neve	Kérelem tárgya	Beérkezett	Eljárás státusza
Allegro Kereskedelmi, Kivitelező és Szolgáltató Kft.	Kapszulás endoszkópia Crohn-betegség vékonybél érintettségének diagnosztizálására	2015. márc. 3.	Folyamatban
New Era Genetics Kft.	PrenaTest non-invazív magzati vizsgálat	2015. febr. 24.	Folyamatban
Med Gen-Sol Kft.	Oncotype DX multigén expressziós emlőrák genetikai vizsgálat	2014. okt. 31.	Folyamatban
BGI Europe A/S	NIFTY non-invazív magzati triszómiateszt	2014. okt. 22.	Folyamatban
Vascular Venture Kft.	Watchman bal pitvari fülcszáró eszköz	2014. szept. 29.	Folyamatban
Allegro Kereskedelmi, Kivitelező és Szolgáltató Kft.	Thoraflex Hybrid eszközzel végzett Frozen Elephant Trunk (FET) eljárás	2014. szept. 22.	Folyamatban
Istenhegyi Géndiagnosztikai Központ	Preimplantációs genetikai diagnosztika	2014. aug. 11.	Folyamatban
Pharmacenter Hungary Kft.	Oralis mucositis kezelése Orosol terápiával	2014. júl. 17.	Megszüntetve
Kaposvári Egyetem	PET/MR vizsgálat (Agy PET/MR vizsgálata; Teljes test PET/MR vizsgálata; Egy testtájék PET/MR vizsgálata; Szív PET/MR vizsgálata)	2014. jan. 09.	Lezárult
Pharmacenter Hungary Kft.	BD PhaSeal zárt gyógyszerátviteli rendszer	2013. szept. 25.	Megszüntetve
Noviter Kft.	ViaCare ECP külső ellenpulzációs pumpa	2013. aug. 07.	Lezárult
Roche Magyarország Kft.	CoaguChek XS protrombin időmérő készülék + CoaguChek XS PT tesztcsik	2013. jún. 20.	Folyamatban
Roche Magyarország Kft.	Cobas 4800 BRAF V600 Mutation Test, Cobas KRAS Mutation Test, Cobas EGFR Mutation Test	2013. máj. 07.	Lezárult
Comesa Budapest Kft.	CCI Evolution totál bokaprozúleti endoprotézis	2013. márc. 08.	Megszüntetve
Med Gen-Sol Kft.	Oncotype DX® multigén expressziós emlőrák genetikai vizsgálat	2012. dec. 21.	Lezárult
Polarium Kft.	A teljes testfelület kezelése monochromatikus polarizált fénnel (Sensolite)	2012. márc. 21.	Megszüntetve
Variomedic Kft.	Aortabillentyű perkután beültetési rendszer (Edwards-Sapien)	2012. márc. 19.	Lezárult
Fresenius Medical Care Magyarország Egészségügyi Kft.	Prometheus-rendszer készülék Frakcionált Plazma Szeparáció és Adsorpcióval (FPSA) kombinált és FPSA nélküli hemodialízis végzésére is alkalmas készülék.	2011. dec. 19.	Lezárult
HealthPort Plus Kft.	Caphosol szájöblítő	2011. dec. 02.	Lezárult
Med Gen-Sol Kft.	Oncotype DX emlőrák genetikai vizsgálat	2011. máj. 13.	Megszüntetve
Baxter Hungary Kft.	Adept® 4%-os icodextrin oldat 1x1,5 liter	2010. dec. 28.	Megszüntetve
Medtronic Hungária Kft.	Beültethető szívmonitor (implantátum loop rekorder, ILR) készülék és beültetése	2010. nov. 19.	Lezárult
Medtronic Hungária Kft.	Aortabillentyű perkután beültetési rendszere (CoreValve) és transzkatéteres aortabillentyű implantáció	2010. nov. 19.	Lezárult

Irodalom

1. Dozsa C., Borcsek B., Boncz I., Nagy J., Reszegi C. A.: Experiences of Adoption of the Directive 89/105/EEC of the Council of the European Communities on Transparency in Hungary. *Italian Journal of Public Health*, 2005. 3(S1): 139.
2. Brandtmüller Á., Boncz I., Kárpáti K., Lepp-Gazdag A., Májer I., Jenei Gy., Gulácsi L.: Az egészség-gazdaságtani elemzések általánosíthatósági tényezői a nemzetközi irodalomban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2005. 43(6):25–31.
3. 28/2010. (V. 12.) EüM rendelet a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó eljárás során alkalmazandó szakmai szempontrendszerrel és szakmapolitikai prioritásokról, valamint a befogadásához kapcsolódó egyes eljárásokért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról.
4. 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről.
5. 180/2010. (V. 13.) Korm. rendelet az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásának alapelveiről, feltételrendszeréről és részletes szabályairól, valamint a már befogadott technológiák körének felülvizsgálatáról és módosításáról.
6. 28/2010. (V. 12.) EüM rendelet a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó eljárás során alkalmazandó szakmai szempontrendszerrel és szakmapolitikai prioritásokról, valamint a befogadásához kapcsolódó egyes eljárásokért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról.
7. Kaló Z.: Innovatív egészségügyi technológiák fejlesztési és befogadás-politikai kérdései (9. fejezet) 304–340. old (in: Bodrogi J. A magyar egészségügy, Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010)
8. Kaló Z.: Az egészség-gazdaságtani elemzések és az objektív támogatáspolitikai rendszer dilemmái Magyarországon. *LAM*, 2009. 19(4–5):329–333.
9. Inotai A., Kaló Z., Mészáros Á.: Egészség-gazdaságtani modellek szerepe a döntéshozatal előkészítésében. *Acta Pharmaceutica Hungarica*, 2009. 79: 63–69.
10. Borsi A.: Költséghatékonyság és döntéshozatal. *IME* 2012. 11(8): 36–40.
11. Gulácsi L., Kárpáti K., Brandtmüller Á., Májer I.: Gyógyszer-finanszírozási, támogatási gyakorlat Magyarországon: racionalizálási lehetőségek. *IME*, 2006. 5(7): 34–39.
12. Gulácsi L., Péntek M., Brodszky V.: Az egészségügyi technológiák finanszírozása; tudjuk-e, mit veszünk a milliárdokért? *Esély*, 2011. 2:3–27.
13. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez. *egészségügyi Közlöny* 20013. LXIII. 3. szám: 579–600. 2013. március 1.

2. A magyar egészségügyi kapacitások szabályozásának áttekintése: a kórházi struktúra változásának példája

ÁGOSTON ISTVÁN, BONCZ IMRE, CSÁKVÁRI TÍMEA, ENDREI DÓRA

2.1. Bevezetés

Az állami egészségügyi rendszerek fenntarthatóságának szempontjából kiemelt jelentőséggel bír, hogy az adott ország egészségügyi ellátó rendszere milyen mértékben képes betegek szükségleteinek megfelelő, az ellátás biztonságát garantáló járó- és fekvőbeteg-ellátások kapacitásainak releváns megtervezésére. A kapacitástervezés egy olyan folyamat, amelynek részeként meghatározásra kerülnek az egészségügyi ellátásokhoz szükséges kapacitások. A hatékony kapacitástervezés nem kizárólagosan statikusan a meglévő egészségügyi ellátórendszerre fókuszál, hanem proaktívan megszervezi új szolgáltatók és technológiák befogadásának eljárásrendjét az egészségügyi ellátórendszerbe, valamint figyelembe veszi a technológiai fejlődésből fakadó, a kapacitásokat érintő változásokkal. A kapacitástervezési folyamat végső célja az egészségügyben egy olyan hatékony, működő egészségügyi ellátó rendszer kialakítása, amely a rendelkezésre álló forrásokat hatékonyan használja fel a betegek egészségügyi szükségleteit kielégítő, magas színvonalú és biztonságos ellátórendszer megteremtése érdekében.

2.2. A kapacitásszabályozás eszköztára

A kapacitásszabályozás nemzetközi és hazai eszköztára számos módszert ismer és alkalmaz annak érdekében, hogy az egészségpolitika által kitűzött célok magas színvonalú megvalósítása érdekében.^{1,2}

Leggyakrabban alkalmazott módszereinek egyike, amikor az egészségpolitika meghatározza az adott lakosságszámhoz viszonyítva a rendelkezésre álló kórházi ágyak számát egy adott földrajzi terület vonatkozásában. Az ágyszámok meghatározása központilag, országos szinten történik, azonban néhány olyan ország eseté-

ben, ahol nagyobb a regionalitás jelentősége (pl. Svájc, Németország)³, ott a kórházi ágyak számának meghatározása a közigazgatási régiók hatáskörébe is tartozhat. Az ágyszámok azon túlmenően, hogy kapcsolódnak az adott földrajzi terület lakosságszámához, figyelembe veszik az adott földrajzi terület elérhetőségét, a betegek által történő megközelíthetőségét is. Erre vonatkozóan a hazai kapacitásszabályozás is tartalmaz meghatározó rendelkezéseket. A kapacitásszabályozás másik gyakorta alkalmazott eszköze, amikor az egészségpolitika korlátokat állít fel az egészségügyi ellátórendszerben foglalkoztatható orvosok, szakorvosok, illetőleg más egészségügyi szakdolgozók létszámára vonatkozóan, amely korlátozás már az oktatásban részt vevők létszámkorlátaiban is tetten érhető. A kapacitásszabályozás szintén előszeretettel alkalmazott eszközei közé tartozik, amikor nem az ellátást végző orvosok, szakorvosok, illetve más egészségügyi szakdolgozók létszámát, hanem közvetlenül az általuk végzett egészségügyi ellátások minimális és maximális mennyiségeit szorítják korlátok közé. Az egészségügyi ellátások minimális mennyiségi meghatározása nemcsak kapacitásszabályozás és költséghatékonysági, hanem minőségbiztosítási szempontból is kiemelt jelentőségű, és azon megállapításból indul ki, hogy egy műtét eredményessége szignifikánsan függ attól, hogy milyen gyakorisággal végez adott típusú beavatkozást az adott egészségügyi dolgozó az adott kórházban.

Az adott egészségügyi ellátó által végezhető beavatkozások minimális és maximális mennyiségének meghatározásán túlmenően szintén a kapacitásszabályozás bevett eszközeként alkalmazható, amikor az egészségpolitika szabályokat állít fel az egyes egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének időbeli vagy földrajzi kritériumaira vonatkozóan.⁴ A leggyakoribb példája ennek a módszernek, amikor előírják a sürgősségi ellátás adott időn belül történő teljesítésének követelményét az egészségügyi ellátók számára, amelyre példákat is láthatunk a szomszédos Szlovákia sürgősségi ellátásá-

nak esetében, valamint hasonló törekvést láthatunk Magyarországon az Országos Mentőszolgálat esetében is a mentőautók kikerzésének vonatkozásában meghatározott időbeli korlát tekintetében. A legtöbb modern állam egészségügyi ellátórendszerében szakmai és gazdaságossági szempontok alapján kiemelten és elkülönítetten szabályozzák a nagy költségigényű technológiák telepítésének, működtetésének engedélyezési rendjét, működésének sarokszámait éppúgy, mint az új egészségügyi szolgáltatók befogadásának feltételeit és eljárásrendjét. A fentiekben ismertetett kapacitásszabályozási eszközök és módszerek meghatározott kombinációjának alkalmazásával meggyőződésünk szerint kialakítható egy hatékony egészségügyi rendszer, meghatározható a lakossági szükségletek kielégítéséhez szükséges egészségügyi kapacitások mértéke, valamint megtervezhető a rendszerben működő egészségügyi intézmények száma és elhelyezkedése.

A nemzetközi viszonylatban ismert kapacitásszabályozási módszerek alkalmazása minden modern egészségügyi ellátórendszert működtető országban, így Magyarországon is megfigyelhető, azonban fejlődéstörténete elválaszthatatlan az adott ország társadalmi, politikai fejlődésétől. A magyar egészségügy a rendszerváltást megelőzően szovjet típusú (Szemaskó-féle) elvek alapján szerveződött, ennek eredményeként a rendszerváltásig egy szolidaritási elvű, társadalombiztosításon alapuló, kórházcentrikus, az akut fekvőbeteg-ellátásokat előtérbe helyező egészségügyi rendszer jött létre hazánkban. A rendszerváltást követően a nemzetgazdaság teherviselő képességének csökkenésével, az új egészségügyi technológiákban rejlő lehetőségek kiaknázása érdekében, valamint a lakosság elöregedéséből fakadó tendenciákra adandó válaszok keresésével összhangban előtérbe került az egészségügyi ellátórendszer kapacitások szabályozásának kérdésköre. A magyar egészségügyi kapacitások szabályozásának tárgykörében az Országgyűlés több alkalommal alkotott törvényt, amelyek fókuszpontjában az egészségügyi terület leginkább költségigényes terület, a fekvőbeteg-szakellátás kapacitásainak meghatározása található. Az elmúlt évtizedekben sajnálatos módon olyan kapacitásszabályozási módszertan, illetőleg jogszabály nem látott napvilágot, amelynek eredményeként az egészségügyi kapacitások minden területre (alapellátás, járó- és fekvőbeteg-szakellátás) kiterjedő, integráns tervezése valósult volna meg. Tanulmányunkban szeretnénk bemutatni egyfelől a kapacitásszabályozás leggyakrabban alkalmazott nemzetközi gyakorlatát másfelől a magyar egészségügyi rendszerben a kapacitásszabályozás jogszabályi hátterének fejlődéstörténetét a rendszerváltást követően egészen napjainkig.

2.3. A kapacitásszabályozás nemzetközi gyakorlata

Az egészségügyi kapacitások szabályozására alkalmazott módszerek az őket alkalmazó országok hagyományaitól, társadalmi és földrajzi felépítésétől, gazdasági teherviselő képességétől függően rendkívül eltérőek lehetnek. A fejezetben olyan országok kapacitásszabályozási rendszerét tekintettük át, amelyek hasonló történelmi hagyományokkal, földrajzi elhelyezkedéssel rendelkeznek, hasonló a társadalmi, politikai rendszerük, gazdasági fejlettségű és egészségügyi rendszereik eredményessége sem tér el lényegesen egymástól. A górcső alá vett 4 az Európai Unió egymással szomszédos, azonos kultúrkörben található országai ország (Németország, Franciaország, Olaszország és Hollandia) mellett az euró atlanti térség vonatkozásában bemutatásra kerül Kanada egészségügyi kapacitásszabályozási rendszere. A bemutatott országok gazdasági szerepük a világ gazdaságban is meghatározó, egészségügy rendszereik az Unió élvonalába tartoznak a Health Consumer Powerhouse (HCP) által készített Euro Health Consumer Index (EHCI) alapján. Elsődleges forrásaink Ettetl és munkatársai⁵, valamint más hazai tanulmányok⁶ voltak.

2.3.1. Németország

A német egészségügyi rendszert a szolidaritáson alapuló, kötelező társadalombiztosítás finanszírozza, amely a munkaadók és a munkavállalók járulékaiban alapul. A biztosítottak szabadon választhatnak fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatót és elvileg egészségbiztosítási pénztárat is.^{7, 8, 9, 10, 11} A kórházak tulajdonosai és fenntartói többfélék, az államtól a profitorientált magán-szolgáltatókig, beleértve a jótékonyági, illetve vallási szervezeteket is. Az állami és magántulajdonú kórházak fenntartható finanszírozásának kérdése Németországban is komoly szakmapolitikai viták zajlanak.^{12, 13}

A kapacitástervezés és annak felelőssége az egészségügyi szektorban megoszlik a szövetségi kormányzat, a tartományok és más testületi szereplők között a Szociális Törvénykönyvben (Sozialgesetzbuch) meghatározott keretek között. A központi kapacitástervezés ritka, a legtöbb tervezési tevékenység tartományi szinten kapott helyet. A tervezési tevékenység a kórházi szektorban a legmeghatározóbb, míg a járóbeteg-szakellátás általában nem tárgya a tervezésnek. 2012-től az ellátási struktúra átalakításáról szóló törvény kialakítja az ún. speciális ambuláns szakorvosi ellátási szintet a lakosság területeken átívelő ambuláns orvosi ellátás biztosítása

céljából, amivel a növekvő orvoshiányra és a demográfiai változásokra kívánnak reagálni.¹⁴

A szövetségi kormányzat meghatározza az átfogó törvényi kereteket. A legmagasabb döntéshozatali fórum a Szövetségi Közös Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss), amely meghatározza az egyes beavatkozások minimális volumenét, amelyet minden államilag finanszírozott kórházban biztosítani kell. A szövetségi szabályozás alapján a kórházi kapacitástervezés felelőssége a tartományokat terheli. Az 1972. évi Szövetségi Kórház Finanszírozási Törvény értelmében minden tartományban biztosítani kell a kórházi terv alapján területileg hozzá tartozó összes kórház pénzügyi fenntarthatóságát, valamint azt, hogy az ellátók által nyújtott kórházi szolgáltatások elfogadható költségek mellett megfeleljenek a lakosság igényeinek. A Szövetségi Kórház Finanszírozási Törvény által bevezetett „kettős finanszírozás” alapelveként értelmében a fekvőbeteg-ellátás beruházásainak költségeit a szövetségi kormányzat és a tartományok biztosítják, azonban a működési költségeket az egészségbiztosítási pénztárak biztosítják, vagy a magánbetegek fizetik meg, amelyet részükre a magán egészségbiztosítási pénztárak visszatérítenek.

A szövetségi szabályozás keretein belül minden tartomány kialakít egy kórház szabályozási keretrendszert, amely tartalmaz egy tartomány specifikus kórházi szabályozást, egy kórházi tervet és egy fejlesztési programot. A kórházi ellátás szereplőinek általában aktív szerepük van a kórházi kapacitástervezési folyamatban, ezért a tervezés összetett és hosszú tárgyalások eredménye a tartományi hatóságok, a kórházak társulásai, az egészségbiztosítási pénztárak, az orvosok és a magán egészségbiztosítási pénztárak képviselői között.

A kórházi kapacitások tervezése Németországban tartományonként eltérő módon valósul meg, jelen fejezetben az Észak-Rajna-Vesztfália tartomány szabályozását mutatjuk be. Az 1998-ban elfogadott Kórházi Törvény határozza meg a tartomány kórházfejlesztési tervének jellegét és területét, a kórházak státuszát és tervezett fejlesztését, valamint az ellátók képességeit a lakosság igényein alapuló, hozzáférhető és hatékony ellátás biztosítására.¹⁵ A tartomány Egészségügyi Minisztériuma felelős a kórházi tervek kidolgozásáért, amelyet két évente felülvizsgálják.¹⁶ A tartományi kórházi terv megállapítja a kórházi tervezés irányelveit, meghatározza a prioritizált területeket és fejlesztési modelleket, körvonalazza az általános tervezési alapelvek jogszabályi alapjait a kórházi ellátás valamennyi területére. A keretrendszer meghatározza a mennyiségi mutatókat, mint a regionális elosztás, a kórházi felvételek száma, az ágykihasználtsági mutatók, a benntartózkodás időtartama, mint a kórházi ágyszám meghatározásának alapjait.

A tervezési koncepció magába foglalja a Hill–Burton-formula alkalmazását, amely az ágyszámok meghatározására szolgál, minden egyes szakterületen a következők szerint: $(\text{lakosság} \times \text{felvételi/belépési arány} \times \text{átlagos benntartózkodási idő} \times 100) / (\text{ágykihasználtsági arány} \times 100 \times 365)$. A Hill–Burton-formula érvényes a kórházi tervezés legtöbb területére, kivéve néhány különleges és drága kezelést, mint például a speciális perinatális és szülészeti ellátások, illetőleg a szerv- és csontvelő-transzplantáció. A kórházi terv is részletezi a szolgáltatók szervezeti felépítését, meghatározza az együttműködés feltételeit egészségügyi és szociális terület között. A kórházak egy hivatalos értesítést kapnak a tartományi adminisztrációtól arról, hogy benne vannak-e a kórházi tervben. Az értesítés meghatározza a szakterületenként szükséges ágyszámokat és kezelési kapacitásokat, valamint azon szolgáltatások skáláját, amelyeket a kórház köteles biztosítani, beleértve a kórház oktatási és gyakorlati kötelezettségeit. A kórház hivatalosan kifogással élhet az értesítésben szereplő feltételekkel szemben, de ha ezzel nem él, akkor az abban foglalt feltételek kötelező érvényűek. Az értesítés alapján a tartománytól finanszírozás igényelhető a szükséges beruházásokhoz.

2.3.2. Franciaország

A francia egészségügyi rendszert a társadalombiztosítás finanszírozza (Securité Sociale), amely kiterjed minden állampolgára. Az egészségügyben állami és a magán-szolgáltatók is nyújtanak egészségügyi szolgáltatásokat, ennek megfelelően a kórházak állami vagy magán tulajdonban is lehetnek.^{17, 18, 19}

Az egészségügyi kapacitások tervezésének feladatait és felelősségét a kormányzat megosztja az Egészségügyi Minisztérium és a regionális egészségügyi hatóságok között (agences régionales d'hospitalisation). Az egyeztetési folyamatba bevonva más szereplőket, mint a magán és állami kórházak szövetségeinek, a szakmai szervezeteknek, egészségbiztosítási alapoknak és a betegeknek a képviselői. Az Egészségügyi Minisztériumnak a folyamatban irányító szerepe van, azáltal, hogy létrehozza az egészségügyi szolgáltatások azon jegyzékét, amelyet a régiók kötelesek biztosítani, megelőzve azon aggodalmakat, hogy a tervezés során fennálló decentralizáció növelheti a regionális egyenlőtlenségeket. A jegyzék az igények országos szintű becslésén, valamint az országos szakmai és egészségpolitikai prioritásokon alapul. A regionális egészségügyi konferenciák (conférences régionales de santé) résztvevői meghatározzák a regionális egészségügyi szükségleteket, meghatározzák

a megvalósítási stratégiák regionális prioritásait, és ezen konferenciák eredményeit beillesztik a regionális tervezési eljárásba az országos egészségügyi konferencia tájékoztatásán keresztül. Az aktuális stratégia végrehajtása a Regionális Egészségügyi Stratégiai Terven (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) keresztül történik, amelyet a regionális egészségügyi hatóságok alakítanak ki. Ez a legfontosabb eszköz a regionális tervezésben; és főként a fekvőbeteg ellátási kapacitások tervezésére, valamint a nagy költségigényű kezelésekre és technológiákra koncentrál. A tervben kidolgozzák az egészségügyi ellátás átfogó stratégiai céljait, meghatározzák a prioritásokat, a mennyiségi célokat és az egészségügyi intézmények eloszlását egy régióon belül. A Regionális Egészségügyi Stratégiai Tervek magukba foglalják az „Országos Egészségtudományi Térképet” (Carte Sanitaire). Az egészségügyi tudományi térkép az Egészségügyi Minisztérium mennyiségi tervező eszköze, amely arra szolgál, hogy minden egyes régiót egészségügyi ellátási szektorokra, valamint pszichiátriai szektorokra osszon fel, és normatív ágy/lakosság arányokat határozzanak meg a főbb diszciplínákhoz egy adott földrajzi területen belül. Az országos tervezési normatívákkal ellentétben, a regionális stratégiai egészségügyi terv célja, hogy a helyi lakosság igényeihez alkalmazkodva jobban átalakítsa az egészségügyi ellátást. A stratégiai tervben a regionális egészségügyi hatóságok, megbecsülik a lakosság egészségügyi ellátási igényét, a regionális egészségügyi ellátás igénybevételére vonatkozó, valamint demográfiai adatokból kiindulva, a mortalitásra és morbiditásra koncentrálva. Minden egyes régió statisztikai adatait analizálták, és összehasonlították azokat más régiók adataival, valamint figyelembe veszik a felkért független szakértők véleményét a jövőbeni igényekkel és technológiai változásokkal kapcsolatosan.²⁰ A regionális egészségügyi hatóságok felügyelik a legkisebb változásokat is a már meglévő kórházi infrastruktúrában, kivételt képez ez alól az új kórházak és a baleseti, sürgősségi központok létrehozása, amelyeket az Egészségügyi Minisztérium engedélyez.

A regionális stratégiai egészségügyi tervek kulcseszközök a kórházi tervezésben, hiszen meghatározzák az egészségügyi teljesítményeket és az egyes egészségügyi intézmények számát az adott régiókban az összes ellátási szakterület vonatkozásában. Meghatározzák továbbá az egyes ellátások volumenét olyan mutatószámokkal, mint a betegek száma, a helyszín, a kórházi tartózkodás hossza és az elvégzett beavatkozások. A tervezésen inkább a szolgáltatások volumenén alapul, mintsem az ágy/lakosság arányokon.

2.3.3. Olaszország

Olaszország egészségügyi ellátását az állami és regionális adóbevételekből finanszírozzák az állami egészségügyi szolgálaton keresztül (Servizio Sanitario Nazionale). A fiskális kiegyenlítő mechanikus lehetővé teszi az átvezetést a regionális alapokba, támogatva azokat, amelyek nem képesek a megfelelő finanszírozás előteremtésére. Az egészségügyi intézmények fenntartásának és finanszírozásának felelőssége a 19 önálló régióon és 2 autonóm területen nyugszik.^{21, 22, 23, 24, 25}

A regionális egészségügyi hatóságok meghatározzák azokat a jogi kereteket, amelyeken belül az egyes ellátók működnek, és ellenőrzik a működésüket a minőség- és a szolgáltatás nyújtásának hatékonysága szempontjából. Felelősek a lakosság egészségügyi szükségleteinek megállapításáért és a finanszírozáshoz szükséges és rendelkezésre álló erőforrások elosztásáért. A regionális alapok közötti elosztás egy komplex formulán alapul, amely figyelembe veszi a lakosság méretét, kor szerinti megosztását, megbetegedési mutatóit, azok régiók közötti hatásait, valamint az egészségügyi ellátások bekerülési költségeit. A régióon belüli helyi egészségügyi egységek (Aziende Sanitarie Locali, továbbiakban ASL) felelősek az egészségügyi szolgáltatások legtöbbször megvalósításáért.²⁶

Az egészségügyi ellátások tervezési feladatai megosztásra kerültek a központi kormányzat és a régiók között. Az Egészségügyi Minisztérium meghatározza az alapvető kereteket és a fejlesztések irányait egy hároméves országos egészségtervben, amelyet az Egészségügyi Tervezési Hivatal készít elő. Az alapsomag, amely az ország minden állampolgára számára elérhető, központi módon meghatározott és rendszeresen felülvizsgálta.²⁷ Az országos egészségterv meghatározza a nemzet egészség stratégiáját, az egészségügyi ellátás feltételeit, céljait és a beavatkozások indikátorait. Minden főbb célkitűzés le van bontva kisebb tervekbe, amelyek megvalósítását a regionális hatóságok végzik. Sok cél kapcsolódik egy speciális mennyiségi indikátorhoz. Az egyes régiók is javasolnak speciális témákat és stratégiákat, amelyeket beleépítenek az országos egészségtervbe, amely elfogadását követően köti a regionális egészségügyi intézeteket.

A regionális egészségügyi intézetek az országos egészségterv alapján készítik a regionális egészségterveket. A régiók az országos keretek határain belül a saját szükségleteik alapján szervezik meg az ellátásokat és határozzák meg a saját céljaikat. Gyakori aggodalom, hogy amióta nem minden országos célkitűzés megvalósítása kötelező, a regionális egészségügyi intézetek kiválasz-

tanak néhányat az országos egészségügyi célok közül, és csak azokat alkalmazzák a saját regionális szükségleteiknek és a politikai iránymutatásoknak megfelelően. Az ASL-ek és az önálló kórházak igénylik, hogy a stratégiai fejlesztési tervek összhangban legyenek a regionális egészségtervekben körvonalazódó célokkal. Az ASL-ek és a kórházak egyeztetnek a regionális egészségügyi intézettel, amely gondoskodik a szükséges fejlesztésekről, azért, hogy a stratégiai tervben meghatározott célok összhangban álljanak az elfogadott költségvetéssel.

A regionális egészségügyi intézetek tervezik meg a legfontosabb beruházásokat, a nagy költségigényű egészségügyi technológiákat és ágykapacitásokat. A kórházi kapacitások tervezése magában foglalja az akkreditált köz-, és magán szolgáltatók kapacitásainak tervezését. A regionális egészségügyi intézetek két kritérium alapján engedélyezik az új szolgáltatók akkreditációját: egyrészt a szervezés, az irányítás és a szolgáltatók technológiai infrastrukturális minőségének, valamint az egészségügyi szakemberek képességeinek és gyakorlatának értékelése, másrészt az új szolgáltatóknak a szerződött ellátási csomagon és az elfogadott költségvetés keretein belül a régió ellátási képességéhez történő hozzáadott értékének elemzése alapján.

2.3.4. Hollandia

A holland egészségügyi rendszerben a 2006-os reform óta minden állampolgár számára kötelező az egészségbiztosítási rendszerben való részvétel, minden állampolgár köteles arra, hogy egy alapvető szolgáltatásokat tartalmazó csomagot vásároljon egy magán egészségbiztosítási pénztártól. Ezen túlmenően az állampolgároknak lehetőségük van önkéntes alapon kiegészítő egészségügyi szolgáltatások vásárlására is. Az egészségügyi ellátást általában magán, for- és nonprofit szolgáltatók és multidiszciplináris járóbeteg-klinikák és független ellátó központok biztosítják az egészségügyi szektorban.^{28, 29, 30}

Hollandia a szabályozott egészségügyi ellátás piacának egy különleges típusát alakította ki, amelyben a kormányé a teljes felelősség az egészségügyi rendszer működtetéséért, azonban az egészségügyi ellátás megszervezését a piacra hagyja. A holland rendszerben a Kormány meghatározza a jogszabályi kereteket, azonban az egészségügyi ellátást érintő legtöbb döntés az érintettek között zajló tárgyalás eredménye, amelyben részt vesznek az egészségügyi szakma képviselői, a biztosítók és a betegek érintett szervezetei. A kormánynak lehetősége van felülbírálni a piaci szereplők döntéseit,

amennyiben az egészségügyi ellátó rendszerben hibát észlel. Az 1980-as évek közepe óta úgy tekintettek a kapacitástervezésre, mint ami gátolja a fejlesztéseket és az innovációt az egészségügyi szektorban. A kapacitástervezést fokozatosan felváltja a piacorientált megközelítés, előtérbe helyezve a piaci szabályozást, a hagyományos felülről lefelé történő tervezéssel szemben. Napjainkban az országos tervezés rendkívül korlátozott, csak néhány területre terjed ki. Az Egészségügyi Minisztériumnak a szabályozásban betöltött szerepe a közvetlen irányításról elmozdult a stratégiai irányelvek meghatározásának, a szabályozásnak és a felügyeletnek az irányába. Az Egészségügyi Minisztériumnak az egészségügyi kapacitástervezésben betöltött aktív részvételét felváltotta a teljesítményértékelés és a minőségbiztosítás, amelyet az Egészségügyi Felügyeleten (Inspectie voor de Gezondheidszorg) keresztül valósít meg.

Az Egészségügyi Ellátók Engedélyezéséről szóló 2006-os törvény kidolgozta a tervezés folyamatát, amely a regionális egészségügyi ellátó szervezetekre vonatkozik, amiktől elvárták, hogy az egészségbiztosítókkal együttműködve dolgozzák ki az akut kórházi ellátás terveit. A terveket ezután a kormánynak kellett jóváhagynia. A kórházfejlesztés és átalakítás az Egészségügyi Minisztérium engedélyéhez kötött és ez a folyamat egyre fontosabb szerepet játszik a fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmények szabályozásában. Az engedélyezési folyamatot egy egyeztetés követi, amelyen részt vesznek az érintett regionális szereplők. Minden beruházás a kórházi szektorban magánforrásból kerül finanszírozásra és általában az ellátóé a pénzügyi felelősség, ezért a kórházvezetők részletes üzleti terveket dolgoznak ki.

Az Egészségügyi Minisztériumnak és alárendelt szerveinek lehetőségük van a folyamatba beavatkozni, a gyakorlatban azonban ritkán élnek ezzel a lehetőséggel. Az egészségügyi technológiai fejlesztések nem központilag tervezettek, és kevés a korlátozás a kórházak esetében a nagy költségigényű technológiák beszerzésére vonatkozóan. A korlátozások egyike, hogy az olyan technológiákat, mint az új terápiák és gyógyszerek, engedélyeztetni kell az Egészségügyi Minisztériummal az állami finanszírozás megszerzése érdekében. Az engedély megszerzésében fontos szerepet játszik egy költséghatékonysági tanulmány, melyet az Egészségügyi Ellátás Finanszírozási Bizottság (College voor Zorgverzekeringen) készít.

A 2000. évi Speciális Egészségügyi Ellátások Törvénye esetében a Kormány még olyan központi szabályozást alkalmaz a szolgáltatásoknak és egészségügyi technikák tervezése során, amelyet korábban az egészségügyi szolgáltatások egészére vonatkozóan használt. A kór-

háznak szükségük van a minisztérium engedélyére olyan ellátások nyújtásához, mint a szerv- és szövetátültetés, a radioterápia, érsebészet és az in vitro megtermékenyítés.

2.3.5. Kanada

A kanadai egészségügyi rendszer sajátosan felépített 13 területi egységében (3 független terület és 10 tartomány) egyedileg meghatározott módon tartományi és regionális szinten is szabályozott. Az egészségügy finanszírozása társadalombiztosítási elveken alapszik, kiterjed az egész szövetségi állam területére, működését az 1984-es kanadai egészségügyi törvény szabályozza. A megfelelő színvonalú egészségügyi ellátás megszervezése az egyes tartományok felelőssége, figyelemmel a kanadai egészségügyi törvény rendelkezéseire. A szövetségi kormány az Egészségügyi Minisztériumon keresztül biztosítja az egészségügy működéséhez szükséges forrásokat a tartományoknak. A szövetségi kormányzat biztosítja a forrásokat a hadsereg, a veteránok, valamint a bevándorlók egészségügyi ellátását biztosító szolgáltatóknak, illetve támogatja az egész lakosság egészségét érintő tartományi fejlesztéseket és az egészségügyi kutatásokat.^{31, 32, 33}

Az egészségügyi ellátások és kapacitások tervezése nem csupán a 3 terület és a 10 tartomány feladata, ebben szerepet vállalnak a regionális egészségügy hatóságok és azok szervezeti egységei. Québec volt az első tartomány ahol a regionális egészségügyi hatóság bemutatásra került. Ez a decentralizációs folyamat magába foglalja az egészségügyi ágazat irányítási jogkörének átruházását a tartományi szinttől a regionális egészségügyi hatóságok szintjéig és a recentralizációt a szövetségi kormányzattól a regionális egészségügyi hatóságok felé a tervezési folyamatok tekintetében. A nemzeti egészségügyi program elkészítéséhez az összes tartomány és terület támogatása szükséges. A szövetségi kormányzat nem játszik kiemelt szerepet az egészségügyi kapacitások tervezésében. A nemzeti szintű egészségügyi kapacitás tervezési folyamat megkezdésére két évente kerül sor, egy olyan konferencián, amelyen részt vesznek a szövetségi, tartományi és területi egészségügyi miniszterek, valamint az egyes tartományi és területi kormányok mellett működő tanácsadó testületek és munkacsoportok, amelyek tanácsokkal látják el az egészségügyi döntéshozókat. A kapacitástervezési rendszerben széles jogkörökkel rendelkeznek az egyes tartományok és területek egészségügyi minisztériumai,

amelyek felelősségi körébe tartozik meghatározni átfogó irányítási módszereket, az egészségpolitikai prioritásokat és standardokat ez egészségügyi rendszerben, továbbá össze kell hangolniuk a kormányprogramokkal

Számtalan kezdeményezés indult annak érdekében, hogy a tartományi tervezési folyamat optimalizálásra kerülhessen, például az információ áramlás hatékonyságának, a rendszer szervezetségének és technológiai infrastruktúrájának fejlesztése vonatkozásában, azonban ezek közül a leglényegesebb a regionális egészségügyi hatóságok létrehozása és bevonása a folyamatba. A regionális egészségügyi hatóságok, mint autonóm egészségügyi ellátó szervezetek felelősek az egészségügyi ellátás igazgatásáért a meghatározott földrajzi régióban a tartományon vagy a területen belül. A regionális egészségügyi hatóságok tanácsadói tevékenységet látnak el a tartomány, illetve terület kormányzatának egészségügyi minisztere mellett, ellátják az egészségügyi ágazat szereplőinek képviselőit. A regionális egészségügyi hatóságok felelőssége a hatékony forrásallokáció, az egészségügyi kiadások monitorozása. A regionális egészségügyi hatóságok szerepe a kapacitástervezési folyamatban az ellátás folytonosságának és koordináltságának biztosítása az egészségügyi ellátást nyújtó szervezetek között az adott földrajzi területen belül.

A regionális egészségügyi hatóságoknak az egészségügyi kapacitástervezési döntéshozatalba játszott szerep tartományonként és területenként eltérő, vannak, ahol az adminisztratív és gazdasági mozgástér rendkívül korlátozott (Nova Scotia, Manitoba, Brit Columbia)³⁴, más tartományokban (Alberta, Saskatchewan, Prince Edward Island) a regionális egészségügyi hatóságok nagyobb autonómiával rendelkeznek. Az eltérő hatáskörökre magyarázatul szolgálhat, hogy a regionális egészségügyi hatóságok Kanada eltérő tartományaiban és területein különböző szerkezetben működnek, számuk tartományonként és területenként 5 és 18 között változik, míg az általuk lefedett populáció szintén változatos képet mutat, akár 1000 főtől csaknem 2 millió fő közötti mértékben. A regionális egészségügyi hatóságok hatásköre ugyancsak változó, azonban általánosságban elmondható, hogy a legtöbb regionális egészségügyi hatóság felelős a kórházi ellátás működéséért és ellenőrzéséért, a krónikus ellátás megszervezéséért és működéséért, a közösségi egészségügyi szolgáltatókért és a népegészségügyi programért. Ugyanakkor nem felelős az alapellátás, a gyógyszerfelírás és néhány olyan speciális egészségügyi szolgáltatás működéséért, amelyeket a tartományok és területek központilag alapítottak. A regionális egészségügyi hatóság hároméves

cselekvési tervet készít irányelvekkel és prioritásokkal az adott régiót érintően. Az egészségügyi tervezés a tartományi és területi regionális egészségügyi hatóságok által irányított, azonban a tervezés irányát az adott tartomány, illetve terület egészségügyi minisztériuma határozza meg, aki felel továbbá a tartományi és területi kormányzat elvárásait beépítse a tervezési folyamatba és a költségvetési tervekbe. A regionális egészségügyi hatóságok közreműködnek a kórházi ágyszámok meghatározásában, azonban azok végleges meghatározásában a tartományi és területi Egészségügyi Minisztériumoké a döntő szó. A regionális egészségügyi hatóság működéséhez szükséges költségvetést a tartományi és területi kormányzat biztosítja a szövetségi költségvetésen keresztül. A regionális egészségügyi hatóság meghatározza a prioritásokat és éves költségvetési tervet készít a tartományi és területi kormány számára, amely azt elfogadva beépíti a saját több éves költségvetési tervébe. A központi költségvetés közli az elvárásait, mielőtt a tartományi költségvetés számára finanszírozná az éves működéshez szükséges költségeket.

A tervezési folyamat a regionális egészségügyi hatóságok szintjén magába foglalja az egészségügyi szolgáltatást nyújtók érdekeinek és a szakmai szabályoknak való megfelelés követelményét, amelyet számos konzultációs folyamat tesz lehetővé. A kapacitástervezési eljárásban kialakított konzultációs folyamatban rész vesznek az egyetemek és az egészségügyi kutatóintézetek, valamint a magánszektor és a házi ápolást nyújtó szolgáltatók képviselői. Az egészségügyi szakma képviselőivel folytatott konzultációk elősegítik az egészségügyi szolgáltatások minőségének javítását, ezáltal is támogatva a tartományi és területi kormányzat minőségfejlesztési törekvéseit.

Általánosságban elmondható, hogy az olyan költséges technológiák beszerzése, mint a komputertomográf (CT) vagy a mágneses magrezonancia (MRI), főként a tartományi és területi kormányzat költségvetéséből történik, tehát a kormányok felelőssége biztosítani a megfelelő színvonalú diagnosztikus szolgáltatást a betegek számára. Ennek oka az, hogy az 1984-es Kanadai Kórház finanszírozási Törvény³⁵ óta, ugyanis egy kórház éves költségvetése általában limitált, és ezeknek a drága felszereléseknek a beszerzése csaknem mindegyikben jelentős deficitet okozna. Ugyanakkor ma már szinte minden kórháznak van karitatív alapítványa, amely a támogatásokból igyekszik fedezni az ilyen költséges technológiák beszerzését, valamint a tartományi egészségügyi miniszter is adhat rendkívüli anyagi hozzájárulást, de a fő követelményként a minisztérium elvárásai maradnak.

2.3.6. A nemzetközi tapasztalatok összegzése és azok hazai relevanciái

Az euro-atlanti integráció kiteljesedése az élet számos területén megfigyelhető. Az Európai Unió egyre gyakrabban kíván kialakítani egységes elvek alapján működő rendszereket a tagállamokban, azonban az egészségügyi ellátórendszerek felépítése továbbra is a tagállamok hatáskörében van, ezáltal lehetővé válik, hogy az országok hagyományainak, társadalmi felépítésének és gazdasági fejlettségének megfelelően alakuljanak, fejlődjenek. Szerencsére nincs ez másként az egészségügyi kapacitások szabályozásánál, illetőleg meghatározásánál sem, ezért egységesen működő kapacitákszabályozási rendszereket nem találtunk az egyes országokban, azonban számos tendencia megfigyelhető, amely az egészségügyi kapacitákszabályozás szempontjából releváns trendként fogható fel.

Az egyes államok egészségpolitikusai általában meghatároznak egy olyan alapellátási csomagot, amelyet minden állampolgár, illetőleg biztosított igénybe vehet, így teremtve meg a határvonalat a társadalombiztosítás és a kiegészítő biztosítók által nyújtható egészségügyi ellátások között – ezáltal szabályozza az egyes ellátások helyét, szerepét a lakosság egészségügyi ellátásában.

A fejezetben szereplő országok kapacitákszabályozási gyakorlatát megvizsgálva megállapítható, hogy egyre nagyobb hangsúlyt kap a tervezési folyamat során a decentralizáció, annak ellenére, hogy nem minden ország történelmi hagyományaira vezethető vissza a regionalizáció. Az egészségügyi kapacitások tervezése a legtöbb nemzetközi gyakorlatban központi kormányzati szintről átkerül a régiók (tartományok) szintjére. A legtöbb ország egészségpolitikai döntéshozói a regionális elem bevezetésétől várják, hogy az egészségügyi kapacitákszabályozásra vonatkozó döntéshozatal ezáltal jobban alkalmazkodik a helyi szükségletekhez, növekszik a kapacitákszabályozás folyamatában érintettek közötti párbeszéd hatékonysága, és gazdaságilag is kiegyensúlyozottabbá válik a rendszer működése. A hazai egészségpolitikusok szintén jelentős szerepet szántak az adott kapacitákszabályozási eljárás módszertanában szereplő megyei, regionális, nagytérégi szereplők bevonásával elkészülő kapacitásterveknek, azonban az ebben rejlő lehetőségeket sajnálatos módon ez idáig nem tudtuk kihasználni maradéktalanul.

Érdekes jelenség, hogy a regionális szereplők bevonásának trendjével ellentétben megfigyelhető, hogy a központi kormányzat egyes nagy költségigényű te-

rületek befogadóképességének meghatározását és új egészségügyi eljárások és szolgáltatók befogadásának rendjét saját hatáskörben tartja fent, az általános kapacitásszabályozási eljárásen kívül kezeli, esetlegesen önálló jogszabályt alkot ezen területek és szolgáltatások egészségügyi kapacitásainak szabályozására. Néhány ország esetében megfigyelhető, hogy olyan nagyságokat is eltérő módon kezelnek, amelyek költségvonzatuk tekintetében nem tekinthetők a fentiekben rögzített területekhez, azonban mégis kikerültek az általános egészségügyi kapacitásszabályozási eljárás hatálya alól. Példaként említhető a Franciaország és Németország esetében megfigyelhető eljárás, hogy az egészségügyi befogadóképességek szabályozása során elkülönítetten kezelik a pszichiátriai terület kapacitásainak meghatározását. Azonban meglátásunk szerint, amennyiben erre vonatkozóan más szakmapolitikai érvek nem teszik szükségessé ezen területek kiemelését a generális kapacitásszabályozásból, abban az esetben nem szerencsés ennek a módszertannak az alkalmazása, mert veszélyeztetheti a kapacitásszabályozási rendszer konvergenciáját.

Az egyes országok az egészségügyi befogadóképesség meghatározása során gyakran alkalmaznak módszertanilag megalapozott matematikai képleteket, amelyek egyértelmű célja az, hogy objektívebbé tegyék a tervezést, szűkítsék a politikai és szakmai lobbik érvényesülésének lehetőségeit az egészségügyi ellátórendszer teherbírásának meghatározása során. Általánosságban elmondható, hogy a kapacitásszabályozási eljárás során alkalmazott képlet figyelembe veheti az átlagos kórházi benttartózkodási időt, az ellátásban részt vevők számát és az ágykihasználtsági mutatókat, mint Németország esetében. A kapacitásszabályozási eljárás során alkalmazott képletekben kiindulásként leggyakrabban demográfiai, morbiditási és mortalitási adatok szerepelnek, amint azt láthattuk Franciaország esetében, attól függően, hogy a szükségletek vagy a ténylegesen nyújtott ellátások oldaláról közelítjük meg a kapacitásszabályozás kérdéskörét.

Az egészségügyi ellátórendszer kapacitásaira vonatkozó nemzetközi szabályozások módszertanából kitűnik, hogy a legtöbb ország egészségügyi ellátórendszere és annak döntéshozói szoros kontroll alatt tartják az új szolgáltatók, új technológiák befogadásának eljárásrendjét. A kapacitásszabályozás egyik eszköze egy átlátható, koherens, központosított befogadáspolitikai, amelyek kialakítása, hatékonyabbá tétele meglátásunk szerint hazánk esetében sem megkerülhető, az egészségügyi reformtörekvések folyamatosan visszatérő elemeként szerepel. Elmondható, hogy az egészségügyben alkalmazott proaktív kapacitásszabályozás elé megy az új szolgáltatók

befogadásából és az új technológiák alkalmazásából fakadó kihívásoknak, és már a tervezési eljárás során figyelembe veszi a jövőbeni igények és technológiai változások hatásait, amelynek eklatáns példáját láthatjuk ezen tárgykörben a francia kapacitásszabályozási rendszer működésében. Hazánk esetében – figyelembe véve a francia tapasztalatokat – egy független, szakmailag elfogadott testület javaslataira lehetne támaszkodni ezekben a kérdésekben, amely tevékenység ellátására alkalmas lehet akár a szakterületileg releváns szakmai kollégium is. Az új intézmények alapításához szükséges engedélyek megadása és a támogatási rendszerbe történő befogadás központi, illetve nagytérsegi szinten valósulhatna meg, ahol a legfontosabb döntési szempont az adott régió egészségügyi ellátásának hozzáadott értéke lenne, ennek példáját a holland rendszer szolgáltatja.

A hazai és a nemzetközi kapacitásszabályozás méltatlanul elhanyagolt területe az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás kapacitásainak integráns szabályozása, lehetőség szerint összhangban a fekvőbeteg-szakellátás kapacitásainak szabályozásával. Amíg a legtöbb ország kiterjedt szabályozással rendelkezik a fekvőbeteg-ellátás területén, addig a járóbeteg-ellátás szabályozására jobbra csak Németország esetében látunk példát. A Németország által alkalmazott módszertan egyszerűen kivitelezhető, mert ebben az esetben csupán a járóbeteg-szakellátást nyújtó orvosok számát korlátozzák, így gyakorolva kontrollt a terület felett, azonban az alapellátás kapacitásait is magába foglaló integráns tervezés itt sem valósul meg. Az egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak tervezése nem szemlélhető önmagában, hanem szoros kapcsolatban áll az egészségügyi finanszírozási rendszerrel és az abban rejlő korlátozásokkal, és nem választható el a szociális ellátórendszer kapacitásainak tervezésétől. Hazánkban is megfigyelhető, hogy a szociális ellátórendszer elégtelenségéből fakadó ellátotti igények az egészségügyi ellátások kapacitásait terhelik indokolatlanul, amely probléma megoldható a két rendszer közös tervezésével és monitorozásával, amelyre szintén Németország esetében találunk példákat.

A kapacitásszabályozás kérdése a nemzetközi irodalomban már nem csupán országos egészségpolitikai szinten jelenik meg, hanem az egyes orvosszakmai területek is összehasonlító kutatásokat végeznek. Érdekes kérdéseket vetett fel a kapacitásszabályozás tekintetében az átmenetileg megnövekedett egészségügyi szükségletek (pl. influenzapandémia) kezelése.³⁶ Ausztrál kutatások kimutatták, hogy a kórházi ágyszámok csökkenésében szignifikáns szerepet játszanak az olyan speciális ellátási formák, mint az egynapos sebészet vagy a rövidebb átlagos kórházi ápolási idő is.³⁷

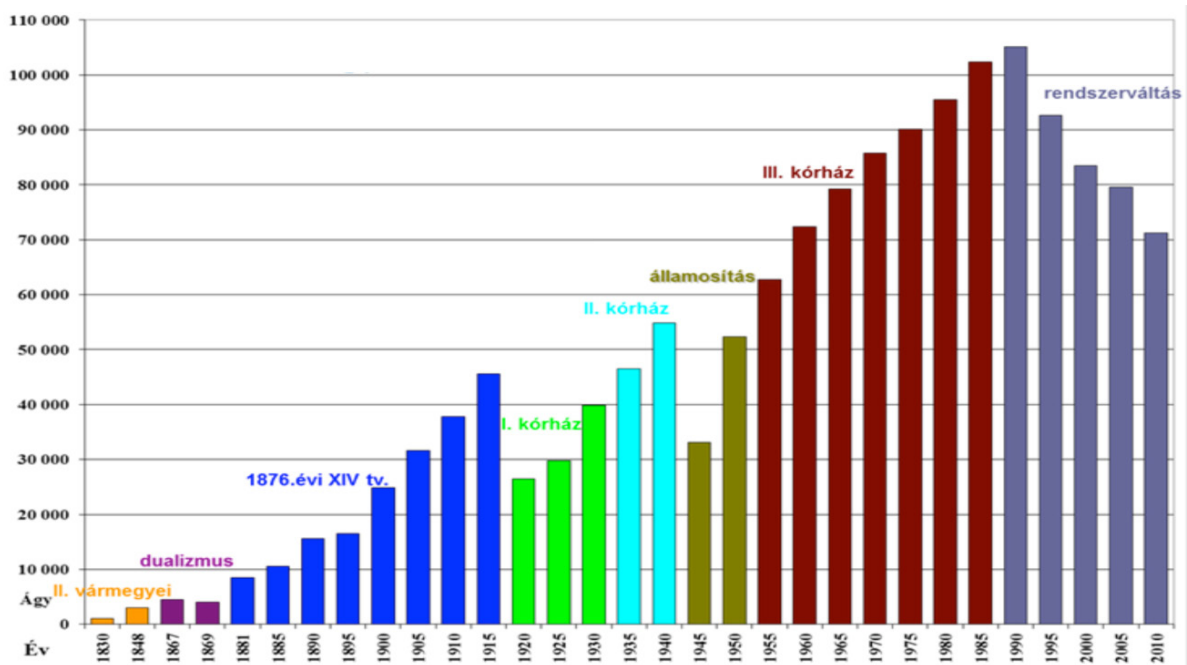
2.4. A hazai kórházi struktúra fejlődésének történelmi áttekintése

A magyar kórházügyben zajló folyamatok áttekintéséhez elengedhetetlenül szükséges, hogy áttekintsük a hazai kórházi ellátórendszer fejlődéstörténetét taglaló szakirodalmat^{38, 39, 40, 41}, figyelemmel azokra, amelyek a kórházi kapacitások szempontjából lényegesnek tekinthetők.

A kórházügy történetisége a honfoglalást követően kezdődött, amikor a nyugati kereszténység felvételével egy időben hazánkba érkező szerzetesrendek tevékenységük során kialakították a hazai ispotályok rendszerét, amelyeknek elsődleges szerepe még nem a gyógyítás, hanem a szegényellátás volt. A korabeli ispotályok fejlődését alapvetően meghatározták a zarándokutak, az olyan jelentősebb hadi események, mint például a tartárdúlás, valamint egyes fertőző betegségek, mint a lepra. A nyugati betegápoló lovagrendek késői megjelenését követően sokáig megtartották jelentőségüket az ispotályok alapításában.^{42, 43} Hazánkban a városi ispotályok fejlődése is később és lassabb ütemben ment végbe, mint Nyugat-Európában. A török hódoltság időszaka is jelentősen átformálta a hazai kórházügyet, egyfelől számos ispotály megsemmisült, másfelől a felszabadító hadjáratok során alakult ki a katonai kórházak rendszere. Ebben az időszakban erősödött meg, főként a Felvidéken, az egyházak és a polgári betegápoló rendek szerepe a kórházügyben.^{44, 45}

A felvilágosult abszolutizmusban, Mária Terézia uralkodásának időszakában átteődik a hangsúly az ispotályokban a szegénygondozásról a betegellátásra. Mária Terézia 1756-ban országos alapot hozott létre, megteremtve a vagyoni alapját az első vármegyei kórházépítési programnak. Az ispotályok száma a századfordulón 34 közül lehetett, nagyjából 1 590 fő befogadására alkalmas ágysszámmal. Kiemelendő, hogy 1770-ben megszületett hazánk első, az egészségügyet átfogó módon rendező jogszabálya, a „Generale Normativum in Re Sanitatis”, amely az orvosok végzettségének elfogadhatóságára vonatkozó szabályaival az első kapacitákszabályozási elemeket is magába foglalta.⁴⁶ Az 1840-es években a Helytartótanács elindítja a II. vármegyei kórházépítési programot, és a 1848–49-es szabadságharc is új elemekkel gazdagítja a kórházak fejlődését, ennek eredményeként a kiegyezés évében 46 kórház, 4 684 ágyon várja a betegeket.

Megszületett a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk, amely meghatározta a kórházakra vonatkozó minimumfeltételeket, továbbá megteremtette a kórházfejlesztés kiszámítható jogi alapjait. A törvénycikk hatására intenzív kórházépítési hullám bontakozott ki, amelynek eredményeként 1915-re 427 kórház állt a betegek rendelkezésére, a kórházi ágyak száma ugyanezen időtartam alatt 45 590-re, azaz több mint 11-szeresére emelkedett.⁴⁷ Sajnálatos módon az I. világháborút lezáró trianoni békeszerződés a kórházügy területére is kihatott, az ország elveszítette kórházainak közel 60%-át, 1920-ban mindösszesen 183 kórházban 26 451 kórházi ágy állt a betegek rendelkezésére. A rend-



2.1. ábra. A kórházi ágyak számának változása 1830 és 2010 között Magyarországon³⁹

kívül súlyos kórházügyi helyzet rendezésére elindult a II. kórházépítési program, amelynek eredményeként 1935-re a kórházak száma 291-re, míg a kórházi ágyak száma 46 459-re emelkedett. Az 1938–40 között lezajlott területi visszacsatolások után a hazai kórházak száma 38-cal növekedett, a kórházi férőhelyek számának emelkedése elérte a 13 000-et. Az 1939-es állapot szerint az ország mindösszesen 304 gyógyintézettel és 46 922 betegágygal rendelkezett, amelyek közül 10 134 betegágy 54 magánkórházhoz tartozott.

A II. világháború végére a kórházi ágyak közel kétharmada elpusztult, megközelítőleg 28 000 betegágy maradt használható állapotban.⁴⁸ A háborút követően a szocialista elvekkel összhangban indult meg az egységes szemléletű, államilag fenntartott és irányított kórházi ellátórendszer kialakítása. Megjelenik a hazai kórházügyi fejlődésében újabb mérföldkövének számító jogszabály, az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény. A lakosság ellátásához szükséges kórházi kapacitások megteremtése érdekében rendkívül intenzív ágyszám-növelés kezdődött meg, amelyet nem követett a kórházi infrastruktúra arányos fejlesztése. A létrejött torz, túlsúlyfolt és a XX. század követelményeinek nem megfelelő kórházi infrastruktúra ellensúlyozására 1960-ban megindult a III. kórházépítési program,⁴⁹ így az 1950-ben rendelkezésre álló 52 326 kórházi ágy helyett a rendszerváltáskor 148 kórház és 105 197 kórházi ágy található az ország területén.

A 2.1. ábrán is jól érzékelhető, hogy a rendszerváltás után teljesen eltérő irányvonalat vett a kórházügyi fejlődése a korábbi szocialista időszakhoz képest. A két időszakban egészen eltérő kapacitásszabályozási elvrendszer és jogtechnikai felfogás volt érvényben. Míg a szocialista időszakban a kórházi ellátórendszer rendelkezésre álló infrastruktúráját meghaladó intenzitású kórházi ágyszámok növekedésből fakadó kihívások kezelése volt a meghatározó, addig a rendszerváltást követően a kapacitásszabályozás fókuszpontjába a nyugati trendeknek megfelelően a kórházi ágyszámok csökkentése és belső arányainak újrastrukturálása áll. A rendszerváltás után a hazai kórházaknak fel kellett készülni az egészségügy rendelkezésére álló források racionalizálásából fakadó kihívások kezelésére, az idősödő társadalom új típusú szükségleteiből fakadó aktív és krónikus kapacitások átstrukturálásának szükségességére, valamint a modern technológiákból eredő kapacitási igények változására. A rendszerváltásig elmondható volt, hogy a kórházi ágyak száma folyamatos emelkedést mutatott. A folyamatos dinamikus emelkedés mögött ambiciózus, államilag támogatott kórházfejlesztési programok álltak. A kórházi kapacitások korlátozására vonatkozó szabályo-

zás és az állam, csupán az infrastruktúrára és a személyi állományra vonatkozó feltételek meghatározásával és a kórházak fejlesztésének és működésének, anyagi dimenzióinak jogszabályi szintű deklarálásával avatkozik be a kórházi struktúra alakulásába, valamint a kórházak számának és kapacitásainak fejlődésébe. Áttekintve a rendelkezésre álló adatokat, figyelemmel a történelmi előzményekre, megállapítható, hogy a hazai kórházak, kórházi ágyak számának csökkenése mögött a két világháború pusztításai és az azokat lezáró békeszerződések következményei álltak. Ezekről az eseményekről eltekintve a kórházak és a kórházi ágyszámok folyamatos növekedést mutatnak, amelynek dinamikája az egyes periódusokban eltérő lehet, azonban trendjük minden esetben azonos. A rendszerváltást követően azonban a kórházi ágyszámok tekintetében, hasonlóan az európai trendekhez, még akkor is, ha időben egy kissé elcsúsztatva, egy jelentős kórházi ágyszámcsökkenés és újrastrukturálódási folyamat zajlott le a magyar egészségügyben. A folyamat eredményeként 2010-ben 71 216 kórházi ágy található Magyarországon, amely közel az 1960-as ágyszámoknak felel meg. Természetesen ezen folyamat nem szükségszerűen zajlott le az érintett felek gyakorlatias belátásából, szükség volt hozzá, hogy az állam, a folyamat katalizátoraként, azt jogszabályi keretek közé szorítva és más finanszírozási ösztönzőkkel támogatva elősegítse, illetve kikényszerítse az egészségügy szereplőiből. Az állam által meghatározott kapacitáscélok elérése érdekében alkalmazott módszereket és vonatkozó jogszabályokat a következőkben kívánjuk bemutatni.

2.5. Az egészségügyi kapacitások hazai szabályozása

A hazai egészségügyi kapacitásszabályozás során alkalmazott módszerek ismertetéséhez a hazai egészségügy rendszerváltás utáni periódusának meghatározó kapacitásszabályozási jogszabályait tekintettük át.^{50, 51, 52} Az áttekintés során kiemelt figyelmet fordítunk arra, hogy a fekvőbeteg-szakellátás befogadóképességének vonatkozásában a szabályozás milyen hatást gyakorolt a kórházi ágyszámokra, az akut és krónikus ágyszámok arányának változására. A fejezet vonatkozó része bemutatja az egyeztetési folyamat színterét, az egyeztetésben résztvevőket, valamint az esetleges döntésképtelenség esetén döntéshozásra jogosultakat, ahol ezek a tényezők relevánsak a kapacitásszabályozás módszertani elemeinek ismertetéséhez. A kapacitásszabályozás főként az aktív és krónikus ellátásra gyakorolt hatásokra fóku-

szál, azonban vizsgáljuk, hogy az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás kapacitásait érintik-e a jogszabályokban meghatározott változások, integráns tervezési elemek fellelhetők-e a szabályozásban az egészségügyi és szociális szakterület nagyságának vonatkozásában. A hazai fekvőbeteg-ellátás befogadóképességének szabályozását összefoglaló munkák közül számos foglalkozik a hazai kapacitákszabályozással, amelyek közül a lábjegyzetben (irodalomban) jelletteket vettünk alapul jelen fejezet elkészítéséhez.^{53, 54, 55}

2.5.1. Az 1996-os ágyszám-törvény

Az Országgyűlés az akkori Alkotmány 70/D § (2) bekezdésében foglalt, az egészségügyi ellátások megszervezésével kapcsolatos állami kötelezettség alapján, kapacitáslekötési megállapodási kötelezettséget ír elő az egészségügyi intézmények fenntartói, valamint az egészségügy működéséhez szükséges finanszírozást biztosító egészségbiztosítási szervek részére a működési engedéllyel rendelkező fekvőbeteg egészségügyi intézményekben történő, a szakmai szabályok szerinti ellátások biztosítására. A jogszabály szerint a fenntartónak biztosítja az intézmény működéséhez szükséges feltételeket, és felelős az érintett terület lakosságának ellátásért, míg az egészségbiztosítási szerv felel a kapacitások kellő időben történő lekötéséért.

A kötelezően finanszírozandó kapacitások vonatkozásában a háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálaton túl a jogszabály a kapacitákszabályozás alapegységeiként a járóbeteg-szakellátásban szakrendelési összes óraszámokat, a fekvőbeteg-szakellátásban pedig ágyszámokat határoz meg. A kórházi ágyszámok esetében megfigyelhető, hogy az egészségügyi technológiák fejlődésével, az egynapos sebészeti ellátások elterjedésével a kórházi ágyszámok jelentősége szakmai szempontból folyamatosan csökken, hiszen annak eldöntése, hogy az adott beteg egészségi állapota fekvőbeteg-ellátást tesz szükségessé, vagy egynapos sebészeti beavatkozást igényel, egy vékony határvonalon táncol. Ennek ellenére a politikai döntéshozók és a közvélemény nézőpontját erőteljesen meghatározza a kórházi ágyak száma, és különösen érzékenyen reagál azok csökkentésére, esetlegesen az egészségügyi ellátó intézmény bezárására.

A tisztánlátást az is nehezíti, hogy hiányzik a fent felsorolt kapacitásértékek pontos definíciója, ezen definíciók hiánya a későbbiek során, a technikai eszközök fejlődése miatt burkolt kapacitásnövelések kiindulópontjává válik. A fentiekre vonatkozó példaként szolgálhat, hogy kapacitásbővülést eredményezhet, amikor a laborató-

riumi szakterületen az eredeti óraszám terhére olyan modern gép kerül alkalmazásra, mely az eredeti vizsgálati mennyiség többszörösét képes elvégezni az adott időegység alatt, hiszen ez a mennyiségi növekedés a rendelkezésre álló kapacitáskeresetet szolgáltatók közötti elosztásának arányát változtatja meg. A kapacitások meghatározása során figyelembe veszi a jogalkotó a járóbeteg- és a fekvőbeteg-szakellátás kapacitásait megyei szinten, azonban a reflektál az országos, regionális feladatok ellátásához szükséges kapacitásigényekre is, ennek hiányában a regionális és országos jelentőségű intézmények működése lehetetlenülne el.

A járóbeteg-szakellátás vonatkozásában a törvény nem alkalmaz módszertani elemeket a megyei kapacitás meghatározásához, hanem kiinduló alapként kezeli a hatályba lépés napján az egészségügyi intézmények által teljesített szakrendelési óraszámokat, de azokat heti szinten tízezer lakosra vetítve maximalizálja. Amennyiben az adott megyében a kapacitások nem érik el a tízezer lakosra előírt kapacitásmértéket, abban az esetben az érintett fenntartók felajánlásai alapján a szakrendelési óraszámok megemelhethők, azonban a túlzott volumenű kapacitásnövekedés elkerülése érdekében a jogalkotó egy 10%-os féket épített a rendszerbe.

Rendkívül előremutató szakmai szempontból, hogy a fekvőbeteg-szakellátás kapacitásainak meghatározására a törvény egy jól kidolgozott, precíz módszertani fejezetet tartalmaz, amely egy matematikai képlet segítségével határozza meg a fekvőbeteg-ellátás ágyszámait. A képlet konstansként tartalmazza a tízezer lakosra jutó kórházi ágyak számát, amely ágyszámokban évek során előre rögzített értékű, fokozatos ágyszámcsökkentést irányoz elő. Ennek értelmében, az 1996-os esztendőben a tízezer lakosra rendelkezésre álló 52 ágyról öt év alatt, azaz 2000-ig 49 ágyra kell lecsökkenteni a tízezer lakosra jutó ágyszámot. A képlet másik eleme a krónikus ágyak számánál 0,5-ös szorzószám figyelembevételét teszi lehetővé, annak érdekében, hogy az akut és krónikus ágyszámok arányait a krónikus ágyak irányába mozdítsa el, ellensúlyozva a fennálló, egészségtelen akut-krónikus ágyszám arányokat. A képlet további elemei figyelembe veszik az adott megye egészségügyi, szociális ellátásának főbb mutatóit illetve bizonyos demográfiai és társadalmi tényezőket. Szakmai szempontból elgondolkodtató, hogy a képlet nagyon helyesen figyelembe veszi többek között az adott megyében várható átlagos élettartamot, a standardizált halálozási hányadost, sőt a közcsatorna-hálózatba bekötött lakások számát és a munkanélküliek arányát is, amely tényezők bizonyítottan hatást gyakorolnak a lakosság egészségi állapotára, és így az egészségügyi ellátórendszer struktúrájára is.

Ellenben nem tartalmaz morbiditási adatokat, amelyek figyelembe vétele véleményünk szerint az egészségügyi kapacitások tervezése során elsősorban meg kellene történni, amit nemcsak az egyéni nézőpontunk, hanem a nemzetközi gyakorlat is alátámaszt. A jogszabály a képlet segítségével meghatározott megyei ágyszámok szakmák szerinti megosztásának kereteit külön táblázatban rögzíti.

A törvény egyik előnye, hogy kiemelten foglalkozik az országos, regionális és speciális feladatokból fakadó kapacitásigény meghatározásával. Egyfelől megyénként külön ágyszámokat különít el részükre, másfelől taxatív felsorolja az országos és regionális feladatok ellátására javasolt intézményeket, így létrehozza a kiemelt kórházak listáját. Ezzel olyan ellátásokra kíván a jogalkotó megfelelő mértékű kapacitásokat allokálni, amelyek tekintetében a megyei kapacitások nem elégségesek, illetve szakmai tartalmuk miatt az adott ellátások magasabb progresszivitási szinten helyezkednek el. Jól mutatja ezen ellátások biztosításának kiemelt jelentőségét, hogy a kapacitások meghatározása közvetlenül a népjóléti miniszter döntési hatáskörébe kerül át, kiemelve azokat a megyei egyeztetési rendszerből. A népjóléti miniszter egyfelől kijelöli az általa közvetlenül irányított intézményekben az országos, regionális és speciális feladatok ellátásához szükséges kapacitásokat, másfelől felkéri az intézmények fenntartóit, hogy ezen kapacitásaikat bocsássák rendelkezésre. A felkérésre az önkormányzati autonómia tiszteletben tartása miatt volt szükség, hiszen a legtöbb fekvőbeteg-ellátó intézmény ebben az időben az önkormányzatok fenntartásában állt, azonban elmondható, hogy a fenntartók örömmel ajánlották fel feleslegessé vált kapacitásaikat a miniszter számára, hiszen nem kellett magukra vállalniuk a helyi szintű döntéshozóknak az ágyszámok leépítésének kommunikációját a közvélemény irányába. A jogszabály tartalmazott egy garanciális elemet annak érdekében, hogy az egyeztetési folyamat elmaradása miatt ne kerüljenek kiiktatásra a törvényben szereplő garanciális eljárási elemek, ezért a népjóléti miniszternek ki kellett kérnie az Országos Tiszti Főorvos állásfoglalását és a Magyar Orvosi Kamara véleményét a szolgáltatók szakmai megfelelőségéről. A népjóléti miniszter a fenti kapacitások esetében az országos és regionális szakellátást nyújtó intézmények vonatkozásában kapacitásösszesítést készít, amelyet megküld az egészségbiztosítási szerveknek, valamint a megyei tiszti főorvosoknak, akik a fenntartókat haladéktalanul tájékoztatják. Ezt követően történik meg a kapacitásokra vonatkozó szerződés-kötés az egészségbiztosítási szervek és a fenntartók között.

Az általános progresszivitási szintű, a kiemelt kórházak esetében meghatározottaktól eltérő, a megyei feladatok ellátására szolgáló kapacitások meghatározása egy kapacitásszabályozási eljárás során, egy konszenzuskereső mechanizmuson keresztül történik, amely eljárás alkalmával a megye területén a járó-, illetve a fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók fenntartói (állam, települési önkormányzat, egyetemek) tesznek ajánlatot az egészségbiztosítási szerveknek. Az ajánlat kialakítása a Megyei Egyeztető Fórumon történik, melynek tagjai a megyei járó- és fekvőbeteg-szakellátó intézményt fenntartó helyi és megyei önkormányzatok, a központi költségvetés által fenntartott intézmények, az orvostudományi egyetemek képviselői, valamint a megyei tiszti főorvos, aki egyben a Megyei Egyeztető Fórum titkára is. Fontos, hogy állandó meghívottként részt vesznek az ülésen az állami, illetve önkormányzati fenntartású intézmények képviselőin túl a Magyar Orvosi Kamara, a reprezentatív egészségügyi szakszervezetek, a Magyar Kórház Szövetség és a Magyar Ápolási Egyesület képviselői, valamint meg kell hívni az egészségbiztosítási szerv képviselőjét is.

A konszenzusmechanizmus céljaként aposztrofálható közös ajánlat akkor jön létre, ha a jelenlevő tagok közös ajánlat tartalmában egyhangúan megegyeznek, azt minden jelenlevő tag képviselője aláírja. Amennyiben az első ülésen nem születik meg a közös ajánlathoz szükséges egyezés, úgy 30 napon belül több alkalommal összehívható a Megyei Egyeztető Fórum. Az egyeztető eljárás eredménytelensége esetén jegyzőkönyvbe foglalt nyilatkozatot küldenek az egészségbiztosítási szervnek, aki ennek kézhezvételétől számított 15 napon belül szakellátásonként és szakmánként dönt a kapacitásokról. A döntést tartalmazó határozat ellen a kézhezvételt követő 10 napon belül fellebbezéssel élhet a fenntartó az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatójánál, akinek a másodfokú határozata bíróság előtt megtámadható. A gyakorlatban kevés esélye van a konszenzusos ajánlat meghozatalának, hiszen a fenntartóknak az ágyszámcsökkentéseket kellene elfogadniuk saját intézményeik esetében, így gyakorlatilag az egészségbiztosítási szerv kezébe kerül a döntés. Az eljárási garanciák biztosítják a fellebbezés lehetőségét, azonban erre rendkívül szűkös, a hatósági eljárásban bevett eljárási határidőknél rövidebb határidő áll rendelkezésre, míg a bírósági eljárás a gyakorlatban rendkívül hosszú időtartamú lehet, így ritkán veszik igénybe az egészségügyi intézmények fenntartói. A Megyei Egyeztető Fórum tevékenységi köre azonban nem merül ki kizárólag a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények kapacitásaira vonatkozó javaslat meghatározásában, hiszen számos

javaslatot tehetnek többek között megyei egészségpolitikai célok kitűzésére, és az azok megvalósításához szükséges intézkedésekre, valamint az egészségügyi munkaerőpiaci folyamatainak előrejelzésére, tervezésére, illetve az esetlegesen rendelkezésre álló fejlesztési támogatások felosztására.

A kapacitásszabályozási mechanizmus tartalmaz még egy olyan elemet, amely lehetővé teszi, hogy a népjóléti miniszter méltányossági jogkörében eljárva befogadhat kapacitásokat a fent vázolt konszenzuserősítő egyeztetési mechanizmus megkerülésével, ami meglátásunk szerint azért sem szerencsés, mert nem biztosítható a rendszer átláthatósága és kiszámíthatósága.

2.5.2. A 2001. évi ún. salátatörvény

A salátatörvény jogtechnikai értelemben sajátos megoldás, amely nem nyerte el a köztársasági elnök osztatlan támogatását sem, ugyanis egyetlen törvény keretei között számos más törvényt módosít. Ennek eredményeként ebben az esetben sok más egyéb tárgykörű törvénymódosításával együtt tartalmaz új szabályozást az egészségügyi kapacitások fejlesztésére vonatkozóan is. A törvény csekély része, az 1–5. § tartalmazza az egészségügyi kapacitásokra vonatkozó szabályozást. A fennmaradó bekezdések módosítják többek között az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, az élelmiszerekről, az állategészségügyről, a kötelező egészségbiztosításról, valamint az egészségügyről szóló törvényeket. A törvény egyik lényegi eleme, hogy reflektál az előző törvény által alkalmazott, a kapacitások meghatározására szolgáló mérőszámok fogalmainak nem kellő precizitású definiálásából fakadó szolgáltatásvolumen-bővülési problémákra azzal, hogy a rendelési időn és az ágyszámon túl minden mást többletkapacitásként definiál, és azt bevonja a kapacitásbővítés eljárásrendjébe, ezzel gátolva a kontrollálatlan kapacitásbővítést. A kapacitásbővítési eljárásrend meghatározásából kiviláglik, hogy a törvény szemléletét és tartalmi elemeit tekintve tehát inkább a kapacitások bővítésének szabályozásáról rendelkezik, és nem egy új primer kapacitáselosztási mechanizmus eljárásrendjének szabályozásáról.

Ezen alapelvnek megfelelően a törvény nem törekszik a járó- és fekvőbeteg-ellátási kapacitások tudományos módszerekkel történő meghatározására, ehelyett a 2001. évi kapacitásokat kiindulási alapként elfogadva szabályozza a kapacitásbővítés és csökkentés lehetőségeit. A kapacitásbővítést az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter közösen engedélyezheti olyan szolgáltató számára, aki megfelel a jogszabályi feltéte-

leknek, és költséghatékonyabb, vagy progresszívabb ellátást tud biztosítani, esetleg tevékenységével speciális egészségügyi szükségletet elégíti ki, országos vagy regionális ellátási területen működik, vagy az adott lakosság népegészségügyi mutatóihoz jobban igazodó ellátást nyújt. A költséghatékonyság klasszikus fogalmi meghatározásán túl – azonos ellátási színvonal biztosítása alacsonyabb költségen, vagy magasabb ellátási színvonal biztosítása azonos költségek mellett – az alkalmazott fogalom lehetőséget biztosít arra, hogy jelentős egészségnyereség esetén a költségek minimális növekedése is költséghatékonyan tekinthető legyen. Külön foglalkozik a progresszív ellátás kapacitásbővítő hatásaival, azonban a progresszív ellátás fogalma rendkívül nehezen értelmezhető, mely számos további problémát vet fel, amelyek megoldására az egyértelmű progresszivitási szinteket intézményi, osztályok szintjén meghatározó, a Semmelweis Terv végrehajtása során alkalmazott eljárásrendig kell várniuk az egészségügyi szereplőknek.

Az új kapacitások befogadása innovatív módon, pályázati rendszeren keresztül történik, amely a pályázatokhoz csatolandó dokumentumokkal (szakmai és pénzügyi terv, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, a szakmai kollégium és az Egészségügyi Tudományos Tanács véleménye) együtt jelentős előkészítést és átgondolást igényelnek, amelyek hatásukat tekintve mindösszesen a racionalizált, szakmailag és költséghatékonyság oldaláról átgondolt kapacitásbővítés irányába mozdítják el az egészségügyi ellátók tevékenységét a kapacitásbővítés vonatkozásában. A gazdaságosság követelményének érvényre jutását segíti elő, noha jogszabályi szinten nincs deklarálva, hogy új kapacitások befogadása lényegében a korábban rendelkezésre álló, de megszűnő kapacitások terhére engedélyezhető és a pénzügyminiszter jóváhagyásához kötöttek. A pályázati rendszer esélyegyenlőtlenségi problémákat vet fel, abból a szempontból, hogy míg az új kapacitási befogadásokat szigorú szempontok szerint vizsgálják meg, azonban ezt nem terjesztik ki a régi, már meglévő kapacitásokra, így azok hatékonysága nem szükségszerűen biztosított.

A törvény nem különíti el kiemelt kórházakat sem fogalmi, sem kapacitási szempontból, azonban a pályázati rendszer keretében kiemelt figyelmet fordít az olyan kapacitások bővítésére, amelyek országos, illetve regionális ellátási területen működnek vagy speciális ellátási igényt elégítenek ki. Természetesen ezen ellátások biztosítására vonatkozó kapacitásbővítésnek is meg kell felelnie a fentiekben vázolt gazdaságosság követelményének. A többletkapacitás befogadási pályázatait egy 10 tagú bizottság bírálja el, amelybe szavazati joggal

képviselőket delegál az Egészségügyi Minisztérium (3), az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (3), az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (2) és a Pénzügyminisztérium (2). A Bizottság döntését követően az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felterjeszti a javaslatot az egészségügyi miniszternek, aki a saját javaslatát továbbítja a pénzügyminiszternek. A döntésről az érintettek egy közös közleményt adnak ki, amely meglátásunk szerint nem szolgálja a transzparenciát és a kiszámíthatóságot, mert ez nem egy közigazgatási határozat, így az arra irányadó jogorvoslati fórumok nem nyílnak meg a döntéssel egyet nem értők előtt.

A salátatörvény nemcsak kapacitásbővítésre, hanem annak csökkentésére is lehetőséget biztosít az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények fenntartói számára. Ennek feltétele, hogy a tartós kapacitás kihasználatlanság tényét az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat hatósági bizonyítvánnyal igazolja, és a fenntartó bemutatja, hogy az ellátást a hatékonyság növelésével más módon is biztosítani tudja, vagy más egészségügyi szakellátási kötelezettség teljesítésére kötelezettel megállapodik saját kötelezettségének átvállalásáról.

2.5.3. A 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény

Az Országgyűlést a törvény létrehozásakor az egészségügyi ellátórendszer működtetéséért fennálló felelősségével összhangban, az egészségügyi szakellátást nyújtó intézmények hálózatának megújítására és az ellátás színvonalának magas szinten tartására vonatkozó szándék vezette. A törvény célul tűzte ki az összes kórházi ágy számának csökkentésén túl az akut és krónikus ágyszámok arányának megváltoztatását a krónikus ágyszám arányának érezhető növelésével. A törvény a kapacitások mértékének meghatározására az 1996-os ágyszám törvénnyel azonos nomenklatúrát alkalmaz: a járóbeteg-szakellátásban rendelési órát, a fekvőbeteg-ellátásban kórházi ágyakat határoz meg. A törvény úgy definiálja ezeket, hogy figyelembe veszi az egynapos ellátások finanszírozott szolgáltatási egységeit is, ezáltal elkerülhetővé válik a kórházi ágyak számának jelentős csökkentése.

A járóbeteg-szakellátás kapacitás meghatározásának vonatkozásában a jogszabály a 2006. december 31-én lekötött kapacitásokat a törvényben meghatározott ellátási területen határozza meg, ezzel gyakorlatilag befyaszta azokat, ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatók részére lehetővé teszi, hogy a megszűnő fekvőbeteg kapacitások mértékéig bővíthessék a járóbeteg-szak-

ellátás kapacitásait, ezáltal javítva a járóbeteg-ellátás arányait, és továbbra is megteremtve a betegek ellátási biztonságát. A fekvőbeteg-szakellátás tekintetében a törvény sajátos megoldást alkalmaz, amikor egyfelől meghatározza intézményenként és szakmacsoportonként az országos feladatkörű speciális intézetek és a súlyponti kórházak kapacitásait, másrészt meghatározza regionális szinten a szakmacsoportonként felosztható aktív és krónikus fekvőbeteg-szakellátási kapacitásokat. A törvény regionális szintű egyeztetést tesz szükségesé, ahol régió alatt a területfejlesztésről szóló 1996. évi XX. törvény 5. § e) pontjával megegyező területet értjük. Az országos feladatkörű és súlyponti kórházak esetében a jogszabályalkotó kinyilvánítja a rendelkezésre álló kapacitásokat anélkül, hogy az azokat megalapozó módszertani elemeket bemutatná a törvényben vagy más jogszabályban, ami nem segíti elő a változások elfogadásához elengedhetetlen transzparenciát. Az ellátórendszer alkalmazkodóképessége szempontjából fontos, hogy a törvényben foglalt kapacitáscsökkentések nem fokozatosan, egy hosszabb időperiódusban, előre tervezhető módon valósulnak meg, hanem a jogszabályban előírt 2007. április 1. határnappal. Meglátásunk szerint a jogszabály által alkalmazott, túlságosan konkrét intézményi szintű központi kapacitás-meghatározás csökkenti az egészségügyi fekvőbeteg-ellátórendszer alkalmazkodó képességét, és háttérbe szorítja a helyi önkormányzatok önállóságát, hiszen a törvény hatályba lépésekor a fekvőbeteg gyógyintézetek fenntartói feladatait közvetlenül, illetve közvetve leggyakrabban a megyei és helyi önkormányzatok látták el, az egységes állami fenntartó intézmény még nem működött.

A törvény a kiemelt kórházakat az 1996-os törvény szabályozásával ellentétben nem csak ajánlásként fogalmazza meg, hanem intézményenként és szakmánként meghatározott kapacitásokkal együtt deklaráltan nevesíti, a kiemelt kórházak listájára vagy azok kapacitásaira vonatkozó módosítási lehetőséget nem tartalmaz. Ezen túlmenően a felosztható aktív fekvőbeteg-szakellátási normatívából juttathatnak a kiemelt kórházaknak, azonban a krónikus fekvőbeteg normatívákból kizárólag a régió területén működő, a kiemelt kórházakon kívüli egészségügyi szolgáltató részesülhet. A törvény figyelmet fordít arra is, hogy a progresszivitás magasabb szintjén álló kiemelt kórházak esetében figyelembe kell venni a régióhatáron túlnyúló ellátási területet a rendelkezésre álló kapacitások szempontjából. A kiemelt kórházak esetében további kötelezettséget ír elő a katasztrófhelyzetben 3–6 órán belül biztosítandó ágyszámok tekintetében, ezáltal megoldható a rendkívüli helyzetek esetén szükséges többletkapacitás biztosítása.

Változtatott a jogszabályalkotó az egyeztetés rendszerén, és a kapacitás befogadásra irányadó pályázati rendszert felváltotta az 1996-os ágyszám törvényben kialakított egyeztetési szisztémával, de azt regionális dimenzióba emelve. Létrejön az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény 149/A § bekezdése alapján a Regionális Egészségügyi Tanács, melynek tagjai a következők: a régió megyéinek, megyei jogú városok, kistérségek egyenkénti képviselőin túl az érintett egyetemek, minisztériumok és egyházak reprezentánsai. Tanácskozási joggal vesz részt az üléseken az egészségügyi miniszter képviselője, valamint az egészségügyi államigazgatási szervek, egészségbiztosítási szervek képviselőin túl, a Regionális Fejlesztési Tanács és a Betegjogi, Ellátott jogi és Gyermejjogi Közalapítvány képviselője. Kimaradtak a meghívottak közül az érintett egészségügyi kamarák képviselői.

Az egyeztetési eljárás a következőképpen zajlik: az egészségügyi miniszter az egészségbiztosítóval együtt felosztási javaslatot készít a Regionális Egészségügyi Tanácsok részére. A javaslatba a fent részletezett járóbeteg- és fekvőbeteg-szakellátási normákon túlmenően, figyelemmel kell lenni a szolgáltatók régióon belüli távolságára, a betegek érdekeit figyelembe vevő elérhetőségi szabályokra, valamint előnyben kell részesíteni a sürgősségi betegellátásra megfelelő felkészültséggel rendelkező intézményeket. A Regionális Egészségügyi Tanács eltérhet a felosztási javaslattól, amennyiben a kapacitásokról szóló javaslata a fenti szempontoknak megfelelő és az irányadó normatívát nem lépi túl, valamint, ha a kapacitásbővítés kedvezményezettje intézményfenntartói társulás vagy egészségügyi dolgozók által alapított gazdasági társaság. A Regionális Egészségügyi Tanács döntése akkor érvényes, ha a régió területén működő fekvőbeteg-szakellátást nyújtó közfinanszírozott egészségügyi intézmény valamennyi fenntartója ezt jóváhagyja. Hasonlóan a Megyei Egyeztető Fórumokhoz itt sem várható, hogy a fenntartók egyezsége jutnak törvényben rögzített kapacitáscsökkentésről, ezért előre látható, hogy a legtöbb esetben az egyeztetési eljárás eredmény nélkül végződik. A jogszabály szerint ekkor az egészségügyi miniszterhez kerül az ügy, aki 8 napon belül döntést hoz, az adott régió normatíváinak felosztásáról. Nem tisztázott, hogy a miniszter milyen szempontokat köteles figyelembe venni döntéseinek meghozatalakor, ezzel sem segítve elő a döntések transzparensé tételét. A miniszter határozata közvetlenül bíróság előtt megtámadható, ezáltal kikerül egy jogorvoslati fórum a rendszerből, azonban a bírósági megtámadásnak nincs halasztó hatálya a határozat végrehajtására, és tekintettel a bíróságok leterheltségére a megnyugtató döntés eléggé elhúzódhat.

A törvény vitathatatlan előnye az, hogy lehetővé teszi a fenntartó kezdeményezése alapján az aktív fekvőbeteg ellátási kapacitás maximum 10%-ának átalakítását krónikus fekvő- vagy járóbeteg-ellátási, illetve egynapos sebészeti kapacitássá és hasonló átalakítási lehetőséget biztosít a Regionális Egészségügyi Tanácsok részére az új miatt feleslegessé vált kapacitások 20%-a tekintetében. Kimunkálja a szolgáltatói kapacitások tartós kihasználatlansága miatti szakellátási kapacitások csökkentésének alkotmányos módszerét, ahol a kihasználatlan kapacitások az országos átlagtól való eltérés mértékében csökkenthetők, a tartós kihasználatlanság tényét az egészségügyi államigazgatási szerv hatósági bizonyítvánnyal igazolja.

2.5.4. A Semmelweis Terv

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyi Államtitkársága által Semmelweis Terv néven az egészségügy megmentésére⁵⁶ címmel kidolgozott stratégia számos szakmai vitát eredményezett az egészségügyi közgazdászok körében.^{57, 58} A Semmelweis Terv a kapacitás-tervezés szempontjából érdekes változásokat hozott az egészségügyben, hiszen deklarált célja volt egy, az egészségügyi ellátókra építő, kapacitás-átrendező, a területi ellátó intézmények menedzsment-koordinációját végző, betegútszervezést támogató intézmény létrehozása, amely országos központtal és területi egységekkel rendelkezik. A Semmelweis Tervben foglaltaknak megfelelően 2011. május 1-én létrejött a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (továbbiakban: GYEMSZI), amelynek Térségi Ellátás Szervezési Központjai kulcsszerepet játszottak az intézmények progresszivitási szintjeinek meghatározásában, valamint az egyes egészségügyi kapacitások szakmánkénti arányosításában. A Semmelweis Terv kapacitás-tervezési módszertanát a szükséglet alapú kapacitás-tervezés határozza meg. A szükséglet alapú kapacitás-tervezés célja az egészségügyi ellátásokhoz történő hozzáférés esélyegyenlőségének és a hatékonyságnak a növelése, valamint a területi és szakmai ellátási aránytalanságok csökkentése az ellátórendszer fokozatos, a helyi szükségletekhez igazodó átalakításával.

A Semmelweis Terv annak ellenére, hogy célul tűzte ki a járóbeteg-szakellátás és az alapellátás kapacitásainak átfogó, integráns tervezését, ezen célkitűzést nem valósította meg. Az alapellátás kapacitásait érintetlenül hagyta, a járóbeteg-szakellátás kapacitásaiban bekövetkező változások elsősorban a fekvőbeteg-szakellátás aktív ágainak járóbeteg-rendelési órákká és egynapos

sebészeti lehetőségekké történő átkonvertálásából keletkeztek. Ennek hatása nem eredményezett jelentős változást sem az országos szinten rendelkezésre álló járóbeteg-kapacitásokban, sem a rendelkezésre álló alapellátási, járó- és fekvőbeteg-szakellátási kapacitások belső struktúrájában. A kapacitások belső struktúrájának állandósága egyfelől annak tudható be, hogy a fekvőbeteg-szakellátás kapacitások módosítása az aktív fekvőbeteg-szakellátások tekintetében kismértékű, alig 5%-os mértékű csökkenést eredményezett, míg a krónikus ágyszámok tekintetében a kapacitás-átcsoportosítás következtében bekövetkező növekedés mértéke alig 0,5%-os volt. Másfelől a szükségletalapú kapacitás-tervezés esetében különösen fontos, hogy a kapacitás-tervezésnek minden ellátási szintre vonatkozóan, egységes szemléletben, integráns módon kell megvalósulnia, figyelemmel a teljesítmény volumenkorlátból fakadó kapacitáskorlátokra. Kiemelve a fekvőbeteg-szakellátás befogadóképességét az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás kapacitásainak rendszeréből, nem képzelhető el a költséghatékony, szükségletalapú kapacitás-tervezés.

A Semmelweis Terv áttörést hozott a kapacitákszabályozás területi struktúrájában, és az aktív ágykapacitások szakma és lakosságszám szerinti egyenletesebb elosztás tekintetében. A Semmelweis Terv a megvalósítása során olyan területi integrációs egységeket hozott létre, amelyek nem a hagyományos földrajzi határokat követik, hanem az egészségügyi ellátás szervezhetősége szempontjából racionalizált nagytérségeket alakítanak ki. A 2012-es struktúraváltás eredményeként 8 nagytérség jött létre az ország területén, függetlenül a megye és járási határoktól, megteremtve annak lehetőségét, hogy a helyi szintű ismeretek beépülhessenek a szükséglet alapú kapacitás-tervezési és átcsoportosítási mechanizmusokba, valamint megfelelő területi alapot szolgáltathattak volna a hatékony betegút és az ellátás szervezéséhez. A nagytérségek önálló kapacitás-tervezési és ellátásszervezési tevékenységeit ellátó struktúrák nem jöttek létre, 2012-ben a Regionális Egészségügyi Tanácsok is megszűntek. A Semmelweis Terv, összhangban a célkitűzéseiben foglaltakkal, jelentősen csökkenti az egyes térségek aktív fekvőbeteg-szakellátási ágyaiban fennálló egyenlőtlenségeket. A szakmák ágyszámokban mért arányaiban nagymértékű változások nem történtek. A szakmapolitikai célokkal és technikai fejlődéssel összhangban csökkent a szemészet és a bőrgyógyászat ágyszámokban kifejezhető aránya, intenzív növekedést mutatott viszont a sürgősségi ellátás kapacitása, valamint kompenzálásra került a pszichiátria és a szülészet ágyszámaiban a 2007-es esztendőben bekövetkezett jelentős csökkentés.

2.6. A hazai kapacitákszabályozás tapasztalatai

A jogszabályok áttekintése után megállapítható, hogy a magyar kapacitákszabályozás felvonultatja mindazon módszereket, amelyeket a nemzetközi szakirodalom és gyakorlat is ismer és alkalmaz. Hazai sajátosság azonban, hogy nem egybefüggő rendszer részeként, hanem önállóan egy-egy öt esztendőszakban alkalmazták ezeket a módszereket úgy, hogy nem fordítottak kellő figyelmet az előző szabályozás pozitív elmeinek megtartására.

Az 1996-os ágyszám-törvény és a 2006-os ellátórendszer-fejlesztési törvény a bázis szemlélettel közel azonos, 11–11%-os mértékű ágyszámcsökkenést eredményezett azzal, hogy a 2006-os törvény jelentősen megváltoztatta az aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátási ágyak arányát. A Semmelweis Terv nem eredményez hasonló nagyságrendű változásokat, azonban a kapacitás-átcsoportosítások arányának tekintetében megegyezik az ellátórendszer fejlesztési törvényben meghatározott irányokkal. A 2001-es „salátatörvény” fekvőbeteg-ellátási kapacitáscsökkentő hatása sem jelentős, hiszen ennek a törvénynek nem ez az elsődleges célja. Rendkívül előremutató, hogy az 1996-os ágyszám-törvény megalapozott, jól tervezhető matematikai képlet segítségével határozta meg a kapacitásokat, hasonlóan a német Hill–Burton-formulához.⁵⁹ Sajnálatos módon a 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény bázisszemléletű kapacitás-tervezésének módszertana nem ismert, így annak tudományos megalapozottságát illetően nem rendelkezünk információkkal. A 2001-es törvény új szemléletet hoz a pályázati eljárás során történő kapacitás-befogadás vonatkozásában.

A fekvőbeteg-szakellátás kapacitásainak meghatározása tekintetében elmondható, hogy amíg az ágyszám-törvény megyei szinten szabályoz, addig a 2006-os a regionális szabályozást részesíti előnyben, amely jobban elősegíti a hatékony kapacitás-tervezést. A Semmelweis Terv a regionális kapacitás szabályozás pozitívumait megtartva alakítja ki a szükséglet alapú kapacitás-tervezés nagytérségi rendszerét, azzal, hogy szakít a hagyományos földrajzi határokkal, ezzel szemben a nagytérségek kialakítása során az egészségügyi ellátás szervezhetősége, racionalizálhatósága szempontjait veszi figyelembe. Látható tehát, hogy a regionális kapacitás-tervezés a hazai gyakorlatban is megjelenik, azonban megfigyelhető, hogy a regionális egyeztetés (előre jósolható) eredménytelensége esetén a központi szabályozás kerül előtérbe, amely csökkenti az ellátórendszer alkalmazkodó képességét.

Mindegyik törvény adós marad az alapellátás és a járó- és fekvőbeteg-szakellátás kapacitásainak integráns szemléletű szabályozásával, amely meggyőződésünk szerint elengedhetetlen feltétele a hazai egészségügy problémáinak megoldásának, ahogyan több ország, köztük Hollandia és Németország példáján is látható.^{60, 61}

A nemzetközi tapasztalatok figyelembevételével kialakított, megbízható morbiditási és mortalitási adatokra alapozó és más releváns tényezőket figyelembe vevő matematikai képlet alkalmazása az egészségügyi kapacitások meghatározásában koherenssé teheti az egyes szakterületi kapacitások meghatározását, figyelemmel a lakosság valós igényeire. A képlet eredményeit összekapcsolva egy szakmailag megalapozott minimum és optimum feltételrendszerrel egy jól strukturált, a betegek valós szükségleteit figyelembe vevő intézményi struktúrát vetít az ország egészségtérképére.

Irodalom

- Kincses Gy.: A kórházi kapacitástervezés elvi problémái, lehetséges indikátorai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 1995; 33(2): 153–160.
- Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. Kapacitások meghatározása az egészségügyben. ESKI Budapest, 2006.
- Bondár É.: Mekkora a magyar egészségügyi kapacitás nemzetközi összehasonlításban? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2000; 38(6): 617–635.
- Rékassy B.: „Egészségügyi ellátó rendszerek méretre igazítása”: A kapacitásszabályozás lényege. *Legge Artis Medicinae*. 1995; 5(11): 1030–1031.
- Ettelt, S, Nolte, E, Thomson, S, Mays, N: Capacity planning in health care A review of the international experience. World Health Organization, Brussel (2008)
- Ágoston I., Vas G., Endrei D., Zemplényi A., Molics B., Szarka E., Boncz I.: Egészségügyi kapacitások szabályozásának szakirodalmi áttekintése a nemzetközi gyakorlatban. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA*. 2012; 3(2): 115–128.
- Wörz, M, Busse, R: Structural reforms for Germany's health care system? *Euro Observer*. 2002; 4(4):1–3.
- Busse, R, Wismar, M: Health target programmes and health care services-any link? *Health Policy*. 2002; 59(3): 209–221.
- Huber M., Orosz E.: Health expenditure trends in OECD countries, 1990–2001. *Health care financing Review*. 2003; 25(1): 1–22.
- Busse, R, Wörz, M: Germany plans for „health care modernisation”. *Eurohealth* 2003;9(1): 21–24.
- Busse, R, Riesberg, A: Health care systems in transition: Germany. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
- Augurzky, B, Engel, D, Schmidt, CM, Schwierz, C: Ownership and financial sustainability of German acute care hospitals. *Health Economy* 2012;21(7):811–24.
- Tiemann, O, Schreyögg, J, Busse, R: Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy*. 2012;104(2):163–71.
- Thomson, S, Osborn, R, Squires, D: International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States, The Commonwealth Fund: London, 2011.
- Weihrauch, B: The Interaction between Health Reporting and Health Targets in Germany – Conceptual Thoughts and Experiences from North Rhine-Westphalia Robert Koch Institution. Berlin, 2001.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsbericht NRW. 10 Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen 1995–2005. Eine Bestandsaufnahme. Düsseldorf, 2005.
- Gro Harlem B. et al.: The World Health Report 2000: health systems – improving performance. World Health Organization, Geneva, 2000.
- Durand-Zaleski, I: The health system in France. *Eurohealth*. 2008; 14(1): 3–4.
- Sandier, S, Paris, V, Polton, D: Health care systems in transition: France. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
- Franck von Lennep et al.: Le panorama des établissements de santé édition 2012. DREES, Paris, 2012.
- France, G, Taroni, F: Starting down the road to targets in health. The case of Italy. *European Journal of Public Health*. 2000; 10: 25–29.
- Lo Scalzo, A, Donatini, A, Orzella, L, Cicchetti, A, Profili, S, Marresso, A: Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2009; 11(6): 1–216.
- Ferrera, M: The rise and fall of democratic universalism: health care reform in Italy, 1978–1994. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1995; 20(2): 275–301.
- France, G, Taroni, F, Donatini, A: The Italian health-care system. *Health Economics*. 2005; 14: 187–202.
- France, G et al.: The Italian health-care system. *Health Economics*. 2005; 14: 187–202.
- Donatini, A, Rico, A, D'Ambrosio, MG: Health care systems in transition: Italy. *European Observatory on Health Care Systems*, Copenhagen, 2001.
- France, G, Taroni, F: The evolution of health-policy making in Italy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005; 30(1–2): 169–187.
- van de Ven, WPMM, Ellis, RP: Risk adjustment in competitive health plan markets. In Cuyler, AJ, Newhouse, JP (ed.) *Handbook of health economics*. Elsevier, Amsterdam, 2000.
- van Oers, JAM: Health on Course? The 2002 Dutch Public Health Status and Forecasts Report, Bilthoven, 2003.
- Brabers, Anne EM et al.: The dutch health insurance system: mostly competition on price rather than quality of care. *Eurohealth* 2012; 18(1): 30–36.
- Marchildon, G: Health systems in transition: Canada. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 2005.
- Marchildon, G: Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(1): 1–179.

- 33 Klatt, I: Understanding the Canadian Healthcare System. *Journal of Financial Service Professionals*. 2000; 54(5) 42.
- 34 Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. Health goals for British Columbia. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Victoria, 1997.
- 35 Irvine, B, Ferguson, S, Cackett, B: *Healthcare Systems: Canada*. Civitas London, 2011.
- 36 Meites, E, Farias, D, Raffo, L, Albalak, R, Carlino, OL, McDonald, LC, Widdowson MA: Hospital capacity during an influenza pandemic Buenos Aires, Argentina, 2009. *Infection Control Hospital Epidemiologia*. 2011; 32(1): 87–90.
- 37 Wilson, A, Fitzgerald, GJ, Mahon, S: Hospital beds: a primer for counting and comparing. *Medicinal Journal Australia*. 2010; 193(5): 302–304.
- 38 Ágoston I., Vas G., Endrei D., Zemplyenyi A., Molics B., Szarka E., Cs. Horvath Z., Boncz I.: A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a 11–18. század kezdete közötti időszakban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2012; 50(4): 2–13.
- 39 Ágoston I., Vas G., Endrei D., Zemplyenyi A., Molics B., Szarka E., Cs. Horváth Z., Boncz I.: A magyar kórházi ellátórendszer fejlődéstörténete a felvilágosult abszolutizmustól a II. világháború végéig. *Egészség-Akadémia* 2011; 2(4): 272–285.
- 40 Magyarai-Kossa Gy.: *Magyar Orvosi Emlékek*. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. Budapest (1929–1933).
- 41 Sinkovics M., Sander Z.: *A magyar kórházak évszázadai*. MOTESZ. Budapest, 1989.
- 42 Buda J.: *A betegápolás története*. Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar. Pécs, 2004.
- 43 Józsa: A kórházi ápolás kialakulása a 11–14. századi magyarországon. *Debreceni Szemle* (2008) 1:10–22.
- 44 Evlia Cselebi: *Evlia Cselebi török világotutazó magyarországi utazásai: 1660–1664*. MTA. Budapest, 1904.
- 45 Kapronczay K.: Katona-egészségügy a XVII. század végén. *Orvosi Hetilap* 1986; 127(20) 1207–1209.
- 46 Balázs P.: Egy rendelet méltánytalan sorsa. *Lege Artis Medicinae* 2003; 13(4) 340–343.
- 47 Antall J., Kapronczay K.: A magyar egészségügy az abszolutizmus és a dualizmus korában. *Magyar Tudomány* 1989; 34(96) 904.
- 48 Kapronczay K.: *A magyarországi közegészségügy története*. Budapest – Magyar Tudománytörténeti Szemle Könyvtára, Budapest, 2008.
- 49 Hahn G.: *A magyar egészségügy története*. Medicina Kiadó, Budapest, 1960.
- 50 1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról. *Magyar Közlöny*, 1996/61. (VII. 23.)
- 51 2001. évi XXXIV. törvény az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról. *Magyar Közlöny*, 2001/65. (VI. 12.)
- 52 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. *Magyar Közlöny*, 2006/160. (XII. 22.)
- 53 Ágoston I., Vas G., Imhof G., Endrei D., Betlehem J., Boncz I.: A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2009; 47(5) 3–7.
- 54 Kövi R., Takács E., Gerendy P.: A kapacitástervezés nemzetközi és hazai törekvései. *IME* 2014; 13(1) 5–11.
- 55 Dózsa Cs., László T., Palaticz E.: Sok vagy kevés Magyarországon a kórházi ágy? A hazai aktív fekvőbeteg-szakellátás kapacitásainak és teljesítmény mutatóinak elemzése nemzetközi kitekintésben. *IME* 2014; 13 (különszám).
- 56 Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyi Államtitkárság. *Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére*. NEFMI, Budapest, 2010.
- 57 Ónodi-Szűcs Z.: *Vitairat a Semmelweis Terv margójára*. Medical Tribune Budapest, 2011.
- 58 Gaál P.: A Semmelweis Terv egészségpolitikai keretrendszere és az átalakítás stratégiai irányai: hatékonysági problémák orvoslása. *IME* 2011; 10(5) 5–8.
- 59 Busse, R, Riesberg, A: *Health care systems in transition: Germany*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
- 60 Brabers, Anne EM et al.: The dutch health insurance system: mostly competition on price rather than quality of care. *Eurohealth* 2012; 18(1) 30–36.
- 61 Köhler, A: *Neuausrichtung der Bedarfsplanung: Für eine gute Zukunft der ambulanten ärztlichen Versorgung*. *Deutsches Aerzteblatt* 2012; 109(1-2).

3. Az Egészségbiztosítási Alap költségvetési tapasztalatai és forrásallokáció a puha költségvetési korlát tükrében

BONCZ IMRE, ÁGOSTON ISTVÁN, CSÁKVÁRI TÍMEA, ENDREI DÓRA

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}

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.³ Akkoriban a két terület (gyógyító-megelőző ellátások, illetve családi pótlék) azonos nagyságrendű (60 Mrd Ft) volt, mára azonban az egészségügyi kiadások erőteljes mértékben megemelkedtek.

Az egészségbiztosítási ellátások jelenleg az alábbiak:

- egészségügyi szolgáltatás,
- pénzügyi ellátások:
 - terhességi-gyermekágyi segély,
 - gyermekgondozási díj,
 - táppénz,
 - megváltozott munkaképességű személyek ellátásai (rehabilitációs ellátás, rokkantsági ellátás)
- baleseti ellátások:
 - baleseti egészségügyi szolgáltatás,
 - baleseti táppénz,
 - baleseti járadék.

A magyar egészségügyi rendszer felépítésének, működésének és finanszírozásnak további részletei a szakirodalomban jól dokumentáltak.^{4, 5, 6}

3.1. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldalának változása

3.1.1. Bevételi jogcímek

Az egészségbiztosítási alap bevételi oldalán alapvetően a járulék jellegű bevételek és a központi költségvetés hozzájárulásai képezik a meghatározó tételeket.

A járulékbévételek és hozzájárulások főbb jogcímei:

- Munkáltatói és biztosított 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 MPA által történő megtérítése, 2012-től NFA általi megtérítések, 2004-ig a sorkatonai és polgári szolgálatot teljesítők után fizetett egészségbiztosítási járulék, valamint 2006-ig a fegyveres testületek kedvezményes nyugellátásainak kiadásaihoz hozzájárulás].

A központi költségvetési hozzájárulások főbb jogcímei:

- Központi költségvetésből járulékos 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 gyógyszer-támogatás átmeneti kiegészítése, felügyeleti díj fedezetének kiegészítése. 2013-ban tartalmazza 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 átvett járulékos 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 járulékosot 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 hozzá-

járulási adó 2014-ben megfizetett összegének 96,3%-a a Nyugdíjbiztosítási Alapot, 3,7%-a az Egészségbiztosítási Alapot illeti meg.

Az Egészségbiztosítási Alap fogalma

A társadalombiztosítás két biztosítási ágának pénzügyi folyamatai az ágak önálló pénzügyi alapjain, a Nyugdíjbiztosítási Alapon és az Egészségbiztosítási Alapon (E. Alap) keresztül bonyolódnak le. Az Alapok együttesen alkotják az államháztartás társadalombiztosítási alrendszerét.

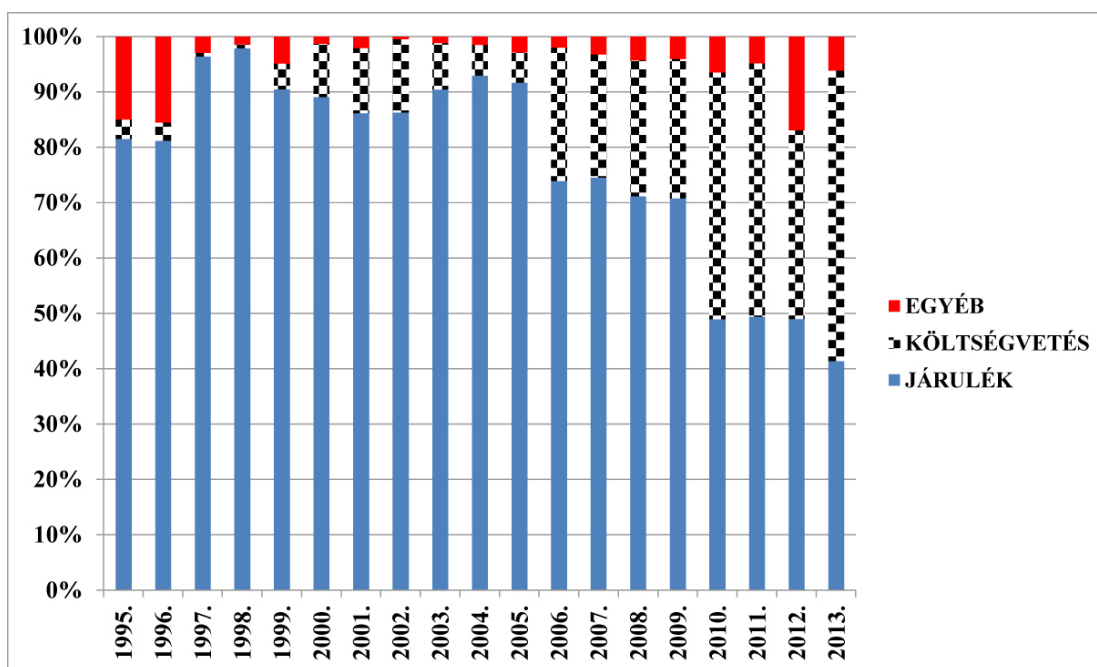
Az Egészségbiztosítási Alap kezelését a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről szóló 1998. évi XXXIX. törvény alapján az egészségbiztosítási szerv végzi. Ez az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP).

Az Egészségbiztosítási Alap az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásainak (táppénz, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj, kártérítési és a baleseti járadék), illetve a természetben nyújtott ellátásoknak (gyógyító-megelőző ellátások, gyógyfürdő-szolgáltatás, anyatejellátás, gyógyszer-és gyógyászati-segédesszköz támogatás, utazási költségtérítés, továbbá a nemzetközi egyezményekből eredő és külföldön történő ellátások) finanszírozási fedezetét képezi.

Az Egészségbiztosítási Alapból kerülnek közfinanszírozásra az egészségügyi szolgáltatók: kórházak; szak-

3.1. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldala 1995–2013. között, Mrd Ft (forrás: OEP)

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	1024,6
2003.	927,7	86,0	11,80	1025,5
2004.	1.022,5	60,9	16,78	1100,2
2005.	1104,3	66,1	34,25	1204,6
2006.	1158,2	378,0	31,10	1567,4
2007.	1249,5	372,5	54,09	1676,0
2008.	1028,4	354,4	62,41	1445,2
2009.	898,6	319,1	51,63	1269,4
2010.	677,7	617,3	89,99	1385,0
2011.	692,5	642,4	68,28	1403,1
2012.	854,4	594,5	295,65	1744,6
2013.	762,5	967,1	113,02	1842,6



3.1. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldal főbb elemeinek arányai 1995–2013. között (forrás: OEP)

rendelő; háziiorvosi, fogorvosi és védőnői praxisok; otthoni szakápolási szolgáltatók, nagy értékű képalkotó diagnosztikai (CT/MRI) szolgáltatók. Ezen pénzalapból kapják fizetésüket a közfinanszírozott egészségügyi intézmények dolgozói.

Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének adatait a különböző 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 a kérdését, hogy érvényesül-e még a klasszikus társadalombiztosítási alapelv a magyar egészségügyi rendszer forrásteremtésében. Számos országban látunk példát arra, hogy a forrásoldalon keverednek 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.

Hazai specialitásként érdemes megemlíteni az ún. chips-adót. 2011. szeptember 1-jén lépett hatályba a **népegészségügyi termékadóról** szóló 2011. évi CIII. törvény.⁷ 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 volt.

Nemzetközi példákat is találunk ilyen jellegű megoldásokra.^{8, 9} Dániában szintén 2011-ben vezettek be ha-

sonló jellegű termékadót.¹⁰ Ez azonban nem volt hosszú életű, mivel mintegy másfél évvel később ezt az adót visszavonták.^{11, 12}

3.2. táblázat. A Társadalombiztosítási Alapok (Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Alap) kintlévőségei 1995–2013. között, Mrd Ft (forrás: OEP)

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

A társadalombiztosítási (egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási) alapok kintlévőségei régóta visszatérő problémája 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 1995–2013 között. A kintlévőségek kezelésében az adóhivatali átvétel sem jelentett érdemi megoldást, az éves összeg ma is 300 Mrd Ft körül van. Csak tájékoztatásul jelezzük, hogy ezen összeg az éves gyógyszerkiadásokra fordított TB támogatásnak felel meg. A kintlévőségek nagy részével a költségvetési szférára tartozott.¹³

3.1.2. Egészségpolitikai versus gazdaságpolitikai járulékpreferenciák

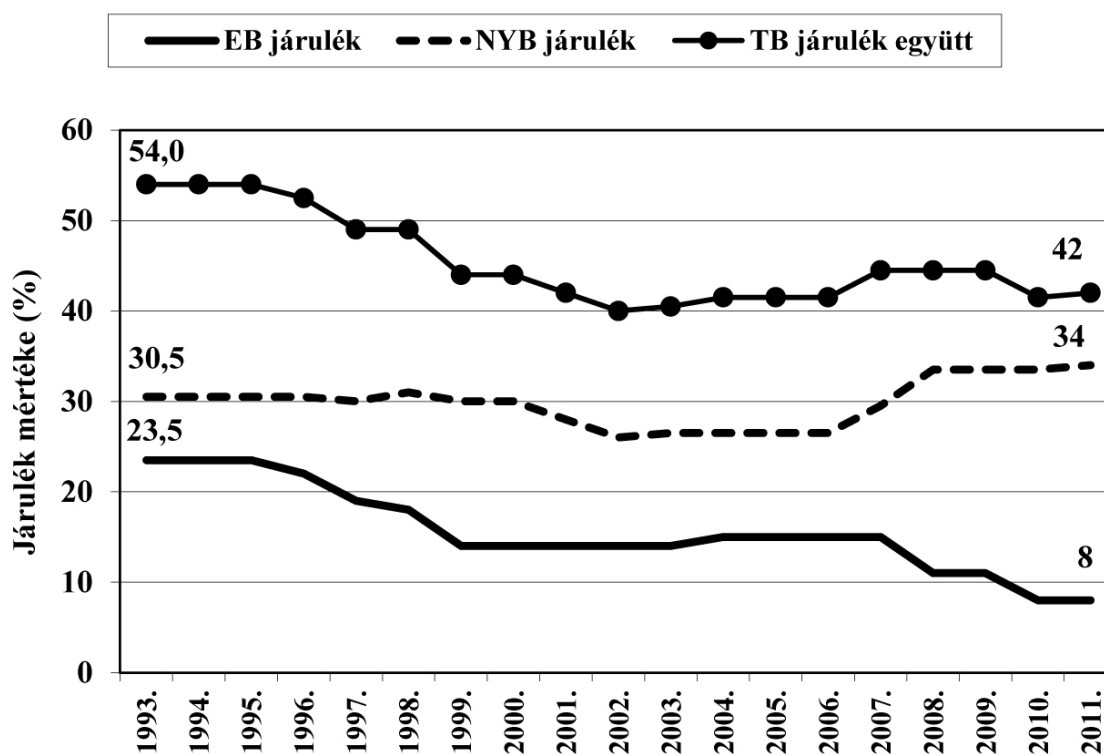
A társadalombiztosítási (TB) járulék két fő eleme az *egészségbiztosítási (EB)* és *nyugdíjbiztosítási (NYB)* járulékváltozását szemlélteti az alábbi ábra. A rendszerváltozást követően 1993-ban a munkáltatókat és a munkavállalókat terhelő TB-járulék igen magas, 54% volt, ami 2011-re 42%-ra csökkent. 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 nyomot hagyott az Egészségbiztosítási, illetve Nyugdíjbiztosítási Alap költségvetésén.

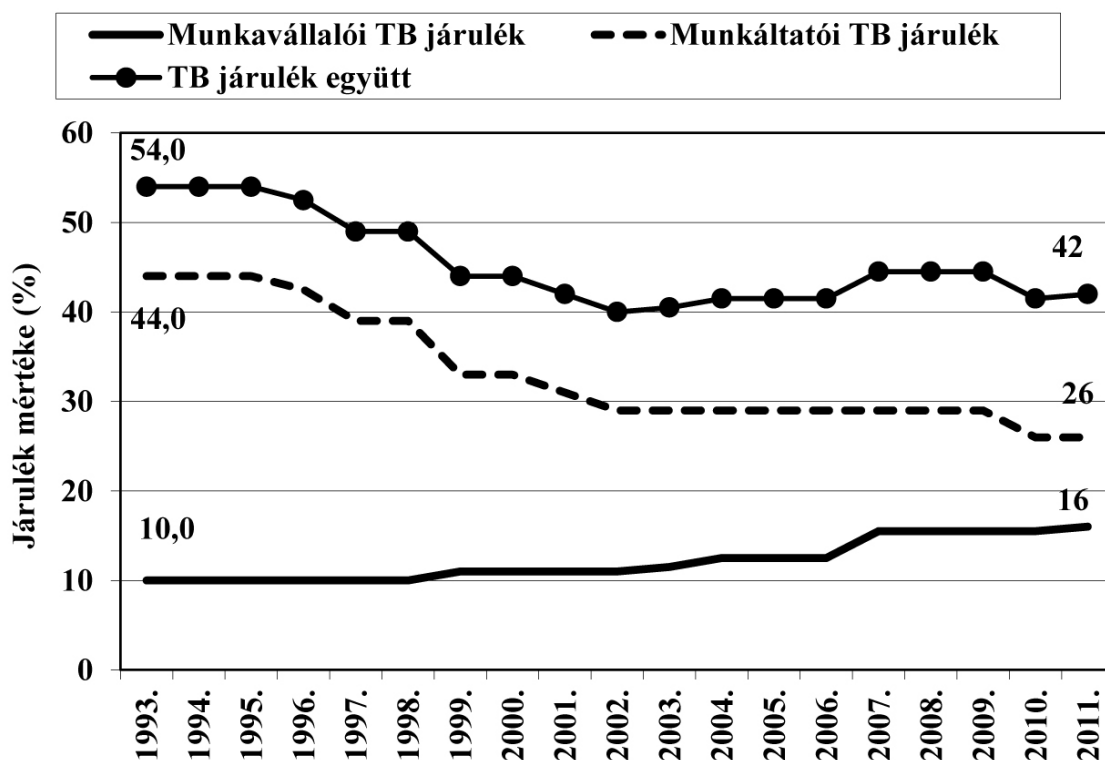
A társadalombiztosítási (TB) járulékok megoszlásának másik fő kérdése a munkáltatói és munkavállalói arányok kérdése. A TB-járulék két fő forrásának, befizetőjének terheit mutatja az alábbi ábra.

A rendszerváltozást követően az összes TB-járulékteher (54%) meghatározó részét (44%) képezte a munkáltatói járulék elem, 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. Jelentős arányeltolódás volt tehát a járulékszintben a munkavállalói kör rovására.

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 járulékcsoökkentés a gazdaságpolitikai célkitűzés.



3.2. ábra. Az egészségbiztosítási (EB), nyugdíjbiztosítási (NYB) és ezek összege, a társadalombiztosítási (TB) járulék 1993–2011 között Magyarországon



3.3. ábra. A munkavállalói és munkáltatói TB-járulék 1993–2011. között Magyarországon

Ezen gazdaságpolitikai megfontolások eredményeként 1993–2011 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.¹⁴

3.2. Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldalának változása

3.2.1. 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
- gyógyszer támogatás
- gyógyászati segédeszköz támogatása
- utazási költségtérítés
- nemzetközi egyezményből eredő kiadás

A pénzbeli ellátások a társadalombiztosítás azon ellátásai, melyek esetlegesen bekövetkező baleset, betegség, illetve gyermek születése esetén a biztosított keresetvesztését pótolja. A pénzbeli ellátások:

- betegségi ellátások (benne: táppénz)
- terhességi-gyermekágyi segély
- gyermekgondozási díj
- nyugellátás

Egyéb kiadások

- működésre fordított kiadások
- alapok közötti elszámolás
- egyéb kiadás
- GYED-ben részesülők után nyugdíjbiztosítási járulék címen az Nyugdíj 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 2013-ra.

3.3. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldala 1995–2013. között, Mrd Ft (forrás: OEP)

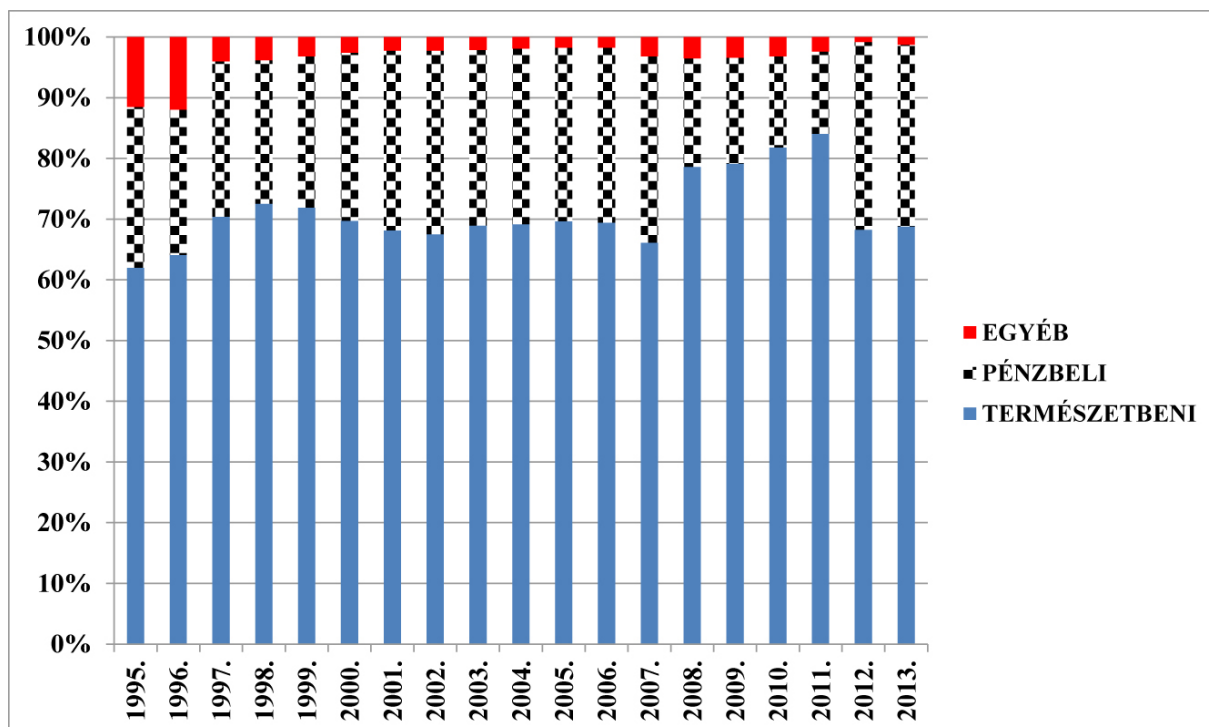
ÉV	TERMÉSZETBENI	PÉNZBELI	EGYÉB	ÖSSZES
1995.	275,9	118,1	51,2	445,1
1996.	326,2	121,9	60,9	509,0
1997.	390,0	141,7	22,2	553,9
1998.	458,5	149,7	24,1	632,2
1999.	504,2	174,6	22,4	701,2
2000.	556,3	220,8	20,6	797,7
2001.	623,4	270,8	20,8	915,0
2002.	750,3	335,8	25,2	1.111,2
2003.	920,3	386,4	28,7	1.335,4
2004.	998,6	417,8	27,5	1.443,8
2005.	1.100,4	451,3	28,1	1.579,9
2006.	1.165,6	483,1	29,9	1.678,7
2007.	1.090,1	506,0	52,5	1.648,6
2008.	1.136,3	258,2	50,6	1.445,1
2009.	1.123,2	247,3	48,4	1.418,8
2010.	1.208,0	221,2	47,5	1.476,7
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

Az alábbi ábra az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldal főbb elemeinek arányait szemlélteti 1995–2013 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 gyógyszer kiadások emelkedése szerepet játszott.

3.2.2. Az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak 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, 1995–2013 között. 1995 után a gyógyító-megelőző ellátások kiadásai folyó áron emelkedtek ugyan, azonban 1995-ös áron számolva jelentős mértékben csökkentek.

Ezen csökkenés részben az akkori gazdaságpolitikai intézkedésekre, az ún. Bokros-csomagra volt visszavezethető.¹⁵ A Bokros-csomag hatására egyébiránt lemondott az akkori egészségügyi miniszter, Kovács Pál: „Lemondtam, mert nem arra szerződtem, hogy a ma-



3.4. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldal főbb elemeinek arányai 1995–2013 között (forrás: OEP)

gyar egészségügy fölszámoló biztosa legyenek.”¹⁶ A Bokros-csomag részben megszüntette a fogászati ellátások közfinanszírozását, a foglalkozás egészségügyi ellátás költségeit a munkaadókra terhelte, megszüntette az ingyenes szanatóriumi ellátást, és díjat vezettek 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 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 fizetés 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 engedhette meg magának.

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, melyet a következő fejezetben részletesebben tárgyalunk.

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:¹⁷

„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 kiadásainak több évre történő befagyasztásának és a gyógyszertámogatások csökkentését célzó intézkedéseknek.”

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

3.4. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldalán a gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadások folyóáron és 1995-ös áron, 1995–2013 között, Mrd Ft (forrás: OEP)

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

A Bokros-csomag fogalma:

A Bokros-csomag máig vitákat kavarázó nagy gazdaságpolitikai kiigazítási intézkedés csomag volt 1995-ben, amely nevét Bokros Lajos akkori magyar pénzügyminiszterről kapta. Az intézkedések bejelentése 1995. március 12-én történt sajtótájékoztató keretében, majd később jogszabályi formába került megfogalmazásra: az 1995. március 22-i kormányhatározat és a május 30-án a Parlament által elfogadott, és az államfő által június 13-án aláírt gazdasági stabilizációs törvény (a Gst) révén.

A Bokros-csomag főbb intézkedései:

8%-os vámpótlék bevezetése az energiahordozókon kívül minden árura (március 20-tól).

A forint 9%-os egyszeri leértékelése, illetve a forint csúszó leértékelésének bevezetése (kezdetben havi 1,9%-os mértékben).

A nominálbérek emelkedésének korlátozása az állami szférában (ami a magánszféra béreire is hatott).

Tandíj bevezetése és létszámleépítések a felsőoktatásban,

A fogászati ellátás ingyenességének megszüntetése.

A gyermekgondozási segélyre, családi pótlékra, gyermeknevelési támogatásra jogosultak körének szűkítése.

Csökkentették a gyógyszerek állami támogatását.

Felemelték a nyugdíjkorhatárt.

Később az Alkotmánybíróság az intézkedések közül többet is megsemmisített.

Csaba László szerint a Bokros-csomag lényege az alábbi volt: „A valódi, tartós újítást az jelentette, hogy a 'csomag' tudatosította a magyar társadalomban a jóléti modell reformjának elkerülhetetlenségét. Az elmúlt két év vitái immár nem arról szólnak, meg lehet-e őrizni a Kádár-korszak 'vívmányait' (bár ilyen nézet is van), hanem az a tét, hogy mi legyen a piacosító reformok iránya és eszközrendszere.”

Az E. Alap gyógyszerkasszája fő szabályként általában követi a gyógyító-megelőző kiadások trendjét, azonban néhány ponton eltér a mozgásuk.

A Bokros-csomag hatására 1996-ban és 1997-ben reálértéken csökkent a gyógyszerkiadások összege, 1998-ban azonban már reálértéken is meghaladták a gyógyszerkiadások az 1995. évi értéket. 1999–2001 között a gyógyszerkiadások 1995-ös áron számolva stagnáltak, majd 2002–2006 között dinamikusan emelkedtek. 2001–2006 között folyó áron duplájára emelkedtek a gyógyszerkassza kiadásai.

2006. decemberében került elfogadásra a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (Gtv),¹⁸ ami jelentős mértékben hozzájárult a gyógyszerkassza kiadásainak csökkentéséhez.¹⁹

Ezen törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, ismertetésének, reklámozásának, közfinanszírozásának, a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök finanszírozhatóságának elérését célzó intézkedések és a lakosság biztonságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátásának, valamint a gyógyszerek kiskereskedelmi forgalmazásának, a gyógyszerellátó tevékenység gyakorlásának alapvető szabályait határozza meg.

A törvény célja, hogy garantálja a kötelező társadalombiztosítás körében igénybe vehető ellátások meghatározásának átláthatóságát, kiszámíthatóvá és biztonságossá tegye a rendszer szereplőinek működését, valamint a kötelező társadalombiztosítás rendelkezésére álló források felhasználásának méltányosságát, gazdaságosságát és szakmai hatékonyságát, valamint meghatározza a közvetlen lakossági gyógyszerellátó tevékenység folytatásának alapvető feltételeit.

A törvény főbb elemei a következők:

- patikanyitás egyszerűsítése, könnyítése
- patikán kívüli gyógyszerárúsítás (fájdalom- és lázcsillapítók, vitaminok, savlekötők)
- nagy forgalmú patikák „szolidaritási díja”

- gyógyszerfelírás fokozott monitorizálása
- receptdíj (300 Ft)
- generikus program erősítése
- promóciós feltételek szigorítása (5 millió Ft orvoslátogatói díj, a 12 százalékos adó, sávós befizetés)

3.5. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap kiadási oldalán a gyógyszerellátásokra fordított kiadások folyó áron és 1995-ös áron, 1995–2013 között, Mrd Ft (forrás: OEP)

Év	folyó áron	1995-ös áron	
	milliárd Ft		1995 = 100%
1995.	70,8	70,8	100,0
1996.	85,5	68,3	96,6
1997.	100,9	68,2	96,3
1998.	135,5	78,7	111,2
1999.	139,5	73,0	103,2
2000.	150,8	72,5	102,5
2001.	179,5	79,3	112,0
2002.	209,0	86,3	121,9
2003.	251,8	97,9	138,4
2004.	288,9	105,1	148,5
2005.	348,9	118,8	167,8
2006.	388,7	122,2	172,6
2007.	323,6	98,3	138,8
2008.	325,7	94,4	133,4
2009.	343,2	93,4	132,0
2010.	357,2	92,6	130,8
2011.	376,9	94,7	133,7
2012.	315,1	76,1	107,5
2013.	296,0	70,6	99,7

A 2006–2008 közötti egészségügyi reform természetesen számos más elemet is tartalmazott, melyek befolyásolták a betegek hozzáférését az egészségügyi szolgáltatásokhoz. A teljesség igénye nélkül kiemelendő:

- kötelező kamarai tagság megszüntetése az egészségügyben²⁰
- vizitdíj és kórházi napidíj bevezetése²¹
- székek kötelező elhelyezése a kórházakban²²
- TVK újraosztása a kórházak finanszírozására
- kórházi étkeztetés javítása (napi nettó 550,- Ft / beteg)²³
- üzleti biztosítók piacra engedése²⁴
- Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása²⁵

A gyógyszerkasszát ért következő nagyobb forrását-csoportosítás 2012-ben és 2013-ban történt. Folyó áron 376,9 Mrd Ft-ról 315,1 (2012) majd 296,0 Mrd Ft-ra csökkent az OEP gyógyszerkassza kiadása. A kép teljességéhez itt is hangsúlyozzuk, hogy ezen források egy része

a gyógyító-megelőző kasszába került át, a tételes elszámolású gyógyszerek finanszírozására.

Az ún. több-biztosítós magánbiztosítási rendszer története:

A magán egészségbiztosítások hazai bevezetésének gondolata végigkísérte a rendszerváltozást követő közel másfél évtizedet. Az ezredforduló környékén ezen elképzelés térnyerése odáig jutott, hogy több párt programjában meghatározó helyet foglalt el, mint az egészségügyben jelenlévő számos probléma kezelésének egyik lehetséges, akár meghatározó erővel bíró eleme.

A 2006–2008 közötti magyar koncepció az akkori liberális egészségpolitikai vezetés (Dr. Molnár Lajos, Dr. Horváth Ágnes) ágazati irányítása alatt került kidolgozásra. Lényege az volt, hogy az egyedüli állami (társadalombiztosítási) finanszírozó szervezet, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) helyett több, üzleti alapon működő, profitorientált egészségbiztosító jön létre ('elismert pénztárak'), és ezek veszik át az OEP helyét.

A koncepció igen hamar támadások kereszttüzébe került, és érdemi szakmai, társadalmi támogatást nem sikerült mellé állítani. A törvényt 2007. december 17-én fogadta el az Országgyűlés. Sólyom László köztársasági elnök azonban politikai vétót gyakorolt, nem írta alá a törvényt, hanem megfontolásra visszaküldte azt a parlamentnek.

Az Országgyűlés akkori kormánypárti többsége 2008. február 11-én 203 igen szavazattal, 173 nem ellenében ismét megszavazta a Sólyom László köztársasági elnök által megfontolásra visszaküldött egészségbiztosítási törvényt (2008. évi I. törvény az egészségbiztosítási pénztárakról).

2008. március 9-én népszavazás volt Magyarországon az alábbi kérdésekről ('szociális népszavazás'):

- Egyetért-e Ön azzal, hogy a fekvőbeteg-gyógyintézeteki ellátásért a jelen kérdésben megtartott népszavazást követő év január 1-jétől ne kelljen kórházi napidíjat fizetni?
- Egyetért-e Ön azzal, hogy a háziorvosi ellátásért, fogászati ellátásért és a járóbeteg-szakellátásért a jelen kérdésben megtartott népszavazást követő év január 1-jétől ne kelljen vizitdíjat fizetni?
- Egyetért-e Ön azzal, hogy az államilag támogatott felsőfokú tanulmányokat folytató hallgatónak ne kelljen képzési hozzájárulást fizetni?

A vizitdíjról és a tandíjról szóló népszavazás egyértelmű eredményének hatására a több-biztosítós törvényt az Országgyűlés 2008. május 26-i ülésén visszavonta (2008.

évi XXIV. törvény az egészségbiztosítási pénztárakról szóló 2008. évi I. törvény felülvizsgálatáról).

A több-biztosítós modell bukásának okait Sinkó Eszter így foglalta össze:

Az SZDSZ egyedül maradt a politikai palettán, az MSZP csak Gyurcsány Ferenc nyomására nyelte le a békát – *politikai* ok.

Jelentős szakmai szereplő nem támogatta a javaslatot – *szakmai* ok.

Magánbefektetők folyamatosan morzsolódtak le, ahogy a befektetés szempontjából egyre torzultabb konstrukció állt elő – *gazdasági* ok.

A társadalom értékrendjével nem találkozott, társadalmi ellenállás bontakozódott ki – *társadalmi* ok.

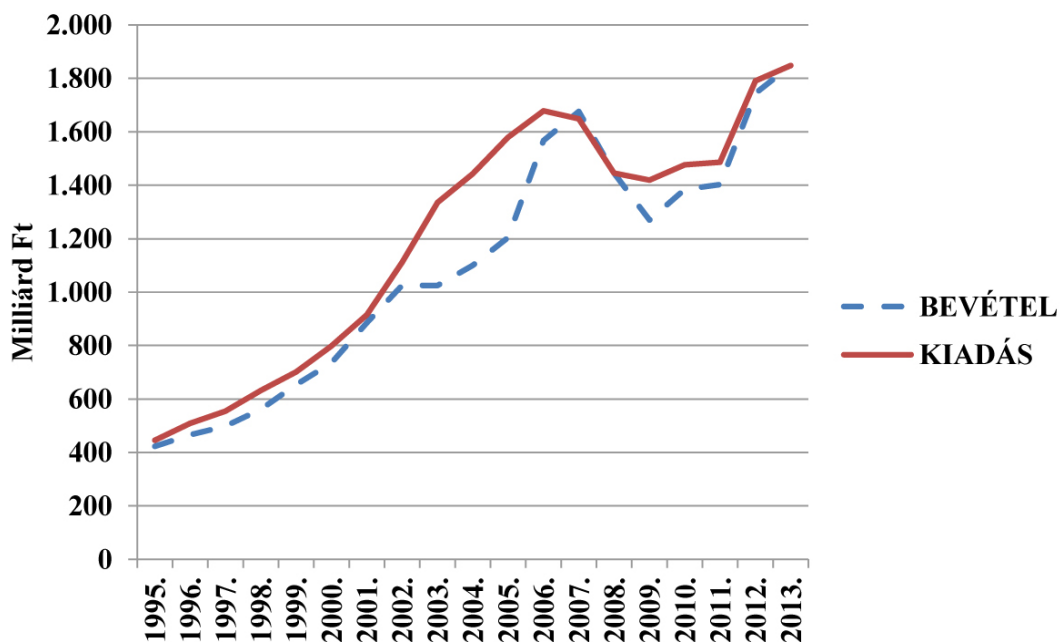
3.3. Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege

Az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási oldalának elemzése mellett érdemes megvizsgálni ezek egyenlegét is. A bevételi láb instabilitása és a kiadási oldal hektikus változása, továbbá a két oldal összhangjának hiánya ugyanis az E. Alap egyenlegében is jelentős mozgásokat eredményezett.^{26, 27}

Az alábbi ábra mutatja az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási oldalát 1995–2013 között. Látható, hogy az E. Alap a vizsgált 20 évben szinte folyamatosan deficitese volt, azonban a hiány mértéke 2003–2005 között jelentős mértékben megnőtt. Különösen szembe-tűnő a bevételi oldalon a 2002–2003 közötti történés. Míg a kiadási oldal 1 111,2 milliárd Ft-ról (2002) 1 335,4 milliárd Ft-ra (2003), vagyis 224,2 milliárd forinttal nőtt, addig a bevételi oldal 1 024,6 Mrd Ft-ról (2002) 1 025,4 Mrd Ft-ra (2003) változott, vagyis csupán 0,8 Mrd forinttal emelkedett. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a kiadási oldal emelkedésének bérjellegű tételeiből befolyó, többlet egészségbiztosítási járulék sem került át az E. Alaphoz.

Az alábbi ábra mutatja az Egészségbiztosítási Alap hiányát a kiadások százalékában 1995–2013 között. Az 1997-ben, majd 1998-ban észlelhető kisebb kiugrástól és a 2001-ben látható legalacsonyabb értéktől (3,3%) eltekintve viszonylag egyenletes sávot látunk 2002-ig. A 2003–2005 közötti időszakban azonban az E. Alap éves hiánya meghaladta a kiadások 20%-át, azaz a kiadások mintegy ötödére-negyedére nem volt fedezet.

A 2003–2005 közötti éves hiány mértékének érzékeltetésére elmondhatjuk, hogy annak nagysága az éves gyógyszerkassza tényleges kiadásaihoz mérhető, vagyis példaként szemléltetve azt mondhatjuk, hogy a gyógy-

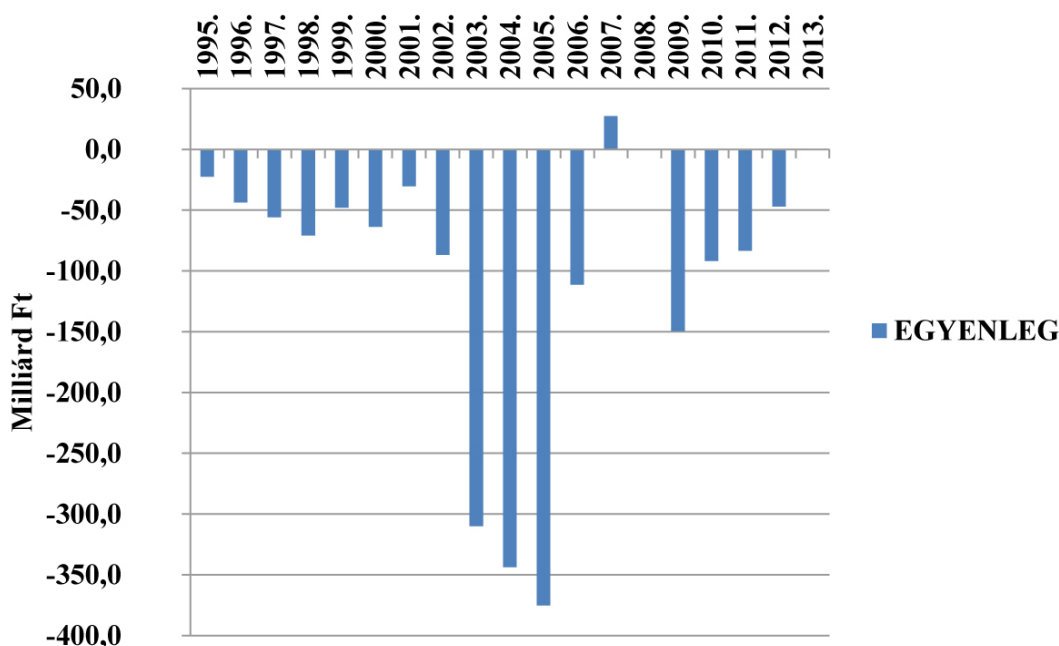


3.5. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap bevételei és kiadásai 1995–2013 között (forrás: OEP)

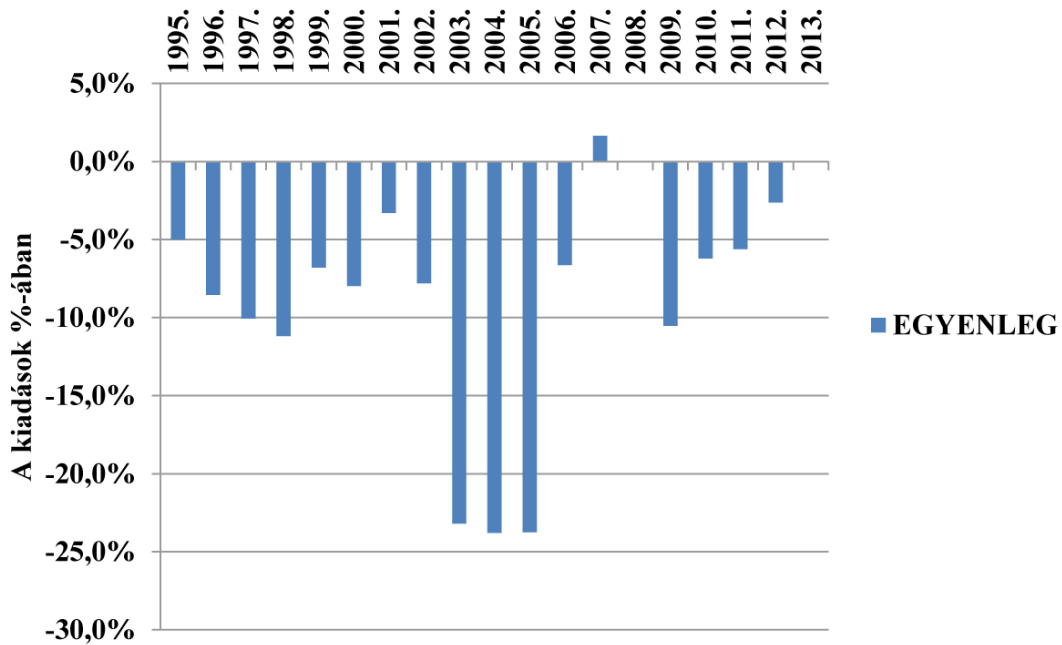
szerkassa mértékének megfelelő összegre nem volt bevételi fedezet ezen években.^{28, 29}

A 2007. és 2008. években az E. Alap kismértékű többlettel zárt. Ez vélhetően az akkori egészségpolitikai vezetés által preferált több-biztosítós üzleti modellhez kötődik. Az E. Alap előző években tapasztalt óriási hiánya ugyanis nem igazán jelenthetett vonzerőt a magánbefektetők számára, így nekik demonstrálni kellett azt, hogy a magyar egészségbiztosítási források elégségesek az ellátások fedezetére, illetve még tartalékok is vannak benne.

Az E. Alap hiányának alakulásában – ahogy arra már utaltunk – jelentős szerepet játszott a 2002-ben végrehajtott, átlagosan 50%-os béremelés, amelyet az egészségügyi dolgozók számára az Egészségbiztosítási Alapból fizettek ki. Jó szívvel elmondható, hogy ez a béremelés járt az egészségügyi dolgozóknak, kismértékben kompenzálva alacsony jövedelmüket. Ugyanakkor a kép teljességéhez az is hozzátartozik, hogy ugyan járt a béremelés, azonban erre pénz nem jutott.



3.6. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak egyenlege 1995–2013 között, Mrd Ft (forrás: OEP)

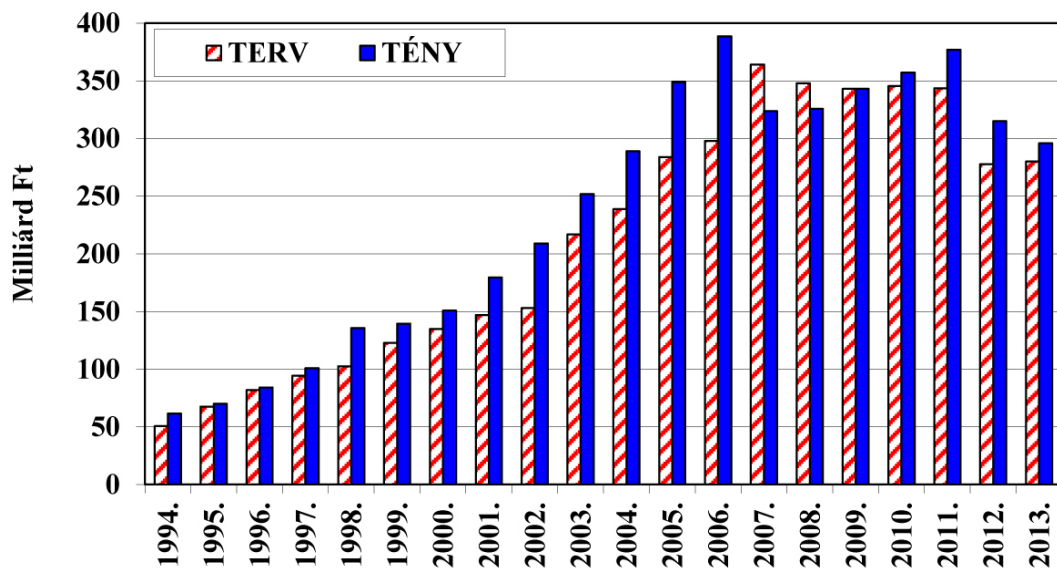


3.7. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak egyenlege 1995–2013 között, a kiadások %-ában (forrás: OEP)

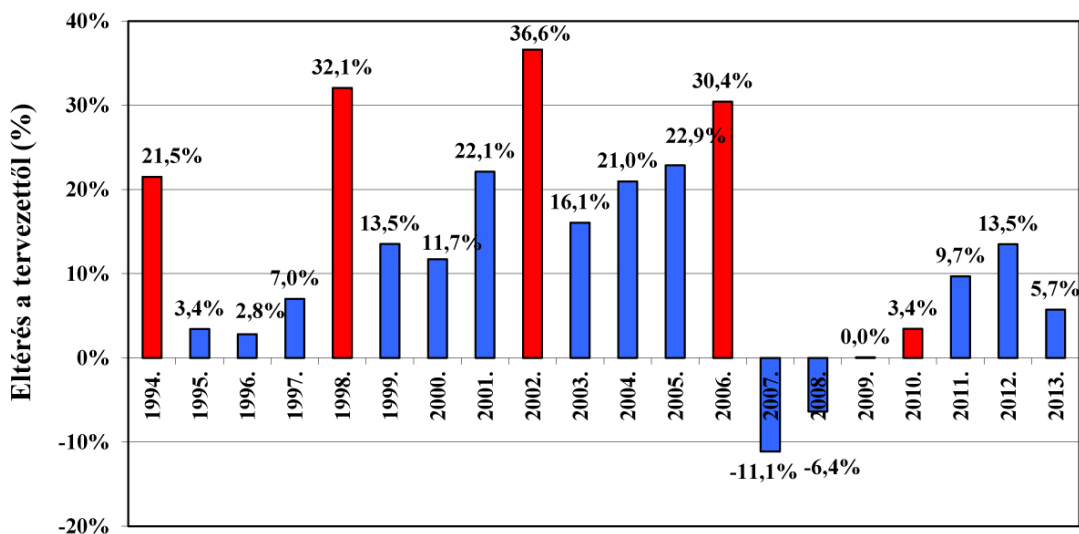
Ez idáig hitünk szerint az E. Alap a lakosság egészségi állapotához kapcsolódó természetbeni egészségügyi ellátások és különböző pénzbeli kiadások fedezetére szolgált, azonban a 2002–2006 között tapasztalt hiánygazdálkodás arra utal, hogy az E. Alap ezen történelmi szerepe helyett a fiskális szemlélet mozgásterévé vált. Bár számos próbálkozás történt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár vásárlói szerepének erősítésére, a fiskális szemlélet felülkerekedéséből adódó pénzügyi problémák kezelésére az OEP-nek nincs eszközrendszere, józan gondolkodással ez a szervezeten nem számon kérhető.

3.4. A gyógyszerkassza tervezésének problematikája

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár gyógyszerkasszájának legnagyobb kihívása közel másfél évtizeden át a tervezés volt. Az eredetileg betervezett kiadási szintet ugyanis a költségvetési év során egyre hamarabb, kezdetben ősszel, aztán már a nyáron 'elköltötte' az OEP, és folyamatos költségvetési módosítások eredményeként év végére realizálódott egy, az eredeti tervhez képest jelentősen magasabb gyógyszerkassza kiadás.



3.8. ábra. Az OEP gyógyszerkassza tervezett és tényleges kiadásai 1994–2013 (forrás: OEP)



3.9. ábra. Az OEP gyógyszerkassza túlköltése a kiadások százalékában (1994–2013)

Ez a tendencia 2007-től tört meg, amikor az OEP gyógyszerkassza év végén nemhogy túlköltést nem mutatott, hanem még érdemi megtakarítás is keletkezett (2007-ben és 2008-ban).

Az alábbi ábra szemlélteti az OEP gyógyszerkassza túlköltését a kiadások százalékában 1994–2013 között. Két érdekes jelenséget láthatunk a számok alapján. Egyrészt a túlköltés mértéke 1995-2006 között erősen emelkedő tendenciát mutatott, vagyis mind nagyobb volt az eltérés az eredetileg betervezett OEP gyógyszerkiadás és a tényleges költség között. Másik tanulság a 4 évente ismétlődő extrém magasra kiugró túlköltés. A 4 éves ciklusok egyértelműen a politika rendszer 4 éves ciklusaihoz kapcsolódnak: vagyis a politikai döntéshozók a választási években nagyobb hajlandóságot mutattak a gyógyszer előirányzat emelésére.

A 2007-es és 2008-as évek az akkori egészségbiztosítási piacnyitási tervek miatt érdekesek, hiszen az akkori tervek szerint a magán üzleti biztosítókat beengedték volna a magyar egészségbiztosítási piacra. Ez egy folyamatosan 'lyukas' gyógyszerkassza mellett nem lett volna megvalósítható, ami jelentős mértékben hozzájárult a gyógyszerkassza túlköltésének megszüntetéséhez. A 2010. választási évre is kitért a szemléletváltás, és sem a leköszönő, sem a belépő politikai szereplők nem igyekeztek a gyógyszerkassza túlköltési gyakorlatát folytatni.

3.5. Mennyit költünk egészségügyre?

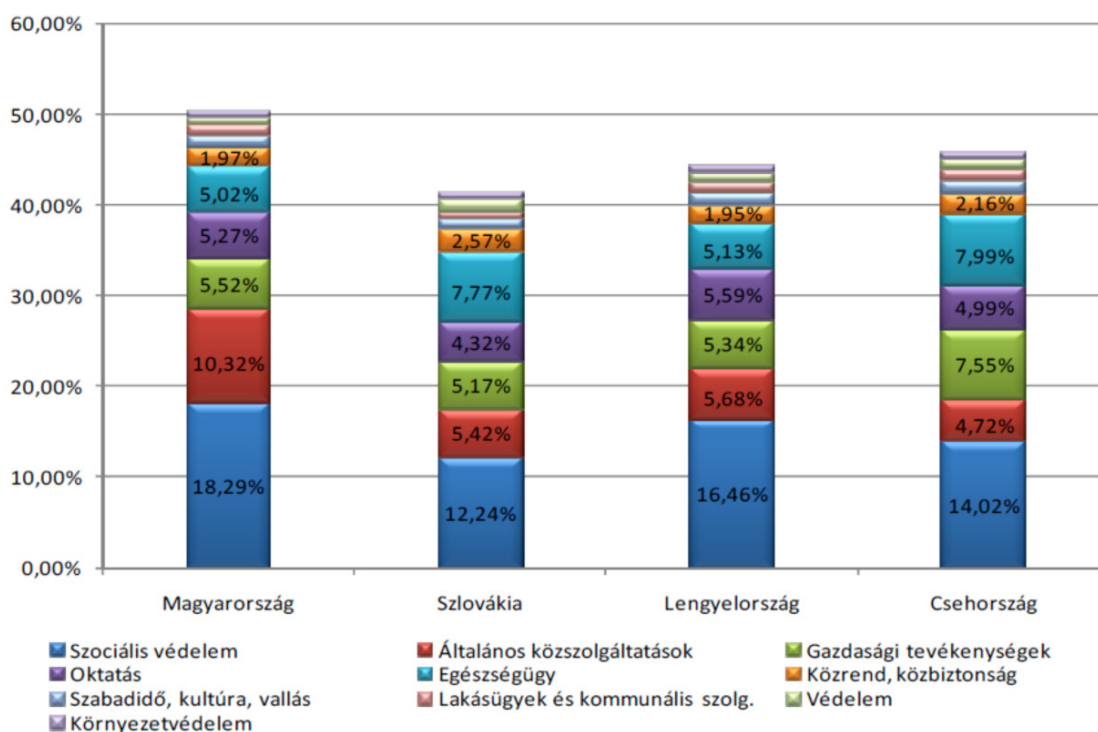
Az egészségügyi kiadások összehasonlításának többféle módszertana áll rendelkezésre. A különböző nemzetközi szervezetek (WHO, OECD, Világbank, Európai Unió) összehasonlító elemzései révén pedig a különböző or-

szágok egészségügyi kiadásai vethetők össze. Jelen fejezetben néhány kiragadott példa alapján mutatjuk be az egészségügyi kiadások mértékét.

Nemzetközi összehasonlításban az összes (közösségi és magán) egészségügyi kiadást a bruttó hazai termék (GDP) százalékos arányában szokás kifejezni. Ehelyütt helyettesítő mutatóként a teljes Egészségbiztosítási

3.6. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap, a gyógyító-megelőző ellátások és a gyógyszerellátásokra fordított kiadások a GDP százalékában, 1995–2013 között (forrás: OEP)

Év	Kiadások a GDP százalékában			
	E. Alap	gyógyító-megelőző	gyógyszer	gyógyító-megelőző és gyógyszer
1995.	7,7%	3,3%	1,2%	4,5%
1996.	7,2%	3,2%	1,2%	4,4%
1997.	6,3%	3,0%	1,1%	4,2%
1998.	6,1%	2,9%	1,3%	4,2%
1999.	6,0%	2,9%	1,2%	4,1%
2000.	6,0%	2,8%	1,1%	4,0%
2001.	6,0%	2,7%	1,2%	3,8%
2002.	6,4%	2,9%	1,2%	4,1%
2003.	7,0%	3,3%	1,3%	4,6%
2004.	6,9%	3,1%	1,4%	4,5%
2005.	7,1%	3,1%	1,6%	4,7%
2006.	7,0%	3,0%	1,6%	4,6%
2007.	6,5%	2,8%	1,3%	4,1%
2008.	5,4%	2,8%	1,2%	4,0%
2009.	5,4%	2,7%	1,3%	4,1%
2010.	5,5%	2,9%	1,3%	4,3%
2011.	5,3%	2,9%	1,3%	4,2%
2012.	6,3%	2,9%	1,1%	4,1%
2013.	6,2%	3,0%	1,0%	4,0%



3.10. ábra. Állami kiadások a visegrádi országokban funkciók szerint, GDP arányosan 2009-ben (forrás: Matolcsy György, 2011)

Alap (pénzbeli és természetbeni ellátások), illetve ezen belül a gyógyító-megelőző ellátások és a gyógyszer kiadások arányát vizsgáltuk.

Látható, hogy az E. Alapon belül a gyógyító-megelőző és gyógyszerkiadások együttesen a GDP 3,8–4,7%-át jelentették. A 3,8%-os arányt 2001-ben, a 4,7%-os arányt pedig 2005-ben láthatjuk. 2007–2013 között ez az arány érdemben nem változott, 4,1% körül mozgott.

A magyar állami egészségügyi kiadások 2009-ben a GDP 5,02%-át érték el, ami a visegrádi országokhoz képest alacsony volt [30]: Lengyelország 5,13%, Szlovákia 7,77%, míg Csehország 7,99% GDP arányos állami egészségügyi kiadással rendelkezett. Magyarország tehát a hozzá hasonló történelmi-társadalmi örökséggel rendelkező környező országokhoz képest is keveset költött egészségügyre.

Ezzel szemben más területeken a magyar kiadások lényegesen felülmúlták a másik három ország kiadásait. A szociális védelem 18,29%-os, vagy az általános közszolgáltatások 10,32%-os GDP arányos kiadása lényegesen magasabb, másfél-kétszerese a környező országokénak.

3.6. Összefoglalás

Az Egészségbiztosítási Alap létrehozása óta az országos, egységes kockázatközösség megtestesítője, a köz-

finanszírozott egészségügyi rendszer anyagi háttere. Az elmúlt negyedszázadban számos változáson esett át az E. Alap bevételi és kiadási oldala egyaránt. Számos olyan elemet láttunk, amelyek egy szerves fejlődés ívét vázolják fel előttünk. Ugyanakkor az ad hoc rögtönzések is megfigyelhetők az Egészségbiztosítási Alapot érintő döntésekkel kapcsolatban.

Az egészségügyi rendszer fenntarthatósága érdekében érdemes lenne az Egészségbiztosítási Alap forrás-teremtésének kiszámíthatóságát, stabilitását erősíteni.

Irodalom

- 1 Kornai J.: The soft budget constraint syndrome in the hospital sector. *Int J Health Care Finance Econ.* 2009. Jun. 9 (2):117–35.
- 2 Kornai J.: A puha költségvetési korlát szindrómája a kórházi szektorban. *Közgazdasági Szemle*, 2008; 55:1037–1056.
- 3 Forgó Györgyné: Társadalombiztosítási ismeretek. Nemzeti Közszolgálati Egyetem. 2015.
- 4 Gaal P., Szigeti S., Csere M., Gaskins, M., Panteli, D.: Hungary health system review. *Health Syst. Transit.* 13(5), 1–266, 2011.
- 5 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.
- 6 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.
- 7 2011. évi CIII. törvény a népegészségügyi termékadóról.

- 8 Lloyd-Williams, F, Bromley, H, Orton, L, Hawkes, C et al.: 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
- 9 Kutasi G., Perger J.: Adóosztóznőkkel az externáliák ellen: a népegészségügyi termékadó és a szén-dioxid adó nemzetközi példái. *Közgazdaság*, 2014; 9(4): 109–126.
- 10 Nordström, J, Thunström, L: Economic policies for healthier food intake: the impact on different household categories. *Eur J Health Econ*. 2011. Apr. 12(2):127–40.
- 11 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.
- 12 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.
- 13 Botos J.: A magyar társadalombiztosítás kialakulása és fejlődése. Osiris Kft. Budapest, 1998.
- 14 Boncz I.: Közösségi és magánforrások (public-private mix) szerepvállalása az egészségügyi finanszírozás forrásteremtésében, a fenntartható finanszírozás kihívásai. In *A magyar egészségügy (56–80)*. Szerk.: Bodrogi J. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010.
- 15 Antal L.: A Bokros csomag. *Beszélő*, 1995;5(5).
- 16 Kovács Pál szocialista politikus, volt népjóléti miniszter (Hajdú-Bihari Napló, 1995. május 27.)
- 17 Szemere R.P., Kiss G.: Almát körtével? A négy visegrádi ország állami újraelosztásának összehasonlítása, 1995–2010. *MNB-tanulmányok 99*. Budapest, 2011.
- 18 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól. *Magyar Közlöny* 2006/146 (XI. 29.)
- 19 Boncz I., Donkáné Verebes É., Oberfrank F.: A magyar gyógyszer-gazdaságossági törvény hatása a patikák számára 2007–2010. között. *Acta Pharm Hung*. 2013;83(1): 28–32.
- 20 Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény. *Magyar Közlöny* 2006/146 (XI. 29.)
- 21 16/2007. (II. 13.) Korm. rendelet a vizitdíjjal és a kórházi napi díjjal kapcsolatos egyes kérdésekről.
- 22 7/2008. (II. 7.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny* 2008/19 (II. 7.).
- 23 296/2007. (XI. 9.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásával kapcsolatos egyes finanszírozási, szerződéskötési és eljárási kérdésekről szóló 41/2007. (III. 13.) Korm. rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny* 2007/151 (XI. 9.).
- 24 2008. évi I. törvény az egészségbiztosítási pénztárakról. *Magyar Közlöny* 2008/25 (II. 18.).
- 25 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről. *Magyar Közlöny* 2006/156 (XII. 18.).
- 26 Szigeti Sz.: Az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi instabilitásának okairól. *IME*, 2007;6(2):9–17.
- 27 Dózsa Cs., Borcsek B., Boncz I.: Az egészségbiztosítási alap bevételi és kiadási oldalának elemzése, 1994–2002, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2003; 41(5):9–16.
- 28 Boncz I. Sebestyén A.: Financial deficits in the health services of the UK and Hungary. *Lancet*. 2006; 368(9539):917–918.
- 29 Boncz I.: Az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyáról és hiánygazdálkodásáról. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2005; 4(8): 5–7.
- 30 Matolcsy Gy.: Széll Kálmán Terv (2011–2014). Széll Kálmán Alapítvány. Budapest, 2011. március 01.

4. A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és korlátai: a teljesítményvolumen-korlát (TVK) példája

ENDREI DÓRA, BONCZ IMRE, CSÁKVÁRI TÍMEA, ÁGOSTON ISTVÁN

4.1. Bevezetés

Magyarország Alaptörvénye szerint¹ – mely 2012. január 1-jén lépett hatályba –, Magyarország minden állampolgára számára a szociális biztonság nyújtása összefoglalóan állami törekvés. Az anyaság, betegség, rokkantság, fogyatékoság, özvegyiség, árvaság és önhibáján kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén minden magyar állampolgár törvényben meghatározott támogatásra jogosult. A szociális biztonságot előbbi esetekben és más rászorulóknak esetében is az állam a szociális intézmények és intézkedések rendszerével valósítja meg. Az időskori megélhetés biztosítását a társadalmi szolidaritáson alapuló egységes állami nyugdíjrendszer fenntartásával és önkéntesen létrehozott társadalmi intézmények működésének lehetővé tételével segíti elő. A törvény szerint az állami nyugdíjra való jogosultság feltételeit a nők fokozott védelmének követelményére tekintettel is megállapíthatja.

Az Alaptörvény deklarálja, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, melynek érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő. Magyarország költségvetése fentiek közül a nyugdíjellátással, egészségügyi ellátással kapcsolatosan a fedezetül szolgáló bevételek és kiadások előirányzatát a Nyugdíjbiztosítási Alap és Egészségbiztosítási Alap (továbbiakban E. Alap) központi alrendszerek tartalmazzák.

A rendelkezésre álló források, a társadalmi elvárások, a technológia fejlődése miatt a bevételi és kiadási oldal egyensúlyának valós megteremtése állandó szakmapolitikai konfliktust eredményez.

4.2. Társadalombiztosítás

A társadalombiztosítás az a biztosítási rendszer, amely a lakosság nagy részére kiterjedően, többnyire kötelezően, szociális és egészségügyi szolgáltatásokat nyújt. A jogosultságról, valamint a szolgáltatások fedezetéről az 1997. évi LXXX. törvény rendelkezik.² A törvény szabályozza a társadalombiztosítás keretében létrejövő jogviszonyokat, valamint a foglalkoztatók és a biztosítottak biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos kötelezettségeit is. Hangsúlyos kötelezettség a biztosítottaknak a társadalombiztosítás rendszerében való részvétele, a foglalkoztatók és a biztosítottak fizetési kötelezettsége és ennek a közteherviselésnek megfelelő teljesítése. Meghatározásra kerül a társadalombiztosítási ellátások köre és a társadalombiztosítási rendszerhez kapcsolódó magánnyugdíj keretében járó szolgáltatások. Alapelveként rögzíti a társadalmi szintű kockázatközösséget, a kötelező társadalombiztosításban való részvételt. Az egyes társadalombiztosítási ellátásokra a biztosított járulékfizetési kötelezettség alapján szerezhet jogot saját maga és törvényben meghatározott hozzátartozója javára. A pénzügyi társadalombiztosítási ellátás összege pedig arányban áll a biztosítottak az ellátás fedezetére szolgáló járulék alapjául szolgáló jövedelmével. Fontos további alapelve, hogy a biztosítás az annak alapjául szolgáló jogviszonnyal egyidejűleg, a törvény erejénél fogva jön létre. Ennek érvényesítése érdekében a foglalkoztatót bejelentési, nyilvántartási, járulék-megállapítási és levonási, járulékfizetési, valamint bevallási kötelezettség terheli. További lehetséges forrásokat oly módon rögzíti, hogy a szociális biztonsághoz, valamint a testi és lelki egészséghez való jog érvényesítése, valamint az egységes állami nyugdíjrendszer fenntartása érdekében a törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak költségvetését egészben vagy részben megillető olyan fizetési kötelezettséget is megállapíthat, amely-

nek megfizetése társadalombiztosítási ellátásra való jogot nem keletkeztet. A társadalombiztosítási rendszer működésében érvényesülő közteherviselés érdekében a biztosítottakat és a foglalkoztatókat mindazon adataik rendszeres vagy eseti közlésére kötelezi a jogszabály, amelyek társadalombiztosítási járulékfizetési és hozzájárulás-fizetési kötelezettségeik megállapításához, ennek teljesítéséhez, ellenőrzéséhez és érvényesítéséhez szükségesek.

Fontos alapelv, hogy az állam a társadalombiztosítási ellátások fedezetét akkor is biztosítja, ha a társadalombiztosítás kiadásai a bevételeket meghaladják.

4.3. Kötelező egészségbiztosítás

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól az 1997. évi LXXXIII. törvény rendelkezik,³ melyben az esélyegyenlőség érdekében az állampolgárok számára az egészségük megőrzéséhez, helyreállításához és egészségi állapotuk javításához szükséges egészségügyi ellátásokról, valamint a foglalkoztatottak betegsége miatt kieső jövedelmük részleges pótlásáról a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, valamint azok igénybevételének szabályairól rendelkezik. Az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások. Ehhez szükséges természetesen figyelembe venni a finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendeket, a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátásról, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvényben foglalt kivételeket is. A pénzbeli egészségbiztosítási ellátások – a törvényben foglalt kivételekkel – a pénzbeli egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettséggel arányosan vehetők igénybe. Fontos alapelv, hogy az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket. Az állam az e törvényben meghatározott ellátások teljesítését akkor is biztosítja, ha az ahhoz szükséges kiadások az E. Alapból nem fedezhetők. Az egészségbiztosító tájékoztatja a biztosítottat jogairól és kötelezettségeiről, segítséget nyújt igénye érvényesítéséhez.

4.4. Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet rendelkezik.⁴ A rende-

let hatálya az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra (a továbbiakban: OEP) mint finanszírozóra, valamint a finanszírozóval az E. Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatás nyújtására szerződött egészségügyi szolgáltatókra terjed ki.

A rendelet meghatároz alapfogalmakat amelyekből, a tanulmány szempontjából legfontosabbak az alábbiak ismerete.

A területi ellátási kötelezettség külön jogszabály szerint az önkormányzat kötelező feladatát képező egészségügyi alapellátás körébe tartozó (házi orvosi, házi gyermekorvosi, területi védőnői, fogászati ellátás) egészségügyi szolgáltatásoknak az a része, amelyet az önkormányzat, illetve saját intézménye, vagy más szolgáltató útján biztosít. A lekötött kapacitással rendelkező egészségügyi szolgáltatóknak az a kötelezettsége, hogy a kapacitásai felhasználásával az egészségügyi államigazgatási szerv által vezetett nyilvántartásban meghatározott ellátási területen élő, a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultak számára külön jogszabályban foglaltak szerinti járóbeteg-, illetve fekvőbeteg-szakellátásokat nyújt.

A finanszírozási elszámolás az alaplíjnak, a fixdíjnak és a teljesítmény díjának a megállapítása és utalványozásra történő előkészítése. A rekordkép az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről készítendő jelentés formailag és tartalmilag meghatározott egysége. A fixdíj a jogszabályban meghatározott összegű havi díjazás, míg az alaplíj *kihirdetett* díj, vagy az adott hónapban a szakfeladatra rendelkezésre álló havi előirányzatnak és a jelölt teljesítménynek a hányadosa szerinti díj. A teljesítménydíj az alaplíj és a teljesítmény szorzata. A Case mix index (CMI) az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozási rendszere szerint elszámolható, adott időszak alatt el látott finanszírozási esetek összetételét költségigényesség szempontjából jellemző mutató, amely az elszámolt súlyszám és az elszámolt finanszírozási esetszám hányadosa. A teljesítményvolumen *önálló* elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékeinek mennyisége.

Az OEP a szolgáltatókkal finanszírozási szerződést köt. Finanszírozott teljesítményként a finanszírozási szerződésben meghatározott és ténylegesen teljesített szolgáltatás számolható el a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (a továbbiakban: TAJ szám) feltüntetésével, amennyiben annak megtérítésére jogszabály alapján más nem köteles. Újszülött ellátásának jelentése TAJ szám hiányában a születést követő második hónap utolsó napjáig, továbbá ismeretlen TAJ számú elhunyt személy elhalálózását megelőző ellátásának és bonco-

lásának jelentése az OEP által meghatározott elvek szerinti informatikai kód alkalmazásával történik. Abban az esetben, ha az ellátott személy vagy hozzátartozója a TAJ számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, az ellátást végző szolgáltató a finanszírozónál kezdeményezi a TAJ szám rendelkezésre bocsátását az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével. A finanszírozótól megkapott TAJ számon történik meg a teljesítmény jelentése. A szolgáltató havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig megküldi a finanszírozónak a jogszabály melléklete szerinti adatokat.

Az OEP az országos várólista-nyilvántartásban – a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet szerint – regisztrált adatokat és a fekvőbeteg-szakellátás teljesítmény-elszámolási adatokat is ellenőriz, adathiány vagy hibás adat esetén végleges visszavonást is tud eszközölni. A tanulmány szempontjából az intézményi várólista is fontos szempont. A szolgáltatót a finanszírozási szerződés alapján fixdíj és/vagy teljesítménydíj illeti meg, mely teljesítményegység forintértéke a rendeletben kerül rögzítésre előírt tételes díjként. Az OEP a szolgáltató részére a díjat havonta biztosítja, a lejelentett teljesítmény ellenértéke között két hónap különbség van.

Az egészségügyi szolgáltató, az OEP és a biztosított közötti viszonyrendszer megfelelően szabályozott.

4.4.1. Az egészségügyi szakellátás finanszírozása

A szolgáltató csak olyan teljesítményt jelenthet elszámolásra, amelynek teljesítése az érvényes szakmai szabályok szerint megtörtént, és amelyre az ellátást igénybe vevő egészségének megőrzése, helyreállítása érdekében volt szükség. A teljesítményfinanszírozás során használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek – az OEP bevonásával történő – folyamatos karbantartásáról, az ehhez szükséges adatok körének meghatározásáról és a változtatások szabályozásáról az egészségügyért felelős miniszter rendeletben gondoskodik. A finanszírozási szerződésben meghatározható a szolgáltató által nyújtható szolgáltatások köre, a szolgáltatásvolumen, a teljesítményvolumen, a teljesítés időbeli ütemezése és a többlet teljesítmény elszámolásának feltételei és mértéke. A teljesítményvolumen-keretet (a továbbiakban: TVK) a járóbeteg-szakellátásra – ideértve a CT-, MRI-vizsgálatokat is – és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan éves szinten (1 sz. melléklet), va-

lamint időarányosan – az ellátási igények változásának figyelembevételével – havi bontásban kell meghatározni. A tárgyidőszakra vonatkozó TVK havi bontását a rendelet melléklet tartalmazza az egyes ellátási formákra meghatározott tárgyidőszakra vonatkozó országos szezonális index alapján történik jelenleg azzal, hogy az egyes hónapra vonatkozó szezonális index nem haladhatja meg a havi országos szezonális index 20 százalékkal növelt vagy csökkentett mértékét, és a tizenkét havi összes százalékos index összege nem térhet el a 100 százaléktól. A szolgáltató a szezonális indexet évente egy alkalommal, a finanszírozónak a tárgyidőszakra vonatkozó TVK értékéről szóló értesítése kézhezvételétől számított 15 napon belül határozhatja meg.

Az aktív fekvőbeteg-szakellátás esetében a TVK mennyiségét az egyes egészségügyi szolgáltatók vonatkozásában is a rendelet melléklete tartalmazza.

A rendelet útmutatást ad az intézményi TVK felhasználása során a szerződés szerinti ellátási kötelezettség teljesítésére az alábbi meghatározott prioritási sorrend figyelembevételével köteles teljesíteni:

- a) a működési engedélye szerinti szakmai kompetencia (a továbbiakban: szakmai kompetencia) körébe tartozó sürgősségi ellátások,
- b) szakmai kompetencia és az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettség körébe tartozó progresszív ellátások,
- c) szakmai kompetencia és az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettség körébe tartozó nem progresszív ellátások,
- d) szakmai kompetencia körébe tartozó, az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettséget meghaladó progresszív ellátások,
- e) szakmai kompetencia körébe tartozó, az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettséget meghaladó nem progresszív ellátások.

A tanulmány megírásakor hatályban lévő rendelet szerint, amennyiben a szolgáltató tárgyhónapra jelentett és elszámolható aktív fekvőbeteg-szakellátási teljesítménye meghaladja a TVK-t, az OEP legfeljebb 4 százalékos többlet teljesítményt az alapdíj 25 százalékaival számolja el, a rendeletben rögzített forintértékkel. A szolgáltatónak a teljesítménye utáni díjazás összegét az OEP kiszámítja, és a jelentés leadásának hónapjában utalványozza.

A fekvőbeteg-szakellátás területén a külön jogszabályban meghatározott sürgősségi ellátási szinteknek megfelelő szolgáltatást nyújtó, vagy a traumatológiai ellátás területén 24 órás, folyamatos betegfelvételt biztosító szolgáltató meghatározott feltételek esetén jogosult havi fix összegű díjra. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás

területén arc-, állcsont-szájsebészet szakmában ellátást nyújtó szolgáltató arc-, állcsont-szájsebészeti osztálya fix összegű díjra jogosult azzal, hogy a díjazás nem növelhető több, azonos ellátási formába tartozó szervezeti egység működtetése esetén.

Az aktív fekvőbeteg-szakellátás területén havi fix összegű díjra jogosult a kardiológia szakma, a neurológia szakma, a stroke ellátása, a tüdőgyógyászat szakma szakmaspecifikus őrző működtetése esetén azzal, hogy a díjazás nem növelhető több, azonos szakmához tartozó őrző működtetése esetén.

4.4.2. A fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása

A fekvőbeteg-szakellátás klinikán, kórházban, szakápolási intézményben, valamint fekvőbeteg-ellátást nyújtó országos intézetben (a továbbiakban együtt: intézmény) végzett minden ellátási esemény, amelynek során a biztosítottat az intézménybe felvették, és ott legalább 24 órán keresztül – nappali kórházi ellátás esetén legalább 6 órán keresztül – tartózkodik. Jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül a fekvőbeteg-intézményben ellátott biztosított részére 0 alsó határnapú HBCs szerinti ellátás, a sürgősségi beteg-ellátásra vonatkozó szabályok szerint nyújtott, 6–24 órás ellátás; az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátás keretében végzett, az újszülött 0–4 napos korban történő, életkorhoz kötött szűrővizsgálata, a 24 órán belül más intézetbe áthelyezett újszülöttek, továbbá az osztályra történő felvételt követően 24 órán belül meghalt személyek részére nyújtott ellátás is. A rövid ellátási (az alsó határnap letelte előtt befejezett) eset után az intézmény nem jogosult a teljes HBCs-díjra. Az alsó határnap alatti egy napra eső díj a teljes HBCs-díjnak az alsó határnap számával elosztott hányadosa. Az aktív osztályon kezelt felső határnapot meghaladó idejű esetén (a továbbiakban: hosszú ellátási eset) a felső határnapot meghaladó időtartamra a napi díjazást a krónikus ellátás napi alapdíjának 75 százalékában kell megállapítani. Az intenzív osztályon a hosszú ellátási eset napi díja a krónikus ellátás napi alapdíjának a négyszerese. A felvételt és az eltávozás, áthelyezés napja egy napnak számít. A 100% feletti ágykihasználtságot eredményező ellátási eset (esetek) kizárólag attól a naptól kezdődően számolható (számolhatók) el, amely napon az ágykihasználtság 100% alá csökken. A megkezdett aktív fekvőbeteg-ellátás másik szolgáltató által felső határnapon belül történt folytatása esetén az áthelyező szolgáltató az elszámolási

szabályok szerinti súlyszám 50%-ára jogosult. Amennyiben a megkezdett ellátás nem minősül sürgős esetnek, vagy nem tartozik az áthelyező szolgáltató szakmai kompetencia körébe, akkor az áthelyező szolgáltatót az elszámolási szabályok szerinti súlyszám 25%-a illeti meg. Fekvőbeteg-gyógyintézetből történő elbocsátást követően felső határnapon belül másik gyógyintézetben végzett aktív fekvőbeteg-ellátás esetén – a rendelet mellékletében meghatározott esetek kivételével – az elszámolási szabályok szerinti súlyszám 50%-a számolható el. A rendelet mellékletében a gyógyító-megelőző ellátások jogcímei éves előirányzatait ellátási formák szerinti bontásban. Az ellátási formákra külön soron feltüntetett előirányzatok jogcímenként együttesen is kezelhetők. Az egyes jogcímekhez tartozó ellátási formák között az OEP főigazgató kezdeményezésére az egészségbiztosításért felelős miniszter átcsoportosíthat azzal, hogy a jogcímek előirányzata nem változhat. A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának minősítési szempontja alapján aktív ellátásnak minősül az az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. Az aktív ellátás időtartama, illetve befejezése többnyire tervezhető és az esetek többségében rövid időtartamú.

További részletes szabályozás ismertetése és az egyéb ellátások finanszírozása meghaladja a tanulmány keretét, ezért azzal nem foglalkozik.

4.4.3. A finanszírozási technikák összegzése

Az egészségügyi szolgáltató ellátásra fordított kiadások ellentételezését különböző finanszírozási technika alkalmazásával lehet megvalósítani. A finanszírozási eszközök lehetőséget jelenthetnek szakmapolitikai célok megvalósítására, egészségnyereség fokozására is.

A finanszírozási rendszerek két nagy csoportja a fix előirányzatú (input) és a teljesítményelvű (output).

Az input finanszírozási rendszer lehet kapacitásfinanszírozás vagy feladatfinanszírozás (bázisfinanszírozás). A kapacitásfinanszírozás (ágyszám, óraszám) esetén a szolgáltató érdeke, hogy minél nagyobb kapacitásra szerződjön és a szolgáltatást minél olcsóbban nyújtsa. A feladatfinanszírozás esetén feladathoz kötötten az előző időszak teljesítménye vagy normatívák alapján történik. Magyarországon 1993-ig a kórházak finanszírozásában a bázisfinanszírozás jellegű globális költségvetési elv volt érvényben. E finanszírozási technika előnye, hogy a szolgáltató tervezhetősége jellemzőbb, nem jellemző a teljesítményösztönzés. Ugyanakkor a szolgáltató a nem súlyos betegek ellátásában érdekelt.

Az output finanszírozási rendszer egyik típusa a normatív, míg a másik típusa a tételes finanszírozás. A normatív finanszírozásba tartozik a fejkvóta valamint a HBCs (DRG) (pl. aktív fekvőbeteg szakellátás), míg a tételes finanszírozásba (fee for service) a díjtételrendszerű (honorárium-, tarifarendszer) finanszírozási technika tartozik. Hazánkban az aktív fekvőbeteg-szakellátásban 1993-ban került bevezetésre a HBCs szerinti normatív finanszírozás, illetve a járóbeteg-szakellátásban a tételes finanszírozást jelentő német pontok rendszere. A normatív, illetve a tételes elszámolás előnye, hogy a finanszírozás a beteggel együtt mozog, hátránya azonban, hogy a szolgáltatás mennyiségének növekedését eredményezi (pl. járóbeteg-szakellátás).

A fejkvóta (capitation fee) jellemzője, hogy a finanszírozás adott mutatószámhoz kötődik (pl. háziorvosi finanszírozás). Forrásallokációs céllal használatos a fej-

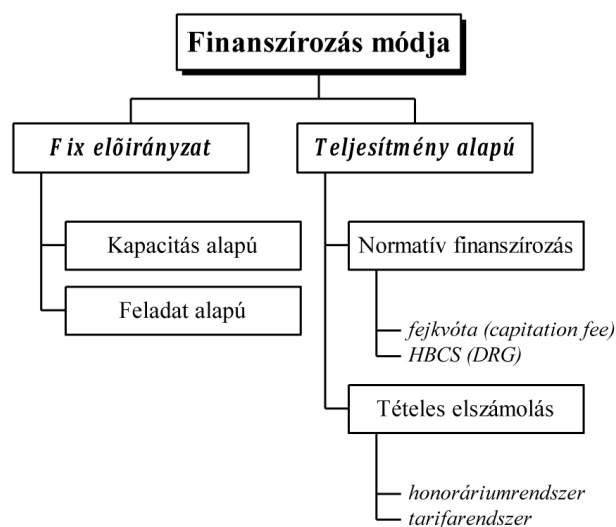
kvóta a több biztosítós rendszerekben. Magyarországon ilyen céllal az ún. irányított betegellátási modellkísérletben használták.⁵

Az alkalmazott finanszírozási technikától függően jelentkezik a finanszírozási kockázat, vagy az egészségügyi szolgáltatónál vagy a finanszírozónál. A finanszírozó viseli a teljes kockázatot a teljesítményelvű finanszírozás esetén, mivel a teljesítmény növekedése esetén egyre több költséget kell kifizetnie. Globális költségvetés esetén az egészségügyi szolgáltató viseli a kockázatot, hiszen nem várt teljesítménynövekedés esetén az éves költségvetéséből kell kigazdálkodnia a költségeket. A normatív finanszírozás esetén a finanszírozási kockázat megoszlik,^{6, 7} Magyarországon a TVK bevezetése gyakorlatilag ezt a finanszírozási kockázatot tolta át a finanszírozó (OEP) felől a szolgáltatók (kórházak) irányába.

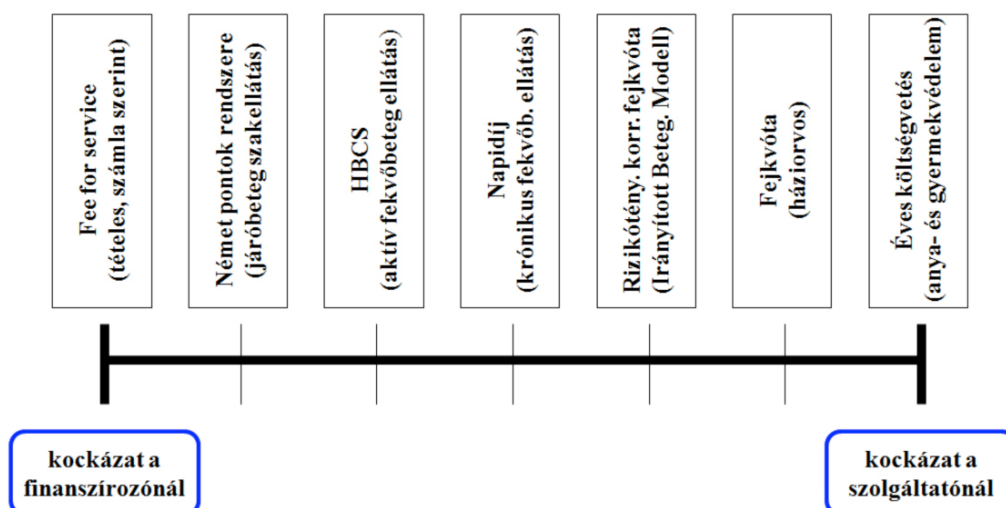
4.4.4. Homogén betegcsoportok (HBCs) rendszere

A HBCs-rendszer az amerikai DRG-rendszer elvén alapul, melynek alapja az egyes csoportokba sorolható esetek szakmai és gazdasági, pénzügyi értelemben vett hasonlósága. Az ellátás ellentételezése független a tényleges ráfordításról, a súlyosabb esetek ellátásában az érdekelt-ség differenciált lehet.

A HBCs-rendszerrel kapcsolatban fontos ismeretek közé tartozik az ápolási idő (alsó határnap, felső határnap, normatív nap), a súlyszám és értéke, a besorolási szempontok és szabályok. A finanszírozási szabályozás rendszerébe a szabálykönyvek mellett rendeletek, illetve az Ebtv. tartozik. A teljesítmény monitorozásában használt további mutatók az esetszám, ágykihasználtság, az



4.1. ábra. A finanszírozási technikák áttekintése



4.2. ábra. Kockázatmegosztás az egészségügyi finanszírozási technikák esetén a finanszírozó és a szolgáltató között

eset-összetélteli index (Case-mix index, CMI). A csillagos HBCs-k kiemelt ellátástípusokat tükröznek, számuk jelentősen megnövekedett szakmai, illetve egyéb érdekek miatt.

Magyarországon a jelenleg alkalmazott HBCs 5.0 az 1993. július 1-jei bevezetést követően a kilencedik verzió.

4.5. A teljesítményvolumen-korlát hatása a fekvőbeteg-ellátás finanszírozására

Az elmúlt években igen éles vita bontakozott ki a teljesítményfinanszírozás tapasztalatairól a szakmai folyóiratokban.^{8, 9, 10} Ezen dolgozatok általában arról szóltak, hogy a Magyarországon 1993-ban bevezetett teljesítményelvű finanszírozási rendszer milyen egészségpolitikai következményekkel járt. Az esetszámok folyamatos emelkedése, a teljesítménypörgetés, a jelentési kényszer ugyanúgy szerepelt a megállapítások között, mint a részletes betegforgalmi jelentések bevezetése, a jelentős központi adatbázis (OEP) létrejötte, a betegutak és egyéb folyamatok elemzési lehetőségei, a kontrollig és információs rendszerek fejlődése. Vissza-visszatérően megjelentek a teljesítményelvű finanszírozás felcserélésével kapcsolatos gondolatok, beleértve a bázisfinanszírozás ismételt bevezetését.^{11, 12}

Ha a klasszikus bázis-finanszírozás nem is jött (még) vissza, a 2004-ben bevezetett TVK meghatározó lépés volt a teljesítményelvű finanszírozási elemek mérséklésére és a bázisjelleg erősítésére. A TVK témájában kevés számszerű adattal alátámasztott dolgozat jelent meg elmúlt években.^{13, 14} Készült azonban egészségpolitikai értékelés a TVK témájában a Budapesti Teljesítménymenedzsment Kutatóközpont munkatársainak munkájaként.^{15, 16} Az eddigi értékelések főleg a TVK bevezetését követően degresszióval korrigáltan kifizetett összegekre vonatkoztak, nem nagyon készült elemzés arra vonatkozóan, hogy mekkora összegek nem kerültek kifizetésre a TVK miatt.

A degresszió fogalma szerint 2004 és 2006 júniusa között a 2003. évi teljesítmény 100%-át véve 98%-os bázisnak, az e feletti teljesítmény 0–5%-os növekedés esetén 60%-kal, 5–10%-os növekedés esetén 30%-kal, míg 10%

feletti növekedés esetén 10%-kal került kifizetésre. 2006 júliusától a bázisérték 95%-ra változott, és e felett semmi nem került kifizetésre. 2007-ben került megszüntetésre a degresszív finanszírozás, finanszírozatlan teljesítményként került elszámolásra minden túlteljesített súlyszám. 2008. évi TVK negyedévente került kiközlésre az OEP részéről, a TVK megállapításnál a túllépés aránya figyelembe vételre került, magasabb TVK meghatározás történt. 2009 első negyedévében a TVK alapján került meghatározásra az OEP finanszírozott teljesítmény, a TVK alá tartozó súlyszámok értéke 146 000 Ft volt. 2009. április elsejétől bevezetésre került az EMAFT és a lebegődíjjal finanszírozott teljesítmény OEP finanszírozása. Ebben a rendszerben az alapidj 150 000 Ft-ra nőtt, míg a lebegődíj mértékét az országos lebegődíjú teljesítményre jutó zárt kassza határozta meg (az alábbi, 4.2. táblázat szemlélteti). Az EMAFT keretében a teljesítmény 70%-a előre meghatározott fix térítési díjjal, míg a teljesítmény fennmaradó 30%-a ún. lebegődíjas rendszerben, havonta változó térítési díjjal került finanszírozásra. A fixdíj az EMAFT 7 hónapos alkalmazása során végig 150 000,- Ft/súlyszám volt, míg a havonta változó lebegődíj értéke 49 769 Ft és 65 200 Ft között ingadozott.

Bár az EMAFT rövid 7 hónapos alkalmazását követően megszüntetésre került, azonban a helyére régi ismerősként visszatérő teljesítményvolumen-korlát (TVK) ugyanezen hiányosságokat hordozza. 2010 január hónapra történő kifizetésektől kezdődően a teljesítményegység forintértéke 150.000 Ft-ra emelkedett, a TVK mentes kör fenntartása (szülés, újszülött ellátás, boncolás) mellett az aktív fekvő- és járóbeteg-finanszírozás kifizetése 3 hónapról 2 hónapra került csökkentésre. A 2010-től visszatérő a klasszikus TVK szerinti finanszírozást 2011-től degresszióval (100–110%) egészítették ki.

A 2011. évi TVK meghatározásánál a 2010. évi bázist vették figyelembe, a struktúráváltozás hatását kompenzálták, valamint a progresszív ellátásokat is támogatták, az egynapos ellátásokat bővítették. Az OEP egyszeri támogatásként az egészségügyi szolgáltatóknak konszolidációs támogatást, szállítói tartozást, illetve a várólisták csökkentésére megítélt forint összegeket biztosított. 2011 évi januári kifizetésektől kezdődően az aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítményegységének forintértéke 150 000 Ft, valamint visszaállították a TVK feletti teljesítmény részleges, degresszív finanszírozását. A TVK felett elért legfeljebb 10% teljesítménytöbbletet az alapidj

4.1. táblázat. Lebegődíjjal finanszírozott országos teljesítmény havi bontásban (2009. április–2009. november) Ft értékben

2009. év	Április	Május	Június	Július	Augusztus	Szeptember	Október
„Lebegtetett forint”	71 111	53 331	43 239	39 585	13 045	19 078	64 902

30%-ával térítik. Növekedett az országosan felosztható TVK mennyisége is, a progresszív ellátás elismerésére többlet TVK került kiosztásra. A 2011. év november és 2012. év június időszakában nem engedélyezett a szezonális módosítása.

2012. júliustól a Semmelweis Terv végrehajtásával új fekvőbeteg-ellátási struktúra került meghatározásra, ehhez igazodóan módosult a közölt TVK is. A funkcióváltó egészségügyi szolgáltatók manuális szakmák esetében egynapos és járóbeteg-ellátás ellentételezése után fennmaradó TVK mennyiségének 50%-a, továbbá a nem manuális szakmák esetében a teljes TVK mennyiségének 50%-a a feladatot átvevő szolgáltatóhoz került. A fennmaradó 50% központi tartalékalapba került, amelyet a GYEMSZI javaslata alapján a rendeletben meghatározott egészségügyi szolgáltatóik részére visszaosztottak. A TVK-mentes ellátások köre bővült az alábbi csillagos HBCs-ekkel:

- 05P 2081 AMI PCI-vel (egy vagy több stenttel)
- 05P 2082 AMI PCI-vel, stent nélkül
- 01M 015D cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA), praecerebralis érelzáródással, rtPA kezeléssel

A TVK-mentes ellátások ellentételezésére a korábbi teljesítmény arányában visszavonásra került a TVK a szolgáltatóktól. A szezonindex módosítására is lehetőség van \pm 20%-os mértékben.

A 2013. évben az alaplíj változatlanul 150 eFt/súlyszám szinten tartása mellett lecsökkent a TVK feletti degresszív finanszírozási sáv és a finanszírozási összeg, mely azonos teljesítmények mellett további bevételkiesést okozott a szolgáltatóknak. A TVK feletti degresszív finanszírozási sáv 10%-ról 4%-os mértékre csökkent, és a TVK felett elért legfeljebb 4%-os teljesítménytöbbletet az alaplíj 25%-ával térítik.

A 2013. és 2014. évben a TVK-mentes HBCs-k köre jelentősen bővül, az alaplíj, és a degresszív finanszírozási sáv nagysága és a díjazás mértéke változatlan.

A 2014. évben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Módszertani útmutató¹⁷ – a Megyei Egészségügyi Egyeztető Bizottság számára – mentén mutatja be a lakosságáramnyos forrásallokációs elképzelést, melynek lényege, hogy minden szakmában elosztja a jelentett (tényleges/historikus) TVK-t az országos lakosságszámmal, és ezt felszorozza az adott megye lakosságszámmal, és ezt rögzített elképzelések a jelen tanulmány megírásakor is egyeztetések alatt állnak.

A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó állami egészségügyi intézmények működési rendjének egyes kérdéseiről és egyeztető fórumairól a 12/2015. (IV. 10.) EMMI utasítás a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó állami

egészségügyi intézmények működési rendjének egyes kérdéseiről és egyeztető fórumairól rendelkezik.¹⁸ Az utasítás szerint az Egészségügyi Bizottság foglalkozik többek között az ellátásszervezés aktuális kérdéseivel, javaslatot tesz minden év június 30-áig a fekvőbeteg-szakellátási és az integrált járóbeteg-szakellátási kapacitások és ellátási területek következő finanszírozási évben tervezett módosítására.

4.6. A teljesítményvolumen-korlát (TVK) hatásának számszaki elemzése

4.6.1. Országos tapasztalatok

Az esettanulmány a országos vonatkozásában a teljesítményvolumen-korlát (TVK) hatásának számszaki elemzésével foglalkozik, az aktív fekvőbeteg szakellátás hagyományos teljesítmény mutatóira, különös tekintettel a TVK miatt ki nem fizetett tételek elemzésére.¹⁹

Adatok és módszerek

Az elemzésben szereplő adatok az intézmények által az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felé küldött jelentéseken alapulnak, és mindenhol az aktív fekvőbeteg szakellátásra vonatkoznak.

A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjában az aktív fekvőbeteg szakellátás súlyszám, finanszírozási esetszám (rész-számlák nélkül) és ápolási nap adatai kerültek górcső alá 2003–2008 között, vizsgálva a tárgyidőszakban érvényesülő regressziós trendeket (4.1–4.3. ábra). A betegmozgások részletesebb bemutatása érdekében, elemeztük a finanszírozási esetszámokat 2003–2008 között progresszivitási szintenkénti bontásban (4.4. ábra). A 2003. évi érték került figyelembe véve, mint 100%, ehhez történt a 2004–2008 közötti évek adatainak viszonyítása.

Ezt követően megvizsgáltuk, hogyan változott az éves átlagos súlyszám/forintérték 2003–2008 között (4.5. ábra). Az éves átlagos Ft/súlyszámértéket a havi súlyszámok súlyozott átlagával számoltuk, mégpedig kétféle módon. Az egyik számítás a kihirdetett országosan egységes alaplíjra (**elméleti vagy degresszió nélküli** Ft/súlyszámérték) épül, meghatározva, hogy a vizsgált szegmensekben (országosan összesen, szakmánkénti bontás, progresszivitási szintenkénti bontás) mennyi pénzt kellett volna kifizetni egy súlyszámra degresszió nélkül. A másik számítás szerint a vizsgálat tárgya az volt, hogy a degresszió/TVK miatt valójában mennyi pénz ke-

rült kifizetésre egy súlyszámra (**tényleges vagy degressz-szált** Ft/súlyszámérték).

A degresszió/TVK hatása górcső alá került a szakmák szerinti bontásban is (4.6. ábra). Itt kimutatásra került, hogyha az egyes szakmák a kihirdetett országosan egységes, degresszió/TVK nélküli Ft/súlyszám alapidíj szerint kapták volna a finanszírozásukat, és nem a degresszióval csökkentett értéket, akkor mennyi lett volna a többlet-bevételük. A degresszió/TVK miatti veszteség abszolút értékben (millió Ft) és a potenciális bevétel százalékában egyaránt megadásra került. Itt a 2008. finanszírozási év vizsgálatára került sor, ami a 2007. október és 2008. szeptember közötti teljesítményeket, illetve a 2008. január és 2008. december közötti finanszírozást jelenti. A szakmák az OEP szakmakódok szerint kerültek meghatározásra. A 4.6. ábrán a kisebb szakmák – helyhiány miatt – nem kerültek feltüntetésre.

Végezetül a TVK hatásának elemzése az intézménycsoportok (progresszivitási szintek) szerint is megtörtént (4.7. ábra). Hasonlóan a szakmánkénti bontáshoz, itt is azt mutatható ki, hogyha az egyes intézménycsoportok a kihirdetett országosan egységes, degresszió/TVK nélküli Ft/súlyszám alapidíj szerint kapták volna a finanszírozásukat és nem a degresszióval csökkentett értéket, akkor mennyi lett volna a többletbevételük. A degresszió/TVK miatti veszteség abszolút értékben (millió Ft) és a potenciális bevétel százalékában egyaránt megadásra került. A 4.8. ábrán pedig az egy súlyszámra jutó térítési díj kiszámolása történt meg progresszivitási szintenkénti bontásban.

Minden nagy adatbázis elemzésekor felvetődik a validitás kérdése, különösen vonatkozik ez az adminisztratív

4.2. táblázat. Validitás-ellenőrzés: az elemzéshez felhasznált országos adatsor főbb sarokszámai (október–szeptember közötti teljesítmény időszak és január–december közötti finanszírozás)

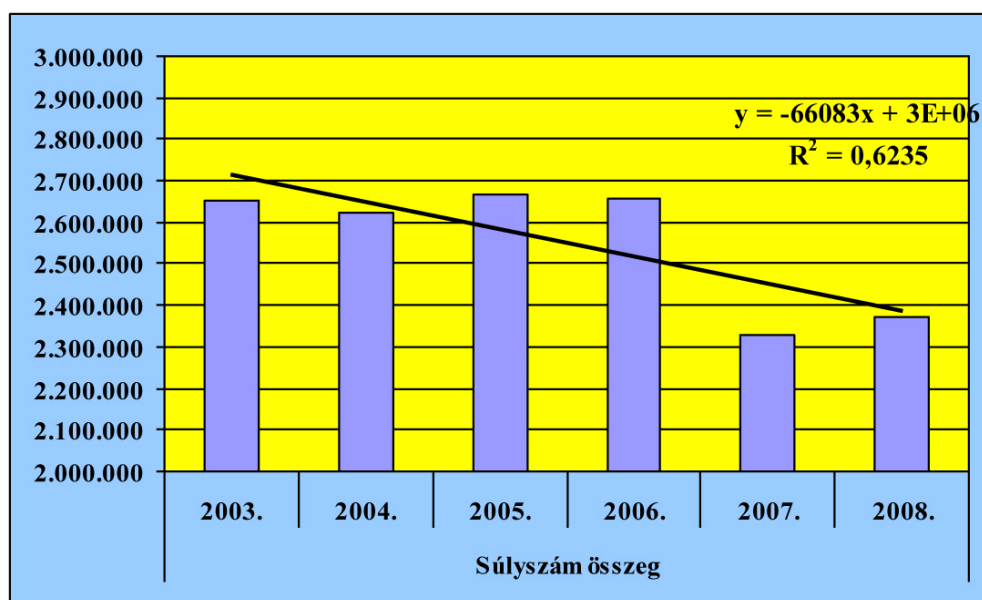
Év	Súlyszám	Finansz. esetszám	Ápolási nap
2003.	2 653 273	2 420 758	17 588 953
2004.	2 622 957	2 450 962	17 223 637
2005.	2 668 021	2 514 391	17 135 236
2006.	2 655 571	2 493 226	16 405 457
2007.	2 328 547	2 221 020	13 314 226
2008.	2 369 827	2 187 422	12 579 036

tív célból gyűjtött adatokra. Ezen probléma kezelésének többféle módja van, kezdve a diszkrét hallgatástól a validitás ellenőrzésig és transzparenciáig. Az elemzésben természetesen ez utóbbi helyes megoldás került kiválasztásra. A 4.1. számú táblázatban olvashatók az elemzés alapjául szolgáló adatsor főbb sarokszámai, melyből nagy vonalakban ellenőrizhető az elemzésbe bevont adatok volumene.

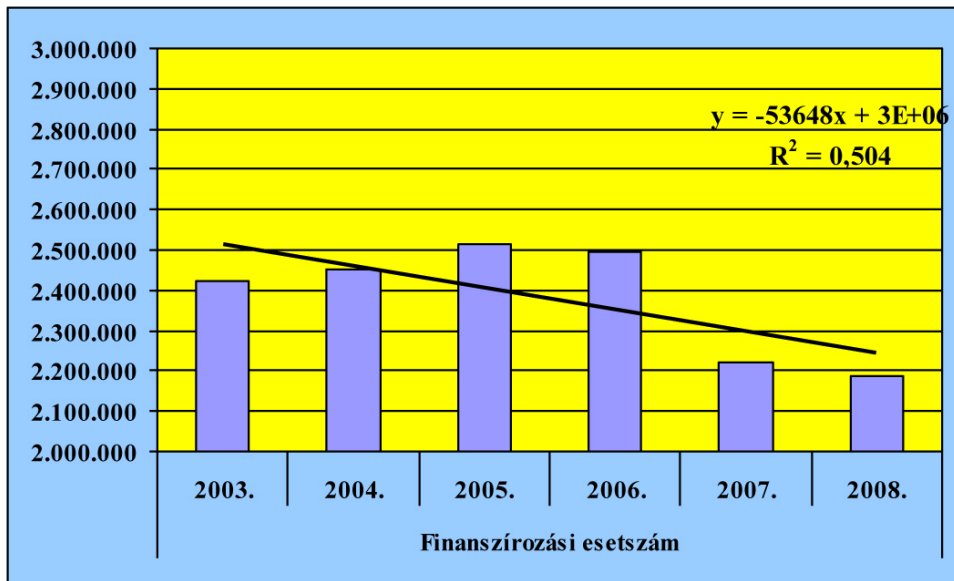
A TVK hatásának számszerűsítésére számos módszertan kínálkozik. Ezek közül óhatatlanul is az intézmények általában azt használják, ami a legnagyobb veszteséget mutatja ki, míg az OEP vagy a hivatalos állami egészségpolitika a legkisebb veszteség kimutatásában érdekelt. Az elemzésben használt módszertan – remények szerint – megfelel az arany középút elvének.

Eredmények

A 4.3. ábra mutatja az éves összes aktív fekvőbeteg-szakellátási súlyszámot 2003–2008 között. Az éves súlyszám összege a vizsgált periódus első 3 évében,



4.3. ábra. Az éves országos összes aktív fekvőbeteg szakellátási súlyszám (2003–2008)



4.4. ábra. Az éves országos összes aktív fekvőbeteg szakellátási finanszírozási esetszám (2003–2008)

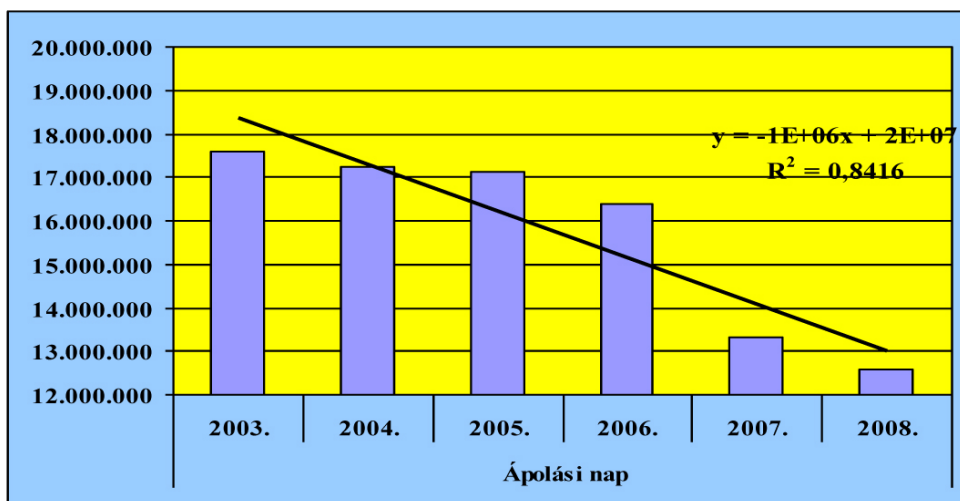
2004–2006 között érdemben nem nőtt, vagyis a TVK valóban megfogta a HBCs súlyszám emelkedését. Majd a 2007–2008-as vonatkozásában azt látjuk, hogy az összes súlyszámérték jelentősen csökkent.

A 4.4. ábra az éves összes aktív fekvőbeteg-szakellátási finanszírozási esetszámot jelzi 2003–2008 között. Az éves finanszírozási esetszám 4 éves trendje 2003–2006 között emelkedést mutatott, azonban 2007-ben és 2008-ban már e mutató értéke is jelentősen csökkent.

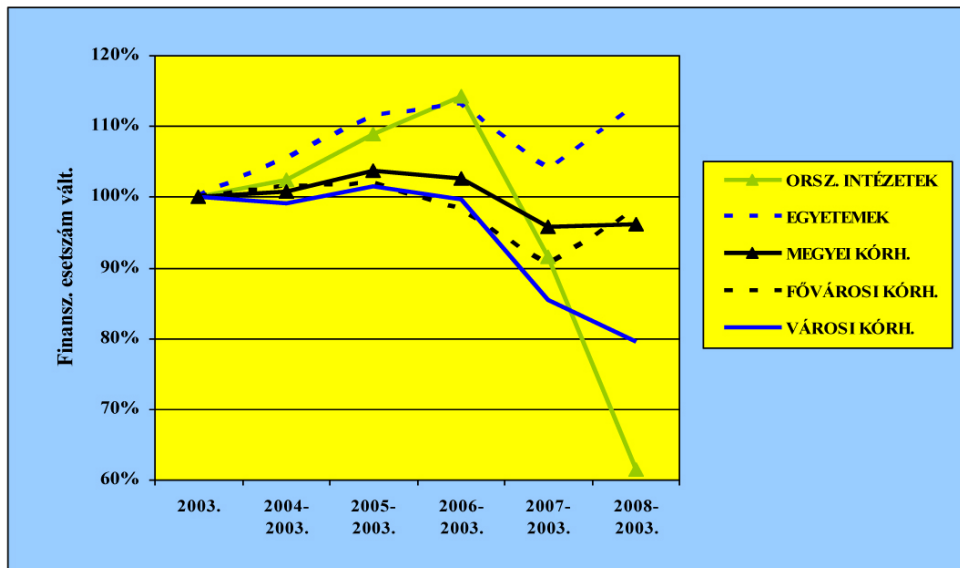
A 4.5. ábrán látható, hogy az éves összes aktív fekvőbeteg szakellátási ápolási nap jelentős mértékben ($R^2 = 0,8416$) csökkent 2003–2008 között. Ezt tekinthetjük akár egyfajta intézményi válaszreakciónak is.

A 4.6. ábra szemlélteti az éves összes aktív fekvőbeteg szakellátási finanszírozási esetszám változását

progresszivitási szintenként. Egyértelműen kijelenthető, hogy 2003–2006 között, míg a városi (99,6%), fővárosi (98,2%) és megyei (102,7%) kórházak esetszáma 2003-hoz képest nem vagy csak minimális mértékben emelkedett, addig az egyetemek (113,3%) és az országos intézetek (114,3%) esetszáma jelentős mértékben nőtt. Vagyis beigazolódott az a közkeletű vélekedés, mely szerint a progresszivitási rend alacsonyabb szintjén lévő kórházakból az egyetemek és az országos intézetek felé tolódtott el a betegmozgás. Az egyetemek markáns prioritása 2007-ben és 2008-ban is megmaradt. Az országos intézetek esetében drámai esetszámcsökkenés látható 2006–2008 között, melynek fő oka az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) bezárása volt.



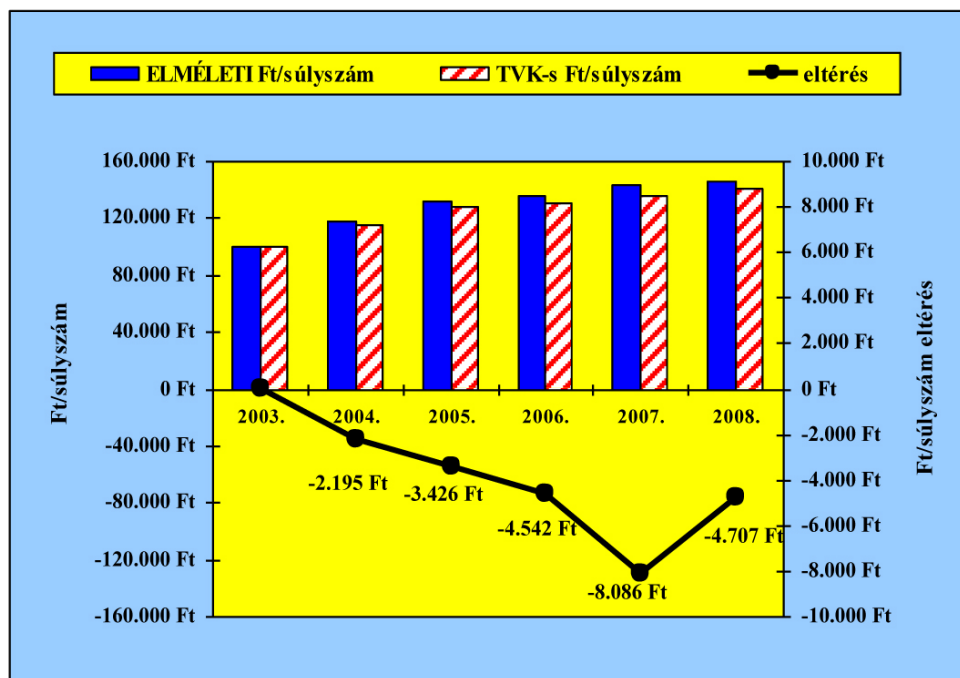
4.5. ábra. Az éves országos összes aktív fekvőbeteg szakellátási ápolási nap (2003–2008)



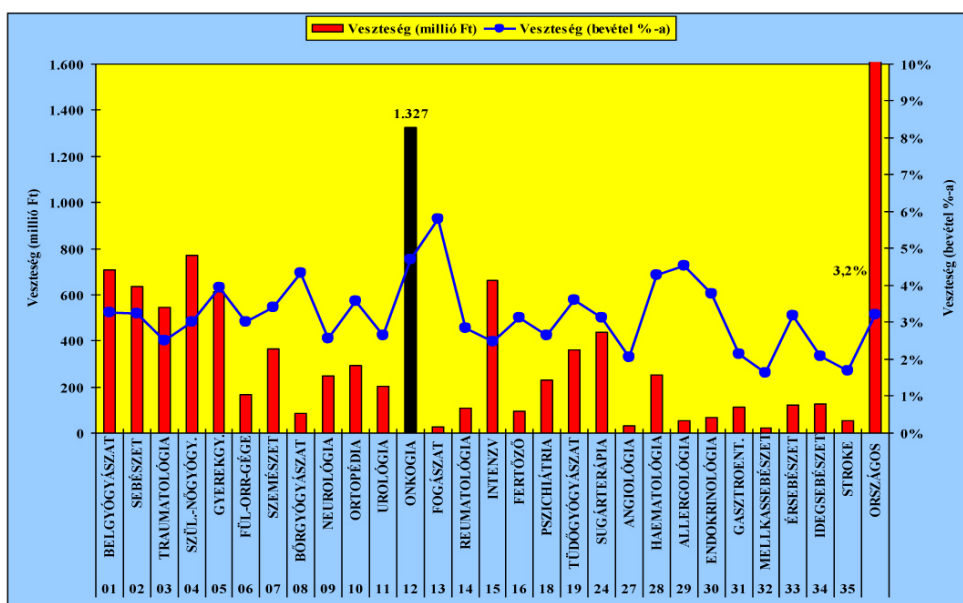
4.6. ábra. Az éves országos összes aktív fekvőbeteg-szakellátási finanszírozási esetszám változása progresszivitási szintenként 2003–2008 között (2003 = 100%)

A finanszírozási oldalt vizsgálva a 4.7. ábra szemlélteti az éves Ft/súlyszám térítési díj elméleti értékét (degresszió/TVK nélkül) és tényleges értékét (TVK/degresszió miatt csökkentve) 2003–2008 között. A kihirdetett országosan egységes HBCs Ft/súlyszám alapdíj szerint az elméleti vagy degresszió nélküli Ft/súlyszámérték 2004-ben átlagosan 117 547 Ft, 2005-ben 132 064 Ft, 2006-ban 135 333 Ft, 2007-ben 143 359 Ft, míg 2008-ban 146

000 Ft lett volna. Ezzel szemben a tényleges vagy degresszált Ft/súlyszámértékek a következők voltak: 2004-ben 115 352 Ft, 2005-ben 128 638 Ft, 2006-ban 130 791 Ft, 2007-ben 135 270 Ft és 2008-ban 141 293 Ft. A kihirdetett országosan egységes Ft/súlyszám alapdíjhoz képest tehát 2004-ben 2195 Ft (1,9%), 2005-ben 3426 Ft (2,6%), 2006-ban 4542 Ft (3,4%), 2007-ben 8086 Ft (5,6%), 2008-ban pedig 4707 Ft (3,2%) került elvonásra



4.7. ábra. Az éves országos Ft/súlyszám térítési díj elméleti értéke (degresszió/TVK nélkül) és tényleges értéke (degresszióval csökkentve) 2003–2008 között



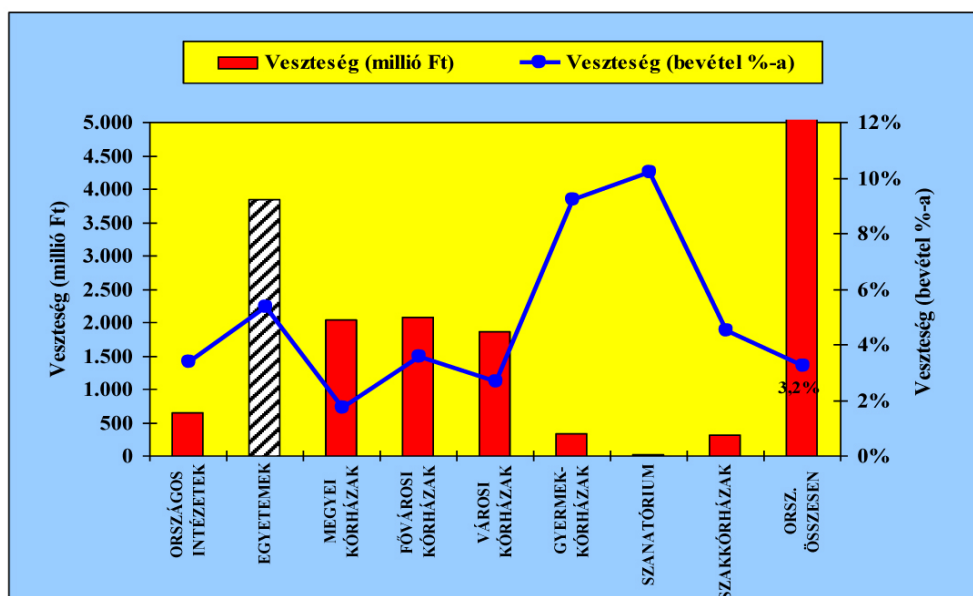
4.8. ábra. A depresszió/TVK miatti országos veszteség abszolút értékben (millió Ft, bal függőleges tengely) és a potenciális bevétel százalékában (bevétel %-a, jobb függőleges tengely) a 2008. finanszírozási évben szakmánkénti bontásban (2007. október és 2008. szeptember közötti teljesítmények)

súlyszámoként. A TVK hatásaként 2004-ben 5,8 milliárd Ft, 2005-ben 9,1 milliárd Ft, 2006-ban 12,1 milliárd Ft, 2007-ben 18,8 milliárd Ft, míg 2008-ban 11,2 milliárd Ft nem került kifizetésre a kórházak számára.

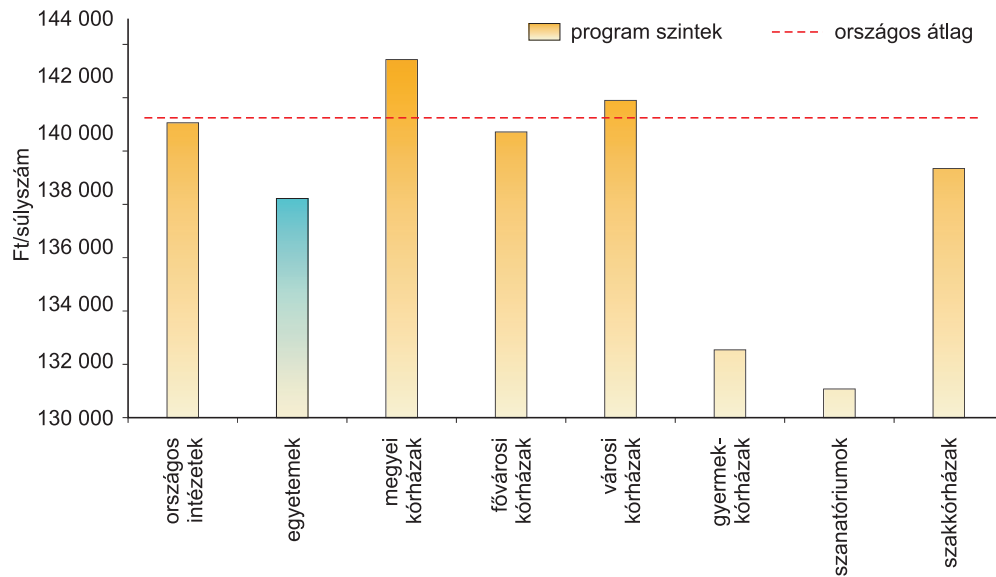
A depresszió/TVK miatti veszteséget abszolút értékben és a potenciális bevétel százalékában a 2008. finanszírozási évben szakmánkénti bontásban szemlélteti a 4.6. ábra. Az elméleti vagy depresszió nélküli Ft/súlyszámérték és a tényleges vagy depresszált Ft/súlyszámérték közötti különbség számos szakma esetében elérte vagy megközelítette az 1 milliárd forintot.

Az abszolút értékben a legnagyobb veszteséget elszenvedő szakmák a következők voltak: „12 Onkológia” 1 327 millió Ft, „40 Kardiológia” 791 millió Ft, „04 Szülészeti-nőgyógyászat” 772 millió Ft, „01 Belgyógyászat” 708 millió Ft, „15 Intenzív betegellátás” 661 millió Ft, „02 Sebészet” 637 millió Ft, „05 Csecsemő- és gyermekgyógyászat” 614 millió Ft, „03 Traumatológia” 545 millió Ft, „24 Sugárterápia, onkoradiológia” 438 millió Ft.

A potenciális bevételük százalékában a legnagyobb veszteséget elszenvedő szakmák a következők voltak: „13 Fogászat és szájsebészet” 5,8%, „48 Gyermeksebészet” 5,8%, „48 Gyermeksebészet” 5,8%, „48 Gyermeksebészet” 5,8%.



4.9. ábra. A TVK hatása az intézménycsoportokra országosan (progresszivitási szintekre) (2008)



4.10. ábra. Az egy aktív súlyszámra kifizetett éves átlagos országos forintérték progresszivitási szintenként (2008)

szet” 5,3%, „12 Onkológia” 4,7%, „29 Allergológia és klinikai immunológia” 4,5%, „08 Bőrgyógyászat” 4,3%, „28 Hematológia” 4,3%, „05 Csecsemő- és gyermekgyógyászat” 3,9%, „30 Endokrinológia” 3,8%, „19 Tüdőgyógyászat” 3,6%.

A progresszivitási szintenként (kórház típusonként) végzett elemzés (4.9. ábra) szerint a depresszív/TVK miatt és a potenciális bevétel százalékában történő számítás alapján is az országos intézetek 656 millió Ft (3,4%), egyetemek 3 849 millió Ft (5,3%), megyei kórházak 2 029 millió Ft (1,7%), fővárosi kórházak 2 086 millió Ft (3,6%), városi kórházak 1 858 millió Ft (2,7%), a gyermekkórházak 338 millió Ft (9,2%), a szanatóriumok 16 millió Ft (10,2%), a szakkórházak 322 millió Ft (4,5%) veszteséget szenvedtek.

A 4.10. ábra mutatja az egy aktív súlyszámra kifizetett éves átlagos forintértéket progresszivitási szintenként. Szembetűnő, hogy a legalacsonyabb értékkel (messze a kb. 141 293 Ft-os országos átlag alatt) az egyetemek (\approx 138 200 Ft), míg legmagasabb értékkel a megyei (\approx 143 451 Ft) és a városi kórházak (\approx 142 082 Ft) teljesítménye került díjazásra.

4.6.2. A PTE Klinikai Központ tapasztalatai

A következő esettanulmányban mutatom be a teljesítményvolumen-korlát hatását a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására 2004–2012. év között.²⁰

Az elemzésben szereplő adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felé küldött jelentéseken

alapulnak, és mindenhol az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkoznak. A PTE KK elemzéseiben a 2004–2012 évek közötti időszak vizsgálata történt meg. A teljesítményvolumen-korlát rendszerét 2009-ben átmenetileg felváltotta az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAF), ezért ez az év nem került be az elemzésbe.

A 4.1. táblázatban a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ 2004–2008 közötti aktív fekvőbeteg szakellátási teljesítményének főbb mutatói kerültek feltüntetésre.

Az elemzések során meghatározásra került a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központra vonatkozóan az egy súlyszámra eső tényleges OEP térítési díj (4.1. ábra). A TVK miatt ugyanis az OEP által előre meghirdetett és az intézmények számára ténylegesen elérhető Ft/súlyszámérték között azon intézményekben, melyek túllépték TVK keretüket, a tényleges Ft/súlyszám díj jóval alacsonyabb volt, mint az OEP által meghirdetett várható érték.

Az OEP által kihirdetett és a PTE KK által ténylegesen realizált Ft/súlyszámérték különbsége alapján kiszámolásra került a PTE KK finanszírozási vesztesége, amely az intézmény által ellátott, de az OEP által nem finanszírozott betegek ellátásából adódik (4.2. ábra)

Az elemzések következő lépésében a területi ellátási kötelezettségen (TEK) kívüli betegek aránya került meghatározásra (4.3. ábra). Területi ellátási kötelezettséget a PTE KK számára meghatározott földrajzi egységek, települések jelentik szakmánkénti bontásban.

A TEK-en kívüli betegek arányát kétféle módszerrel számítottuk ki. Esetszámalapú megközelítésben betegforgalmi oldalról, illetve súlyszámalapú megközelítésben finanszírozási oldalról.

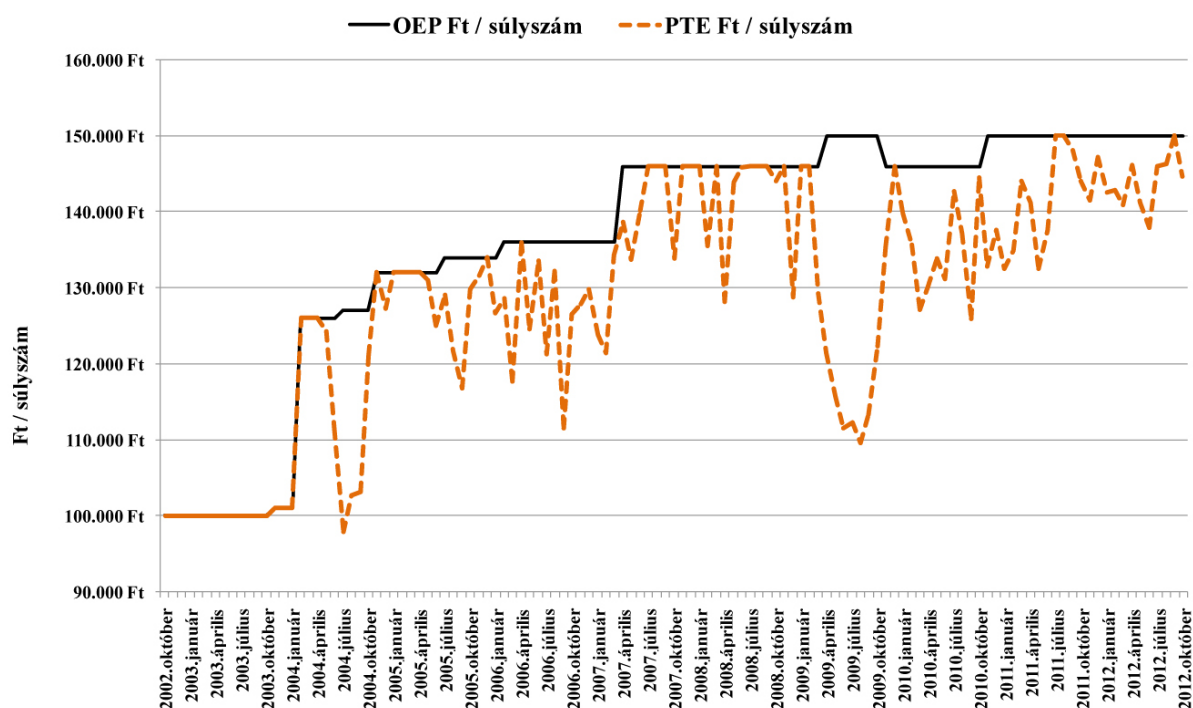
Végezetül bemutatásra kerül a sürgősségi esetek aránya is a PTE KK klinikák szerinti bontásában (4.4. ábra). Itt is kétféle módon, esetszámmal és súlyszámmal is elvégeztük a számolásokat.

Eredmények

A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítményét ábrázolja a 4.1. táblázat 2004–2008 között. Az intézmény által teljesített súlyszám összege ebben az időszakban – az akkori TVK-szabályok ellenére – folyamatosan emelkedett. Az eset-összetételi index (case-mix index, CMI) minden vizsgált évben 1,5 felett volt, ami mind az országos át-

laghoz, mind az egyetemi klinikák átlagához képest magas értéknek számít. Az egy ágyra jutó havi átlagos súlyszám összege és az egy ágyra jutó havi átlagos esetszám folyamatosan emelkedett a vizsgált években, ami a kapacitásra vetített hatékonyság javulását mutatja.

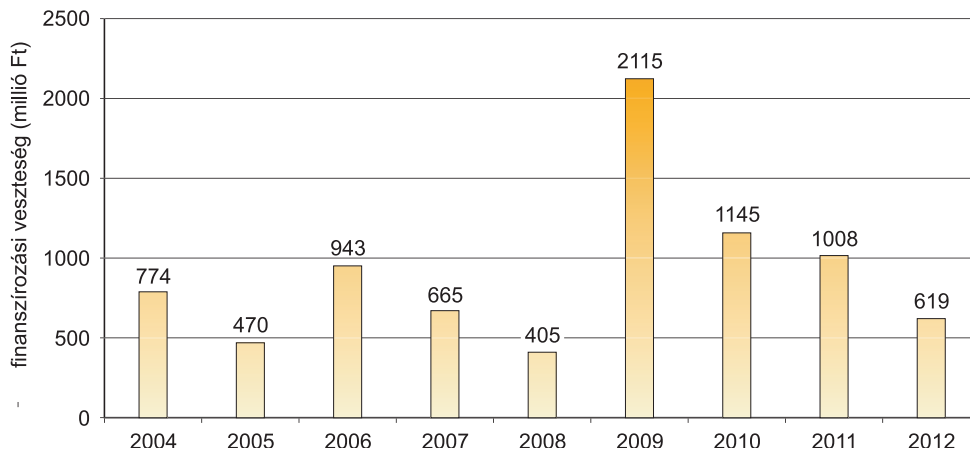
Az OEP által meghirdetett és a PTE Klinikai Központ által realizált Ft/súlyszámértékeket szemlélteti a 4.1. ábra a 2004–2012 közötti időszakra, havi bontásban. Azon hónapokban, amikor a két vonal (OEP, illetve PTE) eltért egymástól, a PTE Klinikai Központban az összteljesítmény vonatkozásában az egy súlyszámra jutó térítés alacsonyabb volt, mint ami a betegellátás költségét fedezte volna. Ennek megfelelően a TVK-keret felett ellá-



4.1.1. ábra. Az OEP által meghirdetett és a PTE Klinikai Központ által realizált Ft/súlyszám értékek 2004–2012 között havi bontásban

4.3. táblázat. A PTE Klinikai Központ aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítménye 2004–2008 között

Év	Éves átlagos ágyszám	Teljesített súlyszám összeg	Finanszírozási esetszám	Ápolási nap	Egy esetre jutó nap	Egy ágyra jutó havi átlagos súlyszám összeg	Egy ágyra jutó esetszám/hó	Case-mix index (CMI)	Ágykihasználtság	Elszámolt teljesítménydíj (eFt)	Egy ágyra jutó finanszírozási díj (eFt)
2004.	1,450	104,444	69,179	424,615	6,1	6,0	4,0	1,5098	80,0%	11.513.752	7.941
2005.	1,450	106,487	69,784	409,682	5,9	6,1	4,0	1,5260	77,4%	13.613.769	9.389
2006.	1,450	113,219	73,513	406,799	5,5	6,5	4,2	1,5401	76,9%	14.463.532	9.975
2007.	1,347	100,679	66,409	352,648	5,3	6,2	4,1	1,5160	71,8%	13.543.574	10.058
2008.	1,271	104,226	68,881	359,172	5,2	6,8	4,5	1,5131	77,2%	14.855.558	11.688

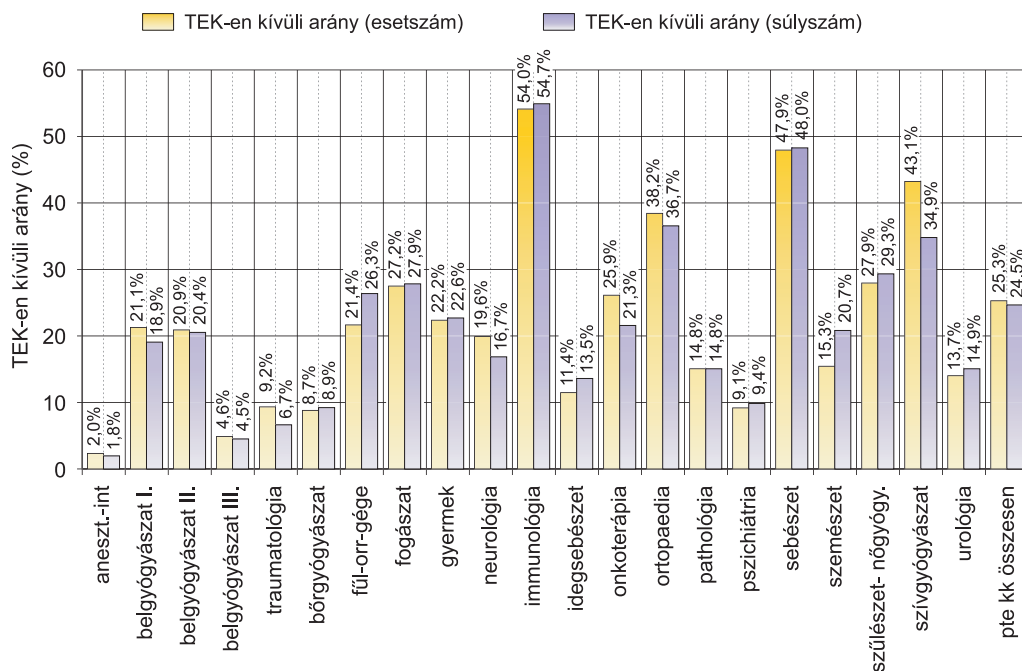


4.12. ábra. A PTE Klinikai Központ TVK miatti finanszírozási vesztesége 2004–2012 között éves bontásban

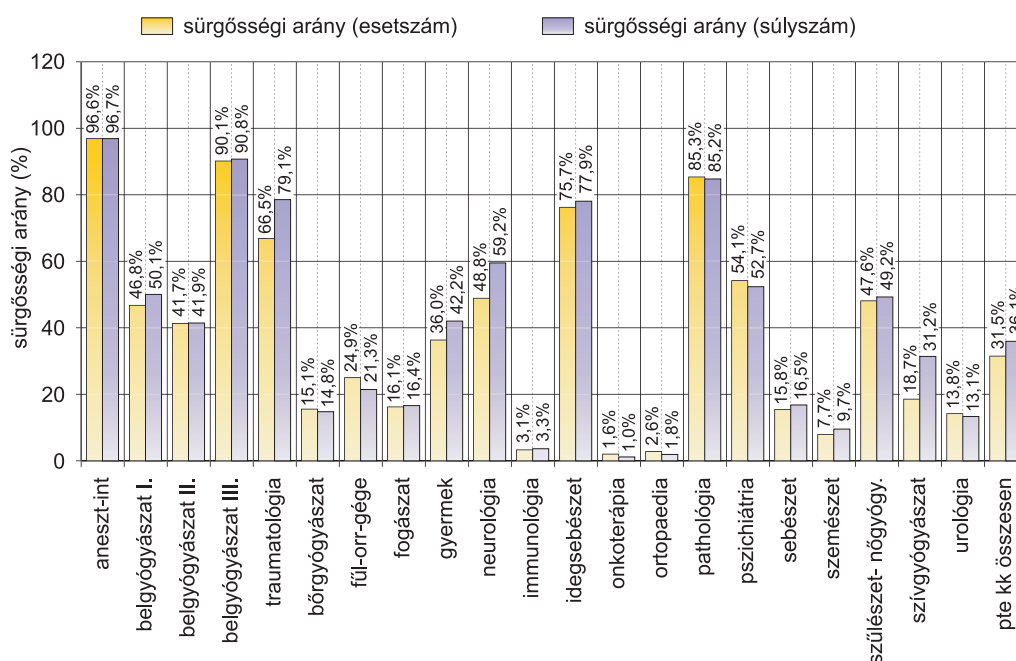
tott betegek után járó ki nem fizetett díjak miatt realizálta az intézmény a finanszírozási veszteséget.

Az előzőek alapján számoltuk ki tehát éves bontásban a PTE Klinikai Központ TVK miatti finanszírozási veszteségét 2004–2012 között (3. ábra). Látható, hogy a TVK miatt elmaradt finanszírozás éves szinten milliárdos nagyságrendű veszteséget okozott a PTE KK számára. A legnagyobb veszteség (2,1 milliárd Ft) a 2009. évben keletkezett, amikor év közben bevezetésre került az EMAFT rendszer. 2010-ben és 2011-ben a PTE finanszírozási vesztesége mérséklődött, 2009-hez képest, azonban még mindig igen magas volt (1,46, illetve 1,3 milliárd Ft).

Az elemzés következő lépésében – részint már az oki tényezők feltárása kapcsán – a területi ellátási kötelezettségen (TEK) kívüli betegek arányának meghatározása történt. A 2008. évre a PTE Klinikai Központ egészének vonatkozásában az ellátott esetek 25,3%-a, illetve a teljesített súlyszám 24,5%-a a területi ellátási kötelezettségen kívülről érkező betegek ellátását jelentette. Voltak azonban olyan klinikai szakterületek (pl. immunológia, sebészet, ortopédia, szívgyógyászat), ahol a TEK-en kívüli betegek aránya lényegesen magasabb volt. A sürgősségi esetek arányának vizsgálata a teljes betegellátási volumenben belül (4.4. ábra) azt mutatta, hogy az esetek



4.13. ábra. A területi ellátási kötelezettségen (TEK) kívülről érkező betegek aránya a Pécsi Tudományegyetem klinikái szerinti bontásban esetszám és súlyszám tekintetében (2008)



4.14. ábra. A sürgősségi esetek aránya a Pécsi Tudományegyetem klinikái szerinti bontásban, esetszám és súlyszám tekintetében (2008)

31,5%-a, míg a súlyszámok 36,1%-a származott sürgősségi betegek ellátásából. A klinikánkénti bontás itt is igen nagy szórást mutat.

4.7. Összefoglalás

Az egycsatornás finanszírozási rendszerekben is számos tényező befolyásolhatja még a forrásallokáció sikerét: a területi egyenlőtlenségek, a zsebből történő fizetés, a szociális és egészségügyi ellátás összemosódása, a várólisták kérdése. Szükséges megemlíteni, hogy a TVK okozta torzító hatás továbbra is jelentős. A TVK – definíciójából adódóan – nem követi a betegmozgásokat, így a betegek által favorizált intézmények könnyen kerülhetnek nehéz gazdasági helyzetbe, hiszen a megnövekedett betegforgalom nem jár együtt a finanszírozás növekedésével.

Egy gazdasági válsággal terhelt időszakban még a fejlett országok egészségügyi finanszírozói is komoly kihívással szembesülnek, ami finanszírozói oldalról érthetővé teszi a merev TVK alkalmazását, azonban ennek révén a finanszírozási kockázat eltolódik az intézmények felé.

A TVK határt szab az egészségügyi szolgáltatók súlyszámában mért teljesítmény-elszámolásának, azonban a lejelentett teljesítmények növekedését nem állította meg, a kapacitások ésszerű csökkentését nem feltétlenül vonta maga után. Ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatók gazdaságos, költségtudatos működésben kezdtek érdekeltté válni.

A TVK a kívánatos ösztönzési irányt megfordította, a betegek ellátása magasabb és drágább ellátási szintre „húzta”. A HBCs normatív finanszírozási technika átlag-költség-finanszírozást biztosít, az egyetemi klinikák egyértelműen „veszteséget” termelnek.

A TVK ugyanakkor intézményi túlélési technikákat váltott ki, azaz bevétel-optimalizálási gyakorlatok alakultak ki, illetve erősödtek fel. Nem alakult ki az ellenőrzés gyakorlata, nem ösztönzi a szakmai irányelvek szerinti gyógyítói tevékenységet, a betegellátás minőségének biztosítását. A kontrolling rendszer fejlődését részben segítette.

Összességében tehát levonhatjuk azt a következtetést, hogy a TVK, mint egy mechanikus, kizárólag fiskális jellegű eszköz, beváltotta a teljesítmény bizonyos méréséklésére vonatkozó elvárásokat. Azonban viselkedése eltér a szokásos „fűnyíró elvtől”, és igen eltérő hatással volt az intézményrendszer egyes szereplőire, különösen hátrányosan érintve az egyetemi klinikák finanszírozását. További alkalmazása esetén finomhangolása és a tényleges betegforgalomhoz történő korrekciója feltétlenül szükségeltetik. Ezen korrekcióban elsődleges szerepet kell kapnia az egyetemi klinikák tényleges betegforgalomhoz és progresszív ellátáshoz igazított finanszírozásának. Azaz elkerülhetetlen a kapacitások (ágyszámok), a betegforgalom (ellátott betegek száma és esetösszetétele), a teljesítmény és a finanszírozás összehangolása.

Ugyanakkor az egészségügyi ellátórendszer struktúrájában és a finanszírozásban 2014-ben és 2015-ben is további átalakulásokkal kellett és kell számolni. Az OEP

4.4. táblázat. A TVK hatásainak összegzése

Szereplők	Pozitív hatás	Negatív hatás
Egészségpolitika (OEP-költségvetés, Minisztérium)	Jól tervezhető kiadások, egyszerű számítási technika, kevés adminisztráció, egészségpolitikai konfliktus áthelyeződése intézményen belülré	Várólisták megjelenése, bővülése, indokolatlan betegutak kialakulása, torzulások, elváltak egymástól a szükségletek, kapacitások, a betegforgalom és a finanszírozás
Teljes kórházrendszer	Költségszemlélet változása további költségérzékenység irányába, erősebb késztetés a tervezhetőség irányába	Forráskivonás, vezetői konfliktus delegálása az intézményi menedzsment és a szakmai vezetők közé
Egyetemi klinikák	Költségszemlélet változása további költségérzékenység irányába, erősebb késztetés a tervezhetőség irányába	Átlagnál magasabb forráskivonás, megnövekedett betegforgalom, vezetői konfliktus delegálása az intézményi menedzsment és a szakmai vezetők közé

Módszertani Útmutatót készített a Megyei Egészségügyi Egyeztető Bizottság számára. Az útmutató a közfinanszírozott aktív fekvőbeteg szakellátás 2014. teljes év finanszírozási adatainak felhasználásával az ellátórendszer lakosságárányos újradefiniálásához ad támpontokat, azzal a céllal, hogy a megyékhez igazítják a TVK-t. Az

EMMI miniszteri utasításban rendelkezett többek között a Megyei Egészségügyi Egyeztető Bizottság létrehozásáról, összetételéről, feladatáról.¹⁸ A lakosságárányos forrásallokációs elképzelés megvalósítása meghatározott szakmákban 2015. november 1-től várható.

4.8. Mellékletek

4.8.1. Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók 2015. évre vonatkozó TVK mennyisége

28/A. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

súlyszám*

A	B	C	D	E	F	G	H	I
		12 havi keret	2015. április 30-ig felhasználható (6 havi) keret	Egynapos	Altatásban végzett fogászatra szerződhető keret	Összesen	Aktív fekvő	Egynapos
1	OEP kód	Összesen	Aktív fekvő	Egynapos	Altatásban végzett fogászatra szerződhető keret	Összesen	Aktív fekvő	Egynapos
2	01_1052	Mohácsi Kórház	6 414,05	829,21	0	3 621,63	3 207,02	414,6
3	01_2912	Pécsi Tudományegyetem	95 582,51	0	300	47 941,26	47 791,26	0
4	01_A316	Siklósi Kórház Nonprofit Kft.	0	345,34	0	172,67	0	172,67
5	01_C353	URO-CLIN Kft.	840	840	0	420	0	420
6	01_N584	Komlói Egészségcentrum	2 268,41	616,32	0	1 442,36	1 134,20	308,16
7	01_N591	Szigetvári Kórház	4 980,20	0	0	2 490,10	2 490,10	0
8	02_1084	Bajai Szent Rókus Kórház	14 279,91	346,96	0	7 139,95	6 966,47	173,48
9	02_1122	Bács-Kiskun Megyei Kórház	66 854,67	84,29	0	33 427,33	33 385,19	42,15
10	02_N590	Kiskunhalasi Semmelweis Kórház	14 702,63	511,25	0	7 351,31	7 095,69	255,63
11	03_1243	Orosházi Kórház	9 462,19	406,27	0	4 731,10	4 527,96	203,13
12	03_1248	Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház	36 156,20	0	0	18 078,10	18 078,10	0
13	03_1249	Dr. Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet	13 466,14	477,61	0	6 733,07	6 494,26	238,81
14	04_1301	Koch Róbert Kórház és Rendelőintézet, Edelény	3 991,33	0	0	1 995,66	1 995,66	0
15	04_1345	Tiszajvárosi Városi Rendelőintézet	773	773	0	386,5	0	386,5
16	04_1349	Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház	75 655,46	861,42	0	38 258,44	37 827,73	430,71
17	04_1391	Sárospatak Városi Rendelőintézet	0	767	0	383,5	0	383,5
18	04_1400	Szerencs ESEI	0	485	0	242,5	0	242,5
19	04_1407	Sátoralajjhelyi Erzsébet Kórház	7 673,20	122,92	0	3 898,06	3 836,60	61,46
20	04_M058	Kazincbarcikai Kórház Nonprofit Kft.	3 082,93	524,47	0	1 803,70	1 541,47	262,23
21	04_N587	Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház	27 779,21	0	0	13 889,60	13 889,60	0
22	04_N684	Almási Balogh Pál Kórház, Ózd	7 979,08	0	0	3 989,54	3 989,54	0
23	05_1454	CSMEK Hőmérsékletmérő - Mlakó	8 161,39	904,33	0	4 532,86	4 080,69	452,16
24	05_1484	Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk	3 561,12	0	0	1 780,56	1 780,56	0

25	05_1_487	Dr. Bugyi István Kórház, Szentés	12 333,46	12 333,46	0	0	6 166,73	6 166,73	0
26	05_2_2917	SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ	93 474,31	93 134,31	0	340	46 737,16	46 567,16	0
27	05_M226	Kistéleki Egészségügyi Központ Nonprofit Kft.	343,74	0	343,74	0	171,87	0	171,87
28	06_1_568	Fejér Megyei Szent Györgyi Egyetemi Oktató Kórház	50 345,08	48 797,07	1 548,00	0	25 172,54	24 398,54	774
29	06_C975	NAPFÉNY 2001 Nonprofit Kft.	668,6	0	668,6	0	334,3	0	334,3
30	06_H059	Bicskei Egészségügyi Központ Nonprofit Kft.	1 008,00	0	1 008,00	0	504	0	504
31	06_M934	Szent Pantaleon Kórház, Dunaujváros	18 001,00	17 901,79	99,21	0	9 000,50	8 950,89	49,61
32	07_1_601	Csornai Margit Kórház	253	0	253	0	126,5	0	126,5
33	07_1_630	Lumniczer Sándor Kórház- Rendelőintézet, Kapuvár	376,21	0	376,21	0	188,11	0	188,11
34	07_1_640	Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr	50 823,02	50 823,02	0	0	25 411,51	25 411,51	0
35	07_1_644	Karolina Kórház- Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár	5 308,36	5 308,36	0	0	2 654,18	2 654,18	0
36	07_1_663	Soproni Gyógyközpont	15 072,87	15 072,87	0	0	7 536,44	7 536,44	0
37	08_1_683	GrofTisza István Kórház	8 600,56	8 315,38	285,18	0	4 300,28	4 157,69	142,59
38	08_2_894	Debreceni Egyetem Klinikai Központ	104 012,77	103 592,77	0	420	52 006,39	51 796,39	0
39	08_N600	Kenyéz Gyula Kórház és Rendelőintézet	40 254,74	39 844,45	410,29	0	20 127,37	19 922,22	205,15
40	09_2_899	Mátrai Gyógyintézet	3 354,07	3 354,07	0	0	1 677,03	1 677,03	0
41	09_N581	Albert Schweitzer Kórház- Rendelőintézet	7 371,59	7 017,69	353,91	0	3 685,80	3 508,84	176,95
42	09_N585	Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet	27 539,50	27 539,50	0	0	13 769,75	13 769,75	0
43	09_N682	Bugát Pál Kórház	7 455,20	7 051,49	403,71	0	3 727,60	3 525,75	201,85
44	10_1_865	Vaszary Kólos Kórház	12 843,46	12 843,46	0	0	6 421,73	6 421,73	0
45	10_1_871	Selye János Kórház	1 434,00	1 273,03	160,97	0	717	636,51	80,49
46	10_1_876	Szent Borbála Kórház	27 747,45	27 746,63	0,82	0	13 873,73	13 873,32	0,41
47	10_K404	Kastélypark Klinika Kft.	2 301,17	1 920,00	381,17	0	1 150,59	960	190,59
48	11_1_903	Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet	9 506,44	9 024,94	481,5	0	4 753,22	4 512,47	240,75
49	11_1_928	Szent Lázár Megyei Kórház	18 633,00	18 633,00	0	0	9 316,50	9 316,50	0
50	11_1_945	Margit Kórház	378,34	0	378,34	0	189,17	0	189,17
51	12_1_980	Dr. Halász Géza Szakorvosi Rendelőintézet, Dabas	342,97	0	342,97	0	171,49	0	171,49
52	12_2_010	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház	25 708,74	25 386,84	321,9	0	12 854,37	12 693,42	160,95
53	12_2_049	Szent Rókus Kórház, Budapest	2 176,10	0	2 176,10	0	1 088,05	0	1 088,05
54	12_2_052	Szentendre Egészségügyi Intézet	435	435	0	0	217,5	0	217,5
55	12_2_057	Szigetszentmiklós Szakorvosi Rendelőintézet	498	498	0	0	249	0	249
56	12_2_073	Tüdőgyógyintézet Törökbalint	7 769,80	7 769,80	0	0	3 884,90	3 884,90	0
57	12_2_090	Vecsési Egészségügyi Szolgálat	346,69	0	346,69	0	173,35	0	173,35
58	12_2_095	Jávorszky Ödön Városi Kórház, Vác	15 348,92	15 214,96	133,96	0	7 674,46	7 607,48	66,98
59	12_2_103	Dr. Romics László Egészségügyi Intézet, Érd	1 034,00	0	1 034,00	0	517	0	517
60	12_2_911	Gálfy Béla Nonprofit Kft	757,9	757,9	0	0	378,95	378,95	0
61	12_C613	EUROP-MED KFT.	1 743,54	0	1 743,54	0	871,77	0	871,77
62	12_H199	MEN FOR CARE KFT.	680,33	0	680,33	0	340,17	0	340,17

63	12_N588	Misszió Egészségügyi Központ	345,06	0	345,06	0	172,53	0	172,53
64	12_N593	Toldy Ferenc Kórház- Rendelőintézet	16 518,90	16 518,90	0	0	8 259,45	8 259,45	0
65	13_2137	Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház	45 006,69	45 006,69	0	0	22 503,35	22 503,35	0
66	13_2162	Siófoki Kórház- Rendelőintézet	10 669,30	10 347,20	322,1	0	5 334,65	5 173,60	161,05
67	13_3205	Kistérségi Járóbetegellátó Központ, Barcs	500	0	500	0	250	0	250
68	13_H275	Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrum	5 350,78	5 350,78	0	0	2 675,39	2 675,39	0
69	13_N683	Nagyatádi Kórház	4 228,63	4 069,84	158,79	0	2 114,32	2 034,92	79,39
70	14_2230	Felső-Szabolcsi Kórház	14 010,39	13 716,21	294,18	0	7 005,19	6 858,10	147,09
71	14_N599	Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház	85 841,82	85 562,94	278,88	0	42 920,91	42 781,47	139,44
72	15_2324	Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi G. Kórház- Rendelőintézet, Szolnok	36 527,32	36 527,32	0	0	18 263,66	18 263,66	0
73	15_2378	Káttai Gábor Kórház, Karcag	8 117,65	8 117,65	0	0	4 058,83	4 058,83	0
74	15_8002	Szolnoki MÁV Kórház	3 632,90	3 632,90	0	0	1 816,45	1 816,45	0
75	15_N586	Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet	2 161,00	2 126,10	34,9	0	1 080,50	1 063,05	17,45
76	15_N596	Jászberényi Szent Erzsébet Kórház	6 631,79	6 631,79	0	0	3 315,89	3 315,89	0
77	16_2392	Bonyhádi Kórház és Rendelőintézet	429,08	429,08	0	0	214,54	0	214,54
78	16_2425	Balassa János Kórház	26 816,15	26 816,15	0	0	13 408,07	13 408,07	0
79	16_2436	Paksi Gyógyászati Központ	370,17	0	370,17	0	185,08	0	185,08
80	16_N582	Dombóvári Szent Lukács Kórház	5 491,30	5 115,97	375,33	0	2 745,65	2 557,99	187,66
81	17_2524	Kemenesaljai Egyesített Kórház	303	0	303	0	151,5	0	151,5
82	17_2531	Szent László Kórház, Sávár	456,65	0	456,65	0	228,33	0	228,33
83	17_N595	Markusovszky Egyetemi Oktatókórház	46 777,98	46 627,88	150,1	0	23 388,99	23 313,94	75,05
84	18_2535	Magyar Imre Kórház	9 628,68	8 977,36	651,32	0	4 814,34	4 488,68	325,66
85	18_2586	Gróf Esterházy Kórház és Rendelőintézeti Szakrendelő	5 745,41	5 314,36	431,04	0	2 872,70	2 657,18	215,52
86	18_2601	Megyei Tudógyógyintézet, Farkasgyepű	2 773,25	2 773,25	0	0	1 386,63	1 386,63	0
87	18_2611	Zirci Erzsébet Kórház	343,63	0	343,63	0	171,82	0	171,82
88	18_2893	Balatonfüred Állami Szívkórház	4 157,70	4 157,70	0	0	2 078,85	2 078,85	0
89	18_C149	Pannon Reprodukciós Intézet Kft.	982,63	982,63	0	0	491,31	491,31	0
90	18_H505	Szent Donát Várpalota Kft.	578,58	0	578,58	0	289,29	0	289,29
91	18_N592	Deák Jenő Kórház	365	0	365	0	182,5	0	182,5
92	18_N594	Csolnoky Ferenc Kórház	30 116,71	30 116,71	0	0	15 058,36	15 058,36	0
93	19_2703	Keszthelyi Kórház	5 144,23	4 569,16	575,07	0	2 572,12	2 284,58	287,54
94	19_2734	Zala Megyei Kórház	37 138,49	37 138,49	0	0	18 569,25	18 569,25	0
95	19_2747	Kanisza Dorottya Kórház	14 948,73	14 266,37	682,37	0	7 474,37	7 133,18	341,18
96	19_N597	Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház	876,64	876,64	0	0	438,32	438,32	0
97	20_0765	HT Medical Center Kft.	679,04	0	679,04	0	339,52	0	339,52
98	20_2872	Bethesda Gyermek Kórház	6 494,13	6 306,13	0	188	3 247,07	3 153,07	0

99	20_2873	Bajcsy-Zsilinszky Kórház	27 608,91	27 608,91	0	0	13 804,46	13 804,46	0
100	20_2877	Heim Pál Gyermekkorház- Rendelőintézet	17 227,69	16 977,69	0	250	8 613,84	8 488,84	0
101	20_2878	Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet	45 966,96	45 078,87	888,09	0	22 983,48	22 539,43	444,05
102	20_2879	Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház és Rendelőintézet	26 802,65	26 802,65	0	0	13 401,32	13 401,32	0
103	20_2880	Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak	30 764,50	30 764,50	0	0	15 382,25	15 382,25	0
104	20_2886	Péterfy Sándor utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ	45 186,20	45 186,20	0	0	22 593,10	22 593,10	0
105	20_2887	Nyíró Gyula Kórház – OPAL	6 840,48	6 485,96	354,51	0	3 420,24	3 242,98	177,26
106	20_2889	Szent Imre Kórház	26 348,66	26 348,66	0	0	13 174,33	13 174,33	0
107	20_2890	Károlyi Sándor Kórház	6 151,10	6 151,10	0	0	3 075,55	3 075,55	0
108	20_2891	Uzsoki Utcai Kórház	40 440,71	40 440,71	0	0	20 220,36	20 220,36	0
109	20_2896	Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet	26 722,90	26 722,90	0	0	13 361,45	13 361,45	0
110	20_2897	Országos Korányi Ibc és Pulmonológiai Intézet	14 476,00	14 476,00	0	0	7 238,00	7 238,00	0
111	20_2903	Országos Klinikai Idegtudományi Intézet	12 630,56	12 630,56	0	0	6 315,28	6 315,28	0
112	20_2906	Országos Onkológiai Intézet	51 999,00	51 999,00	0	0	25 999,50	25 999,50	0
113	20_2907	Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet	4 781,70	4 781,70	0	0	2 390,85	2 390,85	0
114	20_2910	Országos Sportegészségügyi Intézet	1 823,27	1 823,27	0	0	911,64	911,64	0
115	20_2913	Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet	1 683,63	1 683,63	0	0	841,81	841,81	0
116	20_2915	Semmelweis Egyetem	122 699,86	121 524,14	673,72	502	61 349,93	60 762,07	336,86
117	20_4026	MAZSIHISZ Szeretőkórház	851,9	851,9	0	0	425,95	425,95	0
118	20_7610	Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat	407,74	407,74	0	0	203,87	0	203,87
119	20_7990	Vadaskert Alapítvány a Gyermekkelek Leiki Egészségéért	1 611,25	1 611,25	0	0	805,62	805,62	0
120	20_8714	KAÁLI Intézet Kft.	5 575,33	5 575,33	0	0	2 787,66	2 787,66	0
121	20_A275	Budavári Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat	339,21	339,21	0	0	169,61	0	169,61
122	20_C030	Sterilitás Kft.	639,34	639,34	0	0	319,67	319,67	0
123	20_C247	Forgács Intézet Egészségügyi és Szolgáltató Kft.	571,7	571,7	0	0	285,85	285,85	0
124	20_C278	Kelen Kórház Kft.	349,52	349,52	0	0	174,76	0	174,76
125	20_H025	Bp. XVI. ker. Kertvárosi Egészségügyi Szolgálat	382,7	382,7	0	0	191,35	0	191,35
126	20_H043	Szent Margit Rendelőintézet Nonprofit Kft.	533	533	0	0	266,5	0	266,5
127	20_H915	Budai Egészségközpont Kft.	10 805,10	10 805,10	0	0	5 402,55	5 402,55	0
128	20_K358	Ars Medica Lézerklinika Kft.	387,16	387,16	0	0	193,58	0	193,58
129	20_K403	Magyar Honvédség Egészségügyi Központ	64 883,82	64 883,82	0	0	32 441,91	32 441,91	0
130	20_K405	PREMED PHARMA Kft.	347,93	347,93	0	0	173,97	0	173,97
131	20_K409	Istenhegyi Magánklinika Zrt.	343,2	343,2	0	0	171,6	0	171,6
132	20_K413	Pestszentlőrinc-Pestszentimre Egészségügyi Szolgáltató Kft.	343,72	343,72	0	0	171,86	0	171,86

133	20_K558	Bp. XIII. Kerületi Egészségügyi Szolgálat Kft.	580,41	0	580,41	0	290,2	0	290,2
134	20_K620	Ferencvárosi Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.	342,56	0	342,56	0	171,28	0	171,28
135	20_M915	Betegápoló Irgalmas Rend	13 958,70	13 958,70	0	0	6 979,35	6 979,35	0
136	20_N511	Szent Margit Kórház	11 990,60	11 990,60	0	0	5 995,30	5 995,30	0
			2 051 260,67	2 010 902,36	38 358,31	2 000,00	1 025 630,33	1 005 451,18	19 179,15

4.8.2. A TVK megállapítása alóli kivételek

28/B. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

HBCs	Feltétel
05P 2081	AMI PCI-vel (egy vagy több stenttel)
05P 2082	AMI PCI-vel, stent nélkül
01M 015D	Cerebrovasculáris betegségek (kivéve: TIA), praecerebralis érelzáródással, rtPA-kezeléssel
01P 001A	Speciális intracranialis műtétek 18 év felett, nem trauma miatt (53950 Intracranialis sacularis aneurysma klippelése vagy 53951 Többszörös intracran. saccul. aneurysmák klippelése beavatkozás esetén)
01P 029A	Endovascularis aneurysma műtétek a központi idegrendszer erein
01P 029C	Fej, nyak, központi idegrendszer érmalformációinak, tumorainak endovascularis műtétei (Az 5387A Intracranialis érmalformációk endovasc. műtéte beavatkozás esetén)
01P 029D	Fej, nyak, központi idegrendszer érmalformációinak, tumorainak endovascularis műtétei, speciális intracranialis műtéttel (53950 Intracranialis sacularis aneurysma klippelése vagy 53951 Többszörös intracran. saccul. aneurysmák klippelése vagy 5387A Intracranialis érmalformációk endovasc. műtéte beavatkozás esetén)
01P 029E	Endovascularis aneurysma műtétek áramlásmódosítással a központi idegrendszer erein
06M 290D	Endoszkópiával igazolt gastrointestinalis vérzés, több mint 2E transfúzióval, endoszkópos vérzéscsillapítással (injektálás)
06M 290E	Endoszkópiával igazolt gastrointestinalis vérzés, több mint 2E transfúzióval, endoszkópos vérzéscsillapítással (kivéve injektálás)
22P 8810	Kiterjedt égés műtéttel (III. progresszivitási szintű osztályon nyújtott ellátás; az égés kiterjedésének és mélységének egyértelmű dokumentálása)
22M 8820	Kiterjedt égés műtét nélkül
22M 8850	Légzőrendszer égése légzéstámogatással
22P 8870	Kiterjedt fagyás műtéttel
22M 8880	Kiterjedt fagyás műtét nélkül
15M 7110	Újszülött, születési súly 999 g alatt (III. progresszivitási szintű osztályon nyújtott ellátás)
15P 7120	Újszülött, születési súly 1000–1499 g, jelentős műtéttel
15M 7130	Újszülött, születési súly 1000–1499 g, jelentős műtét nélkül
15P 7140	Újszülött, születési súly 1500–1999 g, jelentős műtéttel
15P 7180	Újszülött, születési súly 2000–2499 g, jelentős műtéttel
15P 7230	Újszülött, születési súly 2499 g felett, jelentős műtéttel
15P 7330	Jelentős szív-érrendszeri műtétek újszülött korban
15P 7331	Jelentős szív-érrendszeri műtétek újszülött korban, 5 napot meghaladó gépi lélegeztetéssel
15P 7332	Jelentős szív-érrendszeri műtétek újszülött korban, 5 napot meghaladó gépi lélegeztetéssel és NO adásával
15M 735Z	Újszülött, születési súly 2499 g felett, jelentős műtét nélkül súlyos problémával, 5 napnál hosszabb gépi lélegeztetéssel vagy Surfactant kezeléssel
15M 736Z	Újszülött, születési súly 2499 g felett, jelentős műtét nélkül súlyos problémával, 5 napnál hosszabb gépi lélegeztetéssel és Surfactant kezeléssel (III. progresszivitási szintű osztályon nyújtott ellátás)
15M 715Z	Újszülött, születési súly 1500–1999 g, jelentős műtét nélkül, súlyos problémával (III. progresszivitási szintű osztályon nyújtott ellátás, illetve 5 napot meghaladó gépi lélegeztetés)
15M 719Z	Újszülött, születési súly 2000–2499 g, jelentős műtét nélkül súlyos problémával
17M 7720	Akut leukaemiák magas malignitással, kemoterápiával és legalább 25 E szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával 18 év alatt
17M 773E	Akut leukaemiák 26E alatti (de legalább 6E) szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával
17M 773F	Akut leukaemiák 26–50 E szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával
17M 773G	Akut leukaemiák 51–75 E szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával
17M 773H	Akut leukaemiák 75E feletti szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával
17M 780A	Akut leukaemia 18 év alatt, magas malignitással, társult betegséggel
17M 780B	Akut leukaemia 18 év alatt, magas malignitással, társult betegség nélkül
17M 782A	Akut leukaemia 18 év alatt, alacsony-közepes malignitással, társult betegséggel
17M 782B	Akut leukaemia 18 év alatt, alacsony-közepes malignitással, társult betegség nélkül
99M 941U	Szívátültetés előtti kivizsgálás
25P 9210	Speciális, nagy intracranialis műtétek politraumatizált állapotban
25P 9220	Nagy műtétek politraumatizált állapotban

25P 923A	Egyéb műtétek politraumatizált állapotban
25M 9240	Koponya, mellkas, gerinc, medence és alsó végtag politraumatizált állapota
25M 9250	Egyéb politraumatizált állapot
25P 936Z	Politraumatizált állapot műtétei (kivéve: speciális, nagy intracranialis műtétek) súlyos társult betegséggel, műtét < 3
25P 937Z	Politraumatizált állapot műtétei (kivéve: speciális, nagy intracranialis műtétek) súlyos társult betegséggel, $3 < \text{műtét} <= 6$
25P 938Z	Politraumatizált állapot műtétei (kivéve: speciális, nagy intracranialis műtétek) súlyos társult betegséggel, műtét > 6
25M 939Z	Politraumatizált állapot súlyos társult betegséggel 1 hétnél hosszabb intenzív ellátással

Irodalom

- Magyarország Alaptörvénye
1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások felezetéről
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- Boncz I., Nagy B., Dózsa Cs.: Irányított betegellátási modell (IBM): a fejkvótaszámítás szerepe és módszertana. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2003; 2(6): 19–22.
- Boncz I., Dózsa Cs.: Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992–2002. *MOTESZ Magazin*, 2002; 11(4): 52–55.
- Boncz I. (szerk.): *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*. Medicina Kiadó, 2012.
- Dózsa Cs.: HBCs verziófrissítés 4.3-ról 5.0-ra: a 2004. évi teljesítményfinanszírozás célkitűzései. *Kórház*, 2004. 11(6): 16–18.
- Dózsa Cs. „Agresszív” HBCs politika Magyarországon: kérdések és válaszok a HBCs-rendszer működésével és jövőjével kapcsolatban. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2004, 3(4): 14–20.
- Szummer Cs.: Degresszív egészségpolitika Magyarországon? *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2004, 3(2): 11–14.
- Boncz I., Dózsa Cs., Kiss J., Kiss Zs.: A fix díjas (input) finanszírozás részleges alkalmazásának lehetőségei a HBCS finanszírozás tapasztalatai alapján (I. rész). *Kórház*, 2003, 10(8): 14–15.
- Boncz I., Dózsa Cs., Kiss J., Kiss Zs.: A fix díjas (input) finanszírozás részleges alkalmazásának lehetőségei a HBCS finanszírozás tapasztalatai alapján (II. rész). *Kórház*, 2003, 10(9): 12–13
- Kiss Zs., Molnár A., Dublinszky P.: A teljesítményvolumen-korlátokon alapuló finanszírozás tapasztalatai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2005, 43(1): 5–12.
- Székely T.: A TVK Bizottság munkája, lehetőségei és mozgásteret. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2005, 4(9): 7–10.
- Dankó D., Kiss N., Molnár Márk P., Révész É.: A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCs alapú finanszírozás kontextusában. I. rész. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2006, 5(8): 20–28.
- Dankó D., Kiss N., Molnár Márk P., Révész É.: A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCs alapú finanszírozás kontextusában. II. rész. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2006, 5(9): 5–12.
- Módszertani útmutató a Megyei Egészségügyi Egyeztető Bizottság részére.
- 12/2015. (IV. 10.) EMMI utasítás a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó állami egészségügyi intézmények működési rendjének egyes kérdéseiről és egyeztető fórumairól
- Endrei D., Kollár L., Zemplényi A., Ágoston I., Betlehem J., Lampék 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.
- 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.

5. Költségvetés-tervezés az egyetemi klinikai központokban

IVÁDY VILMOS, RÉPÁS CSABÁNÉ

5.1. Bevezetés: költségvetés-tervezés és intézményi gazdálkodási módszertan

5.1.1. Témaválasztás

A magyar egészségügy alapproblémája, amely már sztereotípiaként is ismert, hogy egyszerre van jelen a finanszírozási források szűkössége és azok pazarló, nem hatékony felhasználása. Jelen módszertani összefoglaló és ajánlás a forrásfelhasználás hatékonyságára helyezi a hangsúlyt azzal, hogy az intézményi gazdálkodás szintjén mutat be, illetve foglal össze olyan gazdálkodási módszereket, melyek a segíthetik a forrásfelhasználás hatékonyságának javulását.

Véleményünk szerint a legnagyobb pazarlás az egészségügyben az elrendelt diagnosztikai vizsgálatok, és az azt követő beavatkozások és kezelések hatásosságához kötődik. A nem hatásos vagy csak gyengén hatásos terápiák alkalmazása azt jelenti, hogy szembe kell néznünk a közgazdasági értelemben vett, úgynevezett allokatív hatékonysági problémával, azaz erőforrásaink jelentős részét – az egészségnyereség növelése szempontjából – szükségtelen kezelésekre és eljárásokra pazaroljuk.

A pazarló felhasználás másik fő területe az ún. technikai hatékonyság problémájához kötődik, azaz ahhoz, hogy a nyújtott szolgáltatásokat mekkora ráfordítással állítjuk elő. Ez a terület esik a jelen szakmai anyag látókörébe azzal együtt, hogy a technikai hatékonyság javítását segítő gazdálkodási módszertanok önmagukban nem alkalmasak az indokolatlan terápiák okozta pazarlás kezelésére, de ha azokat is olcsóbban tudjuk előállítani a gazdálkodás javításával, akkor az ebből fakadó veszteség csökkenthető.

A GYEMSZI (Gyógyszerészeti, Egészségügyi- és Minőségfejlesztési Intézet, jelenleg már Állami Egészségügyi Ellátó Központ) létrejötté és a kórházak állami átvétele megteremtette az egészségpolitikai célokat leginkább

szolgáló egységes fenntartói magatartás kialakulásának lehetőségét, benne az egységes gazdálkodási szabályok és keretrendszer kidolgozásának és bevezetésének lehetőségét. A jelen szakmai anyag elkészítésével ehhez a folyamathoz kívántunk hozzájárulni, azzal, hogy többéves egészségügyi vezetői tapasztalatokat ötvöztünk módszertani, elvi megközelítésekkel.

5.1.2. A vezetői költségvetés tartalmi kérdései

Az intézményi költségvetés a jelen szakmai anyagban alapvetően a vezetői (üzemgazdasági) költségvetést öleli fel, az ettől eltérő ún. kincstári/elemi vagy pénzforgalmi költségvetés tárgyalására nem tér ki részletesen. A vezetői költségvetés, amellyel, hogy megtervezi a tárgyidőszak forrásait és felhasználásait, kiterjed számos olyan dologra, amely az intézmény gazdálkodását meghatározza. Ennek alapján a vezetői költségvetést egyfajta gazdálkodási módszertannak is tekinthetjük, hiszen nemcsak a tervszámok, hanem azok elérésének, az elért teljesítmények értékelésének, a gazdálkodás szabályainak is egyfajta releváns gyűjteménye.

Az alábbiakban összegezzük a gazdálkodás értékelésének és tervezésének főbb tartalmi kérdéseit:

1. Miért van szükség egységes gazdálkodási módszertanra?

- Egyszerűen azért, mert a gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy nagyon szórnak az intézmények likviditási mutatói és üzemgazdasági eredményei.
- A vonatkozó adatok elemzése arra világított rá, hogy a hasonló feladatokat ellátó, hasonló méretű kórházak csoportjaiban egyaránt találhatók jó valamint rossz gazdálkodási eredményt mutató kórházak.
- Szakértői becslésünk alapján a kórházi gazdálkodási illetve likviditási problémák 30–50%-ban

intézményi gazdálkodási, illetve menedzsment okokra vezethetők vissza, tehát a legjobb gazdálkodási, költségvetés tervezési és betartási gyakorlatok elterjesztése hozzájárulhat a belső források mobilizálásához, valamint a kórházi adósságállomány csökkenéséhez.

2. Mit jelent az egységes gazdálkodási módszertan?

- A gazdálkodási eseményekre vonatkozó, olyan kötelező standardizált gazdálkodási szabályok együttese, mely a külső jogszabályi feltételek teljesítésén túl segíti a fenntartói célok hatékonyabb elérését, miközben a közvetlen fenntartói beavatkozás nem általános, hanem kivételes fenntartói eszközként funkcionál.
- A centralizáció-decentralizáció határvonalának egységes és transzparens kezelése azzal, hogy normatív, előre látható módon a jobb gazdálkodási eredményt elérők nagyobb decentralizációban, nagyobb gazdálkodási szabadságban részesülnek.
- Egységes fenntartói gazdálkodás, monitoring és értékelési rendszer működtetése az ágazati VIR-rendszeren keresztül.
- A kórházak a rájuk nézve kötelező szabályok, illetve kötelező elemek (pl. szállítói szerződések kötelező tartalmi elemei vagy a belső érdekeltég tekintetében) betartásán túlmenően saját hatáskörben további belső szabályokat alkalmazhatnak.

3. Célkitűzés

a) általános cél

Az intézményi gazdálkodás és menedzsment ráhatásában kezelhető gazdálkodási kérdésekben módszertani javaslatok bemutatása, hozzájárulva a fenntartó által legjobb gazdálkodási gyakorlatok alapján egységes gazdálkodási módszertan kialakításához és bevezetéséhez.

b) specifikus célok

A saját tapasztalatok és módszertani elemzések alapján a decentralizált intézményi keretgazdálkodási rendszer főbb elemeit és működési tapasztalatait kívántuk bemutatni, melyet a likviditási célkitűzésekből vezettünk le. Az anyag elkészítése hozzájárulhat ahhoz, hogy a GYEMSZI az általa felügyelt kórházak számára gazdálkodási protokollt dolgozzon ki és vezessen be.

4. A gazdálkodási módszertan főbb elemei

a) teljesítmény volumenkontroll

Ennek alkalmazása és módszertana közismert. A kórházak széles körben alkalmaznak különféle

technikákat, az alapvető kérdés inkább a betartása, illetve betarthatósága a menedzsment által előírt teljesítmény célkitűzéseknek. Magának a lejelentett járó- és fekvőbeteg-teljesítményre vonatkozó intézményi célkitűzésnek a beállítása, belső szervezeti egységekre történő lebontása igényel nagyobb módszertani felkészültséget, a gazdálkodásra gyakorolt hatások modellezésén keresztül. Kijelenthető, hogy a TVK feletti teljesítmények belső szabályozása (a kapacitások és az ellátandó beteganyag rendelkezésre állása esetén) a drasztikusan csökkenő marginális bevételek miatt kiemelt hatással van a gazdálkodás eredményére.

b) fajlagos költségek kontrollja

A kórházi menedzsment legfontosabb gazdálkodási feladata a nyújtott szolgáltatások, beavatkozások fajlagos költségének kontrollja, illetve lehetőség szerinti csökkentése, tekintet nélkül arra, hogy maga a szolgáltatás nyújtása hatásos-e vagy sem. Tekintettel arra, hogy az esetszintű költségkikutatások általában nem állnak rendelkezésre, a kontroll, illetve a csökkentés elérésének fő eszköze az esetszintű költségeket alkotó költségelemek általános kontrollja, illetve csökkentése. A fajlagos költségekre történő ráhatást a két fő befolyásoló tényező mentén különítjük el:

- *felhasználás inputok átlagos volumene* a kibocsátás egy egységére vetítve (eset, beavatkozás, vizsgálat, ápolási nap)

A felhasznált inputok volumenére, naturáliában számítva, a betegellátást közvetlenül végző szervezeti egységek (osztályok, klinikák) vannak leginkább hatással, ezért az ő szintjükre telepített szabályozók lehetnek a leghatékonyabbak, párosítva a legjobb gyakorlatok megismertetésével.

- *felhasznált inputok beszerzési átlagárai*

A felhasznált inputok (élőmunka, szakmai anyag, gyógyszer, egyéb dologi ráfordítások) beszerzési árait az ajánlatkérő intézmény oldalán a döntéshozó menedzsmentnek van viszonylag a legnagyobb ráhatása, ezért a gazdálkodási módszertanban indokolt ezt a felelősségi relációt is szerepeltetni. A decentralizált költségviselői keretgazdálkodási rendszer kezelendő anomáliája, hogy a költségviselő osztály- vagy klinikavezetőnek a felelőssége a keret betartása, neki kell kigazdálkodnia az inputok árának emelkedését, miközben nem ismert, hogy ez utóbbi mennyire köszönhető a piaci helyzet változásának vagy a rossz hatékonyságú beszerzési tevékenységnek. (Léteznek olyan szempontok, melyek részben indikátorokkal is kife-

jezhető, melyek alapján a beszerzési tevékenység hatékonysága megítélhető: közbeszerzések aránya a teljes közbeszerzés köteles beszerzéseken belül, lejárt szerződések aránya, határozatlan idejű szállítói szerződések felmondása és közbeszerztetése 5 éven belül, szakmai specifikációk készítésénél független szakértők igénybevétele stb.)

5. Módszertani lehetőségek a fenti célok eléréséhez

A főbb alternatívák az alábbiakban összegezhetők:

■ Fedezet, illetve elvárt eredményérdekeltségi rendszer

Ennek akkor van jelentősége, ha a szervezetnek a bevétel alakulására jelentős hatása van. Ha a teljesítménykontroll jellemzően a teljesítmény visszafogását célozza, akkor ennek alkalmazása kiváltható más gazdálkodási módszertannal.

■ Költségviselői keretgazdálkodás módszertana

■ Abban az esetben, ha a bevétel tekintetében a szervezeti egységek mozgástere kicsi, illetve elhanyagolható, elégséges a decentralizált költségviselői keretgazdálkodás módszertanának alkalmazása. Ez egy tágabb, rendszerszerű megközelítés, amely közel viszi a felhasználásra vonatkozó döntési pontokat a döntési helyzethez kialakulásának színteréhez.

■ Tétéles költségkontroll módszertana

- Az előző két módszertantól gyökeresen eltér filozófiai megközelítése miatt. Ez a centralizált gazdálkodási módszer alkalmazására épül. Elsősorban a kedvezőtlen intézményi vagy nemzeti szintű gazdálkodási helyzet teremt meg az alkalmazás indokát, ettől azonban még nem bizonyított, hogy ez hatékonyabb gazdálkodási módszer lenne az előbbieknél.
- Működésének lényege, hogy a fenntartó és/vagy az intézmény vezetője, kincstári (fő)felügyelője egyes kiemelt költségek esetében centralizált engedélyezést valósít meg, vagy a teljes kötelezettségvállalási jogkör centralizáltan működik. Azaz a felhasználás helyétől távolra kerül a döntés, kérdés, hogy a mechanikus vagy fűnyíró elvű döntéshozatal lehetséges előnyeit mennyire írják felül az információhiányból fakadó téves döntések.
- A gyakorlatban ennek a módszertannak az alkalmazása komoly korlátokba ütközik, hatékonysága megkérdőjelezhető, ezért alkalmazása rövidtávon és akkor javasolt, ha a decentralizált módszer alkalmazásához szükséges érdekeltég és felelős döntéshozatal feltételei még hiányoznak.

- Tétéles listán szerepelt bútor, irodai klíma, számítógép, ezek kiemelése már kormányzati szinten megtörtént. Ugyanakkor a reprezentációs költségek nincsenek a tétéles listán, és nem kerülnek ellenőrzésre sem.

Ebből a szemléletből az következik, hogy vannak az előállított termékre vonatkozóan központilag meghatározható szükséges inputok, illetve vannak nem szükséges inputok. Miközben más területek felhasználása sokkal nagyobb volumenben zajlik és sokkal nagyobb megtakarítást rejt magában.

Ennek a megközelítésnek

■ előnye:

- egyszerű, jól formalizálható az engedélyezés rendszere
- gyorsan bevezethető

■ hátránya:

- érdektelenség a felhasználás, a megtakarítás a racionalizálás irányába
- feltolja a döntési szinteket arra a szintre, ahol nincsen releváns információ, és ilyen módon a felelősséget is centralizálja
- állandó és hatékonytalan vezetői kontrollt igényel
- a kórházi szinten elrendelt beszerzési stop nem tudja előállítani az állami költségvetési hiány tartásához szükséges tartalék megképzését, ebből a szempontból indirekt, mert nem a maradványképzést írja elő, hanem bizonyos beszerzéseket korlátoz, amelyek más beszerzésekkel vélhetően pótolni lehet (vásárlás helyett bérlet). A maradványképzés előírása esetén az elvárt maradvány várható, előre látható, illetve intézményi szinten is tervezhető, hogy a kórház vezetője milyen intézkedéseket tesz meg a maradványképzés érdekében.

Összességében a mi megközelítésünk arra épül, hogy még válságos helyzetben is (különösen akkor) létjogosultsága van a centralizált megoldások helyett a decentralizáltak használatának. Megfelelő fenntartói és/vagy intézményi belső szabályozás mellett, az operatív döntéshozatali szintek minél közelebb hozandók a felhasználások színteréhez. Ez gyorsítja, adekvátabbá és felelősebbé teszi a döntéshozatalt a jelenlegi gyakorlathoz képest. A költségvetési terv ezért a decentralizált költségviselői keretgazdálkodásra, mint gazdálkodási módszertanra épül. Ez a megközelítés egyrészt a jelenlegi gyakorlathoz képest a teljeskörűsége törekszik, a keretek közti átjárhatósággal és teljes keretgazdálkodási

felelősség alkalmazásával. Másrészt mind a szabályozás kontroll (a szabályozók folyamatos felülvizsgálata, működésüknek értékelése, módosítása), mind a belső vezető kontroll centralizált eszközeinek alkalmazásával (egyres felhasználások, költségelemek alakulásának monitoringja) arra is hangsúlyt helyez, hogy lássuk, a keretgazdálkodási lehetőséggel és felelősséggel hogyan élnek a keretgazdák.

Az alábbi tanulmány a Semmelweis Egyetemen folytatott költségvetés-készítési és gazdálkodási gyakorlat általánosítható rendszerét mutatja be a 2012 végéig terjedő időszakban (Semmelweis Egyetem Vezetői Költségvetése 2011, 2012), ugyanakkor egyes vonatkozásokban kitér a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának költségvetés tervezési és gazdálkodási kérdéseire is a 2014. év végéig bezárólag (Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Költségvetés 2014). A főbb jellemzők, tanulságok tekintetében egy rövid összehasonlítás is segít a hasonlóságok és eltérések megértésében, továbbá az alkalmazott költségvetési gyakorlatnak a gazdálkodási eredményre gyakorolt hatásai is hangsúlyozásra kerültek a tanulságok megfogalmazása során.

5.2. A költségvetés-tervezés egyes általános kérdései

5.2.1. Gazdálkodási célok, stratégiaválasztás

Mivel az egészségügyi intézményekben (orvostudományi egyetemek klinikai központjában) a bevételek több, mint 90%-a a betegellátásból származik, az intézmények vezetése választásra kényszerül abban a tekintetben, hogy a közfinanszírozás anomáliái miatt melyik költség-szintre állítsa be működését, illetve költségvetését.

Az alábbi stratégiatípusokból választhat:

- Inaktív stratégia: a **közfinanszírozott betegellátási kvóta** (intézményi TVK) teljesítéséhez szükséges költségek szintje. Az intézmény TVK felett lényegesen több beteget nem lát el.
- Reaktív stratégia: a jogszabályban meghatározott **területi ellátási kötelezettség teljesítéséhez** kötődő költségek szintje. Ez a gazdálkodás szempontjából reaktív stratégiát jelent. A TVK szerepe marginalizálódik.
- Preaktív stratégia: **az intézmény piaci pozíciójának megtartásához szükséges betegellátási teljesítmény költségének a szintje**. Az elvégzett benchmark vizsgálatok alapján a meghatározott és az intézmény önköltségi számítás által is igazolt,

magas változó költséggel járó beavatkozások számának csökkentése vagy megszüntetése.

- Proaktív stratégia: az **intézmény piaci pozíciójának**, a betegekért folytatott versenyben történő **növelése, esetleges** elvándorlások csökkentése.

Az intézmények vezetésének a prioritásokat figyelembe véve olyan vezetői költségvetést kell, hogy készítsenek, amely biztosíthatja:

- a likviditás romlásának megakadályozását és kezelhető szinten tartását,
- a működtetés anyagi feltételeit,
- a szakképzett humán erőforrás megőrzését,
- a kihasználatlan kapacitások racionalizálását,
- a piaci pozíció javítását,
- és a versenyképesség növelését.

5.2.2. Gazdálkodási módszerek

Az intézetek az alábbi fő intézményi gazdálkodási formák közül választhatnak:

- centralizált és
- decentralizált gazdálkodás

A **centralizált intézményi gazdálkodás** esetében a gazdálkodási felelősség és jogkör egy központi szervezeti egységnél, illetve vezetőnél összpontosul.

A centralizált intézményi gazdálkodási módszert a kevés telephellyel és a kis költségvetéssel rendelkező intézmények esetében javasolt alkalmazni.

A **decentralizált intézményi gazdálkodásnál** a gazdálkodási felelősség és jogkör a szervezeti egységek szintjére ledelegálásra kerül. Arra a szintre, ahol az igények felmerülnek és az erőforrásokkal történő gazdálkodás történik.

A decentralizált gazdálkodási módszert a több telephelyes, illetve nagy költségvetéssel gazdálkodó intézmények esetében célszerű alkalmazni.

A következőkben mindkét gazdálkodási módszer esetében alkalmazható gazdálkodási stratégiák kerülnek ismertetésre:

a) statikus keretgazdálkodási stratégia

Ebben a keretek év közben nem módosulnak, illetve többleteljesítés esetén a szervezeti egységek nem kapják meg a teljesítmény által indokolt többletkeretet, ugyanakkor teljesítmény-elmaradás esetén sem kerül

5.1. táblázat. A centralizált gazdálkodás előnyei és hátrányai

Előnyök	Hátrányok
Információk azonnali rendelkezésre állása Relatív gyors döntéshozatal Információk koncentrálódása A gazdálkodási folyamatokba közvetlen beavatkozás	Rugalmatlan, a szervezeti egységek igényeinek felismerésében és az ehhez történő alkalmazkodásban Átláthatatlan szervezeti egység szintű gazdálkodás A felelősségnek az igény felmerülési és az erőforrások felhasználási helyétől felsőbb szintre történő tolása

5.2. táblázat. A decentralizált gazdálkodás előnyei és hátrányai

Előnyök	Hátrányok
Információk azon a szinten állnak rendelkezésre, ahol az igények felmerülnek Rugalmas gazdálkodási rendszer Nagyobb szervezeti struktúrák átláthatóbbá válnak A felelősség megfelelő helyre kerül	Gazdálkodási folyamatokba közvetett beavatkozási lehetőség

nek csökkentésre a keretek. Statikus keretgazdálkodási stratégia alkalmazása esetében az intézményvezetés viseli a kockázatot. Ez a gazdálkodási stratégia nem támogatja az intézményi likviditást, mert konzerválja a keretek felhasználását.

b) flexibilis keretgazdálkodási stratégia

Ebben a keretek a teljesítmény függvényében módosulhatnak, többletjelzés esetén többletkeret, ugyanakkor teljesítménycsökkenés esetén keretcsökkentés történik. Flexibilis keretgazdálkodási stratégia alkalmazása esetében a kockázat a költségviselőnél jelentkezik. Ez a gazdálkodási stratégia az intézményi likviditást támogatja, mert a teljesítő szervezeti egységekhez helyezi a keretet, és a nem teljesítő egységek keretfelhasználásának lehetőségét csökkenti.

**5.1. ábra.** Gazdálkodási módszerek és stratégiák mátrixa

A gyakorlatban a kettő keveréke is működhet, amikor az alulteljesítő szervezeti egységek keretét csökkentik, ellenben a többletjelzésű szervezeti egységek nem kapják meg a többletkeretet.

Az 5.1. ábra a gazdálkodási módszerek és stratégiák mátrixát mutatja be.

5.2.3. Költségvetés, pénzforgalmi és eredménycentrikus szemlélet

A költségvetés, a bevételt és kiadást teljeskörűen tartalmazó, meghatározott időszakra vonatkozó jóváhagyott pénzügyi terv, illetve a tényleges kiadások és bevételek nyilvántartása. Tervek részletes számszaki kifejtése (a pénzügyi és számviteli fogalmak bázisán), eszköz a koordinációhoz és a megvalósításhoz.

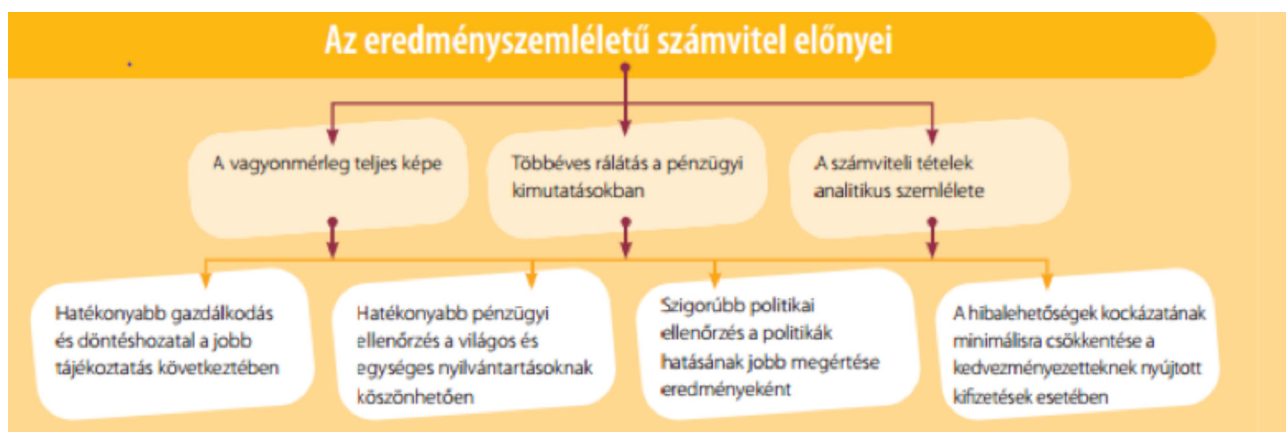
Költségvetést pénzforgalmi is üzemgazdasági számviteli szemléletben is készítünk.

A számviteli szemléletnek két fő típusa van:

- pénzforgalmi
- eredményszemléletű

A **pénzforgalmi szemléletű számviteli módszer** lényege, hogy a gazdasági eseményeket a pénzforgalomra gyakorolt hatásán keresztül közelíti meg, tehát a tényleges bevételi tételek minősülnek bevételnek, a ténylegesen kifizetett tételek minősülnek kiadásnak. Az egyes bevételi és kiadási tételek a pénzáramlást befolyásolják, az eredmény szempontjából azonban nem csak ezek relevánsak. E szemlélettől eltérően az eredmény-szemléletű számviteli módszer a gazdasági eseményeket az eredményre gyakorolt hatásuk szerint veszi figyelembe, azok felmerülésekor, függetlenül a pénzügyi teljesítés időpontjától és módjától.

A költségvetési bevételeket és a költségvetési kiadásokat pénzforgalmi szemléletben kell számba venni. A



5.2. ábra. Az eredményszemléletű számvitel előnyei (European Commission 2008)

pénzforgalomban megvalósuló tételek mellett a Kormány rendeletében meghatározott pénzforgalommal nem járó kiegészítő tételeket is el kell számolni költségvetési bevételként vagy költségvetési kiadásként. A pénzforgalmi költségvetés a költségvetési évben teljesülő költségvetési bevételek és költségvetési kiadások előirányzott összegét tartalmazza (bevételi előirányzatok és kiadási előirányzatok). A bevételi előirányzatok azok teljesítésének kötelezettségét, a kiadási előirányzatok azok felhasználásának jogosultságát jelentik.

Az eredményszemléletű számvitel olyan modern számviteli rendszer, amely a gazdasági eseményeket keletkezésükkor rögzíti, és nem az összeg beérkezése vagy kifizetése pillanatában (mint ahogyan az a hagyományos pénzforgalmi szemléletű könyvelés keretében történik). Az eredményszemléletű számvitelnek köszönhetően javul az elszámolhatóság, nő az átláthatóság a közszektorban készített pénzügyi jelentéseknél és jobb minőségű információ áll rendelkezésre a gazdálkodáshoz és a szakpolitikai döntések előkészítéséhez (Szappanos 2008).

Az államháztartási számvitel változása

A 2014. január elsejével hatályba lépett, az államháztartás számviteléről szóló **4/2013. (I. 11.)** Korm. rendelettel szemléletében változott meg az államháztartási számvitel, jelentős lépést téve az Európai Unió tagállamai közötti összehasonlíthatóságot és az egységes szemléletű adatszolgáltatást biztosító EU irányelv megvalósítása felé.¹

¹ Magyarországon 2013-ig az államháztartási számvitel alapvetően a pénzforgalmi elvre épült, a 2013–2016. évi konvergenciaprogramnak megfelelően azonban 2014-től új államháztartási számviteli rendszer lépett hatályba. Az Állami Számvevőszék az eredményszemléletű államszámviteli rendre való áttérés folyamatát minden eszközzel segíti, részt vesz a szakmai műhelyek munkájában, javaslatokat tesz a kormányrendelet végrehajtásához kapcsolódó jogszabályváltozásokra,

A könyvvezetési, beszámolási és a rendszeres adatszolgáltatási feladatok komplexitása miatt nemzetgazdasági szinten felmerült az igény egy egyszerűbb, egységesebb, ugyanakkor az információs igényeket is kielégítő új államháztartási számviteli rendszer kialakítására, amelyben a hagyományos pénzforgalmi adatok mellett a számvitel az ellátott feladatok önköltségének, illetve valamely tevékenység teljesítményének méréséhez is megbízható adatokat biztosít. Az új államszámviteli rendszer – a nemzetközi elvárásoknak is megfelelően – a kettős könyvvitel zárt rendszerén belül elkülöníti a bevételi és kiadási előirányzatok alakulásának, a követelések, kötelezettségvállalások, más fizetési kötelezettségek, és ezek teljesítésének folyamatos mérésére szolgáló költségvetési számvitelt, valamint a vagyon és annak összetétele, a tevékenység eredményének mérésére szolgáló pénzügyi számvitelt.

Az új államháztartási számvitel fő céljai:

- a) az államháztartás egésze szintjén valósuljon meg az egységes bevétel-kiadás osztályozás, a számviteli szabályok támogassák a nemzeti vagyon egységes szempontú mérését, a vagyonváltozás és a vagyonértékelés azonos módon történő elszámolását,
- b) az egyes tevékenységek teljesítményének, eredményességének, önköltségének mérésére szolgáló eszközöket biztosítson, valamint a középtávú szempontok érvényesítése a követelések és kötelezettségek mérésével, ezáltal felkészülés a 2011/85/EU irányelv bevezetésére.

Az államháztartás számviteléről szóló 4/2013. (I. II.) Korm. rendelet (továbbiakban Áhsz.) 2014. január elsejétől tör-

jogharmonizációra, valamint ellenőrzi a végrehajtás szabályosságát (Szappanos 2014).

ténő hatályba lépésével az eddigi négy kormányrendelet helyett egységes számviteli szabályok kerültek kialakításra, az államháztartás egészére. Az egységesség által lehetővé válik a költségvetési és a vagyoni tételek konszolidálhatósága.

Az új államháztartási számvitel költségvetési és pénzügyi számvitelből áll.

Költségvetési számvitel

A költségvetési számvitel nyilvántartási számlái és a pénzügyi számvitelben vezetett könyvviteli számlák az egységes rovatrend és egységes számlakeret alapján lettek kialakítva. Az egységes számlakerettől a jogalkalmazó nem térhet el, de azt saját hatáskörben alábonthatja.

A költségvetési számvitel célja a költségvetési tervezés és az évközi folyamatok mérése, a költségvetés végrehajtásának, a zárszámadás alátámasztásának biztosítása. A költségvetési számvitelben történik az előirányzatok, az ahhoz kapcsolódó követelések, kötelezettségvállalások és más fizetési kötelezettségek, valamint az előirányzatok teljesítésének elszámolása. A költségvetési számvitel kettős könyvvezetésen alapuló pénzforgalmi szemléletű számvitel, amely szerint csak azok a bevételek és kiadások kerülnek elszámolásra, amelyek a költségvetési évben pénzügyileg realizálódtak. A kötelezettségvállalások folyamatos vezetése központi szerepet kapott.

Pénzügyi számvitel

A pénzügyi számvitelben a könyvvezetés ugyancsak kettős, de a könyvvezetés módosított eredményszemléletben történik, amely nem a pénzforgalmilag teljesült pénzbevételeken és pénzkiadásokon van a hangsúly, hanem a költségvetési évben felmerülő, azt érintő költségeken, ráfordításokon és eredményszemléletű bevételeken.

A pénzügyi számvittel lehetővé válik a nemzeti vagyoni mérés, az adott államháztartási szervezet eredményességének, teljesítményének mérése és az önköltség-számítás, amely már több éve felmerült igény az államháztartásban.

Az időbeli elhatárolás elve kimondja, hogy gazdasági események hatásait, amelyek két vagy több évet is érintenek, az adott időszak eredményszemléletű bevételei és költségei között olyan arányban kell elszámolni, ahogyan az, az alapul szolgáló időszak és az elszámolási időszak között megoszlik.

A következő táblázatban a fentiekben ismertetett számviteli szemléletek alapján készülő költségvetések kerülnek összehasonlításra:

5.3. táblázat. Kincstári és vezetői költségvetés összehasonlítása

Kincstári költségvetés	Vezetői költségvetés
Elvét, tartalmát törvény írja elő	Elvét, tartalmát törvény nem írja elő. Kialakítása a szervezet hatáskörébe tartozik. Jogszabályi előírás nincs sem a készítési kötelezettségről, sem a tartalomról.
A szervezet egészére koncentrált és információi döntően értékben jelennek meg	A szervezet egységeire, a termékekre koncentrált. Mennyiségi jellemzőkkel is dolgozik
A múltira vonatkozó adatok a meghatározóak	A múltbeli adatok mellett a tervezés keretében a jövőre vonatkozó adatokat és információkat is hasznosít

A jogszabályok által kötelezően előírt ún. „költségvetési tervezés” mellett el kell készíteni az üzemgazdasági alapokon nyugvó, a kiadások és bevételek különbözetét ténylegesen láttató vezetői költségvetést is. Egy integrált gazdálkodási rendszer alkalmazása nem csak lehetővé teszi, hanem meg is kívánja az üzemgazdasági keretek megtervezését, és az azzal történő gazdálkodást a szervezeti egységeinek részéről.

5.2.4. Költségvetési tervezés elvei

A **vezetői költségvetés** (vezetői terv) üzemgazdasági alapokon törekszik a felmerülő külső környezeti igényeknek, valamint a belső szervezeti elvárásoknak megfelelni, az alábbi **alapelvek** alkalmazásával:

■ Stabilitás

A vezetői terv módszertanával szemben megfogalmazódik egyfajta stabilitás iránti igény, vagyis az, hogy **a tervezés és értékelés elvei évről évre nagymértékben ne változzanak**. Ez alól természetesen kivételt képez a kialakítás és bevezetés időszaka. A kialakítás során olyan alapelveket kell megfogalmazni, amelyek a bevezetés után hosszabb távon érvényesek maradhatnak. Ugyanakkor lehetőséget kell biztosítani arra, hogy a külső és belső körülmények változásával újabb, kiegészítő követelmények fogalmazódhassanak meg anélkül, hogy az alapelvek stabilitását veszélyeztetnék.

■ Átláthatóság és egyszerűség

Jogos elvárás, hogy **egységes, áttekinthető, minden érintett által nyomon követhető algoritmusok kerüljenek alkalmazásra** a költségvetés tervezése, illetve a gazdálkodás értékelése során. Emiatt fontos követelmény, hogy valamennyi (költségvetési: OEP és oktatási, illetve egyéb intézményi) bevételi forrás bruttó értéken kerüljön számbavételre a tervezés során.

■ Hozzájárulás a központi irányítás, szervezeti egységek, feladatok finanszírozásához

Valamennyi bevételtermelő szervezeti egységnek hozzá kell járulnia a központi irányítás és igazgatás, a központi szervezeti egységek működésének, a centralizált feladatok teljesítésének finanszírozásához. Erre szolgál a központi elvonás, illetve a belőle képzett Központi Alap. A hozzájárulást valamennyi bruttó bevételi forrásra érvényesíteni szükséges. Az átláthatóság szempontjából az a célszerű, ha egységes százalékos mértéket alkalmazunk az elvonásra és minimálisra szűkítjük az elvonás alóli mentességben részesülő bevételi elemek körét (ilyen lehet például a betegellátásban a méltányossági térítés vagy az EFI eszközök beszerzésének térítése).

■ Szolidaritás

A vezetői költségvetés tervezés számol azzal, hogy a szervezeti egységek jelentős hányada – részben önhibáján kívül – nem képes a nettó költségvetési bevételéből finanszírozni a rá háruló közfeladat ellátásának költségeit. Ezen szervezeti egységek kiegészítő keretet igényelhetnek a nettó bevételeiknek megfelelő kereten felül.

A Szolidaritási Alapba befolyt elvonások nagysága határozza meg a szolidaritás mértékét. A szolidaritási elvonást is célszerű valamennyi bruttó bevételi forrásra kiterjeszteni, azonban ennek objektív akadályai lehetnek (céljellegű támogatások, pályázatok, betegellátásban a nagy értékű esetfinanszírozott beavatkozások, extrafinanszírozásban részesített ellátások). A Szolidaritási Alapból kiegészítő keret csak a költségvetési forrásból tervezett keretekhez adható. Jelen finanszírozási helyzetben a költségvetési keretek meghatározásánál – a működőképesség fenntartása, a közfeladat ellátása érdekében – nagyon nehéz a szolidaritás mértékén belül maradni, ami kényszerűségből az alap túlosztásához vezethet. (A túlosztás kompenzálására szolgáló módszerek bemutatására később kerül sor.)

■ Forrásbevonási kötelezettség

A szervezeti egységek, amennyiben a költségvetési bevételeik alapján meghatározott keretek a közfeladat ellátásához nem elégségesek, kötelesek felhasználni az egyéb bevételeikből képződő kereteiket oly módon, hogy a közfeladat ellátásához kötődő egyes költségeiket ezen keretek terhére könyveltetik át. Költségvetési szervként az alaptevékenységgel kapcsolatos tartós kötelezettség kizárólag költségvetési forrásokra vállalható. Minden más keletkező forrást elsősorban a szervezeti egységek és az intézmény alaptevékenységének finanszírozására, a költségve-

tési forrásokból nem kigazdálkodható kiadásokra kell fordítani. (Kivéve azokat a forrásokat, melyek kötött felhasználási céllal és megadott elszámolási rendszerrel rendelkeznek.) Az egyéb bevételekből származó keretek szabad felhasználása csak ezt követően lehetséges.

■ Túlosztás megengedése felelős vezetői döntés alapján

A reális költségvetés-tervezési metodika alapvetően abban összegezhető, hogy az üzemgazdasági szemléletű vezetői költségvetés – a pénzforgalmi költségvetési tervezés gyakorlatától eltérően – a működéshez szükséges kiadások finanszírozását csak az év elején látható (tervezhető) bevételekkel veti össze, és nem törekszik a bevételekkel való automatikus alátámasztásra.

A vezetői költségvetés ezért **magában hordozza a költségvetési gazdálkodás legfőbb dilemmáját az egészségügyben: a közfeladatok ellátásának kötelezettsége és az ahhoz biztosított költségvetési források elégtelensége választásra kényszeríti az intézmények vezetőit.** Vagy a feladat ellátási kötelezettségnek nem tudnak megfelelni, vagy az állami források feletti felhasználásokat is engedélyezik (ez lényegében a fedezet nélküli kötelezettségvállalás esete) a betegellátási feladatok ellátása érdekében. Ezt a kényes helyzetet próbálja meg transzparens módon kezelni az ún. túlosztási módszertan alkalmazása, mely nem egyszerűen a bevételt meghaladó felhasználások megtervezését jelenti, hanem magában foglalja az év elején még nem ismert bevételek év közbeni megszerzésének vezetői célkitűzéseit is.

A magyar egészségügyi finanszírozás, más szóval az OEP-finanszírozás két pillérré épül. A nagyobb pillér a havi rendszerességgel folyósított finanszírozás az elszámolt teljesítmények alapján, az ún. intézményi TVK (teljesítményvolumen-korlát) erejéig. A kisebb pillér a nem rendszeres, előre nem látható OEP-finanszírozás, amely az éves előre látható, intézményi OEP-bevételeknek akár 5–10%-át is jelentheti. Nagyonbízott ebből adódik az a tervezési, gazdálkodási kényszer, hogy az előre nem látható bevételekkel számol az intézmény a felhasználási terv elkészítésekor, a gazdálkodási keretek tervezésénél, ugyanakkor egyúttal jelzi azt a kockázatot, hogy ennek a bevételnek a beérkezése bizonytalan, az előre kiközölt bevételi előirányzatokban nem szerepel, bár a finanszírozási gyakorlat alapján lehet rá számítani. Ez utóbbi bevételi elem miatt keletkezik egy üzleti kockázatvállalási kényszer, amit a túlosztás fogalom használatával hangsúlyozunk ki.

5.2.5. A vezetői költségvetés-tervezés keretrendszere

Meghatározásra kerülnek az ismert és megalapozottan tervezett költségvetési bevételek (OEP és oktatási). Továbbá a korábbi évek tapasztalatainak és az állami finanszírozási gyakorlat alapján definiálásra kerül a megszerzhető többletbevétel, amely magas gazdálkodási kockázatot jelenthet. *(A kockázat miatt a költségvetés évközi felülvizsgálata szükséges. Amennyiben a többletbevételek teljesülése „nem elérhetővé” minősül át, akkor a költségvetés évközi módosítására kerülhet sor.)*

A folyó bevételek és a vezetői döntés alapján vállalt túlosztás összege határozza meg a kiosztható keretek összegét.

A – következőekben bemutatásra kerülő – **elvonásokat követően** a nettó költségvetési (a megalapozottan tervezett és a kockázatot jelentő többlet) bevételeknek megfelelően **meghatározásra kerülnek a szervezeti egységekre felosztható költségvetési keretek.**

A szervezeti egységek kerete a nettó költségvetési bevételeiknek megfelelően kerül meghatározásra. Amennyiben a nettó bevétel nem nyújt fedezetet a szervezeti egység működőképességét biztosítani hivatott költségvetési kereteinek összességére, akkor a **szolidaritási elvonások terhére kiegészítő keret** biztosítható a szervezeti egység számára. Tekintettel arra, hogy mind

a költségvetési, mind pedig az egyéb alapok előző évi maradványai elsősorban a következő évi gazdálkodási feladatok ellátásának biztosítására fordítandók, ezért a kiegészítő keret mértékét jelentősen befolyásolják.

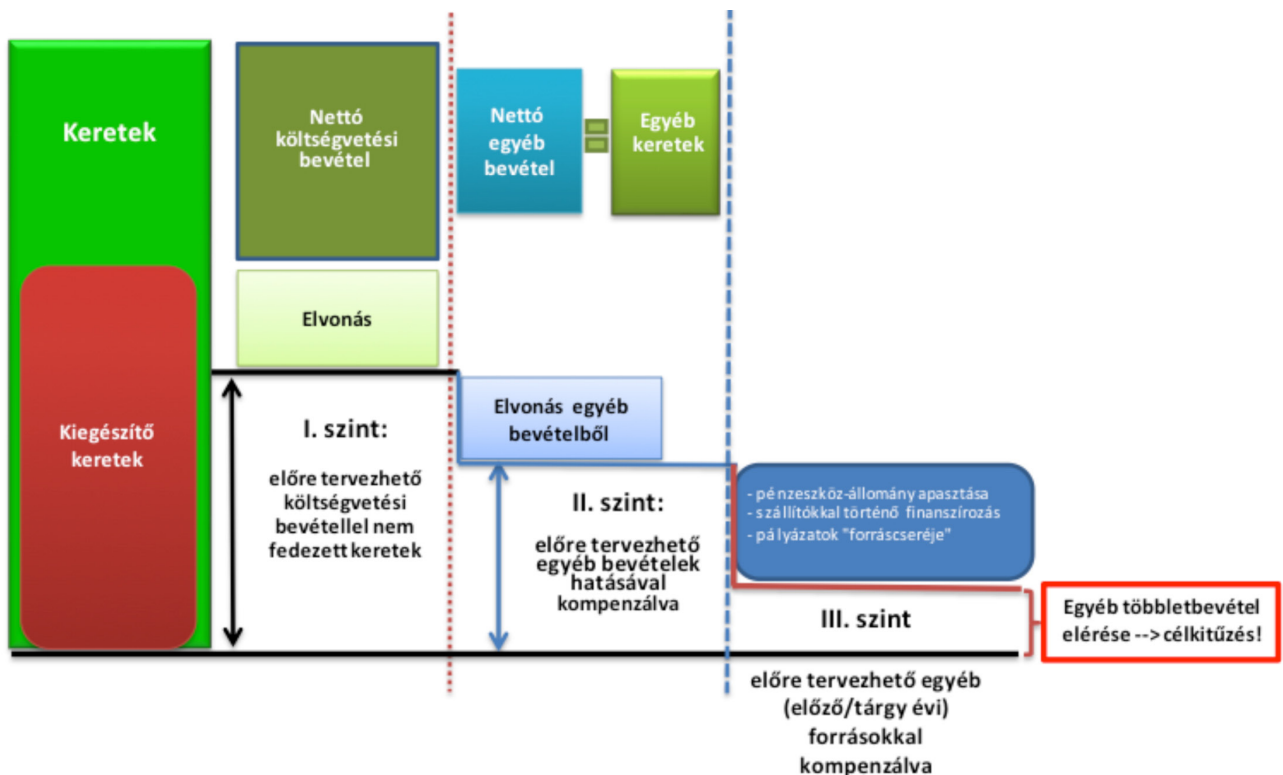
Költségvetési alapelv, hogy a szervezeti egységek az alaptevékenységgel kapcsolatos tartós kötelezettségvállalási igényt kizárólag költségvetési alapon található kereteikre nyújthatnak be. Minden más pénzügyi alapon keletkező forrást elsősorban az alaptevékenység finanszírozására, a költségvetési forrásokból nem kigazdálkodható kiadásokra kell fordítani. (Kivéve azokat a forrásokat, melyek kötött felhasználási céllal és megadott elszámolási rendszerrel rendelkeznek.)

Az 5.3. számú ábrában a reális költségvetés tervezése és a túlosztás kompenzálásának folyamata kerül bemutatásra.

A tervezésben első helyen az OEP és oktatási támogatásból származó, ún. költségvetési bevételek szerepelnek, a kiadások alátámasztottságának mértékét az **I. szintű túlosztás** mutatja.

A második helyen a tervezhető egyéb intézményi bevételek állnak, amelyek meghatározzák az I. szintnél kisebb mértékű **II. szintű túlosztást**.

Ezután definiálható a nem tárgyévi bevételek figyelembe vételével a **III. szintű túlosztás**. Ez határozza meg a **tényleges többletbevételi igényt**, amelynek évközben történő megszerzését a menedzsment **célkitűzéseiként** írja elő a vezetői költségvetés.



5.3. ábra. Reális tervezés és a túlosztás kompenzálása

Amennyiben ezeknek a többletbevételeknek a teljesítése „nem elérhetővé” minősül át, akkor sor kerülhet a költségvetés évközi módosítására.

A folyó működési hiány újratermelődésének megakadályozására, a szűk mozgástér miatt, olyan költségvetés elkészítése indokolt, amelyben a II. szintű túlosztás értéke lényegében nullához közelít.

5.2.6. Források (alapok) szétválasztása, tervezése

A gazdálkodásában a pénzügyi alapok a finanszírozási forrásoknak feleltethetők meg. A pénzügyi alapok finanszírozási forrásoknak megfelelő szétválasztása biztosítja a szervezeti egységek számára a bevételek cél- és szabályszerű felhasználását és a beszámolási kötelezettség teljesítését a fenntartó, valamint finanszírozó(k), támogató(k) felé az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény előírásai szerint.

A pénzügyi forrásoknak megfelelő és alkalmazásra javasolt alapokat az alábbi táblázat mutatja be: A bevétel tervezés módszertana megfelel a költségvetési tervezés bemutatott folyamatának.

5.4. táblázat. Javasolt pénzügyi alapok

PÉNZÜGYI ALAPOK	
Rövidítés	Megnevezés
OKM	Oktatási bevételek
OEP	OEP bevételek
DEV	Devizatandíjas oktatás bevételei
EINT	Egyéb intézményi (saját) bevételek
REZI	Szakorvosképzés bevétele
EATV	Egyéb átvett pénzeszköz
XXXX	Egyéb kutatásfejlesztési, pályázati bevételek

5.3. A költségvetés tervezésének részletes módszertana

5.3.1. Bevételek tervezése

Ebben a fejezetben az intézmények költségvetési támogatásainak és egyéb bevételeinek ismertetésére kerül sor, valamint a tervezési módszertan kerül bemutatásra.

5.3.1.1. OEP-BEVÉTELEK TERVEZÉSE

Az OEP-bevételek tervezése az OEP által kiközölt teljesítményvolumen-korlát (TVK) értékek, illetve szolgáltatás volumen keretszámok alapján készül. A TVK alapvetően a területi ellátási kötelezettségnek (TEK) megfelelő betegellátás költségeinek fedezésére szolgáló bevételt határozza meg. 2011-től az egyetemek a **progresszív ellátás** elismerésére **többlet TVK-t** kaptak, és újra bevezetésre került a **TVK feletti teljesítmények degresszív finanszírozása** (legfeljebb 4%-os túllépésig az alapdíj 25%-a az aktív fekvőbeteg-ellátásban²). Ugyanakkor továbbra is fennmaradt, hogy bizonyos ellátások nem tartoznak a TVK alá, TVK-tól függetlenül teljesíthetők és finanszírozhatók (pl. szülés, újszülöttek első ellátása, boncolás stb.).

Az aktív fekvőbeteg-ellátásban és a járóbeteg-ellátásban a tervezés alapját az előző évi teljesítmények képezik, ennek alapján történik a TVK felosztása a szervezeti egységek között. A degresszió lehetőséget biztosít a súlyozásra az egyes szakmák és szervezeti egységek között, azonban bizonyos mértéken felül a súlyozás már jelentősen torzítja az érintett szervezeti egységek bevételi pozícióját.

A költségigényesség különbségeit – a torzítás elkerülésére – nem bevételi oldalon kell kompenzálni, hanem a Szolidaritási Alap létrehozásával és kiegészítő keret biztosításával.

A PTE-KK 2011. évi TVK felosztási gyakorlata – szakmai indokokra hivatkozva – rendkívül összetett volt, és az alábbiakat vette figyelembe:

- sürgős esetek száma
- területi és területen kívüli ellátás aránya
- csillagos HBCS-k súlyszáma
- változó költségigényesség stb.

A bonyolult és nehezen áttekinthető rendszer azzal a mellékhatással járt, hogy miközben egyes klinikák teljes tevékenységükre TVK-t kaptak, addig más klinikák tevékenységük jelentős részét (akár 30–40%-át is) csak a degresszíven finanszírozott TVK feletti kvótából teljesíthették.

A finanszírozás ilyen mértékű eltorzítása ellentmond a költségvetési alapelveknek (transzparencia, egyszerűség, stabilitás), és egyes szakmákat méltánytalanul diszkriminál.

Ugyanakkor meg kell említeni, hogy az aktív fekvőbeteg-ellátásban a **kapacitás kihasználtsága** (ágyki-

² A jelenleg hatályos jogszabály alapján.

hasznátság) rendkívül alacsony volt, mindössze **73%**.³ A többi betegellátási tevékenység bevételeinek tervezése a célkitűzéseknek megfelelően történt.

5.3.1.2. OKTATÁSI BEVÉTELEK TERVEZÉSE

Az oktatási bevéeltervezés meghatározó alapelemei az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) által megadott sarokszámok, illetve az ún. funkcionális táblában jóváhagyott támogatás értékű bevételek.

Az EMMI ún. normatív finanszírozás keretében támogatja a felsőoktatási intézmény működését. A támogatást meghatározó jogszabályi környezetet az alábbiakban foglaljuk össze:

- A tárgyévre vonatkozó **költségvetési törvény**
- A nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény

84/A. § (1) A költségvetés képzési támogatás nyújtásával járul hozzá a felsőoktatási intézmény által nyújtott oktatás megszervezéséhez.

(2) Az e törvény szerint magyar állami (rész)ösztöndíjjal támogatott képzésben részt vevő hallgatókra tekintettel folyósított képzési támogatást – a 2012. szeptemberében első évfolyamon induló alap-, osztatlan, illetve mesterképzésre, valamint az azt követő évfolyamokra felvett hallgatók tekintetében – felmenő rendszerben, a magyar állami (rész)ösztöndíj összegével azonos mértékben kell megállapítani.

(3) A képzési támogatást – **kifutó rendszerben** – a felsőoktatásról szóló 2005. évi CXXXIX. törvény szerinti **államilag támogatott képzésben részt vevő hallgatók számított létszáma alapján kell meghatározni**. A képzési támogatás összegét a képzés szakmai jellegére tekintettel képzési ciklusokra kell meghatározni. A képzéseket a képzési támogatáshoz való jogosultság szempontjából finanszírozási csoportokba kell sorolni.

(4)

(5) Az (1)-(3) bekezdés szerinti képzési támogatás rendszerét a Kormány rendeletében állapítja meg.

84/B. § A tudományos, kulturális, fenntartói és fejlesztési célú támogatás a felsőoktatási intézményekben folyó képzéssel összefüggő kutatás céljait szolgálja, valamint az állami felsőoktatási intézmények fenntartási, fejlesztési, speciális feladat-ellátási költségeihez járul hozzá.

84/C. § A 10. § alapján a kiemelt felsőoktatási intézmény, kutatóegyetem, kutató kar, az alkalmazott tudományok főiskolája – kormányrendeletben meghatározott feltételek szerint – támogatásban részesíthető.

- A (többször módosított) 50/2008. (III. 14) kormányrendelet (finanszírozási rendelet)

3 § (1) Az államilag támogatott hallgatók képzésének költségvetési támogatása a normatív képzési, tudományos célú és fenntartói támogatással történik, amelynek e rendelet alapján számított intézményi költségvetési támogatási mértéke – az éves költségvetésben meghatározott felsőoktatási támogatás összegétől függően – legfeljebb 15%-kal csökkenhet, amit kiegészíthet egyes speciális feladatok támogatása.

(2) A normatív költségvetési támogatás részei:

- a) képzési támogatás,
- b) tudományos célú támogatás,
- c) fenntartói támogatás.

A felsőoktatási intézményekben folyó képzés lehet állami ösztöndíjjal támogatott, vagy állami részösztöndíjjal támogatott, vagy önköltséges képzés. Az állami ösztöndíjjal támogatott képzés költségeit egészben, az állami részösztöndíjjal támogatott képzés költségeit 50%-ban az állami költségvetés, az önköltséges képzés költségeit pedig a hallgató viseli.

Az önköltség összegét a felsőoktatási intézmények állapítják meg a Kormány által megadott keretek közt.

Állami ösztöndíjjal, illetve állami részösztöndíjjal támogatott képzésben nem mindenki jogosult részt venni, a jogosultságot elsősorban az állampolgárság, illetve az ehhez kapcsolódó menekültügyi, bevándorlásügyi státusz, valamint az esetlegesen a felsőoktatásban korábban, államilag támogatott képzésben folytatott tanulmányok befolyásolhatják.

A fenti – nem céljellegű – támogatások felosztását javasoljuk a karok között.

A karok (szervezeti egységek) között **felosztásra nem javasolt céljellegű támogatások** az alábbiak:

- Hallgatói juttatások
- PPP-előirányzat
- Egyes speciális programok

Az egyetemi elvonásokat követően a nettó kari oktatási támogatás a karok közötti átoktatás összegével korrigálásra kerülhet, a karok között érvényben lévő megállapodásnak megfelelően végzett tárgyévi átoktatás költségeinek fedezésére. A karokra meghatározott bevételt szervezeti egységekre tovább szükséges bontani. A szervezeti egységekre jutó oktatási bevétel módosítható az oktatási terhelés arányában, a gyakorlati és elméleti órák súlyozása alapján.

A Klinikai Központ (továbbiakban: KK) és az Általános Orvostudományi Kar közötti átfelosztás elveit meg-

³ 2011-ben

állapodásnak szükséges rögzítenie. A tervezés folyamatában szoros együttműködés szükséges a KK és az Általános Orvostudomány Kar között, valamint az oktatás bevételek KK-n belüli felosztásánál figyelembe kell venni az oktatási terhelést (hallgatói létszám, elméleti és gyakorlati órák száma).

5.3.1.3. DEVIZATANDÍJAS BEVÉTELEK TERVEZÉSE

A devizatandíjas oktatási bevételek tervezése karonként, évfolyamonként és oktatási nyelvenként történhet.

A tervezett bevételt befolyásolja:

- a hallgatói létszám,
- a tandíj összege, amely karonként, évfolyamonként és oktatási nyelvenként eltérő lehet,
- a tandíj devizaneme, amely oktatási nyelvenként eltérő, éves átlagárfolyamon kerül figyelembe vételre.

A devizaárfolyam változásából adódó, előre nem látható nyereség/vesztés a bevétel tervezésénél csak korlátozottan vehető figyelembe.

A tervezés a karokon és a Klinikai Központon belül, szervezeti egységekre lebontva történhet.

A PTE Klinikai Központ szervezeti egységei a devizatandíjas bevételből – az ÁOK és a KK közötti megállapodás alapján, növekvő mértékben – közvetlenül az ÁOK-tól részesedtek. A részesedés ugyanakkor még nem teljesen transzparens, az ÁOK a keretátadás mellett saját kereteiből is finanszíroz KK-s költségeket egyedi döntések alapján.

A tervezés folyamatában szoros együttműködés szükséges a kar és a KK között. A devizás bevételek KK-n belüli tervezésekor és felosztásakor javasolt figyelembe venni az oktatási terhelést (hallgatói létszám, elméleti és gyakorlati órák száma), az ún. **szolgáltatásvásárlási elv**nek szükséges érvényesülnie az átoktatás belső finanszírozásában.

A devizás bevételek szervezeti egység szintű tervezését a vezetői költségvetéssel egy időben szükséges elvégezni. A szervezeti egységek kereteinek engedélyezése havonta, rendszeresen történhet, ezáltal a bevétel beérkezésének ciklikusságát ki lehet küszöbölni. Az árfolyamváltozásból adódó eltérések utólag kerülnek korrekcióra.

5.3.1.4. EGYÉB BEVÉTELEK TERVEZÉSE

Az egyéb intézményi bevételek tervezése a következők figyelembe vételével javasolt:

- Szerződések alapján – feltételezve azt, hogy a szerződések nyilvántartásra kerülnek egy ún. szerződéstartárban.
- **Előző évi beérkezett bevételek** alapján, amelyek a szervezeti egységek információi alapján korrigálásra kerülhetnek.

Pályázati, egyéb támogatásértékű bevételek tervezése:

- Támogatási szerződések alapján.
- Az utófinanszírozott pályázatok esetében az elszámolás függvényében.

5.3.2. Elvonások (hozzájárulások), központi alapok

Az intézmények bevételeinek felhasználása két fő területre koncentrálódik:

- a szervezeti egységek (osztályok, klinikák), valamint
- a központi feladatok ellátására és központi szervezeti egységek működésére

A bevételeket a szervezeti egységek közvetlenül állítják elő, de ehhez szükség van az intézmény mint egész működtetésére. Az utóbbi költségek a közvetett költségek, melyek finanszírozása az intézményi bevételből elkülönített hányadból történik. A szervezeti egységek bevételeik központi elvonásokkal vagy más szóval hozzájárulásokkal csökkentett részét használhatják fel a szolgáltatások előállítására. Ennek a megközelítésnek a lényege, hogy a szervezeti egységek a megtermelt bevételeikből finanszírozzák a központi szervezeti egységek működését és a központi feladatokat, egy előre meghatározott hozzájárulási hányad alapján.

5.3.2.1. KÖZPONTI ALAPOK

A keretgazdálkodási rendszer egy **bevételel alapú gazdálkodási rendszer**, ahol a működési keretek a bevétel alapján kerülnek meghatározásra vagy automatikusa keretképzésre.

A gazdálkodási rendszerben két központi alap létrehozása javasolt, amelyek a szervezeti egységek bevételéből, meghatározott és egységes elvonási rendszer alapján képződnek.

A két központi alapba történő elvonás a szervezeti egységek minden bevételét érinti.

Az alábbiakban a javasolt két központi alap kerül bemutatásra:



5.4. ábra. Szolidaritási kör és a központi hozzájárulás szerepe

a) **Szolidaritási Alap**, amelyből a kiegészítő keretek kerülhetnek finanszírozásra.

A működési keretek meghatározásában alaptétel, hogy a szervezeti egységek jogosultak nettó (elvonásokkal csökkentett) bevételük összegének megfelelő keretre. Amennyiben **a reálisan tervezett nettó költségvetési bevétel** nem nyújt fedezetet a szervezeti egység működőképességét biztosítani hivatott költségvetési működési kereteinek összességére, akkor a szolidaritási elvonások terhére **kiegészítő keret** biztosítása szükséges a szervezeti egység számára. A kiegészítő keret a finanszírozási egyenlőtlenségeket hivatott kompenzálni, és nem a rosszul gazdálkodó szervezeti egységeket segíteni.

b) **Központi Alap**, amely fedezetet nyújt a központi irányítás szervezeti egységeinek és a központi feladatok és beruházások kiadásaira

5.3.2.2. ELVONÁSOK (HOZZÁJÁRULÁSOK) RENDSZERE

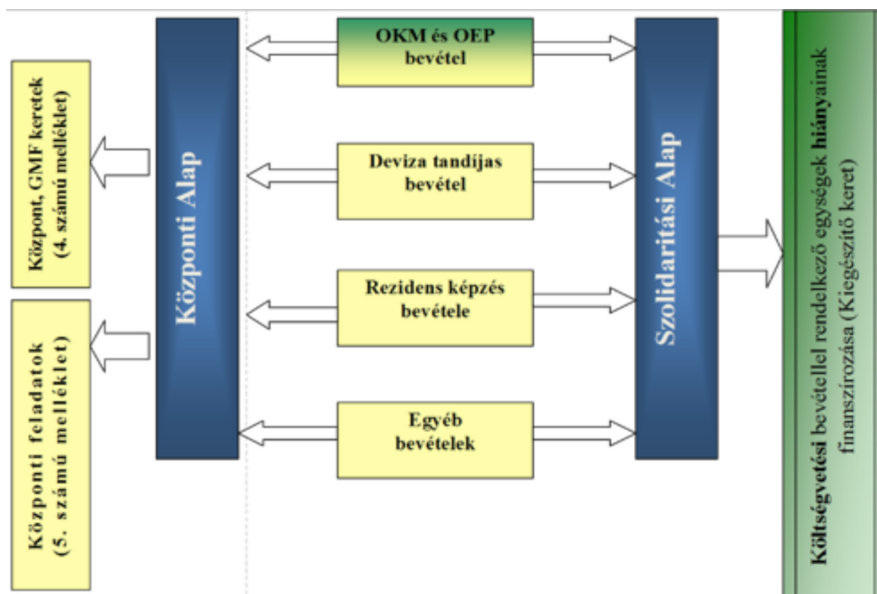
Az alábbi ábra mutatja be az elvonások funkcióját.

A költségvetési bevételek javasolt elvonásait a következő táblázatok foglalják össze:

A keretgazdálkodási rendszer tehát **nem a központi (általános) kiadások felosztására törekszik**, mint a számviteli megközelítés. A fedezet biztosítása nem kiadás felosztás, hanem adójellegű hozzájárulás formájában történik. Az általános kiadások a szervezeti egységekre megfelelően nem oszthatók fel, egyetlen jelenleg alkalmazott vetítési módszer sem alkalmas arra, hogy a költségviselőket az általános költségekkel elfogadható mértékben terhelje. A bemutatásra kerülő rendszer nem a kiadások felosztását preferálja, hanem egy – akár adórendszerként is felfogható – **elvonási rendszert alkalmaz**. Ezáltal a szervezeti egységek keretei pontosan tervezhetővé válnak, ugyanakkor a központi szervezeti egységekre sem mentesülnek a keretbetartási elvárás alól.

A PTE-KK jelenleg is alkalmaz a bevételekből elvonásokat, amelyek az alábbiakban kerülnek ismertetésre:

A jelenlegi elvonások alapján megállapítható, hogy a differenciált elvonási rendszer nem a klinikák gazdálkodási eredményéhez kötődik, azaz a nyereségesebb klinikák hozzájárulása a központi költségekhez általában nem nagyobb, mint a veszteségeseké. Az egyetemközponti szervezeti egységek/feladatok finanszírozását (törzskari elvonás) a szervezeti egységek bérköltség arányosan biztosítják.



5.5. ábra. Elvonások és funkcióik

5.5. táblázat. Elvonások javasolt mértékei – OEP bevételek

OEP bevételek											
Megnevezés	Aktív fekvő	Krónikus fekvő	Járó	CT	Labor	PCR	Fogászat	EFI – eszközök	EFI – eljárások	Egyéb OEP bevétel	OEP belső elszámolás
Központi elvonás	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	0%
Szolidaritási elvonás	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	0%	0%	0%	0%
Elvonás összesen	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	10%	10%	10%	0%

5.6. táblázat. Elvonások javasolt mértékei – oktatási bevételek

OKM bevételek			
Megnevezés	KTF normatíva	Spec. progr. finansz.	ÁOK egyéb keretátadás
Központi elvonás	10%	10%	0%
Szolidaritási elvonás	10%	0%	0%
Elvonás összesen	20%	10%	0%

5.7. táblázat. A PTE elvonási rendszere

Elvonás megnevezése	Célja	Mértéke
1. Törzskar finanszírozása	Egyetemi központi feladatokra átadás és a klinikai központ központi egységeinek működési költségeinek fedezete	
2. Egyéb ráfordítások finanszírozása	Késedelmi kamat és rehabilitációs hozzájárulás fedezetére	Fix költségek arányában felosztott költség
3. Alapok finanszírozása: Ebből:		
– munkaügyi céltartalék	Perek költségeinek fedezetére	Cafetéria elvonás
– egyéb alapok finanszírozása	Egészségügyi beruházások, fejlesztések	Nem kötött felhasználású OEP bevétel arányában felosztott költség
– tartalékalap	Túllépések kompenzálása – igény szerint	OEP bevételből 1,25%-os

A fenti elvonási rendszer több eleme nem elvonás-ként, hanem költségfelosztásként értelmezhető, erre jó példa az egyéb ráfordítások finanszírozása, amely tulajdonképpen a fix költségek arányában kerül felosztásra.

A bevételekből történő elvonások, valamint azok felhasználása átláthatatlan rendszert képez.

Egységes átlátható elvonási rendszer és az elvonásokból képződő alapok kialakítása javasolt.

5.3.3. Gazdálkodási keretek

5.3.3.1. GAZDÁLKODÁSI KERETEK TERVEZÉSE ALAPONKÉNT

Centralizált és decentralizált keretek

Az intézmény gazdálkodásában javasolt, hogy decentralizált és centralizált keretek legyenek megkülönböztetve az alábbiak szerint:

Decentralizált keretek:

- A dologi keret tartalmazza a gyógyszer, vér és vérkészítmények, szakmai és egyéb anyagok kiadásának fedezetét.
- Személyi juttatások és járulékok kerete, amely tartalmazza az alapbért, a kötelező pótlékokat, ügyeleti díjakat és a cafetéria, valamint a bérhez kapcsolódó munkáltatói járulékok és adók (természetbeni juttatásoknál), **továbbá a vállalkozói szerződések fedezetét.**

Centralizált keretek:

- Üzemi általános keret, amely magába foglalja a közüzemi költségek, a szolgáltatások (élelmezés, mosatás), karbantartások költségeket.

Az intézményekben, a jelenlegi struktúrákban az alkalmazott gazdálkodási jogkörök erős centralizáltsága

érvényesül. A szervezeti egységek vezetői jogkörüket tekintve csak igényeket fogalmazhatnak meg az intézmény főigazgatójának, aki egy személyben dönt a felmerült igények jogosságáról.

A bevételt termelő szervezeti egységek költségérzékeny gazdálkodásának szempontjából a direkt központi intézkedések (pl. létszám, beruházási stop, kötelező nyugdíjazás, jutalom kifizetés tiltása stb.) helyett **a keretek nagyságának a szabályozása és a kötelezettségvállalási jogkört is magába foglaló decentralizált gazdálkodás célravezetőbb.**

Természetesen a központi szervezeti egységek és feladatok esetében a centralizáció fenntartása indokolt.

Egyéb intézményi bevételek kerete

Az egyéb intézményi bevételéből szervezeti egységek kerete a bevétel beérkezését és az elvonásokat követően, a beállított keretnővelő szabályoknak megfelelően automatikusan képződik.

Devizás oktatási bevétel keretei

A bevétel elsősorban **a képzéssel összefüggő költségek fedezetére szolgál**, amelyet a bevételekre vonatkozóan az alábbiakban részletezett szabályok szerint kell a szervezeti egységekre felosztani.

A szervezeti egységek gazdálkodási keretei az éves vezetői költségvetésben kerülnek meghatározásra a tervezett devizatandíjas bevételnek függvényében.

A kereteknek biztosítaniuk kell a személyi, a dologi és a gazdasági-műszaki szolgáltatások költségeit, ezen túlmenően fedezetet kell nyújtaniuk az **oktatás színvonalának emelésére és a versenyképesség biztosítására.**

A személyi díjazások kerete fedezetet nyújt a szervezeti egységeknek az oktatásban közvetlenül és közvetetten résztvevők, valamint a tanszékvezetők és tanulmányi felelősök díjazására. **Az óra és egyéb díjak mértéke a mindenkor éves vezetői költségvetésben kerül meghatározásra.**

Az oktatásban résztvevő szervezeti egységekre felosztható éves dologi keretösszeg a tárgyévi vezetői költségvetésben kerül meghatározásra oly módon, hogy nagysága a tárgyévre tervezett devizatandíjas bevételek és az előző gazdasági év tényleges bevételeinek eltérést kell, hogy tükrözze úgy, hogy az eltérés legfeljebb +5%-kal vehető figyelembe.

A növekmény alapot képez arra, hogy a devizatandíjas oktatásban résztvevők az oktatási minőségét javítsák és a tárgyi feltételeit versenyképes színvonalon biztosítsák. Ha a beérkezett devizatandíjas bevételek elsősor-

ban árfolyamváltozás miatt jelentősen, legalább 5%-kal eltérnek a tervtől, akkor az év második felében lehetőség van a dologi keret korrigálására.

Mind a személyi díjak kerete, mind a felosztható dologi keret esetében a tárgyévre vonatkozóan meghatározásra kerül a maradvány, illetve a hiány mértéke a tervezett és a tény bevétel összevetését követően, melynek érvényesítésére a következő évben kerül sor mindkét keretnél.

A tervezett bevételből a személyi és dologi keretre fel nem osztott rész egy úgynevezett „Tartalékalapba” kerül elkülönítésre. Felhasználásáról a költségvetés tervezésekor döntést kell hozni.

Az egyetem likviditási helyzetének függvényében, különösen indokolt esetben – a gazdasági főigazgató javaslatára – a rektor dönthet a források szabályzatban rögzítettektől eltérő felhasználásáról. A szabályozástól eltérő felhasználásról, annak okairól és eredményeiről a rektor és a gazdasági főigazgató a következő szenátusi ülésen köteles tájékoztatni a szenátus tagjait.

5.3.3.2. KÖLTSÉGVETÉSI KERETEK TERVEZÉSE

A költségvetési keretek tervezése a már ismertetésre került túlosztás-metodika alapján történik.

Meghatározásra kerülnek az ismert és megalapozottan tervezett költségvetési támogatások (OEP és oktatás). Továbbá a korábbi évek tapasztalatainak és az állami finanszírozási gyakorlat alapján definiálásra kerül a megszerzhető többletbevétel, amely magas gazdálkodási kockázatot jelenthet. A folyó bevételek és a vezetői döntés alapján vállalt túlosztás összege határozza meg a kiosztható keretek összegét.

A bemutatott **elvonásokat követően** a nettó költségvetési (a megalapozottan tervezett és a kockázatot jelentő többlet) bevételeknek megfelelően **meghatározásra kerülnek a szervezeti egységekre felosztható költségvetési keretek.**

A szervezeti egységek kerete a nettó költségvetési bevételeiknek megfelelően kerül meghatározásra. Amennyiben a nettó bevétel nem nyújt fedezetet a szervezeti egység működőképességét biztosítani hivatott költségvetési kereteinek összességére, akkor a KK a **szolidaritási elvonások terhére kiegészítő keret**et biztosít a szervezeti egység számára. Tekintettel arra, hogy mind a költségvetési, mind pedig az egyéb alapok előző évi maradványai elsősorban a következő évi gazdálkodási feladatok ellátásának biztosítására fordítandók, ezért a kiegészítő keret mértékét jelentősen befolyásolják.

A szervezeti egységekre felosztott gazdálkodási költségvetési keretek (nettó költségvetési bevétel + kiegészítő

szító keret) a **működési keretekre továbbosztás**ra kerül az alábbi prioritás alapján:

1. Bér- és járulékkeretek
2. Gyógyszerkeret
3. EFI keret
4. Üzemeltetési (gazdasági-műszaki szolgáltatások – GMSZ) keret
5. Terápiás dologi keret
6. Rendszeres dologi keret
7. Nem rendszeres dologi keret

Keretek betöltése és felhasználásuk engedélyezése:

1. A szenátus által elfogadott vezetői költségvetésben rögzített éves költségvetési keretek a – költségvetést elfogadását követően – az informatikai rendszerbe betöltésre kerülnek.
2. A költségvetési működési keretek (kivéve: EFI keret) havi, időarányosan kerülnek kiengedélyezésre.

5.3.3.3. GAZDÁLKODÁSI KERETEK ALÁBONTÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI

A költségvetési gazdálkodási keretek szervezeti egység szinten – OEP + oktatási- pénzügyi alaponként kerülhetnek meghatározásra. A keretek a működési kiadásoknak megfelelően az informatikai rendszerben tovább finomíthatók. Az SAP-rendszerben a gazdálkodási keretek alábontását a **pénzügyi tételek** teszik lehetővé.

A pénzügyi tételek képezik a pénzügyi központok mellett a tervezés és keretfelhasználás (gazdálkodás) másik dimenzióját. A pénzügyi tételek a közgazdasági osztályozást szolgáló SAP KVM (Költségvetés Menedzsment Modul) elemek, a gazdasági események kiadás és bevétel szerinti kimutatását szolgálják, a kiemelt jogcímeknek, illetve a kiadási és bevételi teljesítés főkönyvi számláknak feleltethetőek meg.

Az üzemgazdasági keretek esetén a **kiemelt jogcímeket** közvetlenül nem könyvelhető pénzügyi tételként definiáljuk, és a kereteket ezen a szinten rögzítjük. Az üzemgazdasági, könyvelhető pénzügyi tételeket hierarchiába rendelhetjük, ami azt jelenti, hogy a teljesítések fedezetét a följük rendelt kiemelt jogcímek kerete biztosítja.

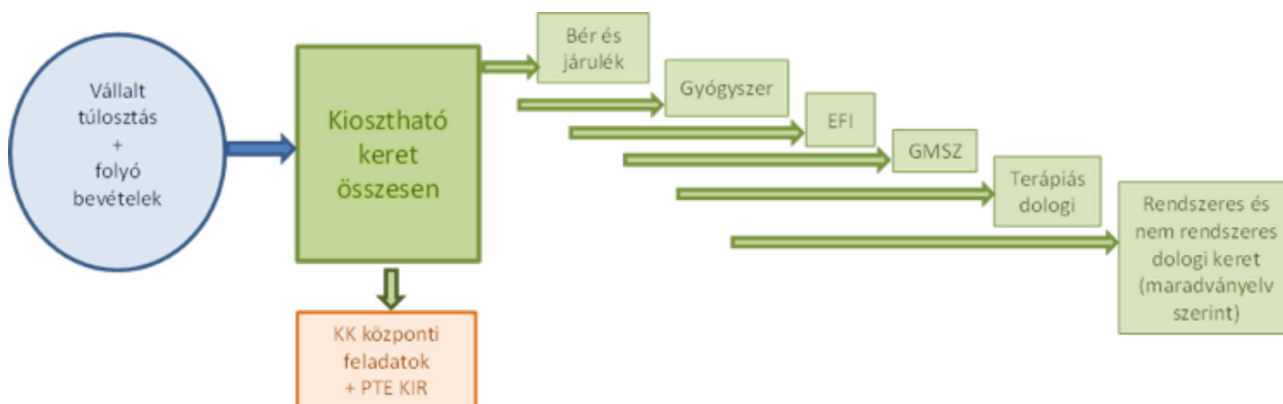
Az ajánlott működési keretek (pénzügyi tételek) a következők:

A PTE–KK szervezeti egységek az SAP-rendszerben (pénzügyi központ, költséghely és rendelésszámszinten) leképezésre kerültek. A keretgazdálkodás az SAP-rendszer Költségvetés Menedzsment (KVM) moduljában történik. A szervezeti egységek forrásonkénti (költségvetési és egyéb források) kiadási keretei **külön-külön pénzügyi központot** képeznek. Az OEP által finanszírozott tevékenységgel és az oktatással kapcsolatos kiadási keretek nem kerültek szétválasztásra.

A jelenlegi pénzügyi központ (költséghely) struktúra bonyolult és nem áttekinthető, nem képezi le a szervezeti egységek hierarchikus rendszerét (SzMSz, organogram).

5.8. táblázat. Pénzügyi tételek

PÉNZÜGYI TÉTELEK
Bér és egyéb személyi juttatások
Járulék
Üzemeltetési (gazdasági-műszaki szolgáltatások – GMSZ) keret
EFI keret (számlás eszközök)
Gyógyszerkeret
Terápiás dologi keret (szakmai anyagok)
Rendszeres dologi keret
Nem rendszeres dologi keret
Felhalmozási keret
Maradványok



5.6. ábra. A költségvetési keretek lépcsőzetes tervezése

Az SAP-rendszerben a pénzügyi központokon belül javasolt a működési keretek alábontása. A jelenleg használt kereteket tovább szükséges részletezni.

A javasolt működési keretek a következőekben kerülnek ismertetésre:

Személyi juttatások kerete

Rendszeres és nem rendszeres bérkifizetések kerete

A rendszeres és nem rendszeres bérkeret minden szervezeti egység tekintetében tartalmazza azon bérlemek fedezetét, amelyek a szervezeti egység tevékenységével kapcsolatban, vagy az ő felelősségi körében merülnek fel.

A bérkeret a korrigált munkajogi létszámmra készül (tehát a helyettesítéseket nem tartalmazza) és az alábbiakat foglalja magában:

- alapilletmény (garantált minimum + vezetői döntésen alapuló kiegészítés),
- kötelező pótlékok (beleértve a műszakpótlékokat is),
- ügyelet,
- készenlét,
- étkezési hozzájárulás,
- kötelezően fizetendő útiköltség,
- egészségpénztári hozzájárulás,
- háromgyermekesk iskolakezdési támogatása,
- Professor Emeritus juttatásai,
- jubileumi jutalom.

A bérkeret tartalmazza a vállalkozói (közreműködői) szerződésekből eredő kötelezettségek fedezetét is.

Járlékkeret

Az adó- és járulékszabályoknak megfelelően százalékosan meghatározott járulékkeret a bérkeret járulékkötelezettségének fedezetét tartalmazza.

A PTE-KK gazdálkodásában a bér- és járulékkeretek nincsenek egymástól elhatárolva, azokat a személyi juttatások kerete együttesen képezi. A bérkeretben kerül tervezésre a vállalkozói szerződés is.

A gyakran változó járulék (és a természetbeni juttatásokkal kapcsolatos adó) szabályok miatt javasolt a személyi juttatások keretének bér- és járulékkeretre történő megbontása, külön kezelése a SAP-rendszerben.

Dologi keretek

Terápiás dologi keret

A szervezeti egységek dologi keretéből a betegellátás biztosításához szükséges kiadások számára megha-

tározott keret, amely a betegellátáshoz használt vér és vérkészítmények, szakmai anyagok, egyszerhasználatos eszközök stb. fedezetét tartalmazza.

Rendszeres dologi keret

A szervezeti egységek dologi keretéből a havi, negyedéves, féléves, éves szerződések teljesítéséhez, az ételmezés, mosatás és egyéb szolgáltatások díjainak fedezetéhez meghatározott keret, amely a szervezeti egységek kimutatásai alapján kerül megtervezésre.

Nem rendszeres dologi keret

A szervezeti egységek dologi keretéből az opcionális, fenti kategóriákba nem sorolható dologi kiadások teljesítéséhez meghatározott keret.

Felhalmozási keret

A szervezeti egységekre a keret külön nem kerül megtervezésre. Az esetleges felújításokhoz szükséges keret a nem rendszeres dologi és a maradvány keretekről átcsoportosítással biztosítható.

2011-ben a PTE-KK szervezeti egységek hol terápiásnak, hol dologinak nevezett kerete összevontan tartalmazta a gyógyszer-, vér- és vérkészítmények, szakmai és egyéb anyagok kiadásának, az ételmezés, mosatás és egyéb szolgáltatások díjainak fedezetét. Az évről évre történő adat-összehasonlításokat tekintve elmondható volt, hogy a dologi keretek tartalma igen változó, elemzése jelentős bizonytalanságot hordozott magában.

Gyógyszerkeret

A gyógyszerkeret tartalmazza a gyógyszerek, kötszerek, eszközfertőtlenítő szerek, tápszerek fedezetét, azaz minden olyan gyógyszer és egyéb készítmény, anyag megrendelésére használható keret, amely a (klinikai) Központi Gyógyszertárból igényelhető.

A PTE-KK szervezeti egységeinél gyógyszerkeret nem került kialakításra. A gyógyszerkötszerek fedezetét a terápiás keret tartalmazza.

Üzemi általános kiadások / Gazdasági-műszaki szolgáltatások (GMSZ) kerete

Ezen a kereten történik a szervezeti egységek által igénybe vett, illetve rájuk terhelt gazdasági-műszaki szolgáltatások elszámolása. A keret terve az előző évi, üzemgazdasági tényfogyasztások átváltozásokkal súlyozott összegeit tartalmazza. A keret felhasználása a tényfogyasztásnak megfelelően havi kiterheléssel történhet.

A PTE-KK szervezeti egységek üzemi általános kerete tartalmazza a közüzemi költségek, szolgáltatások, műszerbeszerzések és a karbantartások költségeinek fedezetét. Az évről évre történő adat-összehasonlításo-

kat tekintve elmondható, hogy az üzemi általános keretek tartalma igen változó, több olyan elemet tartalmaz, amely valójában dologi kiadást jelent. Ezért elemzése jelentős bizonytalanságot hordoz magában.

Egyéb keretek

EFI-keret (eszközfinanszírozás)

Az EFI-keretknél a tárgyévra érvényes – a nem tenderes eszközfinanszírozott eszközök beszerzésére megkötött – OEP szerződés összege kerülhet felosztásra az egyes felhasználó szervezeti egységek között. Amennyiben új szerződés létesül, illetve a régi módosítása történik meg, akkor a módosítás átvezetésre kerül az érintett szervezeti egységek EFI-keretén.

A PTE-KK EFI-kerete tartalmazza a nagy értékű, **esetfinanszírozott beavatkozások** dologi, bér- és járulék-költségeinek fedezetét is. A nagy értékű beavatkozások említett költségeit – a tárgyévi szolgáltatás volumen szerződés alapján – az egyes klinikák tervezett keretei tartalmazzák. A szerződés megváltozása esetén az érintett költségelemek átvezetésre kerülnek a klinikák adott keretein.

Javasolt az EFI-keret tartalmát újragondolni és a nagy értékű, esetfinanszírozott beavatkozások dologi és személyi kiadásait témaszámmal (rendelésszámmal) elkülönített pénzügyi központon kezelni.

Laborkeret

A Központi Labortól igényelt TVK feletti járó- és a fekvőbetegek részére végzett vizsgálatok költségeinek fedezetül szolgál.

Bevezetése – a költségérzékeny igénybevétel szempontjából – javasolt.

Maradványok kerete

Az előző évről áthozott maradványok elhatárolására szolgáló keret. A maradványkeret számítását a finanszírozási forrásonkénti és keretenkénti hiány/maradvány összevetés képezi.

Az összevetést megelőzően felsővezetői döntés szükséges, hogy mely működési kereten lévő összeg tekinthető maradványnak (pl. fel nem használt EFI megtakarítás nem tekinthető maradványnak).

5.3.4. Belső elszámolások

Belső elszámolás, költségek kiterhelése

A költségek teljes körű kimutathatósága érdekében szükséges a szervezeti egységek között a szolgáltatá-

sok (labor, gyógyszerár stb.) költségeinek kiterhelése az igénybe vevő szervezeti egységekre. **A belső elszámolások által a szervezeti egységek költségérzékennyé válnak, ezáltal csökkenhet a nem indokolt szolgáltatás kérések száma**, továbbá folyamatos monitoring lehetőségét biztosítja a (felső)vezetés számára.

A belső elszámolás előnye, hogy **védi a szolgáltatást nyújtót és a szolgáltatást igénybe vevőt is**. A szolgáltatás nyújtót azáltal védi, hogy tervezhetővé teszi a szolgáltatási volumeneket és az ehhez szükséges erőforrásokat, a szolgáltatást igénybe vevőt pedig azáltal, hogy tervezhetővé teszi a szolgáltatási árakat.

További előnye, hogy **erősíti a kontrolling tevékenységet**, mert kimutatja a szervezeti egységek valós ráfordításait. Megmutatja, hogy az egyes egységek tervtől való eltérését milyen okok indokolják (volumen?, árváltozás?, költségek túllépése?).

Laborkeret

A Központi Labortól igényelt TVK feletti járó- és a fekvőbetegek részére végzett vizsgálatok költségeinek fedezetül szolgál.

Fekvőbetegek számára igényelt vizsgálatok kerete

A fekvőbetegek részére igényelt laborvizsgálatok önköltségére fedezetet nyújtó keret.

Az egységár meghatározása – javasolt – a naturáliára jutó önköltség alapján (német pontra jutó önköltségi ár).

Járóbetegek számára igényelt vizsgálatok kerete

A TVK fölötti laborjeljesítmények költségeit átlagosan 0,21 Ft/német pont értékben téríti az OEP, miközben a vizsgálatok önköltsége ettől magasabb. A 0,21 Ft bevétel és az önköltség közötti különbsége a Központi Laboratórium költségeiben jelentkezik.

Miután a labornak semmilyen ráhatása nincs az általa elvégzett vizsgálatok számára és összetételére, indokolt, hogy az előbbi különbség a szervezeti egységek kiterhelésére kerüljön kiterhelésre.

A kiterhelés megállapításának javasolt módszere a következő:

- a Központi Laboratórium TVK-ja a szervezeti egységek között a teljes laborfelhasználás (német pont) alapján felosztásra került
- ennek alapján meghatározásra került a TVK feletti igénybevétel
- az OEP bevétellel nem finanszírozott laborköltség kerül kiterhelésre a TVK feletti igénybevételnek megfelelően

- a kiterhelés fedezetül a szervezeti egységek számára elkülönített labor keret kerül létrehozásra, a TVK feletti, OEP által nem finanszírozott időarányos laborköltség 90%-nak megfelelően.

Aneszteziológiai szolgáltatás kerete

Az igénybevétel óraszám alapján kerülhet megtervezésre és elszámolásra.

Képkalkotó diagnosztika szolgáltatás kerete

A fekvőbetegek részére igényelt vizsgálatok és kezeléseik költségeinek fedezetül szolgáló keret.

Javasolt, hogy a képkalkotó 6-os térítési kategóriában nyújtott teljesítménye egységesen az önköltségen kerüljön az igénybe vevő szervezeti egységekre kiterhelésre.

Kórszövettan-szolgáltatás kerete

A fekvőbetegek részére igényelt vizsgálatok és kezeléseik költségeinek fedezetül szolgáló keret.

Javasolt, hogy a patológia 6-os térítési kategóriában nyújtott kórszövettan teljesítménye egységesen az önköltségen kerüljön az igénybe vevő szervezeti egységekre kiterhelésre.

Konzíliumok elszámolása

Az intézmény járóbeteg-ellátó egységeinek 6-os térítési kategóriában nyújtott teljesítménye (konzíliumok) egységesen az OEP aktuális német pont/forintértéken (jelenleg 1,5 forint/pont) kerüljenek kimutatásra.

A belső egészségügyi szolgáltatások elszámolása, kiterhelése **havonta rendszeresen** történik.

A szolgáltatók kiterheléseinek alapját a **teljesítmény-elszámolás** adhatja. **Az elszámoló árak éves meghatározása a költségvetés tervezéssel egyidejűleg történhet.**

A PTE–KK jelenlegi belső elszámolási rendszere az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozik. Az elszámolás a tervezett és az igénybevett egészségügyi szolgáltatás különbségét jelenti, amely a terápiás kereteken kerül havonta korrekcióra.

Az alábbi egészségügyi szolgáltatások kerülnek elszámolásra

1. Diagnosztikai egységek belső szolgáltatása

A tervezés és elszámolás két tételben történik. Az előző évi igénybevétel alapján a klinikáknál a vizsgálatok elvégzéséhez szükséges reagensek költségei az egy pontra jutó előre meghatározott elszámoló ár alapján kerül tervezésre. Mivel mindez nem fedezi a diagnosztikai

egységek működtetésével összefüggésben felmerülő fix költségeket, ezért ehhez éves rendelkezésre állási díj is tervezésre társul. A rendelkezésre állási díj összegét az előző évben igénybe vett belső szolgáltatás mennyisége (pont), illetve az egy pontra jutó OEP térítési díj (1,5 Ft) és a reagensre jutó költség különbözetéből képződő összeg szorzata határozza meg.

2. Aneszteziológiai szolgáltatás

Az igénybevétel óraszám alapján került megtervezésre és elszámolásra az alábbi óradíjakkal:

3. Konzíliumok elszámolása

A klinikák járóbeteg-ellátó egységeinek 6-os térítési kategóriában nyújtott 2010. évi teljesítménye (konzíliumok) egységesen az OEP aktuális német pont/forintértéken (jelenleg 1,5 forint/pont) került tervezésre. A tényfelhasználás ezen az áron került elszámolásra.

A fenti szolgáltatások költségei a terápiás keretek korrekcióján keresztül kizárólag kimutatásra kerülnek. Az SAP rendszer CO-KVM moduljaiban a szolgáltatások kiterhelése nem történik meg.

5.3.5. A keretgazdálkodás szabályai

A decentralizált szervezeti egységek vezetői delegált kötelezettségvállalási, a szervezeti egységek gazdasági vezetői a gazdasági főigazgató által átruházott ellenjegyzési jogosítványok alapján, az éves vezetői költségvetésben, vagy annak módosításában foglalt személyi, gyógyszer és dologi keretekkel, valamint a saját bevételekből a meghatározott szabályok szerint képződő keretekkel, a keretek mértékéig gazdálkodási jogkörrel rendelkeznek.

A decentralizált szervezeti egységek a költségvetési és az egyéb alapokon a működési kereteikkel önállóan gazdálkodnak.

Átcsoportosítás, átkönyvelés, rendelésszám

Ennek megfelelően a keretek között – a keretgazdálkodási szabályok betartása mellett – önállóan átcsoportosíthatnak, átkönyvelhetnek, valamint elkülönített pénzügyi központokat (kereteket) hozhatnak létre.

A működési kereteken belül alkalmazott informatikai technikák:

1. ÁTCSOPORTOSÍTÁS

A működési keretek közötti keretmozgást biztosítja.

ken, így a szabad keret nő, míg a felhasználást fogadó pénzügyi központon a felhasználás növekszik, tehát a szabadon költhető keret csökken. Az átkönyvelés másodlagos költségnemeken történik.

A két alkalmazott eljárás közötti fő különbség tehát az, hogy az átcsoportosítások esetében keretmozgatás, az átkönyvelések esetében felhasználás-mozgatás történik. A végeredmény természetesen ugyanaz: a költhető szabad keret növekszik/csökken.

3. RENDELÉSSZÁM

A belső rendelések, egyedi intézkedések, munkák költségeinek felügyeletére, a költséghelyi költségek, illetve a gazdálkodási keretek további részletezésére szolgálnak. A statisztikai rendelésekkel lehet biztosítani a gazdálkodási keretek témakörönkénti elkülönítését.

A rendelésszámokkal elkülönített pénzügyi központok (keretek) használata a pályázatok nyilvántartásánál elengedhetetlen. Egy rendelésszámhoz több forrás (alap) is kapcsolható.

Rendelésszám-igénylés a megfelelő űrlap kitöltésével kezdeményezhető.

5.3.6. Érdekeltség a keretgazdálkodási rendszerben

A keretgazdálkodási rendszerben kettős érdekeltég áll fenn:

- keretek közötti átjárhatóság, átcsoportosítás lehetősége bér és dologi keretek között

Ez az érdekeltég lehetővé teszi a gazdálkodási források rugalmas év közbeni allokációját, azon a felelősségi szinten, ahol a legtöbb információ áll rendelkezésre a helyes döntés meghozatalához. Ez a klinika igazgatói szabadság nem korlátlan és felügyelet nélküli, az átcsoportosítás csak úgy lehetséges, hogy az a klinikai feladatok ellátását és a gazdálkodási célkitűzéseket nem veszélyezteti. A keretátcsoportosítási kérések jóváhagyása és későbbi ellenőrzése az orvos igazgatás, a controlling és a HR igazgatóság feladata.

- maradványképzés, maradványok átvitele
A maradványok részben vagy egészben felhasználható a következő gazdálkodási évben, amennyiben megfelelnek a vonatkozó belső szabályoknak. Eszerint az egyes kereteken lévő év végi egyenlegek összevezetésre kerülnek, és csak az ezután fennálló maradvány tekintendő átvihetőnek.

Az egyéb bevételek esetén az érdekeltég a keretrelevanciában rejlik, mert a befolyt bevételek esetén – az elvonásokat követően a nettó bevétel automatikusan felhasználható keretté válik.

5.3.7. Informatikai rendszerek szinkronizációja

A keretek betartását és betartatását nemcsak a gazdálkodási, pénzügyi informatikai rendszerben, hanem a hozzákapcsolódó rendszerekben is biztosítani kell. A

Átkönyvelést kérő adatlap a kiadást csökkentő, bevételt növelő átkönyvelésekhez

Bevétel

Költséghely/CO rendelés kódja:	
Költséghely/CO rendelés megnevezése:	
Pénzügyi alap:	
Összeg:	

Bevétel jellege:

alíráss

Költség (fedezet)

Költséghely/CO rendelés kódja:	
Költséghely/CO rendelés megnevezése:	
Pénzügyi alap:	
Közlemény:	
Összeg:	

alíráss

5.8. ábra. Átkönyvelési sablon – minta

CO-rendelésszám igénylő lap			
Mező	Adat	Alkalmazható kódok	Kitöltésért felelős
Rövid szöveg (max. 40 karakter)			
Hosszú szöveg			
Igénylés indoka			
Üzletág			
Felelős költséghely kódja			
Felelős költséghely megnevezése			
Alap			
Rendelésfajta			
Rendelés száma			
Pénzügyi központ			
Tényl.könyv. ktghely			
Az adatlapot kitöltő neve			
Az adatlapot kitöltő beosztása			
Kitöltés dátuma			
Törzsadat létrehozva	<input type="checkbox"/>		
Törzsadat engedélyezve	<input type="checkbox"/>		

5.9. ábra. Rendelésszám-igénylő lap – minta

gazdálkodási informatikai rendszerhez kapcsolódó al- és mellékinformatikai rendszerekben keletkező bármilyen igénylés, előzetes kötelezettségvállalás szinkronban kell, hogy legyen a gazdálkodás során megállapított keretekkel. Így elengedhetetlen az, hogy az egyes rendszerek fizikailag és időben is kapcsolatban legyenek a gazdálkodást biztosító rendszerrel.

A gazdálkodás szempontjából kiemelt fontosságú az alábbi szakterületek informatikai rendszerének ismerete és kapcsolata:

- bér gazdálkodási és HR-rendszer,
- gyógyszer-tári (gyógyszer gazdálkodási) rendszer,
- anyag gazdálkodási és raktározási rendszer.

Az informatikai rendszerek integráltsági foka nagyban befolyásolja a naprakészséget és az esetleges év közbeni keret módosítások végrehajtásának sikerességét.

Elsődleges cél az egyes informatikai rendszerek integráltsági fokának javítása, és ha szükséges, akkor új kapcsolódási pontok létesítése.

Első lépésként fel kell térképezni a társ informatikai rendszereket, valamint teljes körűen meg kell ismerni azok működését és kapcsolódási lehetőségüket a gazdálkodási rendszerhez.

5.4. A költségvetés elkészítése

5.4.1. A vezetői költségvetés elkészítésének menete

A vezetői költségvetés elkészítése a gazdálkodásért felelős vezető gazdasági igazgató/főigazgató, illetve az egyeteméknél a kancellár felügyeletével vagy vezetésével történik, és szemben az elemi/pénzforgalmi költségvetéssel, amit a pénzügyi vezető készít el, a vezetői költségvetés esetében az elkészítés a kontrolling osztály/igazgatóság feladata.

Mikor kezdődik el a vezetői költségvetés készítése? A tárgyidőszak költségvetése tulajdonképpen már a tárgyidőszakot megelőző év költségvetésének készítésével elkezdődik, ugyanis az ebben tervezett záró pozíció jelenti a következő évre készítendő költségvetés nyitó pozícióját. A közvetlen költségvetési munkálatok a tárgyidőszakot megelőző év őszén, októberben kezdődnek el. Ez elég időt ad arra, hogy az alapelvek kiérlelődjenek, az intézmény stratégiai céljainak elérését szolgáló költségvetéssel kezelhető illetve befolyásolható eszközök beépülhessenek a költségvetés tervezésébe. Fontos a következő időszakra vonatkozó külső hatások értékelése és mérlegelése, valamint prioritizálása: melyek azok a hatások, amelyek kezelésére kell leginkább koncentrálni. Mindezt a belső célok megvalósításával kell összhangba

hozni. Például a decentralizáció növelése a szervezeti egységek nagyobb önállóságát biztosító keretgazdálkodás és érdekeltségi rendszer fejlesztése, mint belső gazdálkodásfejlesztési célkitűzés jelenik meg, amit harmonizálni szükséges a külső körülmények biztosította lehetőségekkel.

Ugyanakkor lehetnek olyan külső folyamatok, amelyek átértékelik az addig érvényben lévő alapelvek használatát, akár csak átmeneti vagy tartós értelemben is. Erre két példát említünk meg.

Az egyik példa az év végi, szervezeti egység szintű gazdálkodási maradványok kezeléséről szól. Az egyetemen alapelv volt a maradványérdekeltség biztosítása, akár a nehezebb gazdálkodási időszakokban is. Ugyanakkor a túl nagy szervezeti egység szintű maradványok a következő év költségvetésének teljesülését kockáztatják azzal, hogy ha elköltésre kerülnek, és újak nem, vagy nem hasonló mértékben keletkeznek, akkor nem szándékolt fedezetlen kötelezettségvállalások kerülnek be a költségvetésbe. Ennek a helyzetnek a kezelésére került alkalmazásra a maradványok egyszeri megadóztatása, hogy az előbb említett kockázat csökkenthető legyen. Az adóztatás sávós volt, sávonként emelkedő adókulcsokkal, ami biztosította kisebb maradványok adómentes átvitelét a következő évre, míg a bizonyos összeg feletti részek sávonként növekvő mértékben kerültek megadóztatásra. Ez az eljárás lehetővé tette, hogy a maradványérdekeltség megmaradjon, de a gazdálkodási célokkal összhangban csökkentette a gazdálkodási kockázatot. A szervezeti egységeknél biztosított maradt adott értékhatár alatt a teljes maradvány átvitele, ami gazdálkodásuk biztonságát szolgálta ugyanakkor az indokolatlan költségek kockázatát jelentősen lecsökkentette.

Egy másik példa a külföldi hallgatók oktatásából származó devizatandíjas bevételekkel való rendelkezés szabályainak megváltoztatásáról szól. A decentralizált gazdálkodás alapelve, hogy a bevétel az előre %-osan meghatározott hozzájárulások levonását követően a szervezeti egységé. A devizás bevételek gyors növekedése jelentős forrásokat hagyott az angol és a német programnál, miközben a költségek messze nem emelkedtek ilyen mértékben. Ugyanakkor az egyetem célul tűzte ki a gazdálkodási hiány felszámolását, a lejárt szállítói tartozások megszüntetését. Ehhez szükséges volt a devizás bevételek addigi szabályozásának felülvizsgálata. Tekintettel arra, hogy a bevételek növekedését jelentős részben olyan tényezők eredményezték, mint az árfolyamváltozás (a forint gyengülése) és a tandíjemelkedés, ami mögött nem állt költségnövekedés, ezért az addig alkalmazott decentralizációs elv módosult és az

idegen nyelvű programok nem a bevétel adott %-át, hanem a költségek fedezetére szükséges részt kapták meg, az oktatási óradíjak növelésével együtt. Az oktatási érdekeltség így nemcsak fennmaradt, hanem nőtt is, a programvezetői érdekeltség pedig egyéni jövedelem elemekkel szintén fenntartható maradt.

A példák alapján is látszik, hogy **egy következő év költségvetése, gazdálkodási helyzetének megtervezése egy aktív folyamat eredménye, amely felöleli a szükséges intézkedések előkészítését, bevezetését, nemcsak a kialakult helyzet egyszerű előrevetítését.**

A vezetői költségvetés elkészítésének folyamata az alábbi lépésekre bontható:

■ Alapelvek kidolgozása

A gazdálkodással kapcsolatos stratégiai célkitűzések és várható külső változások alapján eldöntésre kerülnek a költségvetés tervezéséhez szükséges alapelvek, melyek például a centralizáció-decentralizáció kérdéséhez, vagy a központi hozzájárulások mértékéhez vagy akár az érdekeltségi rendszerhez kapcsolódnak. A lényeg, hogy itt kerül sor a működtetett gazdálkodás rendszerrel kapcsolatos esetleges változtatások átgondolására, még jóval a költségvetés számszaki elkészítésének elkezdése előtt.

■ Alapelvek elfogadtatása

Az egyetemi vezetés megtárgyalja a koncepcionális kérdéseket, amennyiben elfogadja, úgy az egyetem szenátusa adja meg a felhatalmazást a gazdasági vezetőnek a költségvetés előkészítésének a megkezdésére az elfogadott alapelvek alapján.

■ Tényfelhasználások elemzése

Az év vége felé közelítve egyre jobban látszanak a várható tényadatok és az év végi várható záró pozíció. Ez alapján becsülhető a maradványok keletkezése, amely a jövő évre vonatkozóan ad felhasználási lehetőséget a klinikáknak, ezért fontos a figyelembe vételük a klinikai gazdálkodási keretek megtervezésekor.

■ Ideiglenes keretek

Tekintettel arra, hogy az éves költségvetés nincs, nem lehet készen január 1 előtt, ideiglenes gazdálkodási kereteket indokolt megnyitni a szervezeti egységek számára. Ezen keretek, az óvatosság elve alapján, az előző év kereteinek vagy tényfelhasználásainak (ez utóbbi ekkor még csak becsülhető) a meghatározott százalékában kerülnek megnyitásra. A gyakorlatban a megnyitott keretek a bázisidőszak 1/12 részének a 90–95%-át érhetik el. Fontos, hogy ezen időszak minél rövidebb le-

gyen, mert állandósulhat a bizonytalanság és a kerethiány a változatlan gazdálkodási szemlélet fenntartása esetén. Továbbá, minél hosszabb az ideiglenes időszak, annál kisebb a tárgyévi költségvetés betartásának az esélye, ha megszorításokról, keretcsökkentésekről van szó.

■ **Költségvetés kidolgozása**

Idetartozik szervezeti egység szintű tervek lecsökkentése, felső vezetői egyeztetések, és szükség szerint a klinikákkal történő költségvetési tárgyalások. Ennek az időtartama meglehetősen rövid, mert korábban nem lehet elkezdni adatok hiánya miatt és hosszúra sem nyúlhat, hogy a tárgyév minél nagyobb hányadát fedje le a költségvetés szerinti időszak. Az SE gyakorlatában a költségvetés elkészítése február közepéig megtörtént.

■ **Költségvetés elfogadása**

A megfelelő előkészítést és előzetes egyeztetéseket követően a költségvetés gyorsan elfogadtatható az egyetem vezetésével, a gazdasági bizottsággal (ez már azóta megszűnt) és a szenátussal.

■ **Költségvetési keretek betöltése**

A szenátusi elfogadást követően általában március 1-től az elfogadott költségvetés szerint történik a gazdálkodás. Ennek feltétele, hogy az elfogadott gazdálkodási keretek betöltésre kerüljenek, azaz a szervezeti egységek az SAP-ban már eszerint gazdálkodjanak tovább. Ekkor kerülhet sor az előző évi maradványok megnyitására is, amennyiben nincs erre vonatkozóan másmilyen döntés.

5.4.2. A vezetői költségvetés szerkezete

A vezetői költségvetés az alábbi fejezetekből áll össze:

- 1. Vezetői összefoglaló**, amely összegzi a költségvetés kiinduló helyzetét, az intézmény likviditási hely-

zetét, mindazon tényezőket, amelyeket a költségvetés tervezésénél figyelembe szükséges venni és a költségvetés várható eredményét, valamint a költségvetés tartásához megteendő intézkedéseket.

- 2. A tervezés kiinduló helyzetében** bemutatásra kerül az előző év hatásai és a várható külső környezeti hatások.

2.1. Előző év pénzügyi kihatásában az előző év pénzügyi hatása kerül elemzésre a likviditási mutatók alakulásának bemutatásán keresztül.

2.2. Költségvetési tervezésre ható gazdálkodási környezet fejezetben a bevételekre és kiadásokra ható várható külső körülmények (jogszabályi változások) kerülnek bemutatásra a várható hatásokkal együtt.

2.2.1. Bevételek esetében az oktatási és OEP bevételekre ható jogszabályi és egyéb külső és belső körülmények változása.

2.2.2. Kiadások esetében:

2.2.2.1. Személyi jellegű kiadásokra ható változások, mint a minimálbér változásából, a bérkompenzációból és a cafeteria szabályozásból eredő hatások.

2.2.2.2. A gazdasági-műszaki szolgáltatások költségeire ható változásoknál a közüzemi szolgáltatások költségének hatásai kerülnek bemutatásra.

2.2.2.3. Egyéb jogszabályi változásokban pl. a vagyongazdálkodás jogszabályok módosulásából eredő hatások kerülnek elemzésre.

- 3. Alapelvekben** az adott évi költségvetés tervezésénél figyelembe vett, a szenátus által előzőekben elfogadott alapelvek kerülnek ismertetésre, mint pl. foglalkoztatási szint megtartása, bérszint, béren kívüli juttatások megtartása.

Feladat leírása	Előző. év november				Előző. év december				Adott. év január				Adott. év február				Adott. év március			
	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.
Alapelemek kidolgozása																				
Alapelvek elfogadtatása																				
Tényfelhasználások elemzése																				
Ideiglenes keretek																				
Előkészítés - Rektori, Gazdvez. egyeztetéshez																				
Egyeztető tárgyalások																				
Költségvetés összeállítása																				
Költségvetés véglegesítése																				
Gazdasági Tanácsi ülésen kgtvetés elfogadtatása																				
Egyetemi Szenátus - kgtvetés elfogadtatása																				
Költségvetési keretek betöltése																				

5.10. ábra. A költségvetés ütemterve

- 4. Gazdálkodási stratégia megválasztása** az előző fejezetekben ismertetett stratégiák alapján.
- 5. Költségvetési keretrendszerben** röviden, ábrában összefoglalva a várható bevételek, a szervezeti egységek számára kiosztandó költségvetési keretek és a szervezeti egységcsoportonkénti egyenleg kerül ismertetésre.
- 6. Béren kívüli (jóléti) juttatások** fejezetben ismertetésre kerülnek az adott évi béren kívüli juttatások.
- 7. Beruházás és ingatlanértékesítés** fejezetben a vagyongazdálkodással kapcsolatos adott évi tervek kerülnek bemutatásra.
- 8. A tervezés módszertana**
- 8.1. *OEP bevételek tervezésében* OEP kasszasoronként bemutatásra kerülnek a tervezett bevételek, valamint a bevételekben bekövetkezett változások okai.
- 8.2. *Oktatási bevételek tervezésében* a szervezeti egységek között felosztásra kerülő oktatási bevételek tervezett összege kerül ismertetésre.
- 8.3. *Devizatandíjas bevételek tervezésénél* a külföldi hallgatók térítéses oktatásából származó tervezett bevétel és annak felosztási metodikája kerül bemutatásra.
- 8.4. *A tervezési időtávban* a költségvetés időtávja kerül ismertetésre, valamint a költségvetés által meghatározott intézkedések, amelyek a költségvetés tartását támogatják, illetve azok

a lépések, amelyeket akkor kényszerül az intézmény vezetése megtenni amennyiben a költségvetés tartása nem történik meg.

- 8.5. *Adott évi keretek meghatározása, felhasználásuk szabályaiban* az általános keret-felhasználási szabályok kerülnek ismertetésre, továbbá az adott évi működési keretek kerülnek bemutatásra, azok tervezési metodikája, továbbá a működési keretek tartalma és felhasználhatósága.
- 8.6. *Források.* A költségvetés tervezése során, egyetemi szinten minden bevételi forrás megtervezésre kerül. Szervezeti egység szinten csak a költségvetési (Oktatási és OEP) bevételi források kerültek megtervezésre.
- 8.7. *Hozzájárulások:* tartalmazzák az adott évi Szolidaritási és Központi Alapba befolyó bevételekből származó hozzájárulások bevételi fajtánkénti százalékát.
- 9. Előző évi maradványok megnyitása** fejezetben ismertetethetjük, hogy az előző évben a kereteken képződött negatívumok és a maradványok összevezetését követően, az adott költségvetési évben a keretmaradványok megnyitása mely időpontban és mely pénzügyi tételen kerülhetnek megnyitásra.
- 10. Likviditási tervben** a nyitó pénzkészlet, az adott évi bevételek, kiadások és szállítói tartozások várható alakulása kerülhet bemutatásra, az előző évi tényhez/tervhez képest.

adatok eFt-ban

Megnevezés	előző évi pénzforgalmi teljesítés	adott évi várható pénzforgalmi teljesítés	Különbség adott-előző év	
			összegben	index %
Pénzkészlet nyitó egyenleg				
Oktatási támogatás				
PPP				
OEP bevétel - teljesítmény alapján				
OEP bevétel - kormányzati intézkedés alapján				
Devizatandíjas oktatás				
Rezidensképzés				
Egyéb bevétel				
BEVÉTELEK ÖSSZESEN				
Személyi jellegű kiadások				
Munkaadókat terhelő járulékok				
Ellátottak pénzbeli juttatásai				
Dologi kiadások ebből: PPP --> ebből állami támogatás				
Beruházások és felújítások				
KIADÁSOK ÖSSZESEN				
Bankszámlák záró egyenlege				
Diszkont Kincstárjegy				
Pénzkészlet záró egyenleg				
Kifizetetlen szállítói állomány ebből: lejárt szállítói állomány				

5.11. ábra. Bevételek és kiadások alakulása

11. A költségvetés betartásának kockázatai fejezetben ismertetésre kerülhetnek mindazon külső és belső tényezők, amelyek a költségvetés tartását veszélyeztetik.

12. A vezetői költségvetés mellékletei és táblázatok szöveges magyarázata:

- 12.1. 1. és 2/B. sz. mellékletek: Az intézmény várható bevételi és az azokból származó hozzájárulások.
- 12.2. 2/A. sz. melléklet: Oktatási támogatás felosztásának bemutatása.
- 12.3. 3. sz. melléklet: Szervezeti egységek tervezett bevételi és tervezett működési kiadási keretei.
- 12.4. 4. sz. melléklet: Központi szervezeti egységek kereteinek bemutatása.
- 12.5. 5. sz. melléklet: Központi feladatokra tervezett keretek bemutatása.

12.6. 6. sz. melléklet: Előző évi maradványok szervezeti egységenként.

12.7. 7. sz. melléklet: Devizatandíjas oktatási bevételek felosztása szervezeti egységekre.

A költségvetés keretrendszerét az alábbi ábra foglalja össze:

Az ábrában szereplő egyenlegek értelmezése az alábbiakban foglalható össze:

- **Egyenleg I.** Költségvetési alap- és kiegészítő tevékenység tárgyévi költségvetési bevétellel nem fedezett része,
- **Egyenleg II.** Költségvetési alap- és kiegészítő tevékenység tárgyévi költségvetési és egyéb bevétellel nem fedezett része,
- **Egyenleg III.** Költségvetési alap- és kiegészítő tevékenység jelenleg tervezhető tárgyévi bevételekkel és egyéb forrásokkal nem fedezett része.

SZOLIDARITÁSI ALAP				KÖZPONTI ALAP			
Bevételi oldal - költségvetési bevételekből történő elvonásokból a Szolidaritási Alapba áramló összeg				Bevételi oldal - költségvetési bevételekből történő elvonásokból a központi feladatok ellátására fordítható összeg			
		Előző év	Ide év			Előző év	Ide év
Oktatás	10%			Oktatás	10%		
OEP	10%			OEP	10%		
1) Szolidaritási Alap költségvetési forrásán összesen:				1) Központi Alap költségvetési forrásán összesen			
Kiadási oldal - a karok és szervezeti egységek kiegészítő keretigénye költségvetési forrásán				Kiadási oldal - a központi szervezeti egységek keretei és a központi feladatok előirányzata			
2) Kiegészítő keretigények összesen:				2) Központi szervezeti egységek összesen:			
Egyenleg I.	Szolidaritási Alap egyenleg költségvetési forrásán: 3) = (1) - (2)			Központi Alap egyenleg költségvetési forrásán: 3) = (1) - (2)			
Bevételi oldal - egyéb bevételekből történő elvonásokból a Szolidaritási Alapba áramló összeg				Bevételi oldal - egyéb bevételekből történő elvonásokból a Központi Alapba áramló összeg			
		Előző év	Ide év			Előző év	Ide év
Devizatandíjas oktatás bevétele	10%			Devizatandíjas oktatás bevétele	10%		
Egészségügyi felsőfokú szakirányú képzés bevétele	10%			Egészségügyi felsőfokú szakirányú képzés bevétele	10%		
Egyéb bevételek	10%			Egyéb bevételek	10%		
Maradványok				Devizás oktatás bevétel tartaléka			
4) Összesen:				4) Összesen:			
Egyenleg II.	Szolidaritási Alap egyenlege egyéb bevételi források bevonása után: 5) = (3)+(4)			Központi Alap egyenlege egyéb bevételi források bevonása után: 5) = (3)+(4)			
		Előző év	Ide év			Előző év	Ide év
egyenleg I.	Költségvetés összesen:			egyenleg I.			
egyenleg II.	Mindösszesen egyenleg :			egyenleg II.			
Forrása (nem tárgyévi bevételek):				1) Bankszámla-állomány csökkentése			
				3) Szállítói állomány növelése			
				4) Forráscsere			
egyenleg III.	Mindösszesen egyenleg :			egyenleg III.			
Forrása: többletbevétel elérése (menedzsment célkitűzés)							

5.12. ábra. A költségvetés keretrendszere

5.5. A bemutatott költségvetési módszertan értékelése, alternatív lehetőségek

Az eddigiekben bemutatott költségvetési módszertan használhatóságára, eredményességére vonatkozóan az alábbiakban egy rövid értékelést készítettünk, mely az SE módszertana mellett kitér a PTE KK módszertanára is. Igyekeztünk néhány vonatkozásban összehasonlítani a két intézményben alkalmazott gyakorlatot, melyen keresztül tanulságok levonására is vállalkoztunk.

5.5.1. Az SE módszertanának értékelése (előnyök, hátrányok)

Az SE költségvetési módszertanának értékelése, az eltelt időszak és az abban végrehajtott változtatások, fejlesztések, valamint az ágazatban megismert más gyakorlatok, az alábbiakban foglalható össze:

ELŐNYÖK:

- A kialakított módszertan szerves része a gazdálkodási gyakorlatnak, a vezetői költségvetés nem egyszerűen költségvetési terv, hanem a gazdálkodási célkitűzések és az alkalmazott eszközrendszer és a gazdálkodási szabályok releváns dokumentuma.
- A keretgazdálkodás rendszere a decentralizált gazdálkodás elvére épül és a teljes gazdálkodást felöleli. A teljes körű keretgazdálkodás nem általános az egészségügyi intézményeknél, jellemzően csak a gyógyszer, szakmai anyag és az egyéb dologi költségekre terjed ki.
- Ebben a módszertanban a gazdálkodási felelősség arra a szintre kerül, ahol a ráhatás nagyjából érvényesül. Vannak keretek, ahol a klinikai szintű ráhatás kicsi, ilyen például a közüzemi költségek, ugyanakkor ezen költségek közvetlen jellege indokoltá teszi a kiterhelését a szervezeti egységek kereteire.
- Bevételi elv érvényesülése a gazdálkodási keretek meghatározásában. A központi hozzájárulásokkal csökkentett bevételek (nettó bevételek) alanyi jogon járnak a szervezeti egységeknek. A bevételek 80 %-ából automatikusan keret képződik.
- Szolidaritási elv érvényesülése a finanszírozási egyenlőtlenségek mérséklésére. A Szolidaritási Alap terhére kaphatnak a klinikák kiegészítő kereteket, vezetői döntés alapján.
- Keretgazdálkodási érdekelttség érvényesülése a szervezeti egységek szintjén. A szabad keretmaradványok

átvitele a következő gazdálkodási évre érdekeltséget teremt az előtakarékosságra későbbi, nagyobb értékű beszerzések megvalósítása érdekében. A megta-
karítási hajlandóság fenntartása segíti a szervezetet a likviditási célok elérésében.

- Az ún. túlosztásos költségvetési tervezési gyakorlat, nagy odafigyelést és mérlegelést valamint vezetői felelősséget igényel. Amennyiben az év elején nem ismert, de a túlosztás révén várt bevételek nem érkeznek meg, akkor évközben szükséges a hiány kezelését, évközi tervmódosítással és vezetői intézkedésekkel megvalósítani. A figyelembe vett időszakban ugyanakkor jellemző volt az év végi kasszasöpprés és konszolidációs OEP kifizetés, ami fedezetet nyújtott a gazdálkodási kereten történő felhasználások finanszírozására.

HÁTRÁNYOK:

- A költségkeret érdekelttség rugalmatlanul reagál a tervezett bevételek tervtől való eltérésére. Ez ugyanakkor akár negyedéves időszakokban korrigálható, a bevételváltozásokat követő keretmódosításokkal. Az SE gyakorlatában a figyelembe vett időszakban ez általában nem történt meg, bár az igény elvi szinten számos alkalommal felmerült.
- A tervezés leggyengébb láncszeme a bérterv, ami inkább egy előző évi bázis állapot kivetítését jelentette a következő időszakra és megalapozottan nem volt alátámasztható a szervezeti egységek teljesítményével. Igaz, hogy a teljesítmény elv érvényre juttatását eleve korlátozza a rendelkezésre állási kötelezettség valamint az oktatási feladatok ellátása.
- A túlosztásos tervezési gyakorlat nagy kockázatot jelent, ha nem megfelelő a gazdálkodási környezet és az intézményi vezetés. Emellett állandóan fennáll a szóhasználatból is adódóan a félreérthetőség, miszerint egy költségvetési szerv az államháztartási szabályokkal szemben eleve fedezetlen kötelezettségvállalással számol.
- A keretgazdálkodáshoz használt gazdálkodásinformatikai rendszer bonyolult és drága, megfelelő képességű gazdasági személyzetet igényel a szervezeti egységek szintjén.

5.5.2. Egy alternatíva: a PTE Klinikai Központ költségvetés készítési módszertanának rövid bemutatása

A PTE KK tervezési és gazdálkodási gyakorlata szintén hosszabb fejlődési folyamat révén jutott el a jelenlegi

szintre. A magas színvonalú kontrollmunka eddig kevésbé párosult a vezetői ambíciókkal, hogy alakítsa a költségvetés gyakorlatát és koncepcionálisan irányítsa a kontrollterület munkáját.

A KK a karokkal egyenrangú szervezetként nagyobb részt önállóan készít részletes vezetői költségvetést, mely

- tartalmazza a KK szintű bevételeket és kiadásokat,
- az egyes klinikák bevételeit és kereteit, valamint a
- a központi elvonások/hozzájárulások jogcímeit és módszereit.

A költségvetés-készítés menete az alábbiakban foglalható össze:

- koncepció elkészítése a gazdálkodási célkitűzés függvényében, amelyet a KK vezetése és a Szakmai Vezető Testülete fogad el,
- bázis költségvetés elkészítése, az előző év tényadatai alapján, módosítva azokat a bevételváltozást követő súlyszámfajlagos költségekkel, a bér-automatizmusokkal,
- ez a bázis terv kerül finomításra a vezetői elképzelésekkel, az egyes klinikákra bontott racionalizálások meghatározásával,
- a vezetői költségvetés szenátusi elfogadása és betöltése általában csak április végén, illetve májusban történik meg.

A PTE KK költségvetés középpontjában a klinikai szintű eredményelvárás áll, amely tükrözi a bevételek és a felhasználások egyenlegével kapcsolatos elvárásokat. Annak megítélése, hogy melyik klinika számára milyen eredmény (egyenleg) elvárás fogalmazódik meg döntően az előző év, azaz a bázis év eredményére épül. Az eredmény elvárás módszertan megengedi a gazdálkodási hiányt, hiszen a KK szintjén is negatív eredmény elvárás tervezése a jellemző. Megfigyelhető, hogy a klinikák gazdálkodási pozíciója bemerevedett, kialakult a tartósan pozitív illetve a tartósan negatív eredményt produkáló klinikák köre. Megállapításunk szerint hiányzik a teljesítmény alapú költségvetési keret beállítás rendszere, nyilvánvalóan ennek legnagyobb akadálya a megfelelő benchmark adatok rendelkezésre állása.

Az elvonások rendszere bonyolult képet mutat, többféle jogcímen kerülnek finanszírozásra a központi költségek. A KK esetében például a központi alapok között szerepelnek kizárólag KK felhasználású beruházási, ill. karbantartási beszerzések.

A tervezési metodika előremutató eleme az ún. súlyszámfajlagosok használata, ami az egyes klinikák által előállított HBCs-k változó költségszükségletének átlagát

fejezi ki. Ennek alapján rugalmasan kezelhetők a klinikai tervteljesítmény eltérések, a többletteljesítmény után többletterápiás keret biztosítható, míg az elmaradó teljesítmények után a súlyszámfajlagossal kerülnek csökkentésre a terápiás keretek. Ha pl. egy klinikán 50 ezer Ft az egy HBCs súlyszámra vetített terápiás anyagfelhasználás, akkor 100 súlyszámnak megfelelő teljesítmény-csökkenés 5 millió Ft keretcsökkentéssel jár.

A decentralizáció, keretgazdálkodási felelősség csak részleges, a KK főigazgatója a kifelé történő kötelezettségvállaló, csak belső kötelezettségvállalási felelősség terheli a klinikai igazgatókat. Ez azt jelenti, hogy a klinikák csak megrendelés igénylést töltenek ki és adnak le a beszerzési osztály felé. A megrendelés és annak az SAP-ban történő rögzítése is ezen az osztályon történik. Ez lassítja az ügyintézés, de ugyankor ellenőrzési pontként is funkcionál.

Az alábbiakban bemutatjuk a költségvetés-készítés főbb tábláit (ábráját).

a) PTE KK költségvetési keretrendszere (5.13. ábra)

■ Bruttó források

- OEP-bevétel
A tervezés a bruttó források figyelembevételével kezdődik. A KK legnagyobb bevételi forrása az OEP-től származó forrás. Az ún. kötött felhasználású OEP-bevételek külön soron szerepelnek. Ilyenek például a páciensbe beépített eszközök és az egészségügyi béremelés pénzügyi hatásának állami kompenzációja.
- Költségvetési támogatás
Ide tartoznak olyan bevételek, melyek a költségvetésből címkézetten érkeznek, állami intézkedések hatásaként. Ilyen például az SZJA-kompenzáció.
- Oktatás
Ide tartoznak elsősorban az ÁOK-tól kapott átképzési bevételek, melyet belső megállapodás szabályoz. A KK saját jogon jellemzően nem rendelkezik (költségvetési forrásból származó) oktatási bevételekkel.
- Saját bevételek
Számos tevékenységből származhat saját bevétel, így például a humán klinikai vizsgálatok végzéséből, magánfinanszírozott egészségügyi ellátások nyújtásából, bérleti díjakból.
- Eredményt nem befolyásoló bevételek
Ilyenek lehetnek a kötött felhasználású bevételek, mint például a műtétes, a betegbe beépített, orvosi eszközök finanszírozása vagy az átfutó bevételek, mint például a harkányi kórházzal kötött közreműködési szerződés keretében a

KK-hoz érkező, de továbbadandó közreműködői bevétel.

■ **Forrásátadás (csak a fontosabb tételek)**

- központi szolgáltatások (törzskar)
Ez a hozzájárulás szolgál a központi szolgáltatások finanszírozására.
- KK központi szolgáltatók
Ez a forrás az egyetemi gyógyszerár és a kórházhigiéné működtetésére szolgál.
- központi alapok
Olyan központosított kiadásokra szolgál forrásként, melyek a KK érdekében merülnek fel, de nem a KK költségvetésében szerepelnek.

■ **Nettó bevétel**

A KK költségvetést terhelő kiadások forrásaként tervezhető bevétel.

■ **Klinikák keretigénye**

A keretigények a gazdálkodási keret szerint csoportosítva:

- gyógyszer
A betegellátáshoz felhasznált gyógyszert, kontrasztanyagot, kötszert, fertőtlenítő szereket tartalmazza.
- terápiás és szakmai anyag
A betegellátáshoz szükséges vér, orvosi gáz, egyszer használatos eszközök tartoznak ebbe a csoportba.
- EFl
Az OEP által külön finanszírozott betegbe beültetett eszközök külön csoportot képeznek.
- dologi
Minden nem közvetlenül betegellátást szolgáló anyag, eszköz és szolgáltatás képezi ezt a csoportot.
- számlázott szellemi tevékenység
Fontos, hogy a gyógyítás/oktatás/kutatás területén közreműködők személyes munkáját tartalmazó ellenérték külön megjelenítésre kerüljön, az élmunka költségek pontosabb figyelembevétele érdekében.
- személyi juttatások és járulékai

Ez a költségnem a legnagyobb gazdálkodási tétel, magában foglalja a jogszabály szerinti valamennyi bérelemet továbbá a munkáltatói döntés alapján folyósított egyéb elemeket is.

- üzemfenntartás
Két részre osztható, tartalmazza egyrészt a karbantartással épületszolgáltatásokkal kapcsolatos költségeket, valamint a közüzemi költségeket.
- felhalmozás
Az adott időszakban épület és gép-műszer beruházásra fordított kiadásokat tartalmazza.
- átfutó tételek
A bevételi oldal átfutó tételeinek ellenpárja, ilyen például a harkányi kórháznak fizetett közreműködői díj.

■ **Egyenlegjavító tételek**

Amennyiben a nettó bevételek és a klinikai keretigények negatív egyenlege meghaladja a KK és az egyetemi vezetés által elfogadható mértéket, sor kerül egyenlegjavító intézkedések megtervezésére, melyekre ad példát a hivatkozott 5.13. ábra.

■ **Egyenleg (hiány)**

A költségvetési tervben szereplő egyenleg, jellemzően hiány nagysága, melynek finanszírozása előre nem ismert bevételek beérkezésével, de inkább jellemzően a szállítók felé történő tartozás növelésével biztosítható.

b) PTE Klinikai Központ összesítő tervtábla (5.10. táblázat)

Lényegében az előző keretrendszer kibontását jelenti, a forrás-felhasználás rendszerben, költségvetési és nem költségvetési, illetve előző évi terv/tény és tárgy-évi terv bontásokban.

c) PTE Klinikai Központ klinikasoros tervtábla (5.11. táblázat)

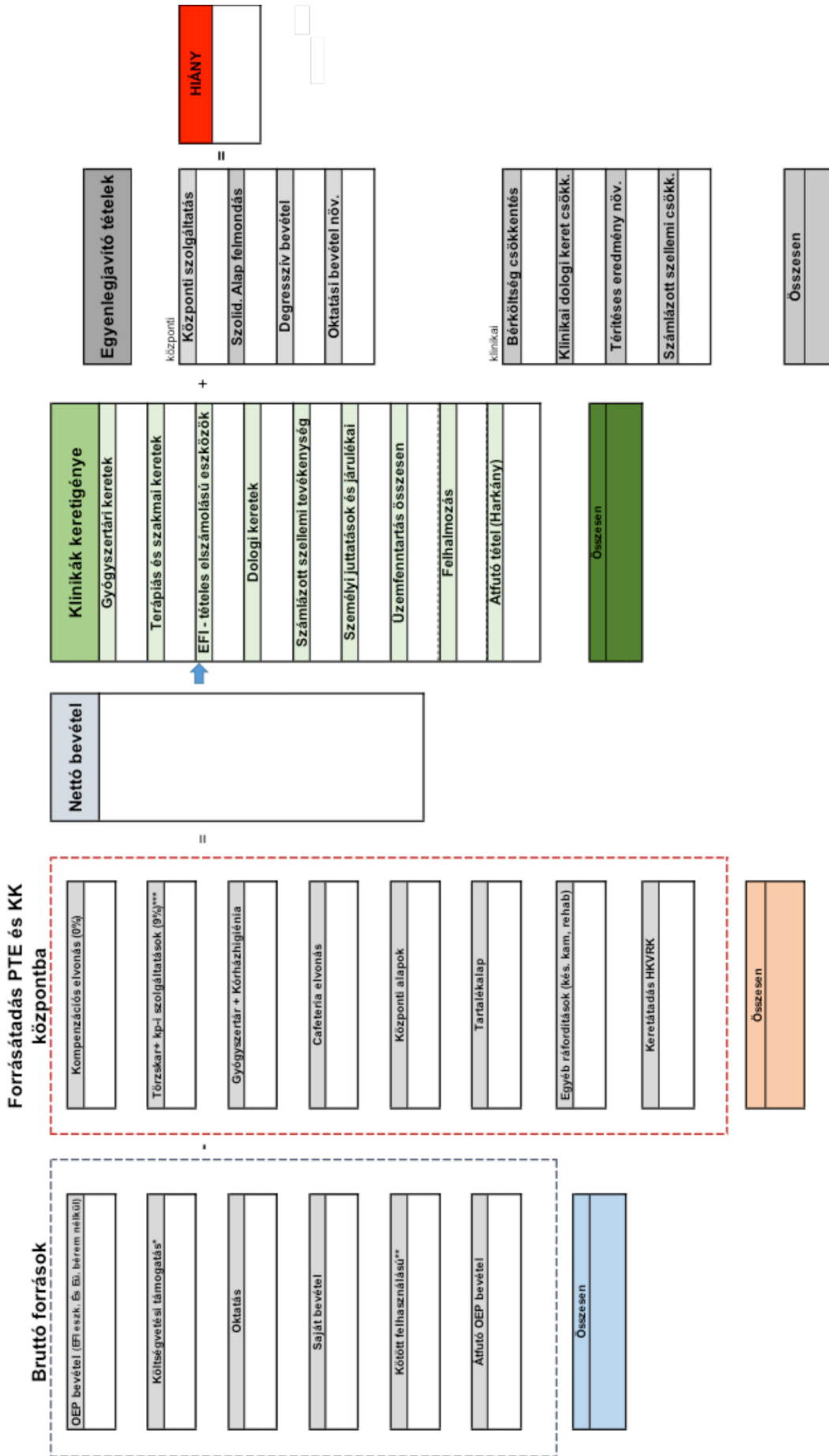
A klinikák és a KK központ szintjére bontja le az összesítő tervtáblában foglaltakat, a megadott bontások szerint. Az utolsó oszlop tartalmazza a klinika számára a tervben rögzített eredményelvárást, ami az elvárt gazdálkodási egyenleg fejez ki.

5.10. táblázat. A PTE Klinikai Központ összesítő tervtáblája

Sorszám	Megnevezés	Költségvetési forrás 2014	Egyéb bevétel 2014	2014. év összesen
FORRÁSOK				
1	Aktív fekvő			
2	Krónikus			
3	Járó (CT is)			
4	Labor			
5	PCR			
6	Fogászat			
7	EFI – kiemelt nagyértékű eljárások			
8	EFI – tételes elszámolású eszközök			
9	Egyéb OEP bevétel (sürgősségi díj, művese, gondozói díj)			
10	Egyéb támogatás értékű bevétel (pl. kiegészítő díjazás)			
11	Eü. béremelés			
I=1+...+11	Támogatás értékű (OEP) bevétel összesen			
12	Térítéssel ellátott és eü. szolgáltatás			
13	Humán klinikai vizsgálatok			
14	Bérleti díjak			
15	Egyéb működési bevétel			
16	Költségtérítéssel és önköltséges képzés bevétele			
17	Közoktatási ékeztetési díjak bevétele			
18	Továbbszámlázott bevétel			
19	Felhalmozási bevétel			
II=12+...+19	Saját bevétel			
20	Eredeti költségvetési támogatás			
21	Módosított költségvetési támogatás			
III=20+21	Költségvetési támogatás összesen			
IV	Keretátadások			
22	Működési célú átvett pénzeszköz és támogatás			
23	Felhalmozási célú átvett pénzeszköz és támogatás			
V=22+23	Átvett pénzeszközök			
24	Átfordult (nem számlás) kötelezettségvállalás miatt maradványok			
25	Egyéb engedélyezett maradványok			
VI=24+25	Maradványok			
VII	Törzskar finanszírozása (központi tevékenységek)			
VIII	Egyéb ráfordítások finanszírozása			
26	Munkaügyi kockázatok céltartalékának finanszírozása			
27	Tartalékalap			
28	Központi Alapok finanszírozása			
IX=26+...+28	Alapok finanszírozása összesen			
29	ÁOK átfelhalmozás költségvetési terhére			
30	ÁOK átfelhalmozás költségvetési támogatás terhére			
31	Egyéb átcsoportosítások			
X=29+...+31	Egyéb átcsoportosítások összesen			
XI=I+...+X	Források összesen			

5.10. táblázat. A PTE Klinikai Központ összesítő tervtáblája (folytatás)

Sorszám	Megnevezés	Költségvetési forrás 2014	Egyéb bevétel 2014	2014. év összesen
FELHASZNÁLÁSOK				
32	Személyi juttatások (K1)			
33	Járulék és SZOCHO (K2)			
XII=32+33	Személyi juttatások és járulékai			
34	Gyógyszertári keretek			
35	Szakmai anyag			
36	Vér			
37	Élelmezés			
38	Mosatás			
39	Külső vizsgálatok			
40	Szakmai tevékenységet segítő szolgáltatások			
41	Egyéb dologi			
42	EFI – tételes elszámolású eszközök			
43=34+...+42	Dologi felhasználások összesen (közüzem, üzemi általános és tovább- számlázott dologi nélkül)			
44	Közüzem			
45	Szolgáltatások			
46	Informatika, telekommunikáció			
47	Műszer			
48	Karbantartás			
49=45+...+48	Üzemi általános (szolgáltatás, informatika, műszer, karbantartás) összesen			
50=44+49	Üzemfenntartás (közüzem és üzemi általános) összesen			
51	Továbbszámlázott dologi			
XIII=43+50+51	Dologi felhasználások összesen (K3)			
XIV	Hallgatói juttatás (K4)			
XV	Egyéb működés célú kiadások (K5)			
52	Felhalmozás/beruházás (K6)			
53	Felhalmozás/felújítás (K7)			
54	Egyéb felhalmozási célú kiadások (K8)			
XVI=52+54	Felhalmozások összesen			
55	Átadott belső szolgáltatás (6-os térítési kategória)			
56	Átvett belső szolgáltatás (6-os térítési kategória)			
57	Átadott belső szolgáltatás sürgős (2X szorzó) (6-os térítési kategória)			
58	Átvett belső szolgáltatás sürgős (2X szorzó) (6-os térítési kategória)			
59	OEP Lebegő díj kompenzáció			
60	Belső elszámolások AITI (anaesthesiológia)			
61	Intenzív ellátás			
62	Egyéb belső elszámolások			
63=55+...+62	Belső szolgáltatás (BSZ)			
64	Központi szolgáltatás mutatószám alapján			
65	Egyéb központi szolgáltatások			
66	Gyógyszertár + Kórházhigiéna			
67=64+65+66	Központi szolgáltatás (KPSZ)			
XVII=63+67	Belső és központi szolgáltatások összesen			
XVIII=XII+...+XVII	Felhasználások összesen			
XIX=XI–XVIII	EGYENLEG			



5.13. ábra. PTE KK költségvetési keretrendszere

5.5.3. Főbb eltérések

A PTE KK költségvetés-készítési és gazdálkodási módszertana számos hasonlóságot mutat az SE gyakorlatával, ugyanakkor a vizsgált időszakban számos eltérés is tapasztalható volt. Az alábbiakban a legfontosabbakra térünk ki röviden.

- Erős bevételmonitoring

A PTE KK a bevétel monitoring teljes körűvé és intenzívvé tételével minimalizálta a bevételoldali veszteséget. A bevételoldali veszteség képződésének ugyanakkor csak egyik eleme a TVK-tól illetve a degresszív plafontól történő elmaradás. A másik eleme az, hogy a TVK-t és a degresszív sávot kihasználó bevételi célkitűzések elérése milyen költséghatással jár, azaz a határbevétel-határköltség különbség hogyan alakul. Külön módszertani tanulmányt igényel, hogy ezt a hatást kifejthessük. Itt csak a kérdés összetettségére hívjuk fel a figyelmet.

- Eredményelvárás

A vezetői költségvetés nézőpontjából szükséges, hogy a klinikák gazdálkodási eredményei, legfőképpen a számszerű egyenleg-gazdálkodási értelmezést és elvárást jelenítsen meg. Ebben a modellben a klinikák gazdálkodnak hiánnyal/többlettel, azaz a KK szintű gazdálkodási hiány a klinikák egyenlegeinek az egyenlege. A másik, SE modellben a gazdálkodás esetleges hiánya – bár látható – nem a klinikai szinten jelenik meg, hanem a központi alapok (azok túlosztása) szintjén. A saját jogon járó nettó bevételeken felüli kiegészítő keret biztosítja a klinika működését. A klinika gazdálkodási egyenlegéről a kiegészítő keret nagysága ad iránymutatást.

A PTE KK modelljében az eredményelvárás rendszere havi rugalmassággal kezeli mind a bevételek, mind a felhasználások változását, megengedve a felhasználások növekedését a bevételnövekmény meghatározott mértékéig. Az SE-modell ebből a szempontból rugalmatlan.

- Érdekeltségi rendszer

A PTE KK modellben bevezetésre került 2014-ben az elvárt eredményen felüli többletérdekeltség, amely a klinika szintjén a többlet 50%-át a klinika rendelkezésére bocsájta, emellett ennek a forrásnak a terhére a klinikaigazgatók is jutalmazásra kerülnek az elért eredmény függvényében. Az SE-modellben nincs személyes érdekesség, ugyanakkor a klinikai érdekesség a keretoldali megtakarításban jóval erősebb, mint Pécsen.

- Súlyszámfajlagos

A PTE KK modellben ez a mutatószám fejezi ki, hogy egy klinika átlagosan mekkora változó költséggel állít elő 1 súlyszámot. Ez a mutató arra használatos, hogy segítségével a bevételváltozás keretoldali változtatásait módszertanilag alá lehessen támasztani. Ugyanakkor a klinikai súlyszámfajlagos átlag elfedi az egyes HBCs-k eltérő változó költség igényét akár egy klinikán belül is, ezért például, ha tudjuk milyen HBCs-k növelése az indokolt (pl. a várólista csökkentése érdekében), nem tudjuk pontosan hozzárendelni a megfelelő változó költséget, mert nincs esetszintű költségnyilvántartás.

- A bonyolultság foka

A PTE KK modellje számos ponton egyszerűsíthető, ilyen a központi hozzájárulások rendszere, a kiterhelések szerepének csökkentése indokolt ott, ahol az adótipusú hozzájárulás egyszerűbb és a célnak szintén megfelel.

- Centralizáltság

Az SE-modell decentralizáltabb, nagyobb a klinikai tervezési és gazdálkodási felelősség, sőt kötelezettségvállalási jogkörrel rendelkeznek a klinikaigazgatók (a keret erejéig, de legfeljebb 50 M Ft-ig).

5.6. Konklúzió

Az egészségügyi intézményekben, egyetemi klinikákon alkalmazott költségvetési-gazdálkodási gyakorlat értékelése több szempontból lehetséges és szükségszerű.

Legfontosabb célja az intézményi törekvések szolgálata, közvetítve a feladatok megvalósításának gazdasági-finanszírozási kereteit. A törvényesség betartása megítélésünk szerint nem cél, hanem eszköz a gazdálkodásban. Törvényesen, de az adott mozgásteret kihasználva, a dolgozó-vezetői érdekeltségre építve kell megszervezni a gazdálkodást és benne a költségvetés tervezését és betartását. Fontos, hogy **a vezetői költségvetés szemlélete elterjedjen, amely több mint terv, több mint pénzügyi szemlélet.**

Fontosnak tartjuk kiemelni a decentralizációt, az érdekesség szerepét az intézményi célok elérésében, még válsághelyzetben is. Ekkor a szabályozást kell szigorítani, nem pedig a gazdálkodási jogköröket korlátozni, felülbírálni.

Melyik, illetve milyen a jó vezetői költségvetés? A legegyszerűbb válasz: az, amelyiket be lehetett tartani. A helyzet, a vezetőikkel szembeni elvárás ennél összetettebb és nehezebb. Az a jó költségvetés, amely gazdálkodási módszertant is közvetít a tervszámok el-

érésére, mely által teljesülnek a szervezet gazdálkodási célkitűzései. A mai helyzetben az egészségügyi szervezetek, egyetemi klinikák számára az egyik legfontosabb gazdálkodási célkitűzés, hogy javítsák a likviditásukat, csökkentsék, és ha lehet, szüntessék meg a lejárt szállítói tartozásaikat. A korszerű gazdálkodási és benne a költségvetési módszertan eredményessége – a transzparencia, a jogszabálybetartás javulása mellett – ennek a helyzetnek a javulásában mérhető le. Ebben a tekintetben mind az SE, mind a PTE KK példája megmutatta, hogy a jó gyakorlatok jelentős gazdálkodási eredmény javulásához vezethetnek.

Még sokat kell alakítani, csiszolni az alkalmazott módszertanokon, hogy konzekvensebb üzemgazdasági szemléletet tükrözzenek, és hogy a pénzforgalmi hatásokat képesek legyenek jobban modellezni. Ugyanakkor

a költségvetési rendszerben történő eredményes alkalmazásuknak az is feltétele, hogy az államháztartási rendszer jelenlegi, a gyakorlati problémától távol álló merev szemlélete mielőbb módosuljon.

Irodalom

European Commission. (2008). Forrás: http://ec.europa.eu/budget/library/biblio/publications/modern_accounts/modernising_EU_accounts_hu.pdf

Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Költségvetése. 2004.

Semmelweis Egyetem Vezetői Költségvetése. 211, 2012.

Szappanos J. (2014. 03 11): *Pénzügyi Szemle.* Forrás: <http://www.penzugyiszemle.hu/tanulmanyok-eloadasok/atteres-az-eredmenyszemleletu-szamvitelre-attekintes>

6. Intézményi integráció az egészségügyben: a PTE Klinikai Központja és a Baranya Megyei Kórház példája

ZEMPLÉNYI ANTAL

6.1. Bevezetés

A kórházak adósságállományáról a Magyar Államkincstár honlapján időközönként megjelentetett adatokból egyértelműen kiderül, hogy a fekvőbeteg-ellátás komoly forráshiánnyal küzd. Az olykor százmilliárd forintot is elérő vagy meghaladó kórházi adósságállomány már-már az ellehetetlenülés határára sodorja az egészségügyi szolgáltatókat, és jelentős kockázatot jelent a betegellátás biztonságában.

Az egészségügyi rendszer megújításáról az elmúlt évtizedben született és nyilvánosságra hozott egészségpolitikai tervek (Zöld Könyv, Semmelweis Terv) a helyzetértékelési fejezeteikben rendre megállapítják, hogy nem megfelelő az ellátó struktúra, túl sok az aktív ágy a kórházakban, ezért az egészségügyi ellátó rendszer a jelenlegi struktúrájában hosszú távon fenntarthatatlan.

Az elmúlt tíz év legdrasztikusabb beavatkozása a kórházi kapacitásokat illetően 2007-ben valósult meg, aminek eredményeként jelentősen csökkent az aktív ágyak száma. Az intézkedés gazdasági hatásai az egészségügyi rendszer szintjén a mai napig nem kerültek kiértékelésre. Egyedi tapasztalatok az érintett intézmények vonatkozásában azonban vannak.

A Baranya Megyei Kórházban például az aktív ágyszám csökkenése és az ahhoz társuló forráscsökkentés olyan adósságspirálba sodorta a már korábban is veszteséggel küzdő intézményt, ami már csak speciális finanszírozási technikákkal vált átmenetileg kezelhetővé. Az ágyszám- és finanszírozás-csökkenés nem azt eredményezte, hogy a kórház működési költsége is jelentősen csökkent, hanem valójában a forráshiány kezelésének problémája helyeződött át az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól (OEP) az egészségügyi szolgáltatóra és annak fenntartójára. Ez a kórházak többségében így történt, és ezzel tulajdonképpen a rendszerszintű megtakarítás elmaradt az akkori elvárásoktól.

Érdemi költségcsökkenést az infrastruktúra-fenntartási költségek (pl. telephelyek számának) csökkentésével

lehetett volna elérni. A 2007. évi ágyszám-csökkentés azonban nem volt arra tekintettel, hogy az intézmények miként tudják a működést úgy megszervezni, hogy gazdaságos üzemméretet alakíthassanak ki, a kapacitások (aktív és krónikus ágyak száma) diktátumként kerültek meghatározásra. További rendszerszintű problémát jelentett, hogy számos párhuzamosság maradt a rendszerben, így például Pécsen két olyan egészségügyi szolgáltató működött, ahol elláthattak szülészeti, gyermekgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati stb. eseteket, miközben az egyik intézményben olyan mértékű ágyszám-csökkenés valósult meg, mint amennyi ágy a másik intézményben összesen működött. Vagyis a nagyobbik egészségügyi szolgáltató önmagában egyedül is el tudta volna látni a két intézmény együttes feladatát.

A sokszereplős fenntartói összetétel miatt, illetve a helyi politikai érdekekből fakadóan az egymás mellett működő intézmények nehezen szánták rá magukat, hogy a párhuzamos tevékenységek megszüntetése érdekében bizonyos feladatokról lemondjanak. Ennek ellenére néhány esetben a helyzet kritikus voltát felismerve, spontán kezdeményezésre megvalósult az egészségügyi szolgáltatók közötti együttműködés megszervezése. Ennek egyik lehetséges formája a feladat-ellátási szerződés megkötése, aminek egyik példája a Baranya Megyei Kórház feladatainak 2010. január 1-jével történő átadása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja részére.

Jelen esettanulmány célja bemutatni, hogy a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja és a Baranya Megyei Kórház kapacitásainak és tevékenységének összevonásával sikerült-e az eredeti elvárásoknak megfelelően egy méretgazdaságosabb struktúrát kialakítani, és a jogutód intézmény technikai hatékonyságát az integráció módszerrel javítani.

Jelen esettanulmány keretei között a következő hipotézist vizsgáljuk:

Az intézményi hatáskörébe tartozó eszközökkel az egészségügyi szolgáltatók feladatainak összevonását követően olyan intézkedéseket lehet tenni, amelyek révén a

szolgáltatók technikai hatékonysága javul, ezért az egészségügyi szolgáltatók spontán kezdeményezéséből fakadó integrációja az egészségügyi rendszer szintjén is hatékonyságjavulást eredményezhet.

Az esettanulmány keretei között áttekintésre kerül, hogy milyen előfeltételezések alapján született meg a döntés az összevonásról, a jogutód intézmény, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja előzetesen milyen adatokat, mutatókat vizsgált, és összességében miként határozta meg a feladatátvétel gazdasági megalapozottságát. Ezt követően bemutatjuk, hogy az összevont intézmény milyen lépéseket tett a struktúra ésszerűsítése és a feladatellátás jobb megszervezése érdekében.

Az integráció megvalósításának és eredményének bemutatását követően az esettanulmányban igyekszünk olyan általános szempontokat meghatározni, amelyekre megítélésünk szerint tekintettel kell lenni az intézményi feladatellátás összevonásának megtervezésekor az integráció gazdasági szempontból is sikeres megvalósítása érdekében.

A kórházi integráció témakörben kevés gazdasági tartalmú elemzés érhető el a magyar szakirodalomban. Ennek oka, hogy egyrészt kevés számú integráció valósult meg, ezek közé tartozik a Szegeden, Pécsen és a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében megvalósult összevonás. A szakirodalom hiányának másik oka, hogy az egészségügyi szolgáltatók gazdálkodására irányuló publikációs aktivitás nem túl erős.

A nemzetközi szakirodalomban azonban nagyobb számban található kórházi fúziókkal kapcsolatos tanulmányok. Az USA-ban, Nagy-Britanniában, Dániában és más nyugat-európai országokban megvalósult kórház-integrációkkal kapcsolatos értékelések következtetéseit csak korlátozott mértékben lehet a magyar viszonyokra értelmezni az eltérő finanszírozási rendszer, a tulajdonosi szerkezet, illetve az országok makrogazdasági helyzetében fennálló jelentős különbségek miatt. Ezért ezek bemutatásától a jelen esettanulmányban eltekintünk.

6.2. Az elemzés módszere

Az intézmény technikai hatékonyságában bekövetkezett változás a betegellátási teljesítményéhez (output) felhasznált erőforrások (input) elemzésével kerül kiértékelésre. A gazdasági adatok elemzésével megállapítható, hogy a feladatellátás összevonása milyen gazdasági következményekkel járt, ez hogy hatott az Egyetem működésére, illetve a rendszer egészét tekintve hozott-e az összevonás eredményeket.

A vizsgálat alapvetően a két intézmény bevétel, költség és betegforgalmi adatainak elemzésére épül, aminek keretében összevetésre kerül, hogy az összevonás előtti állapothoz képest az integráció után miként változott meg a bevétel és költségszerkezet.

Az intézmény technikai hatékonyságának értékeléséhez definiáltuk az input és output tényezőket és a vizsgálat szempontjából releváns mutatókat. A technikai hatékonyságban bekövetkezett változás értékeléséhez a 2009–2011 közötti időszak adatait dolgoztuk fel. A technikai hatékonyság változása mellett a bevétel és költségadatok alapján a gazdasági fenntarthatóságot is vizsgáltuk.

A vizsgálat az érintett két intézmény adataira épül, és nem veszi figyelembe a környező intézményekre gyakorolt hatást. Jelentős torzítást jelent, hogy ebben az időszakban a finanszírozási feltételek több ízben is lényegesen megváltoztak. Ennek hatását igyekeztünk kiszűrni.

A felhasznált adatok forrásául a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja és Baranya Megyei Kórház kontrolling és betegforgalmi adatbázisai szolgáltak. A kutatás folyamata során mind a jogelőd intézmények, mind a jogutód egészségügyi szolgáltató adatait feldolgoztuk. Emellett személyes interjúkat készítettünk az intézmény kulcsvezetőivel, így a Klinikai Központ főigazgatójával, orvos igazgatójával és a Pécsi Tudományegyetem gazdasági főigazgatójával. A feldolgozott adatokat és a személyes egyeztetéseken kapott információkat együttesen vettük figyelembe a következtetések levonásakor.

Az integráció előkészítésében, az ahhoz kapcsolódó tanulmányok összeállításában és a projekt lebonyolításában jelen esettanulmány szerzője személyesen is közreműködött, így az esettanulmányban a levont következtetések a bemutatott elemző értékelés eredményein túl személyes tapasztalatokra is épülnek.

6.3. Az integráció megvalósításának elemzése

A Baranya Megyei Kórház által ellátott feladatokat a Pécsi Tudományegyetem átvette, így jogi szempontból az egyetem felelősségi körébe kerültek a két szolgáltató által ellátott feladatok. E tekintetben tehát a feladatok egy szolgáltatóhoz kerültek integrálásra, ezért a következőkben „integráció” szóval jellemezzük a megvalósult folyamatot.

6.3.1. A döntés körülményei

Az esettanulmány tárgya szempontjából lényeges megvizsgálni, hogy az érintett két egészségügyi szolgáltató felelős képviselői az integráció előkészítésekor milyen körülmények és információk birtokában döntöttek a feladatátvétel megvalósításáról, és milyen mozgásterük volt a gazdaságosabb működés elérését biztosító intézkedések meghozatalában.

A feladatátvétel indokoltsága

A pécsi egészségügyi szolgáltatókat 2009-ben fenntartó intézmények, így a Pécsi Egyesített Egészségügyi Intézményeket fenntartó Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata, a Baranya Megyei Kórházat fenntartó Baranya Megyei Önkormányzat és a Klinikai Központot magában foglaló Pécsi Tudományegyetem vezetői számos előkészítő tárgyalást folytattak a három intézmény által végzett egészségügyi tevékenységek és az azokat kiszolgáló funkciók integrációjáról.

A szolgáltatások integrációjának tervét elsősorban a lakosság egészségügyi ellátásának javítása indokolta – azaz hogy az egészségügyi szolgáltatásokat Pécs városában egy egységes, átlátható, jól szervezett, az ellátott lakosság számára minél nagyobb egészségnyereséget biztosító és nem utolsósorban költséghatékonyan működtethető szervezet biztosítsa.

Az egészségügyi reform részeként megvalósításra került 2007. évi struktúramódosítás a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja működésére is negatív hatással volt. A klinikák 2007-ben jelentős veszteséget termeltek, 2008-ban azonban a gazdálkodás racionalizálásával és az OEP-bevétel bővülésével a gazdálkodás egyensúlyba került. A 2009. évi finanszírozási változások következtében ismét veszteségbe fordult a klinikák működése, ami további átszervezéseket és fokozott teljesítménykontrollt követelt az intézmény vezetésétől.

A 2007 és 2009 közötti időszakban az egészségügyi finanszírozás változásai mind a Baranya Megyei Kórház (BMK), mind pedig a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának (PTE KK) működését folyamatos és igen jelentős megszorításokra kényszerítették, ugyanakkor a két intézményben külön-külön már nem volt kiaknázható tartalék. Az intézmények további önálló működtetése egyre nagyobb anyagi terhet jelentett volna a fenntartók számára. A város által fenntartott, kizárólag járóbeteg-ellátást folytató Egyesített Egészségügyi Intézmények eltérő helyzetben voltak, ugyanis a szakellátás ezen formáját kevésbé sújtotta az alulfinanszírozottság terhe.

Korlátozó tényezők

A fent leírt körülmények ellenére a fenntartók által folytatott integrációs tárgyalások rendre elakadtak, aminek hátterében számos tényező húzódott meg: az egészségügyi intézmények eltérő érdekeltsége, a megvalósítás jelentős összegű egyszeri kiadásai, az egészségpolitika hathatós támogatásának hiánya. A döntéshozókat a holtpontra az ellátórendszer kritikus gazdasági állapota lendítette át, ami valójában kényszerhelyzetet teremtett a városon belüli egészségügyi szolgáltatók feladatintegrációjára.

Ehhez társult az intézmények akkori ellátási struktúrájában dolgozók erős ellenállása. A munkavállalók érthető módon mindkét fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltatónál tartottak a feladatok integrációjával együtt járó változásoktól, a munkahelyek átszervezésétől, esetleges elvesztésétől.

Nem elhanyagolható szempont továbbá, hogy nagy és nehéz maga a feladat is, hisz az egészségügyi szolgáltatások harmonizálása – azaz a szolgáltatások mennyiségének (pl. a szakrendelések óraszámának, az egyes fekvőbeteg-ellátások ágyszámának) szükségletekhez igazított meghatározása és kialakítása, az ellátás jogszabályi elvárásoknak történő megfeleltetése – önmagában sem egyszerű. Továbbá az átadás-átvétel tervszerű, ütemezett előkészítése, majd megvalósítása sok munkát, valamint jelentős anyagi terhet – felmentési díjak, felújítás, fejlesztés, költöztetés, számtalan egyéb költség – jelent a felek számára.

Mindemellett az integrációs tárgyalások elhúzódásának oka volt az is, hogy az egészségügyi politika irányítói abban az időszakban a lakosság előzőekben említett kedvezőbb ellátása érdekében ugyan szóban szorgalmazták az intézmények egészségügyi feladatainak integrációját, de ennek megvalósítását sem e célokhoz igazított és rendelt jogszabályokkal, sem pedig pályázati lehetőséggel nem sürgették.

Az integráció melletti döntés mozgatórugója

A BMK adósságállománya 2009. év végére elérte a 2,5 milliárd forintot annak ellenére, hogy a kórház működését önkormányzati biztos felügyelte, valamint a kórház és az önkormányzat vezetése egyre szigorúbb intézkedéseket tett a kórház gazdálkodásának javítása érdekében (szigorú keretgazdálkodás, létszámleépítés, egyik telephely kiürítése, egészségügyi feladatok átadása). A folyamatos veszteség és a növekvő adósságállomány már a fenntartó önkormányzat gazdálkodását is veszélyeztette. A finanszírozási szabályok 2009. április 1-jétől hatályos módosítása indirekt módon kényszerhelyzetet

teremtett a városon belüli két aktív fekvőbeteg-ellátó szolgáltató feladatintegrációja irányába.

Mindezek eredményeként közös – később a testületek (közgyűlés, szenátus) által hivatalosan is elfogadott – céllá vált, hogy az OEP által a BMK és a PTE KK számára együttesen biztosított forrásból a lakosság számára egy magasabb minőségű, jobban szervezett és az ott élő emberek egészségi állapotához leginkább illeszkedő egészségügyi szolgáltatások költséghatékony rendszere kerüljön kialakításra és működtetésre.

A finanszírozási nehézségek mellett az integráció megvalósításának szándékát erősítette az a tény, hogy a Pécsi Tudományegyetem az Új Magyarország Fejlesztési Terv keretében a Társadalmi Infrastruktúra Program 2.2.7. és 2.2.2. számú pályázatai első körének eredménye alapján mintegy 12 milliárd forintnyi fejlesztési támogatást nyert el. Ez lehetőséget teremtett a PTE KK egyik legnagyobb telephelye, a 400 ágyas klinika korszerű felújítására, az ottani egykapus sürgősségi ellátás és különféle speciális ellátási formák feltételeinek kialakítására. A felújítás megkövetelte a 400 ágyas épülettömb kiürítését, a munkálatok hároméves időtartama alatt ugyanakkor meg kellett oldani a betegellátás folyamatos fenntartását. Ehhez az egyetemen akkor nem állt rendelkezésre puffer infrastruktúra, így szükségessé vált a BMK épületeinek bevonása az ellátásba.

Az egészségügyi ellátás finanszírozásának mind reál, mind nominális értékben történő csökkenése, az ebből fakadóan kialakult válságos gazdasági helyzet, illetve a fejlesztési célok érdekében vállalt költöztetés és a folyamatos ellátás fenntartásának szándéka adta meg a támogató lökést a Pécsi Tudományegyetem és a Baranya Megyei Önkormányzat integráció melletti elköteleződéséhez.

Az integráció módja

Ezen előzmények után a Baranya Megyei Önkormányzat Közgyűlése és a Pécsi Tudományegyetem Szenátusa 2009. június 18-i ülésükön elfogadták azt az Együttműködési megállapodást, ami rögzítette a megkötni kívánt végleges szerződések előkészítésének és tartalmának alapelveit, az integráció előkészítésének és megvalósításának kereteit.

Ennek értelmében a BMK 2009. június 1-én ellátott alaptevékenységeinek működtetését – az azokhoz tartozó területi ellátási kötelezettséggel együtt – 2010. január 1-én határozatlan időtartamra átadja a PTE KK-nak. A felek a feladat-ellátási szerződést az aláírásától számított 15 éven belül nem mondják fel. A Kórházat 2009. december 31-én fenntartója jogutód nélkül megszünteti, a vagyoni jogok és kötelezettségek tekintetében a jogutód az Önkormányzat.

A Baranya Megyei Önkormányzat a törvényben kötelezően előírt egészségügyi ellátási kötelezettségét elsődlegesen a saját fenntartása alatt álló Baranya Megyei Kórház intézményén keresztül teljesítette. A PTE KK tehát a Baranya Megyei Önkormányzattól a törvényben rögzített feladat teljesítését vette át, és nem magát az intézményt. A PTE KK az átvállalt feladatok teljesítéséhez igényt tartott a korábbi feladatellátó – a megszűnő BMK – által használt Rákóczi úti telephelyre, átvette a BMK által használt eszközöket, és nem utolsósorban a munkavállalók nagy részét is. A Baranya Megyei Önkormányzat ugyanis a feladat ellátásának biztosítása érdekében átadta a Rákóczi úti ingatlan kezelői jogát a PTE KK számára, s hozzájárult ahhoz, hogy az ott biztosított orvosszakmai funkciókon kívül a PTE KK a későbbiekben más orvosszakmai funkciókat is ellásson.

6.3.2. Az integrációt megalapozó háttérelmézések

A jogi keretrendszer és a feladatátvétel szerződéses feltételeinek meghatározása mellett az intézmény szakmai és gazdasági programot állított össze a projekt eredményes végrehajtása érdekében.

Jelen esettanulmány terjedelmi okokból nem tér ki az integrációt megelőző háttérelmézés részletes ismertetésére, ugyanakkor bemutatásra kerül, hogy

- módszertani szempontból melyek azok a releváns információk, adatok, mutatószámok, amelyeket célszerű a feladat, illetve a kapacitás átvétele előtt megvizsgálni,
- továbbá kiemelésre kerülnek azok a konkrét megállapítások, amelyek az összevont intézmény szükséges kapacitását és erőforrását meghatározták, amelyek egyúttal a működési költségekre és ennek következtében az intézmény gazdálkodására is jelentős befolyással bírnak.

6.3.2.1. Az átvételre került kapacitás jellemzői

Az Egyetem az aktív ágyszám, a szakorvosi óraszám (továbbiakban kapacitások) és az ellátási feladat átvételét megelőzően felmérte, hogy Baranya megye lakosságának, valamint a régió többi lakosának egészségi állapota milyen összetételű gyógyító szakellátást igényel a dél-dunántúli régióban. Ennek során az intézmény tanulmányozta Baranya megye és a régió többi része lakosságának egészségi állapotát befolyásoló legfontosabb életmódbeli rizikófaktorokat, az azokkal összefüggő morbiditási és mortalitási mutatókat. A főbb beteg-

ségtípusok, valamint a vezető halálokok iránymutatókat jelentettek a gyógyító szakmák szükséges kapacitásainak meghatározására.

A háttérelmézés alapján megállapítható volt, hogy a dél-dunántúli régió lakosságának 41%-át kitevő baranya megyei lakosság egészségtudatos magatartása több negatív elemmel jellemezhető: az országos átlagnál rosszabb mutatókkal rendelkezik nemek és egyes korcsoportok szerint a dohányzás, az alkoholfogyasztási, kábítószer-fogyasztási és a nem kielégítő táplálkozási szokások okozta testsúlyproblémák terén. Mindez a régió lakosainak a kiemelt halálozási kockázatokban való vezető szerepét eredményezi (daganatos betegségek, a keringési rendszer betegségei, az emésztőrendszer betegségei). A főbb megbetegedési kórképek egyértelműen visszavezethetők a felsorolt életmódbeli rizikófaktorokra. A háttérelmézés megállapításai alapján a várhatóan növekvő esetszám szükségessé tette, hogy legalább e diagnózisok ellátását biztosító kapacitásokat az Egyetem megtartsa, egyes szakmákban akár növelje.

Az integráció kiterjedt a kardiovaszkuláris kórképekkel összefüggő általános belgyógyászati, kardiológiai és érsebészeti, az endokrin, táplálkozási és anyagcseré-betegségekkel foglalkozó gasztroenterológia, endokrinológia és diabetológia szakmákra. A daganatos megbetegedések egyik jelentős csoportjával foglalkozik a tüdőgyógyászat, ami korábban nem volt jelen a PTE KK-ban. A sebészeti szakma a felsorolt kórképek csaknem mindegyikének nyújt műtéti terápiás hátteret.

A 10 aktív fekvő szakma mellett az integráció tárgyát képezte a fekvőbeteg-ellátáshoz tartozó krónikus belgyógyászat és a kardiológiai rehabilitáció. A BMK a járóbeteg-ellátás szakfeladatban további 20 szakmára kiterjedően végez gyógyító tevékenységet, ezek között szerepel a 4 gondozói profil is.

A szükséges kapacitások meghatározásához az intézmény megvizsgálta az integrációban érintett szakmák vonatkozásában a megye és a régió többi egészségügyi szolgáltatójának területi ellátási kötelezettségét, kapacitásait és betegforgalmi adatait. Az átvételre került kapacitás mennyiségének értékeléséhez a következő mutatókat vizsgálta az intézmény:

- A kapacitásellátottságot leíró mutató: 100 000 lakosára jutó aktív ágyszámok és heti szakrendelési óraszámok.
- A kapacitás kihasználtságát jellemző mutató: az ágyszámra vetített esetszám és az egy órára jutó esetszám.
- A kapacitásszükséglet meghatározásához alkalmazható betegforgalmi mutatók: az ellátási terü-

let, illetve a földrajzi egységek 100 000 lakosára jutó fekvő és járó esetszámok.

Az adatok összehasonlító értékelése érdekében a fenti mutatókat a másik három orvostudományi karral és klinikákkal rendelkező egyetemhez (SE, DEOEC, SZTE), a régió többi megyei kórházához (Kaposvár, Szekszárd), Baranya megye átlagához, a többi megye átlagához és az országos átlaghoz viszonyította az Egyetem.

A részletes kapacitás és betegforgalmi adatok birtokában személyes egyeztetéseket is lefolytattak az egyes szakterületek vezetői. A konzultációk, a beutaló területi elemzés és a benchmarking eszközök segítségével az Egyetem megtervezte az ellátáshoz szükséges egyesített gyógyító szervezet struktúráját és működési módjának fő jellemzőit (kapacitás, várható betegforgalom, esetösszetétel stb.).

A háttérelmézés és a konzultációk eredményeként a következő megállapítások voltak leszűrhetők, amelyek befolyásolták az Egyetem struktúrávaltoztatásra vonatkozó terveit is:

- A három alapszakma (belgyógyászat, sebészet, szülészet és nőgyógyászat) ellátási területre vetített kapacitása egyetemi összehasonlításban alacsony, tehát ezek tovább szűkítése ez alapján nem indokolt.
- Különösen alulméretezett az intenzív ágyak száma.
- Az ágyszámra vetített aktív fekvő betegforgalom (esetszám/ágyszám) tekintetében az egyetemek közel azonos mutatókkal rendelkeznek (kiugróan magas a szülészet és nőgyógyászat mutatója).
- A BMK telephelyén (Rákóczi út) az állandó sebészeti és belgyógyászati sürgősségi ügyelet jelentős belgyógyászati kapacitás erősítését igényli.
- Alacsony a tüdőgyógyászat ágykihasználtsága (ezért 15 ágy átcsoportosítható a belgyógyászati szakmába).
- A BMK krónikus/rehabilitációs ágyszámok nagyarányú szüneteltetése nehezíti az ellátási forma korrekt megítélését. Az összehasonlító elemzés alapján azonban leszűrhető, hogy a krónikus belgyógyászat és a kardiológiai rehabilitáció ágykapacitása tekintetében a megyéknél lényegesen kedvezőbb helyzetben van a BMK, illetve az integrációt követően a PTE KK.
- A járóbeteg-ellátás 100 000 lakosra vetített szakmánkénti heti óraszámai tekintetében a megyében jellemzően lényegesen nagyobbak a kapacitások a többi megyéhez képest (kivétel a sebészet).
- A járóbeteg-órákapacitás túlméretezettsége, illetve az elvárhatónál alacsonyabb kihasználtsága

állapítható meg a bőrgyógyászat, pszichiátria, tüdőgyógyászat, endokrinológia szakmákban.

- A járóbeteg-ellátás (benne a diagnosztikákkal és a gondozási tevékenységgel) egyesített kapacitásainak struktúráját az Egyetem 2010. I. félév végéig nem tervezi módosítani. A féléves működés tapasztalatai alapján lehet indokolt a szűk keresztmetszeteknek bizonyuló szakrendelések kapacitásának felülvizsgálata.

A BMK és a PTE integrációban érintett szakmáinak egyesített kapacitásait az 1. számú melléklet foglalja össze.

6.3.2.2. A HUMÁN ERŐFORRÁS-SZÜKSÉGLET MEGHATÁROZÁSA

Az átvételre kerülő feladathoz igazodó megfelelő létszám meghatározása az egyik legkritikusabb kérdés az intézmény gazdálkodása szempontjából. Az átvételre kerülő létszám tervezése során ezért az egyetem több szempontból közelítette meg a szükséges humán erőforrás meghatározását. Egyrészt figyelembe vette, hogy a feladat megfelelő ellátásához mekkora többlet-létszámra lenne szüksége, amit a minimumfeltételekre vonatkozó akkor hatályos jogszabályok, másrészt a benchmark elemzések eredményei alapján határozott meg, másrészt megvizsgálta, hogy a többletfeladat alapján járó többletbevétel mekkora fedezettel rendelkezik a személyi juttatások költségeinek finanszírozására. Ehhez természetesen meg kellett határozni a várható bevételt, ami jelentős bizonytalanságokat hordozott magában. Így tehát egy becsült többletfinanszírozás képezte a számítások alapját, aminek eredményeként az alakul ki, hogy a BMK akkori 628 fős státuszából az Egyetem 480 fővel bővíti humán erőforrás állományát. A csökkentést két lépésben tervezték megvalósítani az intézmények. Első körben a BMK a nyugdíjas korú munkavállalóit menti fel, majd az egyetem a teljes fennmaradó létszámot átvéve, fokozatosan csökkenti a létszámát olyan szintre, hogy az integrációt megelőző állapothoz képest 480 főnél ne legyen nagyobb a többletlétszám.

A feladatátvétellel együtt tehát az egyetem jelentős létszámcsökkenést tervezett. Annak érdekében, hogy az ezzel járó költségeket a Baranya Megyei Önkormányzat és a Pécsi Tudományegyetem egymás között megoszsa, a felek megállapodtak, hogy a BMK 25 főt felment, illetve a nyugdíj mellett foglalkoztatott munkavállalók közalkalmazotti jogviszonyát megszünteti. Az átadás-átvételig fel nem mentett dolgozókat a Pécsi Tudományegyetem 2010. január 1-jétől munkáltatói jogutódlással átvette.

A BMK igazgatásában és gazdasági-műszaki apparátusának munkaügyi állományban lévő létszáma 77 fő volt. A BMK igazgatási és gazdasági-műszaki szervezetének létszáma viszonylag alacsony volt, ami arra vezethető vissza, hogy a szolgáltatások jelentős része kiszervezésre került (élelmezés, mosatás, hőszolgáltatás, műszerkarbantartások, épület-hibaelhárítási és karbantartási munkák, távközlési karbantartás, jogi funkciók, munka- és tűzvédelem, takarítás, rendészet, fénymásolók).

A telephely működtetését, üzemeltetését és az ottani gyógyító tevékenységek gazdasági feltételeit az Egyetem a meglévő apparátusával nagyrészt át tudta vállalni. Az átalakítás és a funkciók tartós vitele azonban többletfeladatot jelentett, amihez a BMK korábbi munkavállalói közül is szükséges volt létszám átvételére. Összességében azonban az integráció vonatkozásában az Egyetem az igazgatási és a gazdasági-műszaki területen tervezte a legnagyobb mértékű létszámcsökkentést. A BMK 77 fős igazgatási létszámából 41 fő felmentését vagy nyugdíjazását tervezte az intézmény.

6.3.2.3. A FELADATÁTVÉTEL BECSÜLT GAZDASÁGI HATÁSA

Az Egyetem szempontjából az integráció elsősorban a TIOP-pályázat sikeres megvalósítása szempontjából volt lényeges, ugyanis a pályázati beruházások megvalósítása olyan funkció- és telephely-módosítást tesz lehetővé, ami kedvező hatással lehet a Klinikai Központ gazdálkodására és a fenntartható struktúrában történő működtetésére. Hosszú távon tehát az egyetem az integrációt lehetőségnek tekintette egy előnyösebb gazdasági helyzet elérésére.

Az Egyetem tisztában volt azzal, hogy a TIOP-pályázat kedvező elbírálása esetén a beruházás megvalósítása alatt a 400 ágyas klinikát részlegesen le kell zárnia, így az ott működő klinikák egy részét átmenetileg máshol kell elhelyezni. A Rákóczi úti telephely megfelelő infrastruktúrával rendelkezik ahhoz, hogy a betegellátás átszervezésével a kiköltöző klinikák egy része ott elhelyezhető legyen. Ennek eredményeként a TIOP-beruházás ideje alatt sem lesz szükség a kapacitások (ágyszám, szakrendelési óraszám) szüneteltetésére és a betegforgalom csökkentésére. Így tehát nem csak hosszú távon, hanem már a beruházás átmeneti időszaka alatt is érdekében állt az egyetemnek, hogy a BMK telephelyét átvegye, és ezzel a teljesítmény szintjét fenntartsa, elkerülve ezzel az OEP bevételek jelentős csökkenését.

Az egyetemen készült fenntarthatósági elemzés¹ alapján megállapítható, hogy az intézmény a feladatátvétel első évét követően pozitív eredménnyel számolt, ami hosszú távon kompenzálta volna az első évben felmerülő egyszeri kiadásokat. Az alábbiakban bemutatásra kerül, hogy a PTE a BMK-tól átvett feladat kapcsán milyen bevételekkel és költségekkel kalkulált.

Az átvett feladatellátásból származó teljesítmény- és bevételnövekmény

A BMK területi ellátási kötelezettsége és az ahhoz tartozó kapacitások átvételével – a 43/1999-es kormányrendeletnek megfelelően – a PTE KK igényt tarthatott a BMK részére korábban meghatározott teljesítményvolumen-korlátra (TVK). Annak meghatározása azonban, hogy mekkora TVK kerülhet a PTE KK-hoz átcsoportosításra, komoly nehézségeket jelentett.

2009-ben a finanszírozási rendszer több alkalommal változott (TVK, EMAFT), 2010-től azonban ismét a TVK alapú finanszírozás lépett életbe, így a 2009. év nem képezett megfelelő számítási alapot a várható OEP finanszírozás meghatározására. Ennek következtében az Egyetem az átvett feladatok vonatkozásában a 2008. évi TVK-adatokból indult ki az aktív fekvőbeteg-ellátás, a járóbeteg-ellátás és a labor vonatkozásában, ennek megfelelően tervezte meg a 2010. évi várható OEP-finanszírozást.

A krónikus ellátás esetében, mivel az OEP-finanszírozás napidíj alapú, ezért a működtetni kívánt ágyszámra vetített 85%-os ágykihasználtsággal tervezte meg az intézmény bevételét. A teljesítményalapú finanszírozáson túl bizonyos feladatok (gondozás, sürgősségi) ellátásáért az OEP fix díjat fizet, így ez is beépítésre került a bevételi tervbe, továbbá a tételes elszámolású (esetfinanszírozott) eszközök után járó térítés is.

A fentiek alapján az intézmény várható OEP bevételét az átvett feladatok vonatkozásában összefoglalóan az alábbi táblázat szemlélteti:

Az átvett feladatból származó teljesítményért a 2008. évi finanszírozást alapul véve tehát a PTE évi 3,1 milliárd forint OEP-bevételre számított.

Az egészségügyi finanszírozásra vonatkozó Kormányrendelet (43/1999) értelmében a feladatátvétel esetén az átadó és az átvevő egészségügyi szolgáltatónak meg kell állapodnia arról, hogy az utolsó háromhavi teljesítmény után járó finanszírozás melyik szolgáltatót illesse meg. A BMK működésének utolsó éveiben jelentős összegű adósságállományt halmozott fel, aminek rendezését jogutódként a fenntartó önkormányzat vállalta magára, ezért az önkormányzat igényt tartott a teljesítményfinanszírozás jelentős részére, annak ellenére, hogy újabb működési költségei már nem merültek föl. Az Egyetemnek ugyanakkor a feladat átvétele kapcsán többletköltsége merült föl, amihez szükséges lett volna

6.1. táblázat. Az átvételre kerülő feladatra jutó OEP-bevétel

Kassza	Mértékegység	Teljesítmény/hó		Betétel (ezer forint)	
		TVK	lebegő	havi	éves
Aktív fekvő	súlyszám	1 039,18	n.a.	151 720	1 820 640
Aktív fekvő (TVK mentes)	súlyszám	150,00	n.a.	21 900	262 800
Járó	németpont	35 251 591	n.a.	51 467	617 608
Labor	laborpont	8 791 774	7 557 317	15 913	190 958
Teljesítmény finanszírozás összesen				241 001	2 892 006
Krónikus (20 ágy)	súlyozott nap	620,5		3 475	41 698
Rehabilitáció (20 ágy)	súlyozott nap	776		4 344	52 122
Krónikus/rehab. ellátás összesen				7 818	93 820
Gondozói fix díj	Ft	7500		7 500	90 000
Esetfinanszírozott bevétel	Ft	4600		4 600	55 200
OEP finanszírozott gyógyító tevékenység összesen				260 919	3 131 026

Aktív teljesítménydíj: 146 eFt/súlyszám

Járó teljesítménydíj: 1,46 Ft/pont

Labor lebegő fajlagos: 0,4072 Ft/pont, intézményi pont: 0,9733

20 krónikus és 20 kard. rehab ágy 85%-os kihasználtsággal, alapidj 5.600 Ft/nap

A közreműködők (Harkány, Betegápoló Irgalmas Rend) által üzemeltetendő ágyakon képződő bevétel nincs figyelembe véve

¹ Zemplényi Antal (2009): A Baranya Megyei Önkormányzattól 2010. január 1-jével átvett feladat ellátásának gazdasági hatáselemzése. Pécs, 2009. november 12. Szenátusi előterjesztés, 2–8.

a többletfinanszírozásra, így kompromisszumos megoldásként a felek megállapodtak, hogy az egyetemet egyhavi finanszírozás (kb. 228 millió forint) illeti meg a BMK 2009. december havi teljesítménye alapján.

A Baranya Megyei Önkormányzat a feladat ellátásához kapcsolódó működési költségekhez nem járul hozzá, ugyanakkor évente 1 millió forintot biztosít a vagyongazdálkodásba adott ingó vagyon állagának megóvására. Ezzel szemben az egyetem az ingó vagyon után évi bruttó egymillió forint vagyongazdálkodási díjat fizet az önkormányzat számára. (Ez utóbbi természetesen szerepel a kiadási oldalon.)

A PTE KK az OEP-bevételeken túl évi 60–70 millió forintra becsülte a többlet saját bevételt, amit az átvett kapacitásokkal tud realizálni, ami elsősorban a fizetős betegek számának növeléséből származna.

A fentieknek megfelelően az átvett feladatok ellátásából származó források tervezett értéke 2010-ben összesen mintegy 3,422 millió forintot tett ki. A következő évekre a bevételeket jelen értéken tervezte az intézmény, az OEP bevételt változatlan összeggel, míg a saját bevétel vonatkozásában évi 2%-os tervezett bővüléssel számolt.

Az átvételre kerülő feladat költségei

A Rákóczi úti telephely fenntartási költségei és egyéb adminisztrációs költségek

Az integráció Szakmai Programjának orvosszakmai koncepciója alapján a BMK-tól átvett feladatok többségét az Egyetem továbbra is az eredeti telephelyen, a Rákóczi úton kívánta ellátni. Kivétel ez alól a szülészet-nőgyógyászat, ami az elképzelések szerint az Édesanyák úti telephelyre költözne át, illetve a gerontopszichiátria, ami a Nyár utcai telephelyen kerülne elhelyezésre.

A koncepció szerint a 400 ágyas klinikai tömb felújítása miatt, annak részleges kiürítésével a Rákóczi úti telephelyre költözne a Sebészeti Klinika, és a sebészet számára háttérrel nyújtó szakmák – így a belgyógyászat és az intenzív ellátás – ágyszáma is bővítésre kerülne. Ezáltal a Rákóczi úti telephely fekvőbeteg-ellátó kapacitása jelentősen bővülne, amitől az infrastruktúra kihasználtságának javulását és az üzemfenntartás fajlagos költségeinek csökkenését várta az intézmény.

A BMK-ban az épület fenntartásához, működtetéséhez kapcsolódó szolgáltatások jelentős részét külső vállalkozók látták el – épület-karbantartás, műszaki üzemeltetés, munka- és biztonságvédelmi, műszer-karbantartási és egyéb feladatok –, aminek jó részét a PTE a saját, meglévő szervezeti egységeivel elenyésző létszám-bővítéssel is el tudja látni, ezért e tekintetben szintén a fajlagos költségek csökkentésével számolt az intézmény. A többi, a PTE-n is külső szolgáltató által biztosított tevékenység vonatkozásában a PTE a szerződéseinek kiterjesztésével, illetve új közbeszerzési eljárás lefolytatásával kívánta a szükséges szolgáltatásokat biztosítani.

A telephely fenntartásához kapcsolódó és egyéb adminisztrációs költségek tekintetében az Egyetem jelentős összegű költségsökkentést tervezett. Az új szerződések kedvezőbb feltételekkel történő megkötése, a feladatok jelentős részének saját apparátussal történő ellátása és az adósságállományhoz kapcsolódó kamat és faktorálási költségek elmaradásának eredményeként a PTE havi 43 millió forinttal, tehát évi mintegy fél milliárd forinttal alacsonyabb költséggel tervezte a feladatellátását, mint amennyi költség a korábbi években a BMK-ban felmerült.

A telephely fenntartásához és egyéb adminisztrációs feladatok ellátásához kapcsolódó költségek tervezésének részletezését a 2. számú melléklet tartalmazza.

Betegellátáshoz kapcsolódó közvetlen dologi költségek

A feladatellátás kapcsán felmerülő terápiás költségek (gyógyszer, szakmai anyag, vér, egyéb anyag, kötszer) vonatkozásában a BMK-ban jellemző fajlagos költségekkel számolt az intézmény. A teljes ellátást figyelembe véve a kórház egy súlyszámra vetítve 48 ezer forintot költött el közvetlen dologi kiadásokra. A PTE KK tevékenysége vonatkozásában az átlagos fajlagos terápiás költség a progresszív ellátás miatt magasabb volt: 55 ezer forint/súlyszám.

Az intézmény-összevonás tekintetében lényeges szempont volt, hogy az átvett feladatra jutó fajlagos költség ne emelkedjen meg az egyetemi környezetben, ezért az intézmény a többletfinanszírozás vonatkozásában

6.2. táblázat. Az átvett feladatra jutó összes bevétel várható alakulása 2010–2014 között

Megnevezés	2010. év (eFt)	2011. év (eFt)	2012. év (eFt)	2013. év (eFt)	2014. év (eFt)
OEP bevétel	3 359 829	3 131 026	3 131 026	3 131 026	3 131 026
Önkormányzati támogatás	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Saját bevétel	61 889	63 127	64 389	65 677	66 991
Bevétel összesen	3 422 718	3 195 153	3 196 416	3 197 703	3 199 017

a Megyei Kórházban jellemző terápiás költségekkel számolt.

Az élelmezés vonatkozásában az Egyetemnek kedvezőbb szerződése volt, mint a BMK-nak, így a szerződés ki-terjesztésével jelentős megtakarításra számított. A BMK közreműködői szerződéseivel ellátott feladatainak jelentős részét a terv szerint a PTE szervezeti egységei vállalják át, illetve a korábban külső szolgáltatóktól rendelt vizsgálatokat a PTE KK végzi el alacsonyabb önköltséggel, mint amennyit a kórház korábban kifizetett. Ennek eredményeként e tételek vonatkozásában összességében éves szinten mintegy 43 millió forint megtakarítást tervezett az intézmény. A költségtervezés részletezését a 3. számú melléklet tartalmazza.

Összefoglalva tehát dologi költségek terén az Egyetem mintegy 26%-os csökkenést irányozott elő a BMK-ban felmerült költségekhez képest, ami összegszerűen éves szinten 561 millió forint megtakarítást jelent.

Az átvételre kerülő feladathoz kapcsolódó létszámok és személyi jellegű költségek

Az orvosszakmai és az azt kiszolgáló műszaki-gazdasági terület integrált feladatainak ellátásához – a Szakmai Programban részletezettek szerint – 480 fő foglalkoztatását tartotta indokoltnak az Egyetem. A Feladat-ellátási szerződésben foglaltak szerint azonban a PTE vállalta, hogy 2009. december 31-én a BMK munkaügyi nyilvántartásában lévő valamennyi dolgozót 2010. január 1-jén továbbfoglalkoztatja, ami jelentősen meghaladta a 480 főt. Ezt figyelembe véve a tervezett leépítések kifizetéséig magasabb bérköltséggel kellett számolni, illetve a leépítésekhez kapcsolódó egyszeri felmentési és végkielégítési költség is terhelte az intézményt, tehát ezzel is számolni kellett. A többletlétszám (mintegy 80 fő) leépítésének egyszeri költségét 200 millió forintra becsülte az Egyetem.

Az átvételre kerülő létszámra tervezett személyi jellegű költségek alakulását 2010. és 2011. évre vonatkozóan a 4. számú melléklet tartalmazza.

Az integráció kapcsán felmerülő egyszeri költségek

Az ingatlan vagyongazdálkodási szerződése értelmében a PTE egyszeri 50 millió forint összegű díjat volt köteles fizetni a vagyongazdálkodási jog alapításáért. Ezen túlmenően az informatikai rendszer illesztésének többletköltségével számolt az intézmény, ami további 85 millió forint egyszeri költséget jelentett.

A TIOP-pályázat megvalósítása alatt a kiköltöztetendő klinikák elhelyezése, illetve a betegellátás párhuzamos helyszíneken történő ellátásának megszüntetése jelentős átalakításokat igényelt, aminek költségét a műszaki tervek alapján az Egyetem 650 millió forintra becsülte. A forráshiány ellenére az intézmény betervezte ezt a kiadást, mivel az átalakítás alapvető feltétele a racionális telephelyi struktúra kialakításának.

Az Egyetem a következő egyszeri költségekkel számolt:

6.3.2.4. AZ INTEGRÁLT FELADAT ELLÁTÁSÁNAK FENNTARTHATÓSÁGA

Az átvett feladatokra jutó költségeken túl a PTE KK gazdasági fenntarthatóságát alapvetően az határozza meg, hogy az OEP milyen mértékben finanszírozza a klinikák teljesítményét. Az integráció tervezésekor nem állt rendelkezésre hivatalos információ a 2010. évi TVK-ra vonatkozóan, ezért az Egyetem a saját tevékenysége kapcsán szintén a 2008. évi finanszírozási adatokból indult ki, azt figyelembe véve tervezte meg a TVK-t és az OEP bevételét.

A már korábban is ellátott tevékenységre és az átvett feladatokra jutó fent részletezett teljesítmény adatokat, bevétel- és költségterveket alapul véve a PTE KK az alábbiak szerint tervezte meg az intézmény várható eredményét:

A 6.4. táblázat öt évre vonatkozóan tartalmazza a PTE KK átvett feladatokkal bővült bevételeit és költségeit és az így kialakuló eredményt. A 2010. évi bevétel tartalmazza a BMK 2009. december hónapra vonatkozó finan-

6.3. táblázat. Az átvételre kerülő feladatra jutó tervezett dologi költségcsökkentés

Megnevezés	BMK havi átlag költség 2009-ben (1–5. hó alapján) (eFt)	Havi átlag költség az átvételt követően a PTE-n (eFt)	Az átvett feladat vonatkozásában felmerülő éves átlag költség a PTE-n (eFt)	Integráció eredményeként várható költségcsökkenés
Telephely fenntartási és adminisztrációs ktg összesen	93 212	50 089	601 069	-517 477
Betegellátáshoz kapcsolódó közvetlen dologi költség	85 559	81 917	983 001	-43 712
Dologi költségek összesen	178 772	132 006	1 584 069	-561 189

szírozását is, így 2010. évre összességében 13 havi OEP bevételt tervezett az intézmény.

A személyi jellegű költségek 2010-ben tartalmazzák a leépítések során felmerülő egyszeri terheket, majd a következő évekre a továbbfoglalkoztatott létszámra jutó bérköltséget.

A dologi költségek között 2010-ben szerepelnek a feladatátvétel egyszeri költségei, majd a későbbi évekre jelenértéken változatlan költségekkel számoltunk.

Összegzésül tehát megállapítható, hogy az Egyetem által összeállított fenntarthatósági elemzés arra a feltételre épült, hogy amennyiben a PTE KK részére meg-

6.4. táblázat. Az integráció kapcsán tervezett egyszeri költségek

Megnevezés	Összeg (eFt)
Infrastruktúra, telefon összekapcsolás	15 000
Migráció/labor és medsol illesztés	70 000
Informatikai költségek összesen	85 000
Nyár utca, Bajnok utca, Ifjúság útja	113 000
Akác úti telephely	218 000
Édesanyák útja: Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika műtőblokk rekonstrukciója	280 000
Rákóczi úti telephely	20 000
Munkácsy úti telephely	20 000
Beruházások: a szervezeti egységek áthelyezésének költsége összesen	651 000
PTE dolgozóinak leépítési költsége (kb. 80 fő)	200 000
Létszámleépítés költsége összesen	200 000
Vagyonkezelői jog alapítása	50 000
Összesen	986 000

6.5. táblázat. Az integrált intézmény várható gazdasági eredménye 2010–2014 között

Megnevezés	2010. év (eFt)	2011. év (eFt)	2012. év (eFt)	2013. év (eFt)	2014. év (eFt)
PTE KK 2009. évi struktúrájára jutó bevételei (BMK-tól átvett feladat nélkül)					
OEP bevétel	20 103 828	20 103 828	20 103 828	20 103 828	20 103 828
Saját bevétel	585 000	596 700	608 634	620 807	633 223
Oktatási bevétel	1 010 000	1 010 000	1 010 000	1 010 000	1 010 000
OKM támogatás (kereset kieg.)	350 000	350 000	350 000	350 000	350 000
KIR elvonás	-1 130 127	-1 130 127	-1 130 127	-1 130 127	-1 130 127
Betétel összesen	20 918 701	20 930 401	20 942 335	20 954 508	20 966 924
BMK-tól átvett feladatra jutó bevétel					
OEP bevétel	3 359 829	3 131 026	3 131 026	3 131 026	3 131 026
Önkormányzati támogatás	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Saját bevétel	61 889	63 127	64 389	65 677	66 991
PTE KIR elvonás (5%)	-167 991	-156 551	-156 551	-156 551	-156 551
Bevétel összesen	3 254 727	3 038 602	3 039 864	3 041 152	3 042 466
PTE KK integrációt követő bevétele	24 173 428	23 969 003	23 982 199	23 995 660	24 009 389
PTE KK 2009. évi struktúrájára jutó költségei (BMK-tól átvett feladat nélkül)					
Személyi jellegű költségek járulékokkal	9 257 029	9 057 029	9 057 029	9 057 029	9 057 029
Dologi költségek	11 715 713	11 604 167	11 604 167	11 714 734	11 714 734
Költségek összesen	20 972 742	20 661 197	20 661 197	20 771 763	20 771 763
BMK-tól átvett feladatra jutó költségek					
Személyi jellegű költségek járulékokkal	1 691 970	1 445 489	1 445 489	1 445 489	1 445 489
Dologi költségek	1 719 069	1 584 069	1 584 069	1 584 069	1 584 069
Költségek összesen	3 411 039	3 029 558	3 029 558	3 029 558	3 029 558
Beruházások	651 000				
PTE KK integrációt követő költsége	25 034 782	23 690 755	23 690 755	23 801 321	23 801 321
Működési eredmény	-861 354	-278 248	291 445	194 339	208 068

állapított TVK a 2008. évi szintet eléri, és az intézmény a szükséges intézkedéseket a racionalizálás érdekében megteszi, abban az esetben az egyetem pozitív gazdálkodási eredménnyel tudja ellátni a Baranya Megyei Önkormányzat által átadott feladatot, és ezzel hosszú távon biztosítani tudja az átszervezések kapcsán felmerülő beruházási költségek megtérülését is.

Összegzés

A fentieket összegezve tehát az Egyetem az integráció előkészítésekor gondosan megvizsgálta, hogy az átvételre kerülő kapacitásokra mennyiben van szüksége, ezt mutatószámokra épülő háttérelmzésekkel is alátámasztotta. Ez alapján a 282 aktív fekvő ágy átvételét és működtetését az átvett többletfeladat ellátásához szükségesnek tartotta, ugyanakkor szakmák közötti belső átcsoportosítást is indokoltnak tartotta, így 15 ágy átcsoportosítását tervezte a tüdőgyógyászati szakmából a belgyógyászati szakma javára. A krónikus fekvő kapacitásokat a BMK-ban működő ágyszámmal változatlanul fenn akarja tartani az Egyetem. A járó kapacitásokat túlzónak ítélte, ezek szüneteltetéséről, illetve átcsoportosításáról azonban nem kívánt azonnal dönteni, ezért 2010 első félévének tapasztalatait megvárva, arra alapozva tervezte az átcsoportosítást végrehajtani.

Az átvett kapacitásokkal arányosan került megtervezésre a szakmánként várható esetszám és a teljesítmény. A teljesítményre jutó finanszírozás tervezésében azonban problémák adódtak. Mivel a 2009. évben a finanszírozás technikája többször is változott, ezért nem biztosított megfelelő kiindulási alapot a tervezéshez. Az Egészségügyi Minisztérium által adott tájékoztatás alapján a 2008. évi finanszírozási szintre állította be az intézmény az OEP forrásokat, a BMK és a PTE KK akkori TVK-ját összeadva.

Az Egyetem vállalta, hogy a BMK-val 2009. december 31-én jogviszonyban álló összes munkavállalót jogutódlással átveszi, ugyanakkor 80 főt elérő csoportos létszámléépítést hajt majd végre, annak érdekében, hogy a többlet-bérlétszám finanszírozható legyen. Ez alapján összességében 480 főnél nem lehet nagyobb az a létszám, amennyivel a PTE KK humán erőforrás állománya tartósan bővül.

A bevétel bővülését a PTE KK első évben 3254 millió forintra tervezte, majd a következő évektől 3038 millió forinttal számolt. A költségek az első évben a tervek szerint 4062 millió forinttal emelkedett volna. Ebből 986 millió forint az integrációból fakadó egyszeri költség, ami a szükséges beruházások megvalósításából, a léptetések egyszeri terheiből, informatikai illesztések költségeiből és a vagyonkezelői jog alapításának egyszeri dí-

jából áll. A költségek a következő évektől a terv szerint 3029 millió forintot tettek volna ki.

A prognózis alapján tehát 2011-től az átvett feladatra jutó bevétel és költség egyensúlyba került volna. Az integráció tehát azon túlmenően, hogy jelentős segítséget nyújt a TIOP-pályázat végrehajtása tekintetében a puffer telephely biztosításán keresztül, az első év után már egy fenntartható, gazdaságos működést is lehetővé tett volna az Egyetem klinikai területe számára.

6.3.3. Az integráció eredménye

Az integráció előkészítésével kapcsolatos elemzés bemutatására azért volt szükség, hogy meghatározható legyen,

- melyek voltak azok az információk, amelyekre a vezetés a döntését alapozta,
- illetve a vezetés milyen intézkedéseket tervezett végrehajtani annak érdekében, hogy az integráció gazdasági szempontból is előnyös legyen.

Az integráció megvalósulását követő időszak gazdasági adatait megvizsgálva megállapítható, hogy az adatokra vonatkozó feltételezések megalapozottak voltak-e, illetve elégséges volt-e azon információk köre, amelyeken a döntés alapult. Továbbá kiértékelhető, hogy az intézmény vezetése által tervezett intézkedések megvalósultak-e, ha igen, hozták-e a tervezett eredményt, ha nem, miért maradt el.

A vizsgálat ez irányú aspektusára azért van szükség, mert jelen esetben egy alulról kezdeményezett, az egészségügyi szolgáltatók vezetői által menedzselt folyamatról volt szó, amit bár az egészségpolitika irányítói nyomon követtek, a lebonyolításban azonban támogató módon aktívan nem vettek részt. E tekintetben tehát lényeges kérdés, hogy meddig terjed az intézményi szintű vezetés mozgásteré, és ez elégséges-e a hatékonyság javításához.

A következőkben az intézmény kapacitáskihasználtságára, betegforgalmára, bevételeire és költségeire vonatkozó idősoros adatokat vizsgálom meg annak érdekében, hogy megállapítsam, a 2009–2011 között bekövetkezett változások mennyiben támasztják alá, hogy

- a PTE KK technikai hatékonysága ebben az időszakban javult,
- az integrált intézmény technikai hatékonysága javult a korábban külön-külön működő szolgáltatók hatékonyságához képest.

Az elemzés során a 2009–2011. közötti időszak adatait dolgoztam fel. Az elemzés elvégzéséhez szükséges adatokat elsősorban a Pécsi Tudományegyetem biztosította. Az adatok feldolgozottsága, illetve struktúrája bizonyos korlátokat támaszt az elemzés teljes körűségét illetően. Ebből kifolyólag a jelen dolgozat a betegforgalmi és teljesítmény adatok vonatkozásában az aktív fekvőbeteg-ellátásban bekövetkezett változások értékelésére irányul. Ez ugyan nem ad teljes képet az integráció eredményéről, de mivel az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozása teszi ki az összes bevétel mintegy 90%-át, ezért ez a terület gazdasági szempontból meghatározó részét lefedi a PTE KK teljes gazdálkodásának, így megítélésem szerint érdemi következtetések levonását is lehetővé teszi.

A hatékonyság változásának értékeléséhez az alábbi kérdések megválaszolása szükséges:

1. Az ellátási feladat összeadódásával mennyire változott meg a kapacitások kihasználtsága?
2. Mennyiben változott az egy ágyra jutó teljesítmény (súlyszám), bevétel és üzemeltetési költség, illetve az egy ágyra jutó fedezet?
3. Mennyiben nyúlt hozzá az intézmény a kapacitásaihoz, annak struktúrájához az igénybevételhez történő hozzáigazítás érdekében?
4. Az összeadódó TVK mennyiben változtatta meg az egyes szakmákra jutó TVK arányt az intézményen belül? Az integrációban nem érintett szakmák betegforgalmára mennyire hatott közvetett módon az integráció? Ennek mi volt az oka? Milyen következményekkel járt? Hogy hatott ez a várólistákra?
5. Milyen hatással volt az átvett feladat az átlagos ápolási napokra? Az egyetemi ellátási struktúrában rövidült-e az átlagos ápolási napok száma?
6. Hogy változott a normatív napok száma és az ahhoz viszonyított ápolási idő (standard nap hányados – SNH)?
7. Az átvett feladat mennyiben változtatta meg az esetösszetétel indexet (case-mix index – CMI) az egyes szakmákban? Felhúzta-e az egyetemi ellátási struktúra a BMK betegeinek CMI-jét?
8. Hogy változott meg a humán erőforrás létszáma? Mennyiben változott a munkavállalókra jutó teljesítmény (súlyszám)?

Az elemzéshez a következő adatok szükségesek:

A PTE-re és a BMK-ra vonatkozóan 2009-re, 2010-re és 2011-re szakmánkénti és ahol lehet, klinikánkénti bontásban:

- ágyszám,

- ápolási napok száma,
- normatív napok száma,
- aktív fekvő esetszám,
- súlyszám,
- TVK,
- létszám (munkaköri csoport bontásban).

Vizsgálandó mutatók:

- ágykihasználtság,
- egy ágyra jutó teljesítmény,
- esetre jutó súlyszám vagy CMI,
- átlagos ápolási napok száma,
- standard nap hányados (SNH),
- egy orvosra jutó súlyszám.

6.3.3.1. A KAPACITÁSOK ELEMZÉSE

Struktúra

A feladatátadási szerződés a BMK korábbi teljes egészségügyi kapacitását és ellátási területét érintette. A Klinikai Központ 2010. és 2011. évi integrált fekvőbeteg-szakellátási struktúráját az 5. számú melléklet mutatja. A PTE aktív fekvőbeteg-szakellátás ágyszáma 282 ágyszámmal bővült. A PTE szakellátási köre két szakmával bővült: a tüdőgyógyászattal és az infektológiával.

Új ellátási formaként összesen 126 krónikus, illetve rehabilitációs ágy került átvételre. A feladatátadási szerződés értelmében a 35 krónikus és 35 rehabilitációs ágyat át kellett adni a Zsigmond Vilmos Harkányi Gyógyfürdő-kórház részére. A kapacitás átadása nem valósult meg, ugyanakkor Baranya Megyei Önkormányzat által megfogalmazott szándékkal összhangban az Egyetem közreműködői szerződést kötött, aminek keretében 70 ágy működtetését a Harkányi Gyógyfürdő-kórház végzi.

Az Egyetem 2010–2011 között több lépcsőben valószínűleg megkapacitás-átcsoportosítást, ami az alábbiak szerint történt:

2010-ben a belgyógyászati szakma vonatkozásában a BMK-ban korábban 28 ágyas belgyógyászati mátrixként működő egységet a következő szakmára osztotta szét:

- 7 ágy általános belgyógyászat,
- 13 ágy gasztroenterológia,
- 8 ágy kardiológia.

Ezen felül a traumatológiából két ágy átcsoportosításra került az érsebészetre, a többi ágy változatlanul átvételre került a BMK-ból.

2011-ben a tüdőgyógyászat területéről 15 ágyat átcsoportosítottak a reumatológiai szakmába, ami ezt követően közreműködői szerződéssel szintén a Harkányi Gyógyfürdő-kórház üzemeltetésébe került.

A fekvőbeteg-ellátási kapacitások tekintetében tehát az egyetem a Szakmai Programban és az ellátási szerződésben foglaltaknak megfelelő átcsoportosításokat hajtotta végre, illetve egy ezzel szorosan nem összefüggő átcsoportosítást is végrehajtott (traumatológiáról két ágy az érsebészetre), ami az Érsebészeti Klinika TIOP Pólus pályázatban tervezett ágyszámának eléréséhez volt szükséges.

A lehetséges és elszámolt ápolási napok hányadosaként kalkulált ágykihasználtságot megvizsgálva azonban felmerül a kérdés, hogy az integráció időpontja óta eltelt két évben nem lett volna-e szükség további kapacitás-módosításra.

A kihasználtság elemzése

A vizsgálat szempontjából a szakmákat két csoportra osztottam: integrációban érintett és integrációban nem érintett szakmákra. Az ágykihasználtság változása alapvetően az esetszám, az átlagos ápolási nap és az ágyszám változásával függ össze, tehát ezek együttes figyelembevételével célszerű értékelni az ágykihasználtság változásának okait. Az aktív fekvő kapacitás-kihasználtsági adatait a 6. számú melléklet részletezi.

A 2009–2011-es évek adatait vizsgálva a következők állapíthatók meg:

Intézményi szinten összességében nem változott az ágyszám, azonban csökkent az ellátott aktív fekvőbetegek száma, ami mindenképpen az ágykihasználtság romlásához vezetett. Megfigyelhető, hogy az integrációban érintett szakmák vonatkozásában nagyobb mértékben csökkent az ágykihasználtság (-7,4%), mint a nem érintett szakmákban (-4,9%).

Az integrációban érintett szakmák esetében az ágykihasználtság romlása az ápolási napok számának jelentős csökkenésére vezethető vissza (-10,4%), ami elsősorban az esetszám jelentős visszaesésével (-9,2%) és az ápolási idő rövidülésével (-1,3%) magyarázható.

Az integrációban érintett szakmák közül az intenzív ellátás ágykihasználtsága a legalacsonyabb, ami azonban speciális megítélés alá esik. E tekintetben a statikus vizsgálat nem megfelelő, és torz következtetésekre adhat okot. Az alacsony átlagos ágykihasználtság az intenzív esetében jelentős szórást mutathat, ha a napi kihasználtságot is vizsgáljuk. Csúcsterhelés esetén, egyes napokon a kihasználtság akár a 100%-os szintet is elérheti, ami indokoltá teszi, hogy a szükséges kapacitásokat az intézmény tartósan fenntartsa. Másrészt az alacsony ágyszám miatt néhány ágy üresen tartása is már jelentősen csökkenti a kihasználtságra vonatkozó arányszámot.

Más a helyzet azonban a tüdőgyógyászati szakmá-

ban, ahol az integrációt megelőzően szintén alacsony volt az ágykihasználtság. A 15 ágy tervezett és megvalósított átcsoportosításával 2011-re a kihasználtság 15%-kal javult, az átlagos ápolási idő csökkenése ellenére. A kapacitás átcsoportosítása tehát indokolt lépés volt az Egyetem részéről.

A tüdőgyógyászat és az intenzív mellett az infektológiai szakmában nőtt az ágykihasználtság az integrációt követően, aminek az állá háttérében, hogy jelentősen megemelkedett az átlagos ápolási napok száma. Figyelembe véve, hogy az esetösszetétel index és a normatív napok száma is emelkedett, vélhetően ebben az időszakban nagyobb arányban jelentek meg a bonyolultabb és ezáltal hosszabb idejű ellátást igénylő esetek.

A belgyógyászati szakmákban (általános belgyógyászat, gasztroenterológia, endokrinológia) bekövetkezett változások elemzése az adatok struktúrájából fakadóan nehézkes, mivel a 2009. évi adatok a BMK esetében csak a belgyógyászati mátrix szintjén állnak rendelkezésre. Azt azonban meg lehet állapítani, hogy a PTE KK belgyógyászati szakmáira jellemző ágykihasználtság 2009-ben mindhárom szakmában 80% felett volt, ami kedvező értéknek tekinthető, különösen, hogy ezt nem a magas átlagos ápolási napok számával érte el az intézmény (az SNH 0,81–0,93 között van a három szakmában)², hanem a betegek gyors forgási sebességével. Az integrációt követően azonban az említett három szakma esetében az ágykihasználtság jelentősen romlott.

A pszichiátria, a sebészet, a szülészeti és az érsebészeti vonatkozásában mindenhol romlott az ágykihasználtság, ami az esetszám és/vagy az átlagos ápolási napok számának csökkenésével magyarázható.

Az integrációban közvetlenül nem érintett szakmák esetében is lényeges változás figyelhető meg az esetszámban és az ágykihasználtságban is. Néhány szakmától eltekintve mindenhol csökkent az esetszám, ami alapvetően arra vezethető vissza, hogy az összevont intézmény teljesítményvolumen-korlátja (TVK) a korábbi éveknél alacsonyabb szinten került meghatározásra. A teljesítmény korlátozása a súlyszám és az ellátott esetszám csökkentését vonta maga után, ami az ágykihasználtság romlásához vezetett.

A szakmák esetében bekövetkező változások alaposabb értelmezéséhez az esetösszetétel és a betegutak alakulásának mélyebb elemzése lenne indokolt. Jelen szakdolgozat elsősorban a betegforgalmi adatok gazdálkodásra gyakorolt hatásával foglalkozik, így e tenden-

2 SNH: standard nap hányados

ciák a bevételre és költségre gyakorolt hatásuk szempontjából relevánsak.

Összesítve elmondható, hogy az Egyetem ágykihasználtsága 2010-re 4%-kal, míg 2011-re már 6,2%-kal csökkent 2009-hez képest.

Az ágykihasználtsági mutatót a hatékonyság megítélésakor óvatosan kell kezelni, mivel az új terápiás eljárásoknak köszönhetően rövidülhet az átlagos ápolási idő, illetve az egynapos beavatkozások arányának növekedése is az ápolási napok számát csökkenti. Az ágykihasználtság inkább olyan szempontból releváns mutató, hogy amennyiben a kihasználtság alacsony, abban az esetben mérlegelendő, hogy az ágyszám csökkentésével miként szűkíthető az „üzemméret” úgy, hogy az fix költségek mérséklődésével is együtt járjon (pl. épület kiürítése, telephely megszüntetése vagy terület bérbeadása).

A Klinikai Központ vonatkozásában megállapítható, hogy az ágykihasználtság egyes szakmákban nem éri el a 60%-ot sem. Az esetszám csökkenése miatt a fekvő kapacitások egy része feleslegessé vált, ugyanakkor komoly kérdést jelent, hogy milyen átszervezéseket lehet végrehajtani annak érdekében, hogy az ágyszám csökkenése az üzemeltetési költségek csökkenését is eredményezze.

Megfigyelhető azonban, hogy az ágykihasználtság az integrációban nem érintett klinikák esetében is változott, ami az alábbi tényezőkre vezethető vissza:

- Csökkent az intézmény TVK-ja, ezért a klinikák kevesebb esetet láttak el, ami csökkentette az ápolási napok számát, miközben a kapacitás nem változott.

- Egyes szakmákban (szemészet, bőrgyógyászat) egyre nagyobb arányt képvisel az egynapos, illetve ambuláns ellátás. Ezt tükrözi a normatív napok számának csökkenése is, ami az OEP az irányú szándékát tükrözi, hogy minél rövidebb ideig tartsák bent a beteget az intézményben, csökkentve ezzel az intézményeket terhelő költségeket.

2011 májusára a 400 ágyas klinikai tömb két szárnya szinte teljes egészében felszabadult. A kiköltöző klinikák a Rákóczi úti telephelyre kerültek, ahol ezáltal a telephely kihasználtsága lényegesen javult, és a telephelyen számított egy ágyra jutó üzemfenntartási költség csökkent. Természetesen a 400 ágyas klinikán ezzel ellentétes trend mutatkozott, hiszen a két szárny részleges lezárása és egyes szintek kiürítése nem okozta az üzemfenntartási költségek arányos csökkenését, elsősorban a fűtési költségek miatt.

Méretgazdaságosság

Az ágykihasználtság romlása előrevetíti, hogy a rendelkezésre álló kapacitás túlméretezett az intézményben, ami méretgazdaságossági szempontból is hátrányos, hiszen a rendelkezésre álló infrastruktúrával kevesebb esetet lát el az intézmény, mint lehetne, és ezáltal a bevételei is elmaradnak a lehetségestől. Mivel az OEP-bevétel teljesítményfinanszírozáson alapul, így az egy ágyra jutó súlyszám (mint teljesítmény) változása fejezi azt ki, hogy az intézmény méretgazdaságossága javult-e vagy sem.

2009-ben a PTE KK-ban 84,4 súlyszám jutott egy ágyra, míg a BMK-ban 47,8 súlyszám volt az átlagos súlyszám-teljesítmény ágyanként. A majdnem kétszeres különbség a közel azonos ágyra jutó esetszám mellett jól tükrözi az egyetem magasabb progresszivitási szintjét. Az egy ágyra jutó finanszírozás tehát az egyetem esetében lényegesen magasabb volt.³ A két intézmény adatait összevontan vizsgálva 2009-ben az egy ágyra jutó teljesítmény 77,9 súlyszám volt, ami 2011-re 73,8 súlyszámra csökkent ágyanként. A 4,1 súlyszám-csökkenés azt jelenti, hogy 2011-ben ágyanként 615 ezer forinttal kevesebb⁴ bevételt ért el az intézmény, mint két évvel korábban a két intézmény külön-külön.

Ebből az következik, hogy az egy ágyra jutó fedezet is romlott a két intézmény összevonását követően. Annak érdekében tehát, hogy az integrált intézmény a gazdaságos üzemlételet érje el, nem tartható fenn az összevonás előtti állapot szerinti (1299 + 282 = 1581) aktív ágyszám. A 2009. évi súlyszám/ágy arány eléréséhez 5,2%-os ágyszám-csökkentésre lenne szükség, ami mintegy 82 ágy megszüntetésével járna.

6.3.3.2. A FINANSZÍROZÁS ÉS A BETEGFORGALMI ADATOK ELEMZÉSE

Finanszírozás (TVK)

A fenntarthatósági elemzés kidolgozásakor nem volt ismert a 2010. évi finanszírozási keretszám, illetve éppen akkor állt át az OEP lebegődíjas finanszírozásról TVK ala-

3 Az egy ágyra jutó finanszírozás pontos értékeléséhez a TVK vizsgálata is szükséges lenne. Az egy ágyra jutó finanszírozás értékelésénél csak a súlyszámra hagyatkozunk, mivel ez az érték jól közelíti a finanszírozás összegét is. Elsősorban azért, mert a vizsgált időszakban az a finanszírozási gyakorlat uralkodott, hogy az év végén az OEP kasszasóprás révén jelentős összegű kiegészítő finanszírozásban részesülnek az egészségügyi szolgáltatók, ennek minden évben alapját képezte a TVK feletti finanszírozatlan teljesítmény. Ez alapján tehát állítható, hogy a TVK ellenére az elszámolt teljesítmény erős korrelációt mutat az intézmény OEP finanszírozásával.

4 Az összehasonlíthatóság kedvéért egységesen 150 ezer forint/súlyszám-mösszeggel számolva 2009-re és 2011-re is, és nem véve figyelembe, hogy 2009-ben eltérő finanszírozási technika és eltérő alapdíj volt.

pú finanszírozásra, ezért a 2009. évi finanszírozás nem képezett megfelelő alapot a jövőben várható finanszírozás modellezésére.

A BMK és a PTE KK 2008. évi TVK-ja 113 ezer súlyszámot tett ki, ehhez jön még az év végi kiegészítő finanszírozás, amit súlyszámban kifejezve megállapítható, hogy a két intézmény együttesen az aktív fekvőbeteg-ellátás vonatkozásában mintegy 116 ezer súlyszámnak megfelelő finanszírozásban (113 ezer súlyszám TVK + 3 ezer súlyszám kiegészítő díjazás) részesült. Az Egészségügyi Minisztérium javaslatára az Egyetem ezt az adatot vette alapul a terv meghatározásakor.

Mind a 2010. évi, mind a 2011. évi TVK jelentősen alacsonyabb volt a tervezetthez képest. Az OEP bevételek alakulását a későbbi fejezetekben részletezzük, előljáróban azonban megállapítható, hogy a tervtől való 10–14%-os elmaradás komoly kihatással volt az intézmény OEP bevételére és a működési eredményére. A tervezett finanszírozástól való elmaradás arányát finanszírozási formánként a 6. számú táblázat szemlélteti.

A teljesítményvolumen-korlát ilyen drasztikus mértékű csökkenése azt eredményezte, hogy az intézmény a TVK feletti teljesítmények jelentős korlátozásával reagált, aminek eredményeként 2010-ben az integrált intézmény aktív fekvő teljesítménye közel 8 ezer súlyszámmal alacsonyabb volt, mint 2009-ben a két intézményé együtt!

2011-ben a TVK némileg emelkedett, a klinikák és intézetek azonban nem növelték jelentős mértékben a teljesítményüket. Ennek az áll a háttérben, hogy bár

2011-től az OEP a TVK feletti teljesítést degresszív módon megtéríti, a finanszírozási összeg (45 ezer forint/súlyszám) nem fedezi az ellátás változó költségét, ezért az ellátott esetszám növelése veszteséget generálna. A TVK és a teljesítmények viszonyát a 6.1. számú ábra szemlélteti.

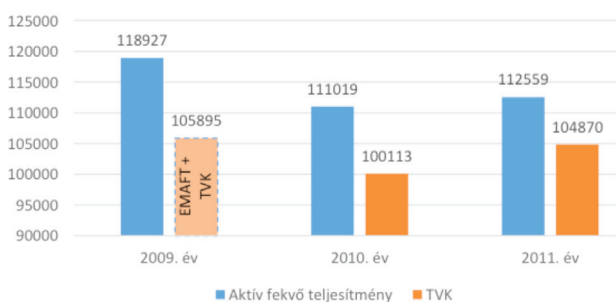
Kézenfekvő, hogy csökkenő TVK mellett az intézmény a rendelkezésre álló kapacitásait nem tudja megfelelően kihasználni, ezért az intézmény vezetése a TVK emelését próbálja elérni a finanszírozónál.

E tekintetben azonban ellenérdekeltség mutatkozik a finanszírozó és az intézmény között, mivel a rendelkezésre álló országos TVK felülről korlátozott, tehát az egyedi intézményi igényt csak más egységek rovására lehet teljesíteni, ami politikai szempontból nehezen kezelhető helyzetet szül, és a múltban már számos anomáliát okozott. A funkcionális integráció, az intézmények szorosabb együttműködése, esetleg összevonása a Semmelweis Terv stratégiai célkitűzései között szerepel. Rendkívül demotiváló módon hat ugyanakkor az a tényező, hogy a feladatátvételt követően az intézmény TVK-ja az összevonás előtti állapotnak megfelelő szinten marad. Ezt tartalmilag úgy is fel lehetne fogni, hogy egy komplett kórház működtetése átvételre került, miközben finanszírozást nem kapott hozzá az átvevő intézmény. A helyzet természetesen ennél jóval árnyaltabb, hiszen az integráció eredményeként a TVK is összeadódott, csak a TVK-csökkentés éppen annyit tett ki, mint amennyi többletet az átvett feladattal az intézmény kapott. Azt azonban súlyos hibaként kell értékelni, hogy az integrációval kapcsolatos döntést megelőzően az intézmény e tekintetben nem kapott kellően pontos információt, így erre a körülményre nem készülhetett fel. A TVK-csökkentésre vonatkozó információk ismeretében az integráció vélhetően más feltételekkel valósult volna meg.

Teljesítmény, esetszám és esetösszetétel alakulása

A finanszírozás korlátozása esetén felmerül a kérdés, hogy az intézmény hogyan priorizál, vagyis a TVK-t milyen elvek alapján allokálja a szakmák között, illetve mely ellátásokat korlátozza és melyeket nem. A teljesítményváltás szakmánkénti értékelésekor az PTE KK és a BMK

Aktív fekvő teljesítmény és TVK alakulása 2009–2011 között, súlyszámban



6.1. ábra. A teljesítmény és a TVK viszonya

6.5. táblázat. Az integrált intézmény várható gazdasági eredménye 2010–2014 között

Ellátási forma	Integrált intézmény tervezett TVK	2010. év TÉNY TVK	Arány	2011. év TÉNY TVK	Arány
fekvő (súlyszám)	116 257	100 113	86%	104 870	90%
járó (németpont)	1 568 808 034	1 336 073 285	85%	1 473 716 343	94%
labor+PCR (németpont)	460 061 640	355 831 854	77%	385 662 240	84%

2009. évi összesített teljesítményét viszonyítottam az integrált intézmény 2011. évi adataihoz, aminek során a teljesítmények szakmánkénti megoszlását és az eset-összetétel-index (CMI) változását vizsgáltam.

Az adatok alapján nagyon vegyes kép mutatkozik, ezért általános érvényű következtetést nehéz levonni, azt azonban meg lehet állapítani, hogy az integrációban érintett szakmák esetében nagyobb arányban csökkent a teljesítmény (-6,7%), mint azokban a szakmákban, amelyek korábban csak az Egyetemen voltak jelen (-4,5%).

Megállapítások:

A 2010. évben országosan csökkentett az aktív fekvő TVK, aminek hatása a PTE KK esetében 10%-os, míg a Megyei Kórháznál 26%-os csökkentést jelentett. 2010-ben az összevont TVK körülbelül annyit tett ki, mint amennyi a PTE KK-nak önállóan volt 2008-ban. Abból fakadóan azonban, hogy az átvett feladatra jutó TVK nagyobb mértékben csökkent, mint az országos átlag, az Egyetemen is nagyobb arányban kellett a teljesítményt korlátozni.

Az egyetem vezetése a TVK klinikai leosztásán keresztül két főbb csoportban korlátozta a teljesítményeket: egyrészt azokon a szakmai területeken, amelyek korábban mind a klinikákon, mind a Megyei Kórházban jelen voltak (belgyógyászat, sebészet, szülészet és nőgyógyászat), másrészt a magas fajlagos változó költséggel dolgozó, jórészt elektív ellátásokat végző területeken (ortopédia, szemészet, szívsebészet).

A TVK klinikai leosztásának változását a 8. számú melléklet tartalmazza.

A TVK csökkenése azonban közvetett módon az integrációban nem érintett szakmákra is hatott. Bár az esetszám csak 2,7%-kal csökkent, egyes szakmák esetében azonban kiugró változás következett be. A legnagyobb arányú esetszám-csökkenés az ortopédia, a szemészet és a szívsebészet területén következett be, aminek az oka, hogy a magas változó költség miatt az intézmény vezetése az e szakmákat képviselő klinikákon csökkentette leginkább a TVK-t.⁵

6.7. táblázat. TVK-változás aránya 2008-ról 2010-re

Megnevezés	2008. év (súlyszám)	2010. év (súlyszám)	Változás aránya
Pécsi Tudományegyetem (PTE)	99 848	90 122	90,3%
Baranya Megyei Kórház (BMK)	13 538	9 991	73,8%
Összesen	113 385	100 113	88,3%

⁵ Az intézményi szintű TVK leosztása klinikákra történik, ugyanakkor egyes klinikák több szakmai profilt is képviselnek.

A képet árnyalja, ha az esetszámot és az esetre jutó súlyszámot (CMI) is vizsgáljuk. Az integrációban érintett szakmák esetében az esetszám 9,2%-kal csökkent, míg a nem érintett szakmákban összességében csak 2,7%-os volt a visszaesés. A belgyógyászati szakmákban, a sebészetben és a szülészet-nőgyógyászatban nagyon jelentős esetszám-csökkenés következett be. Ez feltételezhetően annak is köszönhető, hogy a párhuzamos ellátások száma csökkent, de természetesen ennek validálása további elemzéseket tenne szükségessé. Az esetre jutó súlyszám viszont komplementer módon változott, az integrációban érintett szakmákban 2,7%-kal emelkedett, míg a nem érintett szakmákban 1,8%-kal csökkent, összességében intézményi szinten 0,1%-os, szinte elhanyagolható növekedés mutatkozott.

Az átvett szakmák közül jelentősen emelkedett a CMI a fertőző és a tüdőgyógyászati szakmákban, ami korábban nem volt része az egyetemi a szakmai portfóliónak. Szintén emelkedett a CMI az intenzív szakmában és az érsebészetben is. Az utóbbi esetében a CMI emelkedés arra vezethető vissza, hogy a TVK korlátozás miatt jelentősen lecsökkent az esetszám, és így nagyobb arányt képviseltek a kevésbé halasztható, bonyolult ellátást igénylő esetek. Az integrációban érintett klinikák esetében kivétel nélkül csökkent a CMI, a belgyógyászati klinikákon ez meghaladta a 20%-ot és a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán is majdnem elérte a csökkenés ezt a mértéket. Ez gazdasági szempontból nem tekinthető előnyösnek, hiszen minél nagyobb az esetre jutó súlyszám általában⁶ annál nagyobb fedezet képződik a fix költségek finanszírozására is, ebben az esetben viszont ellentétes tendencia látszik mutatkozni: az infrastruktúra és a humán erőforrás bővülésével jelentősen emelkedett a fix költség, ugyanakkor az esetre jutó finanszírozás és így a fedezet is romlott a PTE KK korábbi helyzetéhez képest.

A PTE KK és a BMK adatait 2009-re vonatkozóan összesítetten vizsgálva, és ezt viszonyítva a 2011. évi adatokhoz, az állapítható meg, hogy az esetre jutó súlyszám 1,1-ről 1,14-re emelkedett, ami 2,7%-os emelkedést jelent, miközben az esetszám 9,2%-kal csökkent. Ebből arra lehet következtetni, hogy a csökkenő esetszám az alacsonyabb súlyszámú esetek köréből került ki, ami az Egyetem progresszív ellátó szerepköréből is fakadhat.

⁶ A fedezet minden HBCs esetében más és más, hiszen az OEP úgy alakította ki a HBCs súlyszámát, hogy az figyelembe veszi a változó költség mértékét. Minél nagyobb a változó költség, annál nagyobb a súlyszám értéke is. A fedezetet tehát az határozza meg, hogy a változó költség és a súlyszám hogy aránylik egymáshoz. A belgyógyászati szakmákban azonban jellemzően nem olyan magas a súlyszámra jutó változó költség, mint például a sebészeti szakmákban, ezért a belgyógyászat és a szülészet-nőgyógyászat esetében az esetre jutó súlyszám csökkenése a fedezet romlását is eredményezi.

Az integrációban nem érintett klinikák esetében rendkívül változó kép mutatkozik. Egyes klinikák esetében nagymértékben nőtt a CMI (pl. az Ortopédiai Klinikán 10%-kal nőtt), míg más klinikákon némileg csökkent (pl. fül-orr-gégészeten 9%-kal csökkent), ugyanakkor a csökkenés mértéke jelentősen elmarad az integrációban érintett klinikáktól.

Összességében megállapítható tehát, hogy az integráció eredményeként a PTE KK eset-összetétel indexe csökkent, ami a PTE KK szempontjából a fedezet romlását eredményezte, ugyanakkor a korábban párhuzamosan működő szakmákban az adatokat összesítetten vizsgálva megállapítható, hogy az esetszám jelentősen csökkent, ami a kevésbé bonyolult ellátást igénylő alacsonyabb súlyszámú esetek köréből került ki. Ez arra engedhet következtetni, hogy egyes párhuzamosságból fakadó többlet-ellátások eliminálódtak a rendszerből, ami a finanszírozó szempontjából a hatékonyság javulását jelenti.

A betegforgalommal összefüggésben még egy tényezőt érdemes vizsgálni, ami az intézmény költségeit jelentősen befolyásolhatja, ez az ápolási napok száma. Az egészségügyi szolgáltatók ápolási napjainak számát egy vizsgált időszakban az esetszám és az átlagos ápolási idő határozza meg. Az integrációban érintett szakmák esetében megfigyelhető, hogy az esetszám csökkenése mellett az átlagos ápolási napok száma is csökkent. Míg 2009-ben a két intézményt együtt vizsgálva az átlagos ápolási napok száma 5,46 volt, addig 2011-ben 5,41, közelítve ezzel az Egyetemen korábban jellemző átlagos értéket. Egy ápolási nap költségét 10 ezer forintba becsülve és figyelembe véve, hogy 2011-ben 439 ezer ápolási nap volt a PTE KK-ban, az átlagos ápolási napok számában bekövetkező csökkenés 35 millió forint összegű megtakarítást jelentett.

Szakmai szempontból további – jelen szakdolgozat témáján túlmutató – vizsgálat tárgyát képezhetné, hogy amennyiben a progresszivitás csúcsán álló intézmény az esetszám csökkentésére kényszerül, az hogy hat a környező egészségügyi szolgáltatók betegforgalmára, illetve milyen hatással van a betegek szempontjából az ellátáshoz való hozzáférhetőségre (pl. a várólisták növelésén keresztül), ezzel lehetne a rendszer egészére vonatkozó következtetéseket levonni.

6.3.3.3. A HUMÁN ERŐFORRÁS-HELYZET ELEMZÉSE

Létszám

2010. január 1-jével a feladatellátásról szóló megállapodás értelmében a Pécsi Tudományegyetem jogutódlással átvette a BMK dolgozóit. Az már az előzetes elemzések összeállításakor kiderült, hogy a feladat ellátásához a teljes létszám továbbfoglalkoztatására nem lesz szükség, másrészt ismeretes volt, hogy 2007-ben a BMK még a PTE KK-nál is nagyobb ágyszám-, illetve TVK-csökkenést szenvedett el, amit nem követett a humán erőforrás arányos szűkítése. Mindezt figyelembe véve és a gazdaságossági szempontokat szem előtt tartva, az Egyetem 480 fő tartós foglalkoztatását tervezte.

A következőkben a létszám alakulását az Egyetem 2009. évi adataihoz viszonyítva vizsgálom, annak érdekében, hogy az Egyetem humán erőforrás helyzetében bekövetkezett változást lehessen értékelni.

A létszámadatokat megvizsgálva látható, hogy 2010. január 1-jétől 531 fővel bővült a Klinikai Központ aktív állománya. Ezen belül a klinikák és intézetek létszáma összesen 22,3%-kal emelkedett, ami nagyjából arányos a kapacitás (ágyszám, szakorvos óraszám) bővülésével.

Az összefoglaló táblázat értelmezéséhez fontos megjegyezni, hogy az átvett dolgozók vonatkozásában a

6.8. táblázat. A PTE KK létszámának alakulása 2009–2011 között

Megnevezés	2009. december	2010. január	2011. december	Változás 2009-ről 2010-re		Változás 2009-ről 2011-re	
				Értékben	%-ban	Értékben	%-ban
Ápolók	921,4	1 077,2	1 104,1	155,9	16,9%	182,7	19,8%
Asszisztensek	545,9	758,4	669,3	212,5	38,9%	123,5	22,6%
Egyéb diplomás	31,2	41,4	36,0	10,2	32,8%	4,8	15,4%
Fizikai dolgozók	101,5	132,3	117,6	30,7	30,3%	16,1	15,9%
Gazdasági műszaki	152,4	157,6	158,4	5,3	3,4%	6,0	3,9%
Orvosok	487,0	571,7	622,5	84,7	17,4%	135,5	27,8%
Létszám összesen	2 239,3	2 738,5	2 707,9	499,3	22,3%	468,6	20,9%
KK központi egységek létszáma	173,2	204,9	166,6	32	18,3%	-7	-3,8%
Klinikai Központ létszám összesen	2 412,5	2 943,5	2 874,5	531	22,0%	462	19,2%

munkaköri besorolások sok esetben tévesen kerültek meghatározásra, ezért ez időközben korrigálásra került, ami módosította az átvett dolgozók munkaköri csoportonkénti megoszlását, így e tekintetben a 2011. évi adatok az irányadóak.

2010-ben az egyetem csoportos létszámleépítést hajtott végre, ami elsősorban a központi igazgatásban dolgozókat érintette, ugyanakkor a klinikákon folyamatos lemorzsolódás is történt, aminek eredményeként 2011. év végére már csak 469 fővel volt magasabb a létszám, az integráció előtti állapothoz képest. 2011-ben szervezeti átalakítások eredményeként mintegy 40 fő került áthelyezésre a Klinikai Központ központi egységeiből az Egyetem más egységeihez, ahol további leépítésekre került sor.

Az Egyetem az adminisztratív területen tudta az átvett feladatokat a leginkább többlet erőforrás nélkül el látni, ezért az integrációt követő leépítés is ezt a munkavállalói kört érintette a legerőteljesebben.

Létszámra jutó teljesítmény

A klinikákon és intézetekben dolgozó létszám a kapacitással arányosan bővült, ugyanakkor az előző fejezetekben leírtak alapján látható, hogy a fekvőbeteg esetszám és a teljesítmény jelentősen csökkent az összevonás előtti állapothoz képest, ami felveti a kérdést, hogy a kihasználatlan kapacitások indokoltá teszik-e a többletlétszámot.

Ennek mélyebb vizsgálata a létszámra jutó teljesítmény és terhelési mutatók elemzésével végezhető el, ami azonban jelen esetben csak bizonyos korlátok között értékelhető, mivel az Egyetemen a dolgozói létszám klinikai szinten van nyilvántartva, és nincs szétválasztva járó és fekvőbeteg ellátásra. E probléma kiküszöbölése érdekében ezért azt a megoldást választottam, hogy a különböző szakmákban jellemző teljesítmény adatokat súlyszámra standardizáltam, amit az egységnyi teljesítményre jutó finanszírozás összege alapján hoztam közös nevezőre.⁷ Így az egységnyi standardizált teljesítményre

jutó létszám már kimutatható. Mivel a teljesítmény az OEP finanszírozás alapja, így a mutató gazdasági tartalma tulajdonképpen a munkavállalóra jutó finanszírozást jelenti. A standardizált teljesítmény alkalmas arra is, hogy ez alapján a fajlagos működési költségeket és a működési bevételeket értékelni lehessen.

A létszámra vetített teljesítmény alakulását az elmúlt három évben a 6.9. számú táblázat szemlélteti.

2011-re az orvosok esetében mintegy 15%-kal, míg a szakdolgozók esetében 10%-kal csökkent az egy főre jutó súlyszám. Ez gazdasági szempontból rendkívül kedvezőtlen tendenciát jelent. Az orvosok esetében például az egy főre jutó 39,9 súlyszám csökkenése azt jelenti, hogy 2011-ben mintegy 6 millió forinttal kevesebb finanszírozás jut egy orvos bérének fedezetére, mint 2009-ben.

Az orvoslétszám értékelésekor azonban tekintettel kell lenni arra is, hogy a rezidensfinanszírozás 2009-ben megváltozott, ami alapján a rezidensek két éves gyakorlati képzését már nem finanszírozza külön forrásból a NEFMI, így annak költségét az egészségügyi szolgáltatóknak kell kigazdálkodniuk. A Pécsi Tudományegyetem egyben orvosképző intézmény is, ezért e szerepből fakadóan jelentős feladatot vállal a rezidensek foglalkoztatásában. Mivel a rezidenseket korábban központi forrásból finanszírozta az akkori Egészségügyi Minisztérium, ezért az egyetem a rezidenseket külön státuszon tartotta nyilván.

Az orvoslétszámra vonatkozó fenti adatsor e tekintetben tehát némi torzítást tartalmaz. Abból a szempontból azonban, hogy mekkora az a létszám, amit az OEP-forrásokból finanszírozni kell, mégiscsak ez a megfelelő megközelítés, hiszen a rezidensek finanszírozására egyéb forrás már nem áll rendelkezésre.⁸

A létszám bővülése tehát hiába volt arányos a kapacitásokkal, a teljesítmény növekedése ettől jóval elmaradt. Komoly problémát jelent azonban a TVK teljesítménykorlátozó hatása, ami nem teszi lehetővé, hogy a beteg-

⁷ Ez alapján tehát 1 súlyszám = 150 ezer forint, 1 német pont = 1,5 forint, 1 súlyszám = 100 ezer német pont

⁸ Ehhez hozzátartozik, hogy az új finanszírozási rendszerben az ún. központi gyakornokokat továbbra is a központi költségvetés finanszírozza, ugyanakkor a számuk elenyésző, és elsősorban a háziorvosok képzéséhez kapcsolódik, nem a fekvőbeteg-ellátáshoz.

6.9. táblázat. Az egy dolgozóra jutó súlyszám alakulása 2009–2011 között a PTE KK-ban

Munkaköri csoport	2009. év	2010. év	2011. év*	Változás 2009-ről 2010-re		Változás 2009-ről 2011-re	
				Értékben	%-ban	Értékben	%-ban
Szakdolgozók	89,8	77,5	81,0	-12,8	-13,8%	-8,8	-9,8%
Orvosok	270,6	248,8	230,8	-21,9	-8,1%	-39,9	-14,7%
Egyéb dolgozók	462,4	429,2	460,5	-33,1	-7,2%	-1,9	-0,4%
Összesen	58,9	51,9	53,1	-6,9	-11,8%	-5,8	-9,9%

forgalom növelésével az intézmény javítson ezen a mutatón, a létszámleépítés pedig a jelenlegi ágazati humán erőforrás problémái miatt rendkívül kényes kérdés.

A fentiek alapján tehát megállapítható, hogy a létszám két év alatt elérte azt a szintet, amivel az Egyetem ez integráció megtervezésekor számolt (kb. 480 fő bővülése), ugyanakkor a TVK jelentős csökkenése és a teljesítmények visszaesése miatt gazdasági szempontból ez a létszám is túlzó, a személyi költségek nem finanszírozhatók.

A humán erőforrás helyzetének pontos értékelése érdekében meg kellene vizsgálni az egyéb jogviszonyban (megbízási, vállalkozási szerződéssel) foglalkoztatottak számának alakulását is, erre azonban nem áll rendelkezésre megfelelő idősoros adat, ezért ennek hatásával a személyi jellegű költségek vizsgálatánál foglalkozom.

Ügyelet

A feladatátvitel eredményeként természetesen az ügyeleti ellátás is átalakult, a korábban megosztott ügyeletet jelenleg a PTE KK látja el. Ennek eredményeként az aneszteziológiai, a sebészeti és a belgyógyászati szakmában csökkenteni lehetett a behívós ügyeleti sorok számát. Meg kell azonban állapítani, hogy a két intézmény összevonásával az ügyeleti rendszerben érdemi előrelépést nem lehetett elérni, mivel továbbra is fennáll a több telephelyes működés problémája, ami jelentős párhuzamosságokat okoz a rendszerben. Az ügyeleti ellátás tekintetében nagyfokú előrelépést jelent majd a 400 ágyas klinika épületének felújítása. Az ott kialakításra kerülő központi sürgősségi ellátás és a központi műtőblokk jelentősen csökkenteni fogja az ügyeletesek számát, és a feladatok koncentráltabb ellátásával lényegesen javítható lesz a költséghatékonyság.

6.3.4. Az integráció hatása az intézményi gazdálkodásra

A kapacitások, az ellátás, a finanszírozás és a humán erőforrás helyzetében bekövetkezett változások rövid értékelését követően szeretném bemutatni, hogy a fentiek milyen hatással voltak az intézmény gazdasági helyzetére. Ennek keretében áttekintem, hogy a bevételek és a költségek hogy viszonyultak a tervhez, mennyiben változtatta meg az integráció az intézmény likviditási helyzetét, szállítókkal szembeni pozícióját, illetve fenntartható-e ez alapján az átvett feladat ellátása?

Az elemzéshez figyelembe vett adatok:

- standardizált teljesítmény,
- működési költségek (személyi, terápiás és üzemi általános),

- összköltség,
- összbevétel.

Az elemzésben vizsgált mutatók:

- egy súlyszámra jutó bevétel,
- egy súlyszámra jutó működési költség.

6.3.4.1. A KLINIKAI KÖZPONT MŰKÖDÉSI EREDMÉNYE ÉS LIKVIDITÁSI HELYZETE

A BMK 2009. évi gazdálkodásának eredményéről nem áll rendelkezésre pontos adat, az első félévről kapott kontrollingadatok alapján azonban becsülhető, hogy a kórház mintegy 600 millió forint összegű működési veszteséget termelt, illetve közel két milliárd forintot tett ki a kifizetetlen számla állomány. A PTE KK ugyanabban az időszakban 323 millió forint veszteséget termelt, és mintegy 4 milliárd forint összegű kifizetetlen számlaállománnyal rendelkezett. Mindkét intézmény tehát jelentős gazdálkodási nehézségekkel küzdött, amit az Egyetem az integráció eredményeként megvalósítható költségcsökkentéssel kívánt kezelni. A BMK 2009. évi költségeihez képest az elképzelések szerint a dologi költségek már az első évben 500 millió forintot meghaladó mértékben csökkentek volna, míg a személyi költségeket mintegy 700 millió forinttal kívánta mérsékelni az Egyetem a korábbihoz képest alacsonyabb létszám átvételével, csoportos létszámleépítés végrehajtásával és az ügyeletek átszervezésével. Ezzel szemben közel 1 milliárd forint összegű egyszeri költséggel számolt az Egyetem. A bevételek tekintetében a 2008. évi TVK-val kalkulált az intézmény, ami nagyjából megegyezett a 2009. évi finanszírozással is.

2010-ben a PTE KK havonta mintegy 250–300 millió forint veszteséget termelt. A működési költségek tartósan és folyamatosan meghaladták a TVK által behatárolt bevételt. Mindezek következtében a működési veszteség 2010 decemberére elérte a 3 milliárd forintot, amit az év végén biztosított konszolidációs forrás mérsékelni tudott, így az intézmény a 2010. évet 1 653 millió forint veszteséggel zárta. A korábbi években felhalmozódott szállítói állomány ezért tovább emelkedett, és elérte az 5,6 milliárd forintot. Az év végén folyósított konszolidációs összeg ugyan csökkentette a hiányt, a működésből fakadó veszteség azonban folyamatosan jelentkezett, ezért 2011-ben a 2010. évi ütemnek megfelelően emelkedett ismét a kifizetetlen szállítói állomány.

A 2011. évet a PTE KK az előző évnél is nagyobb, mintegy 2027 millió forint összegű működési veszteséggel zárta.

A folyamatos veszteséges működés és a szállítói állomány ebből eredő emelkedése olyan kritikus likviditási helyzetet teremtett az Egyetem számára, ami már az ellehetetlenülés határára sodorta a működést. Az ilyen mértékű szállítói állomány azt jelentette, hogy az eredeti fizetési határidőhöz képest több mint 200 napos csúszással fizetett az Egyetem. Több szállító volt, aki a követelését fizetési meghagyás útján érvényesítette, illetve fizetési átütemezési technikákkal tudta az intézmény a működését úgy, ahogy fenntartani. A 2011. év utolsó hónapjaiban azonban már a gyógyszer szállításban is jelentős fennakadások voltak, ami a betegellátásra is hatással volt. Az adósságállomány ilyen mértékű felhalmozódása nemcsak a betegellátás biztonságát veszélyezteti, hanem jelentős költséggel is jár, hiszen a szállítók késedelmi kamatot érvényesítenek, illetve a fizetési átütemezések is jelentős költséggel járnak. A PTE KK vonatkozásában 2011-ben mintegy 200 millió forint összegű késedelmi kamat jelentkezett, ami tovább mélyítette a válságos gazdasági helyzetet.

A 2011. év végén a PTE KK 4873 millió forint konszolidációs forrást kapott, amivel jelentősen tudta csökkenteni a szállítói állományát, az intézmény 60 napon túl lejárt tartozásállománya lényegében megszűnt. Az OEP bankszámlához kapcsolódó tartozásállomány 2011. évi alakulását a 6.2. ábra mutatja.

Összességében megállapítható, hogy a beérkezett többletforrásoknak köszönhetően a 2011. évi gazdálkodás az év végén egyensúlyba került, ugyanakkor a működési bevételek és költségek között jelentkező különbség továbbra is fennállt.

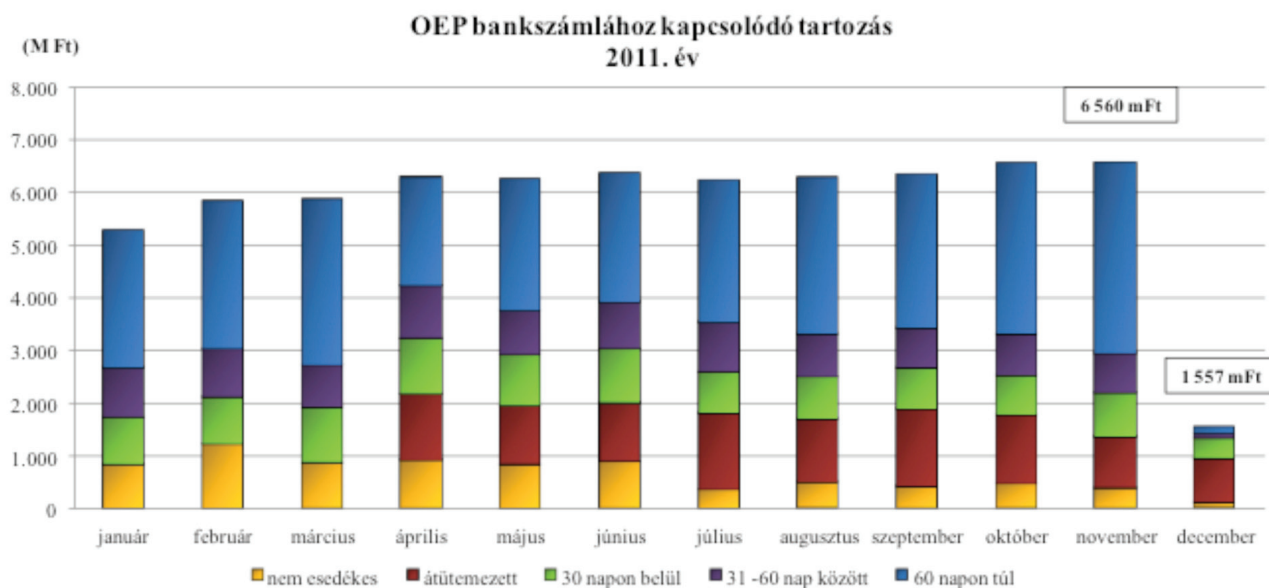
6.3.4.2. A GAZDASÁGI MUTATÓK VÁLTOZÁSA AZ INTEGRÁCIÓT KÖVETŐEN

A Klinikai Központ integrációval kapcsolatos döntését elsősorban az motiválta, hogy 400 ágyas klinika felújításának idejére olyan puffer telephelyet használhasson, ahol a betegforgalom korlátozása nélkül tudja ellátni feladatait. Másrészt a teljesítmények csökkenésének elkerülése volt a cél annak érdekében, hogy bevételkiesést ne szenvedjen el az intézmény. Ennek az ára azonban az volt, hogy egy teljes telephely üzemeltetését és a teljes munkavállalói állományt át kellett vennie az intézménynek. Az egyetemi közvélemény a PTE KK drámai gazdasági helyzetéért az integrációt tette felelőssé. A következőkben áttekintjük, hogy a PTE KK adósságspirálba kerülését mennyiben magyarázta az integráció, illetve mennyiben hatottak erre egyéb tényezők.

Teljesítményre jutó költségek

Az aktív fekvőbeteg-ellátás, a krónikus ellátás és a járóbeteg-ellátás teljesítmény adatait a korábban leírt módszertan szerint standardizáltam, így alkalmassá vált, hogy fajlagos mutatót képezzek belőle. Az adatokat összefoglaló táblából kiderül, hogy 2009. és 2011. év között a klinikák és intézetek teljesítménye 9%-kal emelkedett, a működési költségei ugyanakkor 19,3%-kal nőttek meg.

A költségek tehát nagyobb mértékben emelkedtek, mint a teljesítmény, ami azt a már korábban is megfogalmazott állítást erősíti meg, hogy az intézmény technikai költséghatékonysága romlott. A működéshez



6.2. ábra. A PTE KK szállítói állományának alakulása 2011-ben

6.10. táblázat. A klinikák és intézetek teljesítménye, költsége és fajlagos költsége 2009–2011 között

Klinikai Központ teljesítménye és fajlagos költsége							
Megnevezés	2009. év	2010. év	2011. év	Változás 2009-ről 2010-re		Változás 2009-ről 2011-re	
				Értékben	%-ban	Értékben	%-ban
A	B	C	D	F=C-B	GF=C/B-1	H=D-C	I=D/C-1
Aktív teljesítmény (súlyszám)	109 407	115 194	117 047	5 787	5,3%	7 640	7,0%
Krónikus teljesítmény (ápolási nap)	0	10 862	13 860	10 862	–	13 860	–
Teljesítmény (németpont)	2 239 482 960	2 646 985 408	2 591 658 472	407 502 448	18,2%	352 175 512	15,7%
Súlyszámra standardizált teljesítmény	131 802	142 205	143 655	10 403	7,9%	11 853	9,0%
Klinikák/Intézetek költség adatai							
Személyi+járulék keretek (ezer Ft)	8 997 720	10 321 809	10 645 831	1 324 089	14,7%	1 648 112	18,3%
Dologi keretek EFI nélkül (ezer Ft)	6 636 960	6 899 880	7 536 960	262 920	4,0%	900 000	13,6%
Üzemi általános keretek (ezer Ft)	2 375 744	3 053 330	3 311 781	677 586	28,5%	936 037	39,4%
Működési költségek összesen (EFI nélkül)	18 010 424	20 275 019	21 494 573	2 264 595	12,6%	3 484 149	19,3%
Egy súlyszámra jutó költségek							
Személyi+járulék keretek (ezer Ft)	68,27	72,58	74,11	4,3	6,3%	5,8	8,6%
Dologi keretek (ezer Ft)	50,36	48,52	52,47	-1,8	-3,6%	2,1	4,2%
Üzemi általános keretek (ezer Ft)	18,03	21,47	23,05	3,4	19,1%	5,0	27,9%
Működési költségek összesen (ezer Ft)	136,6	142,6	149,6	5,9	4,3%	13,0	9,5%

kapcsolódó személyi juttatások és járulékai, a terápiás eljárásokhoz kapcsolódó dologi költségek és az infrastruktúra működtetéséhez kapcsolódó üzemi általános költségek tekinthetők ebben a megközelítésben inputnak, míg a standardizált teljesítmény az output.

A táblázatban látható,⁹ hogy a teljesítményre vetítve a legnagyobb mértékben az üzemi általános költségek emelkedtek (27,9%-kal). Ennek az a magyarázata, hogy az egyetem egy korábban önálló kórházként működő telephelyet (Rákóczi út) vett át, amely viszonylag nagy, és ezért a költségei is magasak. Negatív elemként értékelhető, hogy bár jelentős létszámcsökkenéssel járt együtt az integráció, ez nem volt elégséges, hiszen az egy súlyszámra jutó személyi költség 8,6%-kal emelkedett, aminek finanszírozására a teljesítmény nem biztosítja a fedezetet. A legkisebb mértékben, de szintén kedvezőtlen irányba változott a fajlagos dologi költség, ami 4,2%-kal emelkedett egy súlyszámra vetítve. A do-

logi költségeket szigorú keretgazdálkodással kordában lehet tartani, ezért e tekintetben van az intézmény vezetésének a legnagyobb mozgástere, a személyi juttatásokat és az üzemi általános költségeket azonban csak nagyobb átszervezésekkel, drasztikusabb intézkedésekkel lehet lefaragni, és ezzel az intézmény működését a bevételekhez igazítani.

Az adatok azt igazolják, hogy a működési költségek nem igazodtak a teljesítményhez az integrációt követő két év során. A 2009. évi fajlagos mutatókat figyelembe véve meghatározható, hogy az egyes költségcsoportokban milyen mértékű csökkentést kell annak érdekében véghezvinni, hogy a 2009. évi hatékonysági szintre álljon be az intézmény.¹⁰

Eszerint összességében 1 384 millió forinttal kellett volna költségeket csökkenteni ahhoz, hogy a PTE KK az integráció előtti hatékonysági szintet elérje.

9 Az egy súlyszámra jutó működési költség 136,6 ezer forintról 2011-re 149,6 ezer forintra emelkedett. A táblázatban figyelembe vett költségek nem tartalmazzák az általános felosztott költségeket, ezért ebben az esetben ez az érték még nem vehető össze az OEP alapdíjjal, ami a TVK erejéig 150 ezer forint súlyszámanként.

10 A számítás figyelembe veszi, hogy 2010-ben a súlyszámra jutó finanszírozás 146 ezer forintról 150 ezer forintra emelkedett, így az egy súlyszámra jutó költség 2,74%-kal magasabb lehet azonos fedezeti szint mellett.

6.11. táblázat. Az indokolt költségcsökkentés mértéke a 2009. évi fajlagos mutatók alapján

Költségek	2009. év	2011. év	teljesítménynövekedés alapján indokolt költség	Eltérés
Személyi+járulékos költségek (ezer Ft)	8 997 720	10 645 831	10 046 803	-599 029
Dologi költségek EFi nélkül (ezer Ft)	6 636 960	7 536 960	7 410 792	-126 169
Üzemi általános költségek (ezer Ft)	2 375 744	3 311 781	2 652 742	-659 039
Költségek összesen	18 010 424	21 494 573	20 110 337	-1 384 236

A teljesítményhez viszonyított költségek mellett azonban meg kell vizsgálni, hogy a bevételek miként alakultak az integráció utáni időszakban.

Mind 2010-ben, mind 2011-ben jellemző volt, hogy az év közben befolyó bevételek havonta átlagosan mintegy 250 millió forinttal maradtak el a költségektől, viszont év végén a finanszírozó egyszeri kiegészítő díjazással a hiányt részben lefaragta.

A finanszírozás változását értékelő fejezetben bemutatásra került, hogy a tervezetthez képest jelentősen alacsonyabb TVK-t kapott az intézmény, ezért 2010-ben 10,9%-kal, míg 2011-ben 7,3%-kal lépte túl az aktív fekvő TVK-t, a járóbeteg-ellátásban és a labor vonatkozásában pedig még ezt is meghaladó mértékű a túllépés. A finanszírozatlan teljesítmény ennek következtében éves szinten elérte az 1,5 milliárd forintot. A PTE KK részére biztosított év végi kiegészítő díjazás 2010-ben 1651 millió forintot tett ki, míg 2011-ben 1728 millió forint volt. Ezzel tulajdonképpen az év végi többletforrás fedezte a finanszírozatlan teljesítményt.

A PTE KK vonatkozásában tehát azt lehet mondani, hogy az OEP-bevétel a teljesítménnyel arányosan alakul, ugyanakkor a kiegyensúlyozottabb gazdálkodás érdekében célszerűbb lenne, ha az OEP év közben fizetné ki az elvégzett teljesítmény után járó díjazást, amivel az intézmény likviditási pozícióját is kedvezőbb helyzetben lehetne tartani.

Figyelembe véve az év végi többletforrásokat és az év közben jelentkező összes költséget a PTE KK működési eredménye a vizsgált időszakban a következők szerint alakult:

Az integrációt követő években 2009-hez képes jelentősen nőtt a veszteség a többletforrások ellenére is. Azt

azonban lényeges kiemelni, hogy míg a BMK és a PTE együtt 2009-ben 119 ezer súlyszámot teljesített, addig a PTE KK már csak 112 ezer súlyszámot. Az integráció előkészítésekor és a modellszámítások elvégzésekor az intézmény 116 súlyszámnyi TVK-val számolt, ehelyett 2011-ben csak 104 ezer súlyszámot kapott. Ezt figyelembe véve tehát hiába ismerte el az OEP a TVK feletti teljesítményt a kiegészítő díjazással, a tervezettől még így is 4 ezer súlyszámmal, mintegy 600 millió forinttal elmaradt a finanszírozás.

6.3.5. A megállapítások összegzése

Az összevonást követően csökkent a TVK és ebből kifolyólag az esetszám, illetve a teljesítmény.

2009-ben, az integráció előkészítésekor a Klinikai Központ a 2008. évi finanszírozási bázis alapján tervezte meg az átvett feladat finanszírozását, az összevont intézmény teljesítményvolumen-korlátja (TVK) 2010-ben azonban jóval alacsonyabb volt, mint a korábban külön működő egységeknek együttvéve.

A teljesítményvolumen-korlát ilyen drasztikus mértékű csökkenése azt eredményezte, hogy az intézmény a TVK feletti teljesítmények jelentős korlátozásával reagált, aminek eredményeként 2010-ben az integrált intézmény aktív fekvő teljesítménye közel 8 ezer súlyszámmal alacsonyabb volt, mint 2009-ben a két intézményé együtt!

A teljesítmény, az esetszám és az ápolási napok számának csökkenése az integrációban érintett szakmákban nagyobb arányú volt, mint a nem érintett szakmákban. Ez vélhetően a párhuzamosság megszüntetéséből

6.12. táblázat. A PTE KK működési eredménye 2009–2011 között

Megnevezés	2009. év	2010. év	2011. év*	Változás 2009-ről 2010-re		Változás 2009-ről 2011-re	
				Értékben	%-ban	Értékben	%-ban
A	B	C	D	E=C-B	F=C/B-1	G=D-C	H=D/C-1
Bevétel összesen	20 664 127	23 381 934	24 544 633	2 717 808	13,2%	3 880 506	18,8%
Költség összesen	20 987 481	25 034 945	25 698 810	4 047 464	19,3%	4 711 329	22,4%
Működési eredmény	-323 354	-1 653 011	-1 154 177	-1 329 657	411,2%	-830 823	256,9%

fakad, ezért ezt az integráció eredményének lehet tekinteni. Az ápolási napok számának meg nagyobb arányú csökkenése a Klinikai Központban jellemző alacsonyabb átlagos ápolási idővel magyarázható.

A kapacitáskihasználtság romlott.

Az egyetem ágykihasználtsága 2010-re 4%-kal, míg 2011-re már 6,2%-kal csökkent 2009-hez képest. 2009-ben a Klinikai Központban 84,4 súlyszám jutott egy ágyra, míg 47,8 súlyszám volt az átlagos súlyszám-teljesítmény ágyanként a Baranya Megyei Kórházban. A majdnem kétszeres különbség a közel azonos ágyra jutó esetszám mellett jól tükrözi az egyetem magasabb progresszivitási szintjét. A két intézmény adatait összevontan vizsgálva 2009-ben az egy ágyra jutó teljesítmény 77,9 súlyszám volt, ami 2011-re 73,8 súlyszámra csökkent ágyanként. A 4,1 súlyszám-csökkenés azt jelenti, hogy 2011-ben ágyanként 615 ezer forinttal kevesebb¹¹ bevételt ért el az intézmény, mint két évvel korábban a két intézmény külön-külön. Az egy ágyra jutó fedezet tehát jelentősen romlott.

A két intézmény együttesen alacsonyabb költséggel működött, mint külön-külön.

2011-ben a Klinikai Központ 958 millió forinttal alacsonyabb költséggel működött, mint a két intézmény 2009-ben együttvéve. Az alacsonyabb működési költségek mellett azonban az első évben mintegy 723 millió forint egyszeri költség jelentkezett, ami elsősorban a költöztetések megvalósításához szükséges átalakítások miatt merült fel.

Az összevont intézmény alacsonyabb működési költsége a következő tényezőkre vezethető vissza:

- a Klinikai Központ nem vett át minden dolgozót, így alacsonyabb létszámmal látja el az átvett gyógyító tevékenységet, mint korábban a kórház,
- a párhuzamos szakmákat egy telephelyen kerültek elhelyezésre (pl. szülészeti, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati),
- az előnyösebb tartalmú szolgáltatási (pl. mosatás, ételmezés) és szállítási (pl. gyógyszer) szerződések kiterjesztésre kerültek,
- a kiegészítő szolgáltatások egy részét (karbantartás, műszerjavítás) az egyetem saját apparátusával látja el, a feladatbővülés, nem járt együtt a létszám bővülésével,

- a központi igazgatás létszámában nagyarányú csökkentés következett be,
- a kórház adósságállományát nem vette át az egyetem, így annak finanszírozási költsége nem terhelte a működést.

A Klinikai Központ technikai hatékonysága romlott a korábbi működéséhez képest

A feladatátvételt követően a Klinikai Központ csökkentette a létszámát és működési költségeit, ennél azonban nagyobb arányban csökkent a finanszírozás. Az alacsony TVK miatt az integrált intézmény visszafogta a teljesítményét, ugyanakkor a személyi és az üzemi általános költségek rugalmatlansága miatt az összes költséget nem tudta olyan mértékben lefaragni, hogy az a TVK mérsékléséből fakadó bevétel csökkenést kompenzálja.

6.4. Az integráció hatásának kezelése

A PTE KK gazdálkodásában jelentkező negatív tendencia már a 2010. évi adatok alapján felismerhető volt, ezért az Egyetem vezetése a helyzet kezelése érdekében egy stabilizációs programot állított össze. Az Egyetem megközelítése alapján a kialakult helyzetet nem lehet pusztán a működés racionalizálásával kezelni, csak közös – állami és egyetemi – szerepvállalással, a terhek megosztása révén lehet a stabil gazdálkodás feltételeit megteremteni.

6.4.1. Intézményi hatáskörű intézkedések

Az Egyetem 2010 őszén a PTE KK működésének racionalizálását az alábbi intézkedésekkel kívánta megvalósítani:

- 169 aktív ágy szüneteltetése (később leadása/konverziója krónikus ágygá) vagy
- 203 fő csoportos létszámleépítés
- a belső szolgáltatás igénybevételének csökkentése (labor, aneszteziológia),
- ügyelet átszervezésével az ügyeleti sorok csökkentése,
- egy telephely teljes bezárása (a Bőrklínika kiköltöztetésével), a 400 ágyas klinikai tömb részleges kiürítése.

Az ütemezés alapján az intézkedések végrehajtása 2010. év végén kezdődött volna meg, aminek eredményeként 2011-ben 513 millió forint, míg 2012-ben 1,1 milliárd forint megtakarítás realizálódott volna.

¹¹Az összehasonlíthatóság kedvéért egységesen 150 ezer forint/súlyszám összeggel számolva 2009-re és 2011-re is, nem figyelembe véve, hogy 2009-ben eltérő finanszírozási technika és eltérő alapdíj volt.

A programban a kormányzati hatáskörbe sorolt intézkedések a következők voltak:

- teljesítményvolumen-korlát (TVK) emelése az integráció előtt elvárt szintre,
- egészségügyi pályázatok (TIOP 2) önrészenek és nem elszámolható költségeinek biztosítása,
- az integráció egyszeri költségeinek megtérítése,
- az adósságállomány rendezése, átütemezése.

A kormányzattól az intézmény tehát elsősorban a források bővítését és az adósságállomány kezelését várta.

Az egyetemtől kapott információk alapján megállapítható, hogy a PTE KK működése tekintetében tervezett intézkedések körében 2011. december 31-ig összesen 41 ágy került szüneteltetésre, 24 főt bocsátott el a klinika, és a 400 ágyas klinikai tömb részlegesen kiürítésre került. Az ágyszám-szüneteltetésre és a létszámleépítésre vonatkozó intézkedések tehát lényegesen elmaradtak a tervezettől, az ügyeletek átszervezése nem valósult meg, a Bőrklinika nem került kiköltöztetésre.

A PTE KK működésével kapcsolatban rendelkezésre álló adatok alapján megállapítható, hogy a költségek 2011-ben nemhogy csökkentek, hanem emelkedtek az előző évhez képest (lásd 6.10. táblázat).

A kormányzati szerepvállalás tekintetében részleges sikerként értékelhető, hogy 2011. év végén mintegy 4 milliárd forint extra forrást biztosított az OEP az egyetem részére, kifejezetten a szállítói számlák rendezésére. Az adósságállomány kezelésében ezáltal jelentős előrelépés történt. A működésfinanszírozás ágán azonban sem 2011-ben, sem később nem történt érdemi elmozdulás a 2010. évi szinthez képest.

Az intézmény saját hatáskörébe tartozó intézkedések elmaradása számos okra vezethető vissza. A PTE KK vezetésével folytatott személyes interjúk és az intézmény gazdálkodásával kapcsolatban szerzett személyes tapasztalatok alapján a következőkben áttekintjük, hogy melyek azok a tényezők, amelyek korlátozzák az intézmény mozgásterét a költségek csökkentése terén.

A személyi költségcsökkentés korlátai

A szolgáltatási területeken végrehajtott kiszervezések (élelmezés, mosatás, őrzés-védés, parkgondozás), valamint a PTE KK gazdasági szervezeti egységeinek a Gazdasági Főigazgatósággal történő összevonásával a gazdasági, műszaki és egyéb dolgozók vonatkozásában a szükséges és lehetséges kiadáscsökkentést eredményező racionalizálások a 2008–2010. év folyamán megtörténtek.

Az egészségügyi szakmai területen dolgozók (orvosok, szakdolgozók) létszámának további karcsúsítását azonban az alábbi tényezők korlátozták:

- A szakmai minimumfeltételek mind az orvosok, mind a szakdolgozók vonatkozásában meghatározzák a szükséges létszámot, aminek a PTE KK meg kíván felelni (az ÁNTSZ jelenleg is átfogó ellenőrzést végez a szakdolgozók vonatkozásában).
- Az orvosok tekintetében a hiányszakmákban (pl. aneszteziológia és intenzív terápia, traumatológia) nincs lehetőség leépítésre.
- A PTE KK orvosainak jelentős része vesz részt az orvosképzésben, mely szintén alapjaiban határozza meg a létszámot.
- A szakdolgozók vonatkozásában országosan is megfigyelhető hiánytendencia is komoly kockázatot jelent az esetleges leépítésben.
- Az ügyeletek átszervezése, illetve az ügyeleti díjak csökkentése a jövedelmek mérséklődésével jár, ami egyrészt növeli az orvosok körében az elvándorlási hatást, másrészt az ügyeletek kiállítását is ellehetetleníti, mivel a törvényes munkaidőkeretet figyelembe véve egy bizonyos óraszám felett az orvos már csak az önként vállalt túlmunka terhére osztható be, amit az ügyeleti díj csökkentése esetén nem biztos, hogy elvállal.

Az egészségügyi dolgozók körében tehát létszámleépítést vagy a jövedelem csökkenését eredményező lépést nem lett volna racionális végrehajtani, mert tovább mélyítette volna az ágazat amúgy is válságos humán erőforrás helyzetét.

A kapacitás és az üzemi általános költség csökkentésének korlátai

- Nem volt ismert, hogy a Semmelweis Terv milyen feladatokat szán az Egyetemnek, és az hogyan befolyásolja az esetszám és a teljesítmény alakulását. Az köztudott volt, hogy az Egyetemmél, mint kiemelt szereplővel számol az egészségpolitika, ezért az intézmény további feladatbővülésre számít, ami a kapacitások leépítésének halasztását tette szükségessé.
- Nem állt rendelkezésre forrás olyan beruházások megvalósítására, amelyek révén a több településen működő klinikák koncentrált elhelyezése vált volna lehetővé. A Bőrklinika kiköltöztetése is többek között ezért került elhalasztásra.
- Félő volt, hogy az aktív ágyszám csökkentése vagy szüneteltetése egyúttal a TVK csökkenésével is jár, ami a költségcsökkenést meghaladó összegű bevételkiesést jelentette volna.

A terápiás dologi költségek csökkentésének korlátai

A PTE KK a betegellátáshoz közvetlenül kapcsolódó terápiás kiadások (szakmai anyag, gyógyszer, vér, egyéb anyag) területen szigorú keretgazdálkodást vezetett be, aminek eredményeként a 2008–2009 között költségmegtakarítást tudott elérni. Az utóbbi években azonban komoly hátrányt jelentett az intézmény számára, hogy a fogyóanyagok ára jelentősen emelkedett. Ez arra vezethető vissza, hogy a jelentős adósságállományból fakadóan a közbeszerzési eljárások során az ajánlattevők beépítik áraikba a késedelmes fizetés költségét, így az intézmény nem tud olyan kedvező árakat elérni, mint más jobban fizető egészségügyi szolgáltató.

Többletforrás bevonását korlátozó tényezők

A TVK szigorított változatának bevezetése azt eredményezte, hogy a TVK feletti teljesítményt semmilyen mértékben nem finanszírozza az OEP, ezért csökkent az ellátott esetek száma, megnőtt a várólista, és romlott az ágykihasználtság. A közpénzből fenntartott kapacitások ki nem használása komoly veszteséget generál, így a szabad kapacitások „értékesítésének” lehetősége nyilvánvaló megoldásként merül fel az intézmény vezetése részéről.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet e témában 2010-ben készített tanulmánya megállapítja, hogy bár van előnye annak, ha egy szolgáltató köz- és magánfinanszírozott egészségügyi ellátást is végez, de ez esetben a legproblémásabb kérdést a szolgáltatások elkülönítésének megvalósítása jelenti.

A térítéses ellátások közfinanszírozott szolgáltató általi nyújtásának egyik problémája, hogy milyen módon és milyen mértékben kell a két szolgáltatásnak elkülönülnie egymástól. Míg a bevételek és kiadások elkülönített kezelése a közfinanszírozott szolgáltatónál viszonylag egyszerűen teljesíthető, a térbeli vagy időbeli elválasztás jogszabályban definiált szigorú megkövetelése éppen a gyakorlatban leginkább jelentkező szabad kapacitások (berendezések, gépek, orvosok, szakdolgozók, üres kórházi ágyak stb.) kihasználását nehezíti meg. A teljes fizikai és időbeli elkülönülés sok esetben nehezen oldható meg, ezért Magyarországon a szolgáltatók többségénél nem tudott olyan gyakorlat kialakulni, ami maradéktalanul megfelel a szabályozási környezetnek.

A térítéses ellátások nyújtásának másik jelentős korlátja, hogy a közfinanszírozott egészségbiztosítási csomag tartalma nem került egyértelműen definiálásra. Az ellátás tartalmát (pl. a beültetett protézis típusa) általában az intézmény gazdasági lehetőségei határozzák meg. Abban az esetben, ha a beteg részéről megfogal-

mazódik az igény jobb minőségű szolgáltatás igénybevétele (pl. jobb minőségű protézis beültetése), az intézmény jogszerűen nem tudja az igényt kielégíteni. Részleges térítés (co-payment) keretében nem nyújthat az intézmény magasabb szintű szolgáltatást, mivel a szolgáltatás tartalma, amihez képest többet biztosítana, nincs egyértelműen definiálva. Ez számos betegjogi kérdést vethet fel, ezért a szabályozás hiánya miatt az intézmények többsége és így a PTE KK is tartózkodik ettől a megoldástól. A térítéses betegellátásból származó bevétel összege egy évben mintegy 100 millió forint, ami az összes forrás kevesebb, mint 0,5%-át teszi ki, ami szintén elhanyagolható az intézmény veszteségéhez képest.

A PTE KK gazdálkodásában már az integráció előtt is jelentkeztek problémák, az adósságállomány 2004 és 2007 között folyamatosan emelkedett. 2008-ban azonban a szigorú keretgazdálkodás bevezetésével, csoportos létszámleépítés végrehajtásával és a feladatarányos TVK finanszírozással sikerült elérni, hogy a gazdálkodás egyensúlyba kerüljön. Ez az állapot 2009 végéig tartott ki, majd az integrációt követően ismét komoly problémák jelentkeztek. Az intézmény vezetése e tekintetben rendkívül nehéz helyzetbe került, hiszen olyan intézkedéseket kellene végrehajtania a költségcsökkentés érdekében, amelyek az egészségügyi ágazati döntések irányával szembe mennének (pl. bértömeg csökkentése).

A döntések és az intézkedések végrehajtásának elhúzódása azonban fenntartotta a veszteségtermelő állapotot, aminek eredményeként havonta 200–250 millió forinttal nőtt az intézmény hiánya. Az adósságállományt az állami fenntartású intézmények saját hatáskörben nem tudják rendezni, ezért előbb-utóbb a feladatellátás fenntartása érdekében a kormányzat rendre beavatkozik és a központi költségvetés terhére biztosít forrást, ami általában nem eredményezi az intézmény működésének átalakulását, ezáltal ez nem tekinthető a beavatkozás hatékony módjának.

Az intézményi vezetés mozgástere tehát rendkívül szűk, a gazdálkodás merev korlátokkal rendelkezik. Az integráció után a feladat, a kapacitások, az ahhoz tartozó erőforrások és a finanszírozás arányainak megfelelő beállítása intézményi hatáskörben már szinte lehetetlen.

6.4.2. Javaslatok

A fent bemutatott integráció, ami a két egészségügyi szolgáltató saját kezdeményezésére valósult meg, és amihez mindkét intézmény fenntartója hozzájárult, a jogutód intézmény szemszögéből nézve nem hozta az elvárt eredményt. Az integrált PTE KK két éves működése

alapján az a következtetés szűrhető le, hogy célszerűbb lett volna az integrációt megelőzően a finanszírozásra vonatkozóan erősebb garanciákat elvárni a finanszírozótól, másrészt csak annyi erőforrást lett volna szabad átvenni, amennyire az intézménynek a feladat ellátásához tényleg szüksége van, mivel ennek kezelése utólag rendkívül nehezen megoldható feladatnak bizonyul.

Ehhez arra lett volna a szükség, hogy egyrészt a szabályozási környezet rugalmasabb legyen a kapacitások módosítása tekintetében, másrészt célszerűbb lett volna, ha az integráció tervezésekor a finanszírozó aktívabb szerepet vállal a várható finanszírozás tervezésében, és az feladathoz tartozó arányos kapacitások megtervezésében.

A következőkben összefoglaljuk azokat a szempontokat, amelyek mentén az egészségügyi szolgáltatók integrációjának eredményességét, az intézmények méretgazdaságos struktúrájának kialakulását nagyobb eséllyel el lehet érni.

Kapacitásszabályozás

Az intézmények az ellátási kötelezettségeik és a természetes betegutak alapján pontosan meg tudják határozni a szükséges kapacitásaikat, ezért a finanszírozási rendszeren keresztül olyan érdekeltségi rendszer kialakítására lenne szükség, ami alapján az egészségügyi szolgáltatók maguk kezdeményeznék az aktív ágykapacitásaik szűkítését. A korábbi években már voltak jó irányú kezdeményezések, amelyeket célszerű lenne továbbvinni. Ezek közé tartozik:

- Az egynapos ellátások és ambuláns ellátások finanszírozásának lényeges javítása, hogy ezek az ellátási formák versenyképesek legyenek a fekvőbeteg-ellátás HBCs finanszírozásával, és elegendő motivációt jelentsen az átállásra.
- Az aktív ágyszám csökkentésének egyszerű támogatása.
- Pályázat meghirdetése olyan beruházási programok finanszírozására, melynek eredményeként az integrációban részt vevő intézmények csökkenthetik a telephelyeik számát, vagy épületeket tudnak bezárni,
- Az integrációban részt vevő szolgáltatókkal hosszabb, egy évet meghaladó OEP finanszírozási megállapodások kialakítása, ami nagyobb garanciát jelent az integráció utáni forrásokra vonatkozóan. Akár a beruházási programokat is be lehetne vonni ezekbe a szerződésekbe.
- Az év végi kasszasöprés helyett kiszámítható finanszírozás kialakítása (az év végi pénz beépül a várokozásba, ami a racionalizálási döntések halogatását eredményezi).

TVK-allokáció

Az egészségpolitikai döntéshozók számára nem vagy kevésbé állnak rendelkezésre azok az információk, amelyek alapján az intézmények adottságait figyelembe véve méretgazdaságos struktúrát lehet kialakítani. A kapacitásra vonatkozó szabályozás rugalmasabbá tétel mellett ezért fontos lenne, hogy az intézményi TVK meghatározásakor a finanszírozó ne csak a területi ellátási kötelezettségre, hanem az intézmény infrastruktúrális és humán erőforrás adottságaira is tekintettel legyen. A következőkben ennek egy lehetséges elvi modelljét mutatjuk be.

A súlyszám képezi az aktív fekvőbeteg-ellátás ellátás finanszírozásának elemi egységét. A TVK azzal, hogy az azt meghaladó teljesítményt már csak degresszíven finanszírozza, tulajdonképpen azt is magában foglalja, hogy az egészségügyi szolgáltatók a fix költségeiket a TVK-val arányosan kell, hogy beállítsák, a degresszív finanszírozásból csak a változó költségeket lehet finanszírozni.

Annak függvényében, hogy az intézmény milyen HBCs-t lát el, az egységnyi teljesítményre jutó változó költség is eltérő lehet. Az Egyetem e területen végzett belső és benchmark elemzéseiből az derül ki, hogy például jelentős különbség van az ortopédia és csecsemő- és gyermekgyógyászat egységnyi teljesítményre jutó változó költségében. Az intézményenként eltérő szakmai portfólió tehát eltérő átlagos változó költségigényt is reprezentál. A szakmai portfólión túlmenően a progresszivitás szintje is befolyásolja a változó költség mértékét, hiszen bár a HBCs ugyanaz, a magasabb progresszivitási szintre sorolt intézményeknél nagyobb arányt képvisel a súlyosabb betegek ellátása. A HBCs tehát hiába finanszíroz egy átlagos költségigényű ellátást, amikor a magasabb progresszivitású intézménynél nagyobb arányban jelennek meg az átlag feletti költségigényű betegek. Ez alapján tehát az egységnyi teljesítményre jutó változó költség indokoltan is eltérhet az egyes intézmények között.

A fedezeti számítás logikáját alapul véve tehát a súlyszámra jutó alapidj és változó költség különbözete (szorozva a TVK-val) adja meg az intézmény fix költségeinek fedezetét.

Képlet: alapidj (egy súlyszámra jutó változó költség) x TVK = fix költségek fedezet.

Egy olyan intézményben, ahol minden nap felvételes ügyelet van, ez a tényező jelentősen determinálja a humán erőforrás szükséglet minimumát és az ebből fakadó személyi jellegű költségeket. A humán erőforrás leépítése az ágazat jelenlegi helyzetében az ellátás mi-

nőségét veszélyeztetné, ezért ez a költségelem fixnek tekinthető. Hasonló a helyzet az épületekkel és a műszer infrastruktúrával, amelyekkel kapcsolatban költség akkor is felmerül, ha TVK miatt az elektív ellátások halasztásra kerülnek.

Mindezt figyelembe véve javaslatunk szerint az intézményi TVK-t úgy kellene meghatározni, hogy a rendelkezésre álló humán erőforrás, épület és eszköz, infrastruktúra költsége biztosított legyen. A fedezeti pont szintjére beállított TVK meghatározza az elvégzendő teljesítmény mennyiségét, amiből az esetösszetételt figyelembe véve jól közelítve számolható a szakmánként ellátandó esetszám. A tervezett esetszámot alapul véve és kiértékelve az intézmény vonzáskörzetében lévő lakosság egészségügyi állapota alapján várható igénybevétel, jól meghatározható az ellátandó terület nagysága is.

Természetesen túlzás azt állítani, hogy az intézményeknek nincs mozgásterük a fix költségek tekintetében, de ezek a költségtételek csak lépcsőzetesen változtathatók. Egy épületrész lezárása korlátozottan jelent költségcsökkenést, egy teljes telephely felszámolása azonban már érdemi megtakarítást jelenthet. Egy szakma ágyszámának csökkentése szintén kevésbé jár együtt a humán erőforrás költségeinek csökkenésével, a szakma más intézménybe történő áthelyezésével a humán erőforrás egy része viszont felszabadítható.

Ez a tervezési logika természetesen feltételezi, hogy az intézményi gazdálkodás teljesen transzparens, a beszerzések nyíltak és közbeszerzés útján történnek, illetve a ráfordítások igazodnak egy szakmai protokollhoz. Amennyiben a HBCs súlyszám tömb megfelelően tükrözné a költségarányokat, abban az esetben a finanszírozó könnyedén meg tudná határozni, hogy mekkora változó és mekkora fix költséget finanszíroz.

Az intézményi kapacitás és a TVK tervezésének természetesen nem ez az egyetlen lehetséges útja, másrészt az adatok hiánya jelentősen korlátozza e megközelítés érvényesítését, ugyanakkor okulva a PTE és BMK összevonásának példáján, az intézmények összevonásával járó kapacitás-újraosztáskor lényeges szempont, hogy a TVK úgy kerüljön felosztásra, hogy az a fix költségekkel arányos legyen. Amennyiben egy intézménynek az új leosztásban csökken a TVK-ja (ami elkerülhetetlen), abban az esetben a kapacitásai és feladatai úgy kerüljenek meghatározásra, hogy az igazodik a fix költségek csökkentésének lehetőségéhez. Ezt megítélésünk szerint előzetesen fel lehet mérni, és csak ezzel a megközelítéssel érhető el, hogy az összevonás az egész rendszer szintjén tényleges megtakarítást eredményezzen, és ezeknél az egységeknél is elkerülhető legyen a veszteséges működés hosszantartó agóniája.

6.5. Összegzés

A PTE KK és a BMK az integrációt saját kezdeményezésre indították el, amiben azonban jelentős motivációt jelentett a gazdasági helyzetből fakadó kényszer is. Az Egyetem az integráció előkészítésekor gondosan megvizsgálta, hogy a mekkora kapacitásokra van szüksége, és ahhoz milyen erőforrásokat kíván hozzárendelni.

A kapacitások és a feladat közös fenntartás alá vonása lehetőséget teremtett arra, hogy az immár összevont intézmény racionalizáláshoz szükséges döntéseket meg lehessen hozni. Az integrált intézmény kétéves működésével kapcsolatban szerzett tapasztalatok alapján azonban megállapítható, hogy a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja gazdálkodásában jelentős hatékonyságromlás következett be, ami arra enged következtetni, hogy az összevonás gazdasági szempontból nem volt sikeres az Egyetem számára. Ezzel tulajdonképpen megkérdőjelezhető, hogy az intézményi integráció e formája megfelelő módja-e a működés racionalizálásnak, és követendő példa-e a finanszírozás elvonásával elért kivézetés eredményeként megvalósuló spontán integráció.

Az összevont intézmény alacsonyabb költséggel működik, mint a két intézmény az integráció előtt külön-külön, ami az egészségügyi rendszer szintjén jelenthet technikai hatékonyság növekedést, ugyanakkor ennek kiértékeléséhez számos egyéb szempontot is figyelembe kell venni (pl. milyen eredményre vezetett volna, ha a két intézmény külön működik, de megosztják feladataikat pl. szakmai portfólió vagy a progresszivitási szintek mentén). E felvetések modellezése azonban túlmutat jelen esettanulmány terjedelmén és célkitűzésén.

Irodalom

- Magyar Államkincstár honlapja: [http://www.allamkincstar.gov.hu/hu/koltsegvetesi-informaciok/aktualis-informaciok/3444/A gazdasági egyensúly megteremtését biztosító intézkedések Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 2010. október 15. Kincstári biztosí jelentés, 4–11.](http://www.allamkincstar.gov.hu/hu/koltsegvetesi-informaciok/aktualis-informaciok/3444/A_gazdasagi_egyensuly_megteremtését_biztosító_intézkedések_Pécsi_Tudományegyetem_Pécs_2010_október_15_Kincstári_biztosí_jelentés_4-11)
- Az Egyetem 2011. évi stabilizációs programja. Pécsi Tudományegyetem Gazdasági Főigazgatósága, Pécs, 2011. február 28. Szenátusi előterjesztés, 2–3.
- Egészségpolitikai Fogalomtár: http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Case-mix_index
- Dózsa Csaba, Ecseki Adrienn, Lipták Mária, Mihalicza Péter (2010): ESKI füzetek. A kórházak technikai hatékonyságának elemzése és hazai alkalmazása. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, 2010.
- Gazdasági beszámoló a Pécsi Tudományegyetem 2009. évi gazdálkodásáról. Pécsi Tudományegyetem Gazdasági Főigazgatósága, Pécs, 2010. március 18. Szenátusi előterjesztés.

- Gazdasági beszámoló a Pécsi Tudományegyetem 2010. évi gazdálkodásáról. Pécsi Tudományegyetem Gazdasági Főigazgatósága, Pécs, 2011. március 17. Szenátusi előterjesztés.
- Gazdasági beszámoló a Pécsi Tudományegyetem 2010. évi gazdálkodásáról. Pécsi Tudományegyetem Gazdasági Főigazgatósága, Pécs, 2011. március 22. Szenátusi előterjesztés.
- Ilex Kft., Trischler Bernadett, Zemplényi Antal (2009): Szakmai Program a Baranya Megyei Önkormányzat egészségügyi szakellátási kötelezettségének 2010. január 1-től kezdődő teljesítéséről. Pécs, 2009. október 1. Szenátusi előterjesztés, 7–9, 59–104.
- Kaló Zoltán, Inotai András, Lukovics Miklós (2010): Egészség-gazdaságtani fogalomtár II. Az egészségügy piacának, finanszírozásának és beruházásainak gazdasági elemzése, Professional Publishing Hungary, Medical Tribune Divízió. 2010.
- Térítési díjak a magyar egészségügyben. Egészségbiztosítási Felügyelet, 2010.
- Zemplényi Antal (2009): A Baranya Megyei Önkormányzattól 2010. január 1-jével átvett feladat ellátásának gazdasági hatáselemzése. Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 2009. november 12. Szenátusi előterjesztés 2–8.

Mellékletek

Sorszám	Cím
1. számú melléklet	Az egyesített fekvőkapacitások szervezeti egység és telephelyi elhelyezés szerint
2. számú melléklet	A Rákóczi út telephely fenntartásával kapcsolatos költségek tervezése
3. számú melléklet	Az átvett feladatra jutó közvetlen dologi költség
4. számú melléklet	Az átvett feladatra jutó közvetlen személyi jellegű juttatás és járulékai
5. számú melléklet	Az aktív fekvőkapacitás alakulása 2009–2011 között
6. számú melléklet	Ágykihasználtság alakulása 2009–2011 között
7. számú melléklet	Egy ágyra jutó súlyszám alakulása 2009–2011 között
8. számú melléklet	Klinikai TVK allokáció 2008–2011 között (csak PTE)
9. számú melléklet	Klinikák esetre jutó súlyszámának alakulása 2009–2011 között (csak PTE)
10. számú melléklet	Esetre jutó súlyszám szakmánkénti alakulása 2009–2011 között
11. számú melléklet	Átlagos ápolási nap alakulás 2009–2011 között
12. számú melléklet	Főbb alapfogalmak

1. számú melléklet: Az egyesített fekvőkapacitások szervezeti egység és telephelyi elhelyezés szerint

OEP kód	Típus (A/K)	MEGNEVEZÉS	Osztályon belüli részleg	Ágyszám		Épület, emelet
				Szerződött	Működő	
RÁKÓCZI ÚTI TELEPHELY						
0201-M-9101		BEL-GASZTRO-KARDIOLÓGIA				
	A	– Általános belgyógyászat	35	56	56	A (41) és F (15)
		– Gasztroenterológia	13			
		– Kardiológia	8			
0201-1-3002	A	ENDOKRINOLÓGIA, ANYAGCSERE ÉS DIAB.		27	27	A
0201-1-0215	A	SEBÉSZET + TÜDŐ- ÉS MELLKASSEBÉSZET		106	106	T
0201-1-3306	A	ÉRSEBÉSZET		35	35	B
0201-1-1501	A	INTENZÍV ELLÁTÁS		12	12	C
0201-1-1612	A	INFÉKTOLÓGIA		30	30	K
0201-1-1910	A	TÜDŐGYÓGYÁSZAT		75	60	K
0201-1-1801	A	GERONTOPSZICHIÁTRIA		16	16	F
0201-C-0106	K	KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZAT		56	20	F
0201-R-4014	K	KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ		70	20	F
Rákóczi úti telephely összesen				483	382	
ÉDESANYÁK ÚTI TELEPHELY						
0201-1-0407	A	SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZAT + PIC		116	116	T
Mindösszesen				599	498	

2. számú melléklet: A Rákóczi úti telephely fenntartásával kapcsolatos költségek tervezése

Megnevezés	Havi állandó költség BMK 2009 (eFt)	Havi állandó költség integráció után 2010 (eFt)	Éves költség 2010 (eFt)	Megjegyzés
Informatika	4 317	1 800	21 600	HEFOP 4.4 (IKIR) miatti növekmény a PTE részére: 1 400 000 Ft/hó (BMK konzorciumi díj átvállalása, vélhetően a többi konzorciális partner ezt nem fogja bevállalni, ezért a PTE-é a teljes összeg); HEFOP 4.4 (szállítói support) miatti növekmény a PTE részére: 400 000 Ft/hó (saját support díj növekmény a Humansoft felé a megnövekedett felhasználó létszám miatt).
Telefon, internet	688	650	7 800	PTE szerződéseivel valamivel alacsonyabb tarifát tartalmaznak, érdemi csökkenéssel azonban nem lehet számolni.
Karbantartás, javítás	7 286	3 000	36 000	A Rákóczi úti telephelyen a műszaki ügyeleti, hibaelhárítási és kazánüzemeltetési feladatokat a PTE az átvett létszámmal kibővítve a saját állományával el tudja látni, így ezen a területen jelentős megtakarítással lehet számolni. Ezen a soron a feladat ellátásával kapcsolatos anyagköltség fog továbbra is felmerülni.
Energia, közmű	24 310	25 525	306 306	Rövid távon nem várható érdemi változás.
Őrző, védő tevékenység	2 630	2 762	33 139	Közbeszerzési eljárás függvénye, nagyjából azonos lesz a költség.
Szállítás	484	458	5 490	PTE szállítási csoport a feladat átvételével 10% megtakarítást tud realizálni.
Takarítás, rovarirtás, szemétszállítás, veszélyes hulladék	8 366	8 784	105 407	Közbeszerzési eljárás függvénye, nagyjából azonos lesz a költség.
Folyó és pénzügyi kiadások (felelősségbiztosítás)	20 766	3 611	43 327	A költség túlnyomó rész késedelmi kamat és faktordíj, ha nullszaldós az átvett feladat, akkor nem fog felmerülni.
Egyéb szolgáltatás (jogi tanácsadás)	818	–	–	Az adminisztráció integrálása miatt többletköltséggel a jogi tanácsadás területén nem kell számolni.
Tanácsadás, egyéb szellemi szolgáltatás	1 849	–	–	Az átvett feladathoz kapcsolódóan nem fog felmerülni.
Továbbszámlázott (közvetített) szolg.	21 319	–	–	A gázmotor gázfelhasználása, illetve a PTE irányába történő továbbszámlázás az eredményre nincs hatással, ezért nem került figyelembe vételre.
Eszközbeszerzés, javítás – orvosi gépműszer	152	500	6 000	Az orvosi gépműszerek vonatkozásában a felülvizsgálati, karbantartási és javítási költségek továbbra is fel fognak merülni. Bizonyos eszközpótlás is szükségessé válhat.
Eszközbeszerzés (egyéb műszer)	227	1 000	12 000	Eszközök visszapótlása fel fog merülni.
Épület állagmegőrzés (felújítás)	–	2 000	24 000	Havi kb. 2 millió forint állagmegőrzési kiadással számolunk.
Ingóvagyom-kezelési díj	–	83	1 000	Az ingóvagyom-kezelési és tulajdonjogi átadási szerződés alapján évi 1 millió forint.
Telephely fenntartási és adminisztrációs ktg. összesen	93 212	50 089	601 069	

3. számú melléklet: Az átvett feladatra jutó közvetlen dologi költség

Élelmezés és mosás költségtervezése				
Megnevezés	Napok száma (havi átlag 2009. 1–5. hó alapján)	BMK fajlagos költség (Ft/nap)	PTE fajlagos költség (Ft/nap)	PTE költség 2010-től az átvett feladatok tekintetében
Mosatási költség (ápolási nap arányában)	8 577	377	485	4 159 894
Élelmezési költség (élelmezési nap arányában)	8 337	1 731	1 356	11 305 533

Terápiás költségek tervezése					
Megnevezés	BMK havi átlag költség (2009. 1–5.)	Átlagos súlyszám/hó (2009. 1–5.)	Fajlagos költség eFt/súlyszám	Átlagos súlyszám/hó (2010 TERV)	PTE havi átlag többletköltség (2010. az átvett feladatokra)
Gyógyszer	23 270	1 186	19,6	1 189	23 336
Gyógyáru	27 281	1 186	23,0	1 189	27 359
Vér	1 718	1 186	1,4	1 189	1 723
Egyéb anyag	2 808	1 186	2,4	1 189	2 816
Kötszer	1 784	1 186	1,5	1 189	1 789
Összesen	56 861	1 186	48,0	1 189	57 023

4. számú melléklet: Az átvett feladatra jutó közvetlen személyi jellegű juttatás és járuléka

A/	Illetmény/hó	Átlagkereset/hó	Jubileumi jutalom	Felmentés és végkielégítés
ÁTVENNI SZÁNDÉKOZOTTAK	72 841 470	89 156 972	6 544 200	0
TARTÓSAN TÁVOL	8 077 500	5 634 592	0	0
HELYETTESEK	1 932 500	2 128 223	431 700	0
LEÉPÍTENDŐK	10 854 335	12 343 656	1 658 285	123 059 260
Összesen	93 705 805	109 263 443	8 634 185	123 059 260

B/ Bérköltség 2010-ben	Bér	Járulék (27%)	Összesen
JANUÁR–MÁRCIUS 558 FŐ	310 886 553	83 939 369	394 825 922
LEÉPÍTÉS UTÁN, ÁPRILIS–DECEMBER 480 FŐ	821 566 755	221 823 024	1 043 389 779
LEÉPÍTÉS KÖLTSÉGE (felm., végkiel., jubjut.)	124 717 545	33 673 737	158 391 282
JUBILEUMI JUTALOM	6 975 900	1 883 493	8 859 393
Összesen	1 264 146 753	341 319 623	1 605 466 376

C/ Cafeteria	Keret	Adó	Összesen
JANUÁR–MÁRCIUS 558 FŐRE	10 959 000	1 643 850	12 602 850
ÁPRILIS–DECEMBER 480 FŐRE	28 080 000	4 212 000	32 292 000
Összesen	39 039 000	5 855 850	44 894 850

D/ Leépítésre kerülő munkavállalók költsége	Bér	Járulék (27%)	Összesen
JANUÁR–MÁRCIUS	32 563 005	8 792 011	41 355 016
ÁPRILISTÓL FELM + VÉGKIEL.	123 059 260	33 226 000	156 285 260
JUBILEUMI JUTALOM	1 658 285	447 737	2 106 022
Összesen	157 280 550	42 465 749	199 746 299

E/ Bérköltség 2011-től	Bér	Járulék (27%)	Összesen
BÉRKÖLTSÉG	1 095 422 340	295 764 032	1 391 186 372
CAFETERIA	37 440 000	10 108 800	47 548 800
JUBILEUMI JUTALOM (becsült)	5 317 615	1 435 756	6 753 371
Összesen	1 138 179 955	307 308 588	1 445 488 543

Megjegyzések:

A/ Táblázat: tartalmazza a BMK-tól kapott adatok alapján kiszámolt illetményt, átlagkeresetet, jubileumi jutalmak, felmentések és végkielégítések összegét. Technikai tábla.

B/ Táblázat: Tartalmazza a BMK megadott aktív létszámának béralakulását 2010-ben abban az esetben, ha valamennyi közalkalmazottat tovább foglalkoztatja a PTE és áprilistől csoportos létszámcsökkentést hajt végre.

C/ Táblázat: A PTE cafeteria szabályzata alapján kötelezően juttatandó alapkeret (6500 Ft/fő).

D/ Táblázat: 78 fő leépítésének költsége. Az első 3 hónapban a csoportos létszámcsökkentésre vonatkozó szigorú eljárási határidők betartása miatt a felmentés áprilistől indulhat, így az első három hónapban a dolgozókra jutó bérköltséggel is számolni kell.

E/ Táblázat: a leépítést követően foglalkoztatott többletlétszám (480 fő) bértömege egy évre vetítve.

5. számú melléklet: Az aktív fekvőkapacitás alakulása 2009–2011 között

Szakma	2009. év	2009. év	2009. év	2010. év	Változás	2011. év	Változás
	PTE	BMK	PTE + BMK	PTE	2009-ről 2010-re	PTE	2010-ről 2011-re
01 Belgyógyászat	59	28	87	66	7	66	
02 Sebészet	71	20	91	91	20	91	
03 Traumatológia	69		69	67	-2	67	
04 Szülészeti-nőgyógyászat	60	36	96	96	36	96	
05 Csecsemő-gyermekgyógyászat	119		119	119		119	
06 Fül-orr-gégegyógyászat	40		40	40		40	
07 Szemészet	30		30	30		30	
08 Bőr- és nemibeteg-gyógyászat	20		20	20		20	
09 Ideggyógyászat	34		34	34		34	
10 Ortopédia	46		46	46		46	
11 Urológia	72		72	72		72	
12 Onkológia, onkoradiológia	108		108	108		108	
13 Fogászat és szájszészet	10		10	10		10	
14 Reumatológia	22		22	22		37	15
15 Intenzív betegellátás	34	7	41	41	7	41	
16 Fertőző betegellátás	15	30	45	45	30	45	
18 Pszichiátria	67	16	83	83	16	83	
19 Tüdőgyógyászat		90	90	90	90	75	-15
28 Haematológia	36		36	36		36	
29 Immunológia, allergológia	30		30	30		30	
30 Anyagcsere és endokrinológia	27	27	54	54	27	54	
31 Gasztroenterológia	35		35	48	13	48	
32 Tüdő- és mellkassebészet	15		15	15		15	
33 Érssebészet	7	28	35	37	30	37	
34 Idegsebészet	46		46	46		46	
35 Stroke	44		44	44		44	
36 PIC	35		35	35		35	
37 Nephrológia	30		30	30		30	
39 Szívsebészet	36		36	36		36	
40 Kardiológia	78		78	86	8	86	
46 Sürgősségi betegellátás	4		4	4		4	
54 Pathológia	0	0	0	0		0	
Összesen	1299	282	1581	1581	282	1581	0

6. számú melléklet: Ágykihasználtság alakulása 2009–2011 között

Ágykihasználtság		Időszak	Int.	2009. év összesen	2010. év	2011. év	PTE+BMK	Változás	PTE+BMK	Csak PTE	2009–2011. ágyszám	2009–2011. PTE+BMK	2009–2011. esetszám	2009–2011. PTE+BMK	ápolási nap
Csoportosítás	Szakma	PTE	BMK				2009–2010	2009–2011	2009–2011	2009–2011	2009–2011	2009–2011	2009–2011	2009–2011	ápolási nap
Integrációban érintett	01 Belyógyászat	84,3%	82,1%	83,6%	75,6%	78,5%	-9,5%	3,8%	-6,1%	-6,8%	-24,1%	-26,5%	-24,1%	-26,5%	-3,1%
	02 Sebészet	85,4%	69,9%	82,0%	81,5%	71,3%	-0,6%	-12,5%	-13,0%	-16,5%	0,0%	-4,6%	-16,5%	-4,6%	-8,9%
	04 Szülészeti-nőgyógyászat	133,7%	132,6%	133,3%	117,1%	113,1%	-12,2%	-3,4%	-15,1%	-15,4%	0,0%	-16,5%	0,0%	-16,5%	1,6%
	15 Intenzív betegellátás	52,9%	64,3%	54,8%	60,7%	57,2%	10,6%	-5,6%	4,4%	8,2%	0,0%	0,9%	8,2%	0,9%	3,5%
	16 Fertőző betegellátás	73,3%	65,1%	67,8%	67,7%	69,7%	-0,2%	2,9%	2,8%	-5,0%	0,0%	-5,7%	-5,0%	-5,7%	9,0%
	18 Pszichiátria	66,8%	92,4%	71,8%	65,7%	65,6%	-8,5%	-0,1%	-8,6%	-1,9%	0,0%	-0,4%	-1,9%	-0,4%	-8,3%
	19 Tudógyógyászat		64,5%	64,5%	63,8%	74,1%	-1,1%	16,2%	14,9%		-16,7%	0,2%		0,2%	-4,4%
	30 Anyagcsere és endokrinológia	87,2%	80,0%	83,6%	71,1%	71,7%	-14,9%	0,8%	-14,2%	-17,8%	0,0%	-12,2%	-17,8%	-12,2%	-2,4%
	31 Gasztróenterológia	81,1%		81,1%	86,9%	76,3%	7,0%	-12,2%	-6,0%	-6,0%	37,1%	45,7%	-6,0%	45,7%	-11,5%
	33 Érsébszet	58,7%	80,7%	76,3%	67,3%	64,9%	-11,8%	-3,5%	-14,9%	10,5%	5,7%	-13,6%	10,5%	-13,6%	4,1%
Integrációban érintett összesen		85,4%	80,0%	83,1%	78,1%	77,0%	-6,0%	-1,5%	-7,4%	-9,9%	-3,2%	-9,2%	-9,9%	-9,2%	-1,3%
Integrációban nem érintett	03 Traumatológia	60,2%		60,2%	59,4%	63,9%	-1,3%	7,6%	6,2%	6,2%	-2,9%	-5,0%	6,2%	-5,0%	8,5%
	05 Csecsemő-gyermekgyógyászat	65,9%		65,9%	68,2%	66,5%	3,4%	-2,5%	0,8%	0,8%	0,0%	4,0%	0,8%	4,0%	-3,1%
	06 Fül-orr-gégégyógyászat	77,1%		77,1%	74,7%	71,4%	-3,0%	-4,5%	-7,4%	-7,4%	0,0%	-2,2%	-7,4%	-2,2%	-5,4%
	07 Szemészet	53,4%		53,4%	40,3%	34,8%	-24,6%	-13,6%	-34,8%	-34,8%	0,0%	-8,7%	-34,8%	-8,7%	-28,6%
	08 Bőr- és nemibeteggyógyászat	55,2%		55,2%	59,8%	63,1%	8,2%	5,5%	14,2%	14,2%	0,0%	42,5%	14,2%	42,5%	-19,8%
	09 Ideggyógyászat	82,7%		82,7%	78,9%	78,9%	-4,6%	-0,1%	-4,6%	-4,6%	0,0%	-0,5%	-4,6%	-0,5%	-4,2%
	10 Ortopédia	62,4%		62,4%	54,0%	55,5%	-13,4%	2,7%	-11,1%	-11,1%	0,0%	-17,9%	-11,1%	-17,9%	8,4%
	11 Urológia	70,4%		70,4%	65,2%	59,8%	-7,4%	-8,2%	-14,9%	-14,9%	0,0%	-16,7%	-14,9%	-16,7%	2,1%
	12 Onkológia, onkoradiológia	146,0%		146,0%	149,5%	143,5%	2,4%	-4,0%	-1,7%	-1,7%	0,0%	-1,9%	-1,7%	-1,9%	0,2%
	13 Fogászat és szájszépséztudomány	60,1%		60,1%	58,1%	50,4%	-3,3%	-13,2%	-16,1%	-16,1%	0,0%	-7,1%	-16,1%	-7,1%	-9,7%
	14 Reumatológia	77,9%		77,9%	78,4%	57,1%	0,6%	-27,1%	-26,6%	-26,6%	68,2%	13,0%	-26,6%	13,0%	9,2%

6. számú melléklet: Ágykihasználtság alakulása 2009–2011 között (folytatás)

Ágykihasználtság	Időszak	Int.	2009. év összesen	2010. év	2011. év	Változás		Csak PTE	ágyszám	2009–2011. PTE+BMK esetszám	ápolási nap
						PTE+BMK 2009–2010	PTE+BMK 2009–2011				
Csoportosítás	Szakma	BMK				PTE+BMK 2009–2010	PTE+BMK 2009–2011	2009–2011	2009–2011	2009–2011	
	28 Haematológia		87,8%	84,3%	84,2%	-4,0%	-0,1%	-4,1%	0,0%	0,1%	-4,2%
	29 Immunológia, allergológia		70,0%	69,1%	77,0%	-1,3%	11,5%	10,0%	0,0%	10,7%	-0,6%
	32 Tüdő- és mellkásbészet		48,6%	53,3%	57,9%	9,7%	8,6%	19,1%	0,0%	2,1%	16,7%
	34 Idegsebészet		84,1%	86,4%	86,3%	2,8%	-0,1%	2,7%	0,0%	1,5%	1,2%
	35 Stroke		62,7%	55,7%	55,5%	-11,1%	-0,4%	-11,5%	0,0%	4,4%	-15,2%
	36 PIC		84,3%	86,6%	73,8%	2,7%	-14,8%	-12,5%	0,0%	-12,6%	0,1%
	37 Nephrológia		81,6%	78,3%	88,5%	-4,0%	13,0%	8,4%	0,0%	-7,6%	17,4%
	39 Szívsebészet		63,6%	53,6%	53,1%	-15,8%	-0,9%	-16,5%	0,0%	6,9%	-10,3%
	40 Kardiológia		78,3%	73,4%	72,7%	-6,2%	-1,0%	-7,1%	10,3%	-4,9%	7,7%
	46 Sürgősségi betegellátás		93,6%	81,2%	83,3%	-13,2%	2,5%	-11,0%	0,0%	-12,2%	1,4%
Integrációban nem érintett összesen			79,4%	77,5%	75,5%	-2,4%	-2,6%	-4,9%	2,3%	-2,7%	0,0%
Végösszeg		80,0%	81,0%	77,8%	76,1%	-4,0%	-2,1%	-6,0%	-6,2%		

7. számú melléklet: Egy ágyra jutó súlyszám alakulása 2009–2011 között

Ágyra jutó teljesítmény	Időszak	Int.	2009. év összesen	2010. év	2011. év	PTE+BMK 2009–2010	PTE+BMK 2009–2011	Változás PTE+BMK 2009–2011	Csak PTE 2009–2011
Csoportosítás	Szakma	BMK							
Integrációban érintett	01 Belyógyászat	37,02	55,20	40,09	39,73	-27,4%	-0,9%	-28,0%	-37,8%
	02 Sebészet	69,53	71,59	69,21	66,12	-3,3%	-4,5%	-7,6%	-8,4%
	04 Szülészet-nőgyógyászat	76,90	84,02	73,58	70,70	-12,4%	-3,9%	-15,9%	-19,9%
	15 Intenzív betegellátás	152,54	119,13	129,09	134,78	8,4%	4,4%	13,1%	20,1%
	16 Fertőző betegellátás	28,50	32,86	34,19	38,05	4,0%	11,3%	15,8%	-8,5%
	18 Pszichiátria	26,05	20,63	18,01	19,21	-12,7%	6,6%	-6,9%	-0,7%
	19 Tudógyógyászat	35,99	35,99	34,76	46,63	-3,4%	34,2%	29,5%	-20,6%
	30 Anyagcsere és endokrinológia	37,13	43,18	36,40	39,11	-15,7%	7,4%	-9,4%	-20,6%
	31 Gasztroenterológia	62,06	62,06	64,42	61,84	3,8%	4,0%	-0,3%	-0,3%
	33 Érbészet	33,29	54,88	48,60	47,38	-11,4%	-2,5%	-13,7%	42,3%
Integrációban érintett összesen		63,8	56,50	52,72	54,38	-6,7%	3,2%	-3,7%	-13,8%
Integrációban nem érintett	03 Traumatológia	72,05	72,05	69,45	72,61	-3,6%	4,5%	0,8%	0,8%
	05 Csecsemő-gyermekgyógyászat	42,22	42,22	43,02	45,01	1,9%	4,6%	6,6%	6,6%
	06 Fül-orr-gégegyógyászat	54,88	54,88	51,05	48,90	-7,0%	-4,2%	-10,9%	-10,9%
	07 Szemészet	108,01	108,01	93,23	90,20	-13,7%	-3,2%	-16,5%	-16,5%
	08 Bőr- és nemibeteggyógyászat	21,55	21,55	23,59	29,07	9,5%	23,2%	34,9%	34,9%
	09 Ideggyógyászat	50,04	50,04	47,32	48,70	-5,4%	2,9%	-2,7%	-2,7%
	10 Ortopédia	67,40	67,40	50,39	60,99	-25,2%	21,0%	-9,5%	-9,5%
	11 Urológia	66,32	66,32	59,92	58,89	-9,6%	-1,7%	-11,2%	-11,2%
	12 Onkológia, onkoradiológia	153,18	153,18	150,86	139,88	-1,5%	-7,3%	-8,7%	-8,7%
	13 Fogászat és szájsebészet	63,92	63,92	66,38	59,33	3,9%	-10,6%	-7,2%	-7,2%
	14 Reumatológia	51,42	51,42	50,44	35,59	-1,9%	-29,4%	-30,8%	-30,8%
	28 Haematológia	99,00	99,00	89,91	100,45	-9,2%	11,7%	1,5%	1,5%
	29 Immunológia, allergológia	40,07	40,07	42,35	49,04	5,7%	15,8%	22,4%	22,4%
	32 Tüdő- és mellkassebészet	46,09	46,09	40,78	46,46	-11,5%	13,9%	0,8%	0,8%
	34 Idegsebészet	141,76	141,76	142,49	150,38	0,5%	5,5%	6,1%	6,1%
	35 Stroke	54,25	54,25	52,23	57,44	-3,7%	10,0%	5,9%	5,9%
	36 PIC	93,91	93,91	89,11	77,95	-5,1%	-12,5%	-17,0%	-17,0%
	37 Nephrológia	48,47	48,47	39,62	43,52	-18,3%	9,8%	-10,2%	-10,2%
	39 Szívsebészet	158,13	158,13	137,36	140,68	-13,1%	2,4%	-11,0%	-11,0%
	40 Kardiológia	219,92	219,92	182,96	189,78	-16,8%	3,7%	-13,7%	-13,7%
	46 Sürgősségi betegellátás	68,39	68,39	59,42	66,98	-13,1%	12,7%	-2,1%	-2,1%
Integrációban nem érintett összesen		93,05	93,05	86,65	86,88	-6,9%	0,3%	-6,6%	-6,6%
Végösszeg		84,40	77,86	72,68	73,81	-6,7%	1,6%	-5,2%	-12,6%

8. számú melléklet: Klinikai TVK allokáció 2008–2011 között (csak PTE)

Klinika	2008	2010	2011	2008/2010	2008/2011
Anaeszteziológiai és Intenzív Therápiás Intézet	2 190	2 797	3 248	27,7%	48,3%
I. sz. Belgyógyászati Klinika	8 636	14 516	14 783	68,1%	71,2%
II. sz. Belgyógyászati Kl. és Neph. C.	3 536	4 328	4 032	22,4%	14,0%
Családorvostani Int. és III. sz. Belklinika	2 364			-100,0%	-100,0%
Balesetseb. és Kézseb. Klinika	4 629	4 882	5 161	5,5%	11,5%
Bőr-Nemikórtani és Onkoderm. Klinika	1 230	1 014	1 056	-17,6%	-14,2%
Érsebészeti Tanszék		1 766	1 698	-	-
Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyakseb. Klinika	2 975	2 642	2 314	-11,2%	-22,2%
Fogászati és Szájseb. Klinika	680	571	532	-16,1%	-21,8%
Gyermekgyógyászati Klinika	7 450	7 145	6 578	-4,1%	-11,7%
Neurológiai Klinika	3 846	3 406	3 606	-11,5%	-6,2%
Immunológiai és Reum. Klinika	1 852	1 640	1 738	-11,5%	-6,2%
Idegsebészeti Klinika	5 899	6 048	6 776	2,5%	14,9%
Onkoterápiás Intézet	12 428	11 756	13 224	-5,4%	6,4%
Ortopaediai Klinika	3 052	2 191	2 990	-28,2%	-2,0%
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika	1 247	1 479	1 433	18,6%	14,9%
Sebészeti Klinika	6 115	5 291	4 585	-13,5%	-25,0%
Szemészeti Klinika	2 697	2 404	2 515	-10,8%	-6,7%
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	5 748	6 789	5 624	18,1%	-2,2%
Szívgyógyászati Klinika	19 962	16 156	19 420	-19,1%	-2,7%
Urológiai Klinika	4 253	4 084	3 556	-4,0%	-16,4%
Összesen	100 788	100 905	104 870	0,1%	4,0%

9. számú melléklet: Klinikák esetre jutó súlyszámának alakulása 2009–2011 között (csak PTE)

Klinika	2009	2010	2011	2009/2010	2009/2011
Anaeszteziológiai és Intenzív Therápiás Intézet	5,64	4,87	5,11	-13,7%	-9,3
I. sz. Belgyógyászati Klinika	2,30	1,55	1,69	-32,7%	-26,6%
II. sz. Belgyógyászati Kl. és Neph. C.	1,26	0,95	0,98	-24,4%	-22,2%
Családorvostani Int. és III. sz. Belklinika	0,00	0,00	0,00		
Balesetseb. és Kézseb. Klinika	1,55	1,49	1,57	-3,4%	1,9%
Bőr- Nemikórtani és Onkoderm. Klinika	0,75	0,72	0,72	-4,6%	-4,3%
Érsebészeti Tanszék		1,62	1,64		
Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyakseb. Klinika	0,94	0,93	0,90	-1,1%	-3,9%
Fogászati és Szájseb. Klinika	1,14	1,12	1,14	-1,7%	-0,1%
Gyermekgyógyászati Klinika	0,93	0,98	0,99	5,4%	6,2%
Neurológiai Klinika	1,44	1,35	1,44	6,3%	0,3%
Immunológiai és Reum. Klinika	0,88	0,89	0,95	1,2%	8,3%
Idegsebészeti Klinika	3,40	3,35	3,55	-1,6%	4,5%
Onkoterápiás Intézet	1,50	1,42	1,36	-5,7%	-9,8%
Ortopaediai Klinika	2,06	1,87	2,27	-9,4%	10,3%
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika	0,99	0,95	0,95	-3,7%	-4,0%
Sebészeti Klinika	1,63	1,50	1,54	-8,0%	-5,2%
Szemészeti Klinika	1,15	1,06	1,05	-7,6%	-8,5%
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	1,08	0,88	0,87	-18,3%	-19,2%
Szívgyógyászati Klinika	3,45	3,49	3,49	1,2%	1,2%
Urológiai Klinika	1,23	1,22	1,31	-1,2%	6,6%
Összesen	1,55	1,41	1,45	-9,0%	-6,8%

10. számú melléklet: Esetre jutó súlyszám szakmánkénti alakulása 2009–2011 között

Esetre jutó súlyszám	Időszak	Int.	2009. év összesen	2010. év	2011. év	PTE+BMK 2009–2010	PTE+BMK 2009–2011	Változás	Csak PTE 2009–2011
Csoportosítás	Szakma	BMK							
Integrációban érintett	01 Belgyógyászat	1,48	1,36	1,00	1,01	-26,4%	0,9%	-25,7%	-31,9%
	02 Sebészet	1,70	1,61	1,54	1,56	-4,3%	1,1%	-3,2%	-8,2%
	04 Szülészet-nőgyógyászat	0,76	0,66	0,65	0,67	-1,5%	2,3%	0,8%	-12,7%
	15 Intenzív betegellátás	4,65	4,43	4,55	4,97	2,6%	9,3%	12,1%	6,9%
	16 Fertőző betegellátás	0,60	0,74	0,83	0,91	12,2%	9,5%	22,8%	52,0%
	18 Pszichiátria	0,98	1,01	0,95	0,95	-6,3%	-0,3%	-6,6%	-3,9%
	19 Tüdőgyógyászat		1,01	1,04	1,08	3,0%	4,7%	7,8%	
	30 Anyagcsere és endokrinológia	0,95	0,90	0,86	0,93	-3,9%	7,2%	3,1%	-2,2%
	31 Gastroenterológia	1,87	1,87	1,58	1,75	-15,6%	11,2%	-6,2%	-6,2%
	33 Érbészet	1,20	1,55	1,62	1,64	4,1%	1,5%	5,6%	37,3%
	54 Pathológia	0,28	0,28	0,28	0,28	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Integrációban érintett szakmák összesen		1,25	1,11	1,10	1,14	-0,89%	3,65%	2,72%	-8,82%
Integrációban nem érintett szakmák	03 Traumatológia	1,43	1,43	1,37	1,48	-4,4%	7,7%	3,0%	3,0%
	05 Csecsemő-gyermekgyógyászat	0,76	0,76	0,78	0,78	2,1%	0,4%	2,5%	2,5%
	06 Fül-orr-gégégyógyászat	0,83	0,83	0,81	0,76	-2,0%	-7,1%	-8,9%	-8,9%
	07 Szemészet	1,15	1,15	1,06	1,05	-7,6%	-1,0%	-8,5%	-8,5%
	08 Bőri- és nemibeteggyógyászat	0,77	0,77	0,75	0,73	-2,9%	-2,5%	-5,3%	-5,3%
	09 Ideggyógyászat	0,97	0,97	0,91	0,94	-5,8%	3,7%	-2,2%	-2,2%
	10 Ortopédia	2,06	2,06	1,86	2,27	-9,4%	21,7%	10,3%	10,3%
	11 Urológia	1,23	1,23	1,22	1,31	-1,2%	7,9%	6,6%	6,6%
	12 Onkológia, onkoradiológia	1,48	1,48	1,41	1,38	-4,5%	-2,4%	-6,9%	-6,9%
	13 Fogászat és szájszészet	1,14	1,14	1,12	1,14	-1,6%	1,5%	-0,1%	-0,1%
	14 Reumatológia	0,88	0,88	0,87	0,91	-1,4%	4,5%	3,0%	3,0%
	28 Haematológia	3,20	3,20	2,85	3,25	-10,9%	13,8%	1,4%	1,4%
	29 Immunológia, allergológia	0,86	0,86	0,88	0,95	2,8%	7,5%	10,5%	10,5%
	32 Tüdő- és mellkassebészet	2,38	2,38	2,29	2,35	-3,6%	2,4%	-1,2%	-1,2%
	34 Idegsebészet	3,40	3,40	3,34	3,55	-1,6%	6,2%	4,5%	4,5%
	35 Stroke	2,17	2,17	2,02	2,20	-6,9%	9,0%	1,4%	1,4%
	36 PIC	7,24	7,24	8,08	6,87	11,6%	-15,0%	-5,1%	-5,1%
	37 Nephrológia	0,98	0,98	0,96	0,95	-2,1%	-0,8%	-2,8%	-2,8%
	39 Szívsebészet	5,42	5,42	6,08	5,18	12,3%	-14,9%	-4,4%	-4,4%
	40 Kardiológia	2,96	2,96	2,84	2,96	-4,0%	4,2%	0,0%	0,0%
	46 Sürgősségi betegellátás	0,25	0,25	0,26	0,27	5,0%	6,3%	11,6%	11,6%
Integrációban nem érintett szakmák összesen		1,65	1,65	1,59	1,62	-3,62%	1,86%	-1,83%	-1,83%
Végösszeg		1,55	1,44	1,41	1,44	-2,46	2,62%	0,10%	-6,74%

12. számú melléklet: Főbb alapfogalmak¹²

Fogalom	Magyarázat
Technikai hatékonyság	Egy intézmény, szervezeti egység technikailag hatékonynak tekinthető abban az esetben, ha valamely input csökkenésével csökken az előállított output mennyisége is vagy egy másik input felhasználása nő, illetve ha valamely előállított output mennyisége emelkedik, ezzel egyidejűleg valamely felhasznált inputból nagyobb mennyiségre van szükség, vagy egy másik output mennyisége csökken.
Méretgazdaságosság	Méretgazdaságosság akkor áll fenn, ha a szolgáltató átlagköltsége csökken a szolgáltatás mennyiségének növelésével.
HBCs	Homogén betegcsoportok. 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. A besorolást elsődlegesen az ellátást szükségessé tevő betegségek, a besoroláshoz kiemelt orvosi beavatkozások határozzák meg.
Súlyszám	A HBCs-rendszerben az egyes csoportok várható erőforrásigényét általában az átlagos kórházi esethez viszonyítva, arányszámmal kifejező mutató. A finanszírozási díj értéke ebben a rendszerben alap számítási módszer szerint = súlyszám * alaplaj
Alaplaj	HBCS rendszerben az 1,000 súlyszám teljesítés finanszírozási díja.
TVK	Teljesítményvolumen-korlát. Magyarországon a finanszírozás tarthatósága érdekében került bevezetésre 2004-ben. A járóbeteg-szakellátásra és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan szolgáltatóként, éves szinten, havi bontásban meghatározott, elszámolható teljesítménymennyiség. A finanszírozást az OEP az ellátóknak kizárólag a volumenkorlát keretein belül nyújtja.
Kapacitás	Kapacitás alatt az ellátó képesség mérőszámát értjük: járóbeteg-szakellátásban ez általában a szakorvosi óra, fekvőbeteg-ellátásban az ágy.
Területi ellátási kötelezettség	Az egészségügyi szolgáltató fenntartójának, illetve tulajdonosának, valamint az egészségügyi szolgáltatónak azon kötelezettsége, hogy az egészségügyi szakellátásban meghatározott ellátási területen a lekötött szakellátási kapacitáit felhasználásával a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultak számára egészségügyi szolgáltatást nyújtsanak.
CMI	A case-mix (eset-összetételi) index a HBCs alapú elszámolásban használt, az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozási rendszer szerint elszámolható, adott időszak alatt ellátott finanszírozási esetek összetételét költségigényesség szempontjából jellemző mutató, amely az elszámolt súlyszám és az elszámolt finanszírozási esetszám hányadosa (a HBCs súlyszámok súlyozott, éves átlaga). Értéke átlagos szakmai igényességű ellátások esetén: 1. Az ennél magasabb szám azt jelzi, hogy az intézmény az átlagosnál magasabb szakmai színvonalú vagy bonyolultabb eseteket kezel.
Átlagos ápolási idő	A teljesített ápolási napok számának és az elbocsátott betegek számának hányadosa, azaz az egy főre jutó ápolási napok átlagos száma.
Ágykihasználtság	A teljesített és a teljesíthető ápolási napok hányadosa. Megmutatja, hogy egy adott egészségügyi intézmény vagy részleg milyen mértékben használja ki a rendelkezésre álló ágyakat.
Fix költség	Egy termelő vagy szolgáltató költségeinek azon része, amely nem függ (közvetlenül) az aktuálisan előállított termék- vagy szolgáltatástömegetől, azaz attól, amit a szervezetnek a tevékenységtől függetlenül mindenképpen ki kell fizetnie. Ilyenek az aktuális bérjellegű kiadások és a rezsijellegű kiadások zöme. A kórházak esetében fix költség például a bér, az őrzés-védés díja, és fix költség a villanyszámla nagyobbik része is, amit például világításra költenek.
Változó költség	Egy termelő vagy szolgáltató költségeinek azon része, amely nagysága közvetlenül függ az aktuálisan előállított termék- vagy szolgáltatástömegetől. Ilyenek a termelés során felhasznált anyag és energiaköltségek, egyes beszállítói szolgáltatások, kommunikációs díjak stb. A kórházak esetében változó költség például a felhasznált gyógyszerek, anyagok, eszközök ára, a szolgáltatás érdekében vásárolt szolgáltatások díja (pl.: külső diagnosztikai szolgáltatások) és a villanyszámla azon része, ami a gyógyítási tevékenységhez kapcsolódik (pl. a röntgengép áramfelvétele).

12 A fogalmak jelölésének alapjául az ESKI Egészségpolitikai Fogalomtára szolgált, magyarázatot a témának megfelelően fogalmaztam át.
http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Case-mix_index.

7. Minőségbiztosítás az egészségügyi intézményekben: a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ példája

TRAIBER-HARTH IBOLYA, HEGEDÜS ZSUZSANNA

7.1. Bevezetés

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) „Egészséget mindenkinnek a 21. században” egyik kiemelt célja az egészségügyi ellátás minőségének javítása, az ellátáshoz való egyenlő hozzájutás, a felhasználók elégedettsége és a források költséghatékony elosztása (WHO 1999).

A minőség fogalma az elmúlt 15 évben Magyarországon az egészségügyben is folyamatosan fejlődik és egyre meghatározóbb szerepet kap. A mindennapokban a minőségközpontú vezetési módszerek és filozófiák a stratégia alkotás területén fontos versenytényezővé váltak. A vezetők minőség iránti elkötelezettségét bizonyítja, hogy az egészségügyi szolgáltatás folyamataihoz kapcsolva minőségi mutatókat rendelnek. A mutatók kiértékelése segíti őket a folyamatok megítélésében, további döntések meghozatalában.

A Baranya Megyei Kórház és Pécsi Tudományegyetem integrációjával egy időben, 2010. január 1-én létrejött a PTE Klinikai Központ Minőségirányítási Igazgatása, mely önálló szervezetként a főigazgató közvetlen irányítása alá került. Ezzel a döntéssel a Klinikai Központ vezetése egyértelművé tette, hogy teljes mértékben elkötelezett a minőségirányítási rendszer bevezetése mellett az összes intézete, tanszéke és klinikája vonatkozásában.

7.2. Az esettanulmány célja

Jelen esettanulmány célja, hogy bemutassa a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Minőségirányítási Igazgatásának történetét, kiemelve azokat a folyamatokat és sajátosságokat, melyek lehetővé tették, hogy a Klinikai Központ 29 szervezeti egységében a minőségirányítási rendszer kiépítésre kerüljön, majd fenntartása és fejlesztésének folyamata is töretlen legyen.

7.3. Előzmények

A korábbi Baranya Megyei Kórház 2006-tól négyes tanúsított, integrált minőségirányítási rendszert működtetett (ISO 9001:2000 ajánlás egészségügyi szolgáltató szervezeteknek), Kórházi Ellátási Standardok (KES), MSZ EN ISO 14001:2005 Környezetközpontú Irányítási Rendszerek. Követelmények és alkalmazási irányelvek, valamint a MSZ 28001:2003 Munkahelyi Egészségvédelem és Biztonság Irányítási Rendszer szabvány (MEBIR). A rendszer kiépítését, fejlesztését az akkori orvos- és minőségirányítási igazgató koordinálta, akinek akkor már volt auditori és minőségirányítási rendszermenedzseri szakképzettsége, valamint sokrétű minőségirányítási tapasztalattal rendelkezett. Az integráció végrehajtása során a Klinikai Központ leendő vezetése egyértelműnek látta, hogy a Klinikai Központ Minőségirányítási Igazgatásának vezetésére ő lenne a legmegfelelőbb személy. Az Igazgatás 2010. január 1-től kezdte meg működését a Klinikai Központ szervezeti egységén belül, élén a minőségirányítási igazgatóval, aki minőségirányítási rendszermenedzseri és auditor végzettséggel rendelkezett. Az egységet még két, egészségbiztosítási szakember munkatársa erősítette. Az új igazgató vállalta, hogy két év alatt az ISO 9001:2008 szabvány és a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv (1.0) szerint integrált minőségirányítási rendszert vezet be és tanúsíttat a Klinikai Központ 29 szervezeti egységében, amelyek közül 7 klinika már rendelkezett korábbról ISO 9001:2008 alapú tanúsítással. Az Igazgatás munkatársainak szakmai felkészültségét mutatja, hogy a kitűzött célt rendkívül gyorsan, másfél év alatt sikerült teljesíteni. A Klinikai Központ akkori főigazgatójának gondolkodásmódja a vezetés színvonalának, eredményességének pozitív példájává vált.

7.4. A vezetői elkötelezettség

A Klinikai Központ főigazgatója – a vezetéssel egyetértve – minőségpolitikai és küldetési nyilatkozatot fogalmazott meg, mely a Klinikai Központ honlapján is megtalálható volt.

Részlet a nyilatkozatból:

„...A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ tudatában van annak a globális és hazai trendnek, amely az egészségügyi intézmények részéről állandó és magas színvonalú ellátási szolgáltatást és ennek biztonságos garantálását várja el. Ezen elvárás megvalósításához eszköznek tekintjük az integrált minőségirányítási rendszer bevezetését és működtetését.

Az integrált minőségirányítási rendszer felvállalása stratégiai döntés, ami azt jelenti, hogy a betegellátásban a korszerű tudás és szakmai hatásság, a szolgáltatásainkban a szervezethez és hatékonyság folyamatos fejlesztésére olyan módon törekszünk, hogy környezetünk állapotának megővését, javítását, munkatársaink és a telephelyeinken megforduló emberek egészségének és biztonságának védelmét egyaránt szem előtt tartjuk.

Céljaink elérése érdekében, a jövőbeni döntések előkészítéseiben törekszünk a munkatársi képviselő biztosságára és az ebből származó kreativitás kihasználására. Korszerű módszereket vezetünk be az érdekelt felek igényeinek és elégedettségének, valamint a Klinikai Központ összes intézeténél a belső folyamatok monitorozására. Rendszeresen értékeljük az egész szervezet és a menedzsment tevékenységét, az üzleti és minőségi célok teljesülését. Törekszünk a szolgáltatásainkhoz és integrált minőségirányítási rendszerünkhöz szükséges feltételek, azok forrásainak tervszerű és optimális biztosítására. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ által nyújtott szolgáltatások minőségének fejlesztése érdekében különös gondot fordítunk a munkatársak megfelelő képzettségének ösztönzésére és támogatására...”

A nyilatkozat kiadása után a legfontosabb megoldandó feladat volt, hogy az intézetek és klinikák igazgatóival megismertessék az egészségügyi törvény által előírt belső minőségügyi rendszer jellemzőit. A velük történt személyes egyeztetések segítettek elő, hogy ők is magukénak érezzék a feladatot, és elfogadják az új törekvéseket.

A szervezeti egységek vezetői kijelölték azokat a munkatársaikat, akik a rendszerépítésben, majd később a rendszer fejlesztésében a Minőségirányítási Igazgatóság munkatársai segítségére lesznek, illetve a továbbiakban képviselni fogják az intézeteket. Ezek a kollégák döntő

többségben orvosok vagy intézetvezető főnövérek voltak, akik intézeti minőségirányítási vezetői megbízásokat a klinika/intézet/ tanszék igazgatójától kapták.

A minőségirányítási rendszer alapjainak megismertetésére összeállításra került egy oktatási anyag, mely a „Konzultatív tájékoztatás Intézeti minőségirányítási vezetők és főnövérek számára” címet viselte. Az oktatás fő témája a minőségirányítási rendszert együttesen alkotó minőségügyi szervezet, valamint az azt leíró, kiszolgáló dokumentációs rendszer volt. Az oktatásra külön meghívást kapott a Klinikai Központ orvos igazgatója és ápolási igazgatója.

7.5. A központi minőségirányítási dokumentáció elkészítése

A Minőségirányítási Igazgatóság munkatársai 2010. március 22-ig elkészítették a Klinikai Központ integrált *Minőségirányítási Kézikönyvét* 1.0 verziószámmal, melyet az akkori főigazgató 2010. március 26-án hagyott jóvá. A kézikönyv az MSZ EN ISO 9001:2009 Minőségirányítási rendszerek. Követelmények című szabvány struktúrájához pontosan igazodva, a MEES 1.0 kézikönyv standardjainak előírásaival kiegészítve, a Klinikai Központ sajátosságait figyelembe véve, egészségügyi szolgáltató intézményre specializáltan tartalmazta az alábbi követelményeket:

1. Alkalmazási terület
2. Rendelkező hivatkozások
3. Kifejezések és meghatározások
4. Az integrált minőségirányítási rendszer leírása
5. A vezetőség felelőssége
6. Gazdálkodás az erőforrásokkal
7. Diagnosztikai, gyógyító és kiszolgáló folyamatok
8. Mérés, elemzés és fejlesztés

A Minőségirányítási Kézikönyv 4 melléklettel rendelkezik, melyek a következők:

- MK-M01 Szervezeti ábra 1.0
- MK-M02 Minőségirányítási dokumentáció jegyzéke
- MK-M03 Szabályzatok jegyzéke
- MK-M04 Folyamat kapcsolati ábra

A felsorolásban az utolsó, az MK-M04 Folyamat kapcsolati ábra, a minőségirányítási rendszer kiépítése során feltérképezett folyamatokat írja le, jelölve az MSZ EN ISO 9001:2009 Szabvány és a MEES kézikönyv adaptálható és összevonható részeit.

A törzsdokumentáció további részei

A kézikönyv kidolgozásával egy időben megkezdődött a munka a törzsdokumentáció többi részének elkészítésére vonatkozólag. Így központilag 19 db *minőségügyi eljárás* (ME), 14 db *eljárásrend* (ER) és egy *Bizonylati Album* tartalomjegyzék (BA) minta állt minden szervezeti egység rendelkezésére. Továbbá szükség esetén a Minőségirányítási Igazgatás a szervezeti egységek részére bocsátott *minőségcél-mintát*, valamint *dolgozó oktatási anyagot*.

A minőségügyi eljárások az *MSZENISO 9001:2009* Szabvány, valamint a *MEES kézikönyv* követelményei szerint, a szabvány fejezeteit követve szabályozzák a folyamatokat. Eljárásleírást kellett készíteni a szabvány által kötelezően előírt hat folyamatra. Az eljárásoknak rögzíteniük kellett, hogy az egyes feladatok végrehajtása során hogyan és az adott esetben kinek kell eljárnia. Hivatkozni kellett azokra a külső vagy belső dokumentumokra, amelyek az adott tevékenységre vonatkoztak. Meg kellett határozni a folyamatban követendő lépéseket, a bizonylatolás és nyilvántartás feladatait. Ezek mellett minden olyan folyamatra eljárást lehetett készíteni, amely a *Klinikai Központ és intézetei működése szempontjából* indokolt volt.

A minőségügyi eljárások felépítése

A minőségügyi eljárások szerkezeti és tartalmi követelményei az alábbi felosztásnak feleltek meg:

- Az eljárás célja
- Az eljárás érvényességi területe

A *Klinikai Központ Minőségirányítási Kézikönyvben* közzétett szervezeti felépítés szerint kellett meghatározni, hogy mely szervezeti egységekre és ezek milyen tevékenységeire terjedt ki az eljárás. A meghatározásnál figyelembe kellett venni, hogy az eljárás minden olyan területre, szervezetre és személyre kiterjedjen, amire és akire az eljárás feladatokat határoz meg, illetve ahol az eljárást alkalmazta.

- Illetékesség és felelősség
Meghatározásra került az egyes szervezeti egységek és munkakörök illetékessége, felelőssége az adott eljárás kidolgozásában, alkalmazásában, az alkalmazás ellenőrzésében és a belső felülvizsgálat során.
- Fogalmak meghatározása
Szükség esetén fel kellett sorolni és meg kellett határozni minden fogalmat, amely az adott eljárás egységes értelmezéséhez szükségessé vált.
- Az eljárás leírása
Elvárás volt pontosan meghatározni, folyamatáb-

rával illusztrálni az eljárás végrehajtásának módját, lépéseit és a végrehajtás során használt dokumentumokat.

- Hivatkozások
A felsorolás a leírásban meghivatkozott, vagy arra befolyással bíró belső és külső dokumentumokat tartalmazta (például: ME jelölésű eljárások, Minőségirányítási Kézikönyv fejezetei, törvények, felügyeleti szervek rendelkezései stb.) annak érdekében, hogy a szabályozások kapcsolatrendszere nyomon követhető legyen.
- Mellékletek jegyzéke
Felsorolta, megnevezte és azonosította az eljárás-hoz csatolt mellékleteket, adatlapokat, bizonylat mintákat.

Minőségügyi eljárások listája 2010-ben

- ME 01-01 Minőségirányítási Kézikönyv, eljárások, munkautasítások, dokumentumok és feljegyzések kezelése
- ME 02-01 Vezetőségi átvizsgálás
- ME 03-01 Emberi erőforrás gazdálkodás
- ME 03-02 Feltételek, munkakörnyezet
- ME 03-03 Oktatás, szakképzés
- ME 04-01 Betegekkel és ügyfelekkel kapcsolatos ügyintézés
- ME 04-02 Beszerzés, beruházás, szerződéskötés
- ME 04-03 Központi diagnosztikai folyamatok felügyelete
- ME 04-04 Fekvőbeteg-ellátás folyamata
- ME 04-05 Járóbeteg-ellátás folyamata
- ME 04-06 A kisegítő és kiszolgáló folyamatok
- ME 04-07 Mérő-, ellenőrző- s vizsgálóberendezések felügyelete
- ME 05-01 Reklamációkezelés
- ME 05-02 A gyógyító folyamatok megfigyelése, mérése
- ME 05-03 Belső audit
- ME 05-04 A betegelégedettség mérése a betegforgalmi adatok elemzése
- ME 05-05 Az eltérések kezelése, helyesbítő/megelőző intézkedések és fejlesztés
- ME 05-06 Felkészülés és reagálás a környezeti veszélyhelyzetekre
- ME 05-07 Veszélyek feltárása, azonosítása, kockázatértékelés

Mellékletek

- ME 01-01/A01 Belső dokumentumok nyilvántartása
- ME 01-01/A02 Külső dokumentumok nyilvántartása
- ME 01-01/A03 Dokumentumosztó lista

- ME 01-01/A04 Törzsnyilvántartás
- ME 02-01/A01 Feljegyzés a vezetőségi átvizsgálásról
- ME 03-01/A01 Oktatási napló
- ME 03-01/A02 Oktatást, képzést nyilvántartó lap
- ME 03-01/A03 Felvételi oktatások ellenőrző lapja
- ME 03-01/A04 Oktatási mátrix
- ME 04-02/A01 Beszállítók értékelése
- ME 04-02/A02 Elfogadott szállítók listája
- ME 04-07/A01 Műszerösszesítő
- ME 04-07/A02 Műszer törzslap
- ME 04-07/A03 Kalibrálási jegyzőkönyv
- ME 05-01/M01 Folyamatábra a reklamációk kezeléséhez, feladat/felelősség mátrix
- ME 05-01/A01 Reklamáció nyilvántartó és értékelő lap
- ME 05-03/A01 Belső minőségügyi auditterv
- ME 05-03/A02 Belső minőségügyi audit ellenőrző lista
- ME 05-03/A03 Nem megfelelőségi jelentés, hibajavító intézkedés, értékelés
- ME 05-05/M01 Eltérés kezelése, helyesbítő/megelőző folyamat, feladat/felelősség mátrix
- ME 05-05/A01 Az eltérés, a helyesbítő/megelőző tevékenység nyilvántartása
- ME 05-05/A02 Eltérések kezelése, helyesbítő/megelőző folyamatok

Eljárásrendek

Az eljárásrendek rögzítik azokat a fogalmakat, intézkedéseket, eljárásokat, szakmai módszereket, amelyek biztosítják az intézmény sajátosságainak, adottságainak, körülményeinek figyelembe vétele mellett a szakmai tevékenység végrehajtását. Szerkezeti felépítése kis mértékben tér el a minőségügyi eljárásokétól, tartalmában bővebb.

Eljárásrendek listája 2010-ben

- ER 01 A betegdokumentáció vezetésének eljárásrendje
- ER02 A betegszállító kocsik fertőtlenítésének eljárásrendje
- ER 03 Ápolásellátás eljárásrendje
- ER 04 Az eszméletlen beteg ápolásának eljárásrendje
- ER 05 Betegazonosítás eljárásrendje
- ER 06 Betegmegfigyeléssel kapcsolatos eljárásrend
- ER 07 Betegszállítói szolgálat működésének eljárásrendje

- ER 08 Fekvőbeteg-ellátás főfolyamat eljárásrendje
- ER 09 Gyermekekori beteg ellátásának eljárásrendje
- ER 10 Halottellátás eljárásrendje
- ER 11 Idős beteg ellátásának eljárásrendje
- ER 12 Járóbeteg-ellátás eljárásrendje
- ER 13 Újraélesztés eljárásrendje
- ER 14 Korlátozó intézkedések eljárásrendje

A minőségügyi eljárások és eljárásrendek szerkezeti felépítése a szabvány előírásai szerint kerültek kialakításra és a 2010 éves szabályozásnak megfelelően napjainkban is csak ezen előírások szerint alkalmazhatók.

A *Klinikai Központ és intézetei* bármely dolgozója kezdeményezheti a *Minőségirányítási Kézikönyv*, az eljárások, az eljárásrendek módosítását. Az erre vonatkozó javaslatot, vagy tervezetet írásos formában a minőségirányítási igazgatóhoz kell eljuttatni. A minőségirányítási igazgató a Klinikai Központ főigazgatójának előterjeszti a módosításra vonatkozó javaslatot, aki elfogadja vagy elutasítja azt. Elfogadás esetén elrendeli a módosítás elkészítését. A kézikönyvet, eljárásleírásokat, eljárásrendeket a minőségirányítási igazgató vagy az általa megbízott személy módosíthatja, aki felelős a karbantartásáért is. Az integrált minőségirányítási rendszerbe bevont protokollt annak készítője vagy a vele azonos intézetben és beosztásban dolgozó munkatársa módosíthat, aki egyben felelős az adott dokumentum karbantartásáért is (saját intézetében a törzsdokumentumot kezeli).

A kézikönyv módosítása fejezetenként lehetséges. A módosított kézikönyv a főigazgató aláírásával, dátummal és új verziószámmal kerül jóváhagyásra. Csak ezt követően tölti fel a minőségirányítási igazgató megbízásából a Főigazgatói Hivatal megbízott munkatársa a dokumentum azonos elektronikus változatát a Minőségirányítási Igazgatás honlapjára, ami egyben a hatályba léptetést is jelenti.

A kézikönyv, az eljárások, eljárásrendek általános felülvizsgálatára évenként kerül sor a minőségirányítási igazgató kezdeményezésére, általában a belső auditokhoz kapcsolódóan.

Bizonylati Album

A Bizonylati Album tartalmazza mindazon üres nyomtatványokat, bizonylatokat, amelyek az ellátás fő folyamataihoz, támogató folyamataihoz, vagy központi dokumentációs rendszertől történő eltérés kapcsán keletkeztek. A Bizonylati Album folyamatosan kiegészítendő és szükség esetén módosítandó. Karbantartása a minőségirányítási vezető feladata.

7.6. A rendszerépítés fontos állomásai

1. Az intézeti minőségirányítási vezetők, az intézetvezető főnövények és a szervezeti egységek dolgozóinak minőségügyi oktatása.
2. Az intézetekben lefolytatott helyszínbemjárások, konzultációk.
Az oktatások és a helyszínbemjárások alkalmával történt konzultációk biztosították, hogy a vezetők és a dolgozók megfelelő módon felkészüljenek az elkövetkezendő belső auditokra. A területen a munkatársak által feltett kérdések egyértelműen bizonyították, hogy mennyire nehéz a szabványkövetelményeket az egészségügyi szolgáltató működési gyakorlatába átültetni.
3. Intézeti dokumentációk átvizsgálása.
A szervezeti egységek által elkészített dokumentációk – *intézeti működési rend, eljárások, eljárásrendek, bizonylati album, orvosi és ápolásszakmai protokollok stb.* – megismerése. A vizsgálat arra is kitért, hogy az egységek meghatározták-e az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó minőségcéljaikat és követelményeket. Megfelelően megtervezték-e a betegellátási folyamatokat és az ahhoz tartozó dokumentáció kialakítását, a szolgáltatással kapcsolatos konkrét erőforrások megteremtését. Az eljárásleírásokban, eljárásrendekben megfogalmazottak alkalmasak-e a betegellátás igényeinek hatékony kielégítésére, a gyakorlatban gondoskodtak-e a tevékenységeik megtervezéséről a kapacitások, erőforrások figyelembevételével. Szintén ebben a fázisban került vizsgálatra az egységek képzéssel és továbbképzéssel kapcsolatos tervei. Az átadott dokumentáció alapján arra is lehetősége nyílt a Minőségirányítási Igazgatás munkatársainak, hogy megállapítsák, az adott egységek tekintetében megfelelően történtek-e a felelősség és hatáskör le szabályozása.
4. A 29 intézet/klinika/tanszék vonatkozásában a belső auditok lefolytatása.
Az igazgatás által kiépített rendszer – *mint minden rendszer* – nem maradt hosszú ideig statikus állapotban. A minőséget nemcsak a szolgáltatás eredményeként kellett ellenőrizni, hanem már a letelepítéstől nyomon kellett követni. A minőség dokumentált ellenőrzése és felülvizsgálata a folyamatok változásai miatt elengedhetetlen követelményt jelentett. A belső audit végrehajtása során az igazgatás igyekezett meggyőződni arról, hogy valamennyi általa felkészített egység megfelel-e a fent megfogalmazásra került kritériumoknak.

Ehhez a tevékenységhez a Minőségirányítási Igazgatás nem vett igénybe külső, megbízás alapján teljesítő céget, hanem önerőből, saját munkatársai által tervszerűen végezte el a feladatokat a következőképpen:

- A Minőségirányítási Igazgatás munkatársai által elkészített és jóváhagyott audit terv alapján az érintett intézetvezetők, valamint az intézeti minőségirányítási vezetők értesítést kaptak a belső audit időpontjáról.
- Nyolc munkanappal a belső audit időpontja előtt a szervezeti egységek egy külön értesítés csatolmányaként a részletes auditprogramot is megkapták. Az érintett vezető a belső auditprogrammal kapcsolatosan észrevételeit legkésőbb a belső audit megkezdéséig tehette meg.
- Az auditprogramban feltüntetett vizsgálat tervezett módszerének és irányának végleges jóváhagyása – az auditált terület vezetőjének észrevételét figyelembe véve – az audit nyitóértekezletének keretében véglegesítésre került.
- Amennyiben a felülvizsgálatot végző belső auditor súlyozott eltérést tapasztalt a működésben, nem megfelelési jelentést készített a helyszínen a vizsgálat befejezése után. A jelentést az auditált terület felelős vezetője ellenjegyzésével látta el.
- Ebben ellenőrizhetően és visszakereshetően rögzítésre került az észlelt nem megfelelés. Ezek valószínű okát a belső auditor segítségével a felelős vezető meghatározta. Amennyiben a felelős vezető saját hatáskörében orvosolható volt, ugyanezen a nyomtatványon intézkedést rendelt el, meghatározta a felelősöket és a határidőket.
- A belső auditor a meghatározott határidő letelte után a helyszínen visszaellenőrizte az intézkedések eredményességét, a nem megfelelés megszüntetését. Ha a helyesbítő tevékenységek eredményesek voltak, a belső auditor a felülvizsgálat dokumentumait eljuttatta az intézeti minőségirányítási vezetőnek, aki a jelentést aláírásával lezárta.
- Ebben az esetben a szervezeti egység belső auditja az éves auditterv dokumentációján szintén lezárásra került.
- Azonban ha a feltárt hiányosság az intézetvezető hatáskörében azonnal nem volt orvosolható, az oka nem volt megszüntethető – központi intézkedés megtétele vált szükségessé –, akkor az intézetvezető hatáskörébe tartozott elindítani a nem megfelelés megszüntetésére irányuló kezdeményezést.
- A jelen helyzetben az audit szintén csak akkor volt

lezárható, ha a feltárt hiányosságra bizonyítottan és megnyugtatóan határidőre történő központi intézkedés született.

- A belső auditok lefolytatása közben feljegyzett objektív bizonyítékból minden esetben jegyzőkönyv készült, amely a későbbi vezetőségi átvizsgálás jegyzőkönyvének alapjául szolgált.

7.6.1. A belső auditok tapasztalatai a 2010–2011. évi ciklusban

A belső auditok során a Minőségirányítási Igazgatás a betegellátást érintő fő és egyéb támogató folyamatainak szisztematikus ellenőrzését hajtotta végre. A Minőségirányítási Igazgatás által átadott dokumentációknak (*eljárások, eljárásrendek, stb.*) is köszönhetően, az egységeknél a szabványok követelményeinek saját folyamataikba való beépítése rövid időn belül pozitív változásokat eredményezett. Ez elsősorban a szervezeten belüli működés javulásában és a jobb belső kommunikációban mutatkozott meg. Egyértelműen megállapítható volt, hogy a Klinikai Központ egységeiben a minőségügy iránt elkötelezett a vezetés, akik számára rendkívül fontos, hogy betegek a lehető legmagasabb színvonalú ellátásban részesüljenek. A minőségirányítási rendszer

bevezetése kedvező hatást gyakorolt a vezetésirányítási tevékenységeinek minőségére, a betegellátás biztonságának növelésére és a szakmai tevékenység minőségére.

A belső auditokon feltárt nem megfelelőségek kategóriáit és azok előfordulási számát mutatja a 7.1. ábra.

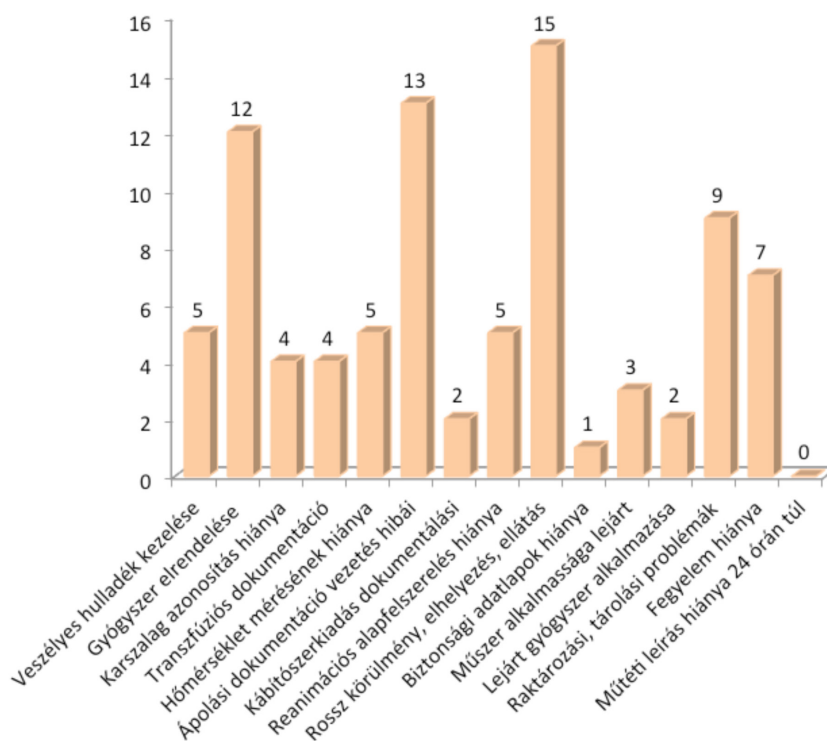
7.6.2. Rendkívüli belső auditok 2011-ben

A szervezeti egységek külső, hatósági ellenőrzései kapcsán felvett jegyzőkönyvek eltéréseinek határidőre történő teljesítése érdekében, főigazgatói elrendelés alapján két esetben rendkívüli audit lefolytatása vált szükségessé 2011-ben. A Minőségirányítási Igazgatás munkatársainak feladata ebben az esetben a szabályozástól történő eltérés okának felderítése volt. Ezen felül a vizsgálatot végző team megoldási javaslatot tett a probléma jövőbeni elkerülése érdekében. A Klinikai Központ vezetése és az intézetek vezetői klinikai központi szintű és szervezeti egység szintű intézkedéseket fogantottak, melyek következményeként a hiányosságok és eltérések megszűntek.

Vezetőségi átvizsgálás

A vezetőségi átvizsgálás a tervezés és a fejlesztés átvizsgálása, amely a vizsgálat tárgyára vonatkozóan az

Nemmegfelelések száma kategóriánként a belső auditokon 2010/2011-ben



7.1. ábra.

alkalmasság, a célnak való megfelelés és az eredményesség meghatározására irányul, a kitűzött célok érdekében. (MSZ EN ISO 9000:2005 Minőségirányítási rendszerek. Alapok és szótár.)

A vezetőségi átvizsgálás folyamata

Az integrált minőségirányítási rendszer felügyeletéért és a vezetőségi átvizsgálás megszervezéséért az intézeti minőségirányítási vezető volt a felelős. A vezetői átvizsgálást minden év azonos időszakában a belső audit lefolytatása után legalább két héttel kellett megtartani az erre vonatkozó *ME 02-01 Vezetőségi átvizsgálás* eljárásleírás alapján. Az intézeti minőségirányítási vezető előre, írásban értékelte a minőségirányítási rendszer működését. Az írott anyagot az értekezlet résztvevői az értekezlet előtt egy héttel megkapták. Ennek alapján kerültek megvitatásra az integrált minőségirányítási rendszer működésének eredményei, hatékonysága és a javítás, továbbfejlesztés konkrét teendői. Az első éves auditokat követő vezetőségi átvizsgálások alkalmával az intézeti minőségirányítási vezetők beszámoltak a rendszerépítés nehézségeiről, problémáiról is. A vezetői átvizsgálásról minden esetben feljegyzést kellett készíteni, amit a minőségirányítási vezető készített el és az intézetvezető ír alá (*ME 02-01/A01 Feljegyzés vezetőségi átvizsgálásról*).

A vezetőségi átvizsgálás a következő konkrét *bemenő adatok* értékelésére terjedt ki:

- a minőségpolitikában foglaltak érvényességére, megvalósíthatóságára, a változtatások szükségességére (figyelemmel a jogszabályokban, az érdekeltek elvárásaiban, a Klinikai Központ és intézeti tevékenységében, a technika fejlődésében bekövetkező változásokra),
- a minőségcélokra, tervekre, előirányzatokra és ezek megvalósulására,
- a környezetpolitikára, célokra, előirányzatokra, valamint azok megvalósulására,
- a munkahelyi biztonsági politikára, előirányzatokra, valamint azok megvalósulására,
- a belső szabályzatok működésének hatékonyságára,
- egészség és balesetvédelmi hatásvizsgálatok, kockázatbecslés eredményeire,
- a belső auditok eredményeire, megállapításaira,
- az auditokon észlelt hiányosságok miatt hozott intézkedések értékelésére, a hibajavítás eredményeire,
- a megelőző tevékenységek eredményességére,
- a vevői-, dolgozói- és partnerelégedettségi, a reklamációkezelés tapasztalataira,
- az oktatás és képzés eredményeinek értékelésére,

- az erőforrás-gazdálkodás szükségleteire és eredményeire,
- a rendszer működésének és folyamatainak hatékonyságára, hatásosságára,
- az indikátorok elemzésére és értékelésére,
- azon változásokra, amelyek befolyásolhatják a minőségirányítási rendszer kiépítését és működését,
- a rendszer továbbfejlesztésének feladataira.

A vezetőségi átvizsgálás *kimenő adatai* tartalmazták azokat a döntéseket és intézkedéseket, amelyek:

- a minőségirányítási rendszer és folyamatai eredményességének fejlesztéséhez,
- a szolgáltatás vevői követelményekkel kapcsolatos fejlesztéséhez,
- és a szervezet erőforrás- szükségletéhez kapcsolódtak.

A mindeközben kiírt közbeszerzési eljárás sikerrel zárult, a CERTOP Termék és Rendszertanúsító Ház Kft. tudhatta magáénak a nyertes pályázatot. A tanúsító szervezettel megtörtént a szerződéskötés, 3 éves ciklusra, a külső tanúsítások évenkénti lefolytatására. A külső auditok 2011. május közepére eredményesen befejeződtek. A Klinikai Központ valamennyi szervezeti egysége rendelkezett egy közös ISO 9001:2009 tanúsítvánnyal, valamint, szervezeti egységenként önálló, Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok szerint kiadott tanúsítvánnyal. Ebben az időszakban a szervezeti egységek közül a Labor Medicina Intézet és az Immunbiológiai és Biotechnológiai Intézet szintén rendelkezett tanúsítvánnyal, melyet a labor tevékenységekre a NAT akkreditáció biztosított.

7.6.3. Külső tanúsítások tapasztalatainak összegzése 2010–2011-ben

A CERTOP Kft.-vel kötött szerződésben szereplő összes egységnél a külső tanúsítás megtörtént. Minden intézet sikeresen vette az „akadályt”. A tanúsított egységek munkatársainak hozzáállása, elkötelezettsége a minőségirányítási rendszer bevezetése iránt nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a Klinikai Központ sikeres tanúsítási eljárásokon volt túl 2011 májusára.

A tanúsítás során az auditorok nem tártak fel olyan eltéréseket és nem megfeleléseket, mely a tanúsítások kiadását megakadályozhatta volna. A tanúsító auditot lefolytató auditorok külön-külön vizsgálták, hogy az adott egységek megfelelnek-e az MSZ EN ISO 9001:2009 szabvány, valamint a MEES 1.0 kézikönyv előírásainak. A

különböző szabványpontokkal kapcsolatos észrevételeik ismertetésére kettős bontás alkalmaztak:

MSZ EN ISO 9001:2009 alapján vizsgálták a minőségirányítási rendszer követelményeknek való megfelelését, a vezetőség felelősségi körét, az erőforrás-gazdálkodást, a szolgáltatás nyújtásának minőségét, mérés, elemzés, fejlesztést.

A MEES standardjai alapján górcső alá kerültek az alábbi területek: járóbeteg-ellátás folyamata, fekvőbeteg-ellátás folyamata, diagnosztikai vizsgálatok, betegjogok, tájékoztatás, adatkezelés.

Valamennyi egység esetében az auditorok kiemelték azt a magas fokú elkötelezettséget, amelyet meg tapasztaltak a munkájuk során. Klinikaként kiemelték olyan tevékenységeket, folyamatokat melyek a rendszer erősségét voltak hivatottak bizonyítani. Kiemelt erősségek:

- csapatmunka, kollektív szemlélet,
- műszerek nyilvántartásának pontossága,
- empatis viselkedés, betegelégedettségi adatokkal alátámasztva,
- dokumentációs fegyelem,
- munkaügyi nyilvántartások pontos vezetése (pl. szakdolgozói nyilvántartás),
- kórlap lezárását segítő ellenőrző lista használata.

Tapasztalataik szerint „a klinikák vezetése olyan szervezeti kultúra és munkahelyi légkör kialakítására törekedett, melyben a színvonalas – elvárásokhoz igazodó – munkavégzés alapot teremthet a későbbiekben megvalósítható intézményi akkreditáció eléréséhez”. Természetesen a kitűzött cél eléréséhez továbbra is szükséges a minőségirányítási, szervezeti és működési rendszer folyamatos fejlesztése, a kimagasló szakmai ismeretekkel és tapasztalatokkal rendelkező munkatársak alkalmazása, kinevelése, a képzés és továbbképzések támogatása, a minőségi munka elismerése, az erőforrások optimális kihasználása.

7.6.4. Képzés, oktatás 2010-ben

2010 novemberében a Klinikai Központ néhány szervezeti egysége felkérésének eleget téve, a minőségirányítási igazgató a már korábban belső auditori végzettséget szerző munkatársak számára szinten tartó továbbképzést tartott. A képzésen a Laboratóriumi Medicina Intézet, az Orvosi Genetikai Intézet, az Immunológiai és Biotechnológiai Intézet és a Minőségirányítási Igazgatóság munkatársai vettek részt. A továbbképzés megszervezése az Igazgatóság részéről egy folyamat kezdeteként volt, melynek célja, hogy a Klinikai Központ egységében legyenek olyan egészségügyi szakemberek, akik

megszerzik a belső auditori végzettséget. Az ilyen irányú belső képzések lebonyolításával a Minőségirányítási Igazgatóság jelentős anyagi megtakarítást tudott realizálni a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának.

7.6.5. 2011. évi események

Minőségfejlesztő Testület

A Klinikai Központ a magas színvonalú és biztonságos betegellátás megvalósulása érdekében szükségesnek tartotta Minőségfejlesztő Testület működtetését, a Rektor munkáját segítő a Pécsi Tudományegyetem Minőségfejlesztő Bizottságától függetlenül.

A Testület alakuló ülése 2011. január 26-án volt, ahol a tagok kinyilvánították, hogy a „Szabályzat a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjában működő Minőségfejlesztő Testület összetételéről, működéséről, feladat-hatásköréről” véleményezése és főigazgatói jóváhagyása után megkezdik hivatalos munkájukat. A szabályzat 2011. február 1-jén lépett hatályba. A szabályzat preambuluma:

„Az egészségügy szerte a világon a gazdaság egyik legnagyobb szektora, és a szolgáltatási szektoron belül a legnagyobb ágazata. Az egészségügyi ellátás minőségének biztosítása és folyamatos javítása nagy kihívás a mai egészségügyi ellátásban tevékenykedő valamennyi szakember számára. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja a Minőségfejlesztő Testület létrehozásával is bizonyítani kívánja, hogy kiemelt figyelmet fordít az egészségügyi ellátás színvonalának emelésére, az ahhoz való hozzáférés javítására.”

A Minőségfejlesztő Testület összetétele:

Elnök: a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Minőségirányítási Igazgatója.

Titkár: a Minőségirányítási igazgató által felhatalmazott személy.

Tagok:

- A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Klinika/Intézet/ Tanszék és egyéb kiszolgáló egységei Intézeti minőségirányítási vezetői
- a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Minőségirányítási Igazgatóság munkatársai

Állandó meghívottak:

- a Klinikai Központ főigazgatója
- a Klinikai Központ orvos igazgatója
- a Klinikai Központ ápolási igazgatója

A Minőségfejlesztő Testület minden tagja jogosult és köteles volt a Testület tevékenysége során a jogszabályokat és az egyetemi szabályzatokat betartani, a

Testület hatáskörébe tartozó bármely ügyben a Testület ülésén kérdéseket feltenni, intézkedést, módosítást kezdeményezni, valamint minden olyan információhoz hozzáférni, amely a Testületi tagságból eredő feladatai ellátásához szükséges.

A Minőségfejlesztő Testület feladatai:

- Véleményt nyilvánít a Klinikai Központ minőségpolitikájával, minőségfejlesztésével összefüggő minden kérdésben.
- Javaslatot tesz és segítséget nyújt:
 - a Klinikai Központ valamennyi egységének vezetése számára a minőségpolitikai követelményrendszernek megfelelő, a minőségpolitikai követelményeket megvalósító intézkedésre,
 - a Klinikai Központ valamennyi egységének vezetése számára a minőségpolitikai követelményrendszernek nem megfelelő körülmények okainak feltárására, illetve megszüntetésére,
 - a Klinikai Központ Intézményei minőségirányítási célkitűzéseinek megvalósulásában,
 - az elért eredmények értékelésében,
 - az egyes munkaterületek minőségirányítással kapcsolatos munkájában, tevékenységében,
 - a Klinikai Központ valamennyi egységében folyó megelőző, ellátó, gyógyító, tevékenységének színvonalának elemzésében,
 - értékeli a célkitűzések megvalósulását, a szolgáltatással való megelégedettséget
 - A Klinikai Központ minőségirányítási dokumentációs rendszere alapján figyelemmel kíséri az azokban meghatározott tevékenységeket.
 - Minőségfejlesztési, minőségpolitikai kérdésekben ellátja a Klinikai Központ képviselőtét.
 - Együttműködik a Pécsi Tudományegyetem Minőségfejlesztési Bizottságával.
 - Tevékenységéről éves jelentést készít.

A Minőségfejlesztő Testület szükség szerint, de évente legalább két alkalommal ülésezett. Az ülésekről a Testület titkára feljegyzést készített, mely tartalmazta a napirendi pontokat, azok főbb tartalmi elemeit, a Testület határozatait, illetve állásfoglalásait. A feljegyzést 10 munkanapon belül megküldte a Klinikai Központ vezetése számára, valamint minden résztvevő testületi tagnak.

A szabályzat mellett kidolgozásra került a „Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Minőségfejlesztési program alapelvei”. A program tartalmilag egy-egy tanúsítási ciklushoz igazodva, 3 évre határozta meg az irányelveket. A tanúsítási ciklus lejáratakor mindig új program megfogalmazására van szükség.

Részlet az első, 2010-ben kiadott programból:

- A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ előírásának megfelelően minőségirányítási rendszert és Minőségfejlesztési Testületet működtet.
- Együttműködik a Pécsi Tudományegyetem Minőségfejlesztési Bizottságával.
- A Minőségfejlesztési Testület munkáját elnök irányítja, titkár szervezi, tagjai a Klinikai Központ megbízott intézeti minőségirányítási vezetői, valamint a minőségirányítási igazgatás munkatársai.
- A Minőségfejlesztési Bizottság ügyrend szerint, de legalább évente két alkalommal ülésezik. Évenként munkatervet (fejlesztési tervet), beszámoló jelentést készít.
- A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Minőségfejlesztési Testület operatív irányítását a Klinikai Központ minőségirányítási igazgatója (a testület elnöke) végzi.
- A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ minden egészségügyi szolgáltató egységében, rendszerében és felépítésében egységes, dokumentált minőségirányítási rendszert épít ki és működtet a biztonságos betegellátás és az esélyegyenlőség feltételeinek biztosítása érdekében.
- A minőségirányítási rendszer alapelvei és alkalmazásának leírása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Minőségirányítási Kézikönyvében, eljárásleírásokban, eljárásrendekben rögzített.
- A Kézikönyv illeszkedik a Klinikai Központ működését szabályozó dokumentum rendszerbe, a Pécsi Tudományegyetem Szervezeti Működési Szabályzat és annak mellékleteihez.
- A két rendszer együttes működtetése a betegek, szolgáltató partnerek, a felügyeleti szervek igényein alapul, folyamatos felülvizsgálatra, fejlesztésre szorul. Alkalmas a harmadik fél általi tanúsításra.

7.6.6. A törzsdokumentáció aktualizálása 2011-ben

Az Igazgatás munkatársainak feladata többek közt, hogy a korábban elkészített minőségirányítási dokumentációkat és azok tartalmát aktualizálja. E feladat keretében került sor a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Minőségirányítási Kézikönyvének aktualizálására is, a mellékletekkel együtt. A 3.0 verziószámú Kézikönyv az aktualizálás és a klinikai főigazgató jóváhagyása után 2011. március elsején lépett hatályba, majd feltöltésre került a Klinikai Központ dokumentumtárába.

A meglévő eljárásrendeken felül továbbiak kerültek kidolgozásra, úgymint:

- ER 19 Véletlen páciens-balesetekkel kapcsolatos jelentési, dokumentálási, intézkedési és ellenőrzési teendők eljárásrendje,
- ER 20 Központi betegszállítói ügyelet eljárásrendje (Rákóczi úti telephely),
- ER 21 Kegyeleti szoba működésrendje (Rákóczi út 2.).

Szinten tartó helyszínbejárások

Az egészségügyi ellátás minőségének biztosítása és folyamatos javítása nagy kihívás a mai egészségügyi ellátásban tevékenykedő valamennyi szakember számára. A Minőségirányítási Igazgatás igyekezett személyes jelenlétével, tanácsaival, észrevételeivel segíteni a szervezeti egységeknél folyó munkát. Az Igazgatás fontos feladatának érezte a minőségirányítási rendszer kiépítése mellett annak működtetését is. A munkatársak korábbi tapasztalata az volt, hogy a tanúsítvány megszerzését követően egy picit mindenki megnyugszik, lazít és ennek következtében „leül” a rendszer. Ennek megakadályozására azon szervezeti egységeknél, amelyek már rendelkeztek tanúsítvánnyal úgynevezett szinten tartó helyszínbejárások lefolytatására került sor. Ez a helyszínbejárás két célt szolgált. Egyrészt az így kapott információt felhasználva az Igazgatás összeállított egy összefoglaló anyagot, mely a „Felmérés a Minőségirányítási Igazgatás által felvetésre került problémák megoldásának hatékonyságáról a korábban tanúsításra került szervezeti egységek esetében” címet viselte. Másrészt a helyszínbejárás alkalmával az igazgatás munkatársainak lehetősége nyílt meggyőződni ezen intézkedések gyakorlatban történő alkalmazásáról. A felmérés eredményét a 7.2. ábra mutatja.

A diagramról jól leolvasható, hogy az összes problémafelvetés (110 db) közel 81%-a kijavításra került, és csupán csak az esetek 4,5%-ában nem sikerült a problémát elhárítani. A megoldásra került esetek nagy száma azt mutatja, hogy az érintett szervezeti egységek együttműködők voltak az Igazgatással, és törekedtek a felvetett problémák mielőbbi elhárítására.



7.2. ábra.

7.6.7. 2012-ben történt változások

Személyi változások

A Minőségirányítási Igazgatás vonatkozásában tervezett álláshely bővítésére nem került sor gazdasági okok miatt. Belső áthelyezéssel távozott 1 fő egészségbiztosítási szakember és szintén belső áthelyezéssel érkezett 1 fő ügyvivő szakértő kolléga. 1 fő tartósan távollévő adminisztratív munkakörű kolléga van az igazgatóson, melynek létszáma 2012-ben 4 fő.

A munkatársak végzettség, szakképzettség tekintetében

- 1 fő minőségirányítási igazgató – orvostudományi egyetemi diploma, patológiai, citopatológiai szakvizsga, belső auditor (ISO, KES), MEES belső auditor, minőségirányítási rendszermenedzser, minőségügyi auditor.
- 1 fő egészségbiztosítási szakember (főiskolai diploma), gyermekápoló, ECDL vizsga, integrált vállalati belső auditor, minőségirányítási rendszermenedzser
- 1 fő személyügyi szervező, TB ügyintéző (főiskolai diploma),
- 1 fő adatbázis-kezelő (középszolai érettségi)

A törzsdokumentáció változásai

- A Minőségirányítási Kézikönyv a működésben és a vezetésben bekövetkezett változások miatt kétszer módosult az év során: a 4.0 verzió 2012. 03. 12-én, majd az 5.0 verzió 2012. 09. 19-én lépett érvénybe.
- A Minőségügyi Eljárások közül 4 db átdolgozása történt meg, majd 2.0 verziószámmal, 2012. 03. 12. érvénybe lépési időponttal felkerültek a Klinikai Központ honlapjára:
 - ME 01-01 Minőségirányítási Kézikönyv, eljárások, dokumentumok és feljegyzések kezelése
 - ME 03-01 Emberi Erőforrás Gazdálkodás
 - ME 05-03 Belső audit
 - ME 05-05 Az eltérések kezelése, helyesbítő megelőző intézkedések és fejlesztés

Belső auditok, vezetőségi átvizsgálások, helyszínbejárások

Az Igazgatás 2012-ben 29 Klinika/Intézet belső auditját folytatta le, ezt követően 31 Intézet vezetőségi átvizsgálásán vett részt, előre tervezett ütemezés szerint. A szervezeti egységek igényeinek megfelelően Igazgatásunk két munkatársa, 2 alkalommal központi és 7 esetben helyszíni felkészítést, oktatást tartott. 17 alkalommal szinten tartó helyszínbejárás keretében a betegellátási folyamatok és a kapcsolódó betegdokumentáció vezetés vizsgálatára került sor.

A szervezeti egységekben a betegellátás fő folyamatain és a kapcsolódó, úgynevezett kiszolgáló/támogató folyamatokon túl a Klinikai Központ Igazgatása tevékenységének átvilágítása is megtörtént, az öt igazgatás egyenkénti belső auditjának lefolytatásával és az összevont vezetőségi átvizsgálással. Az Igazgatások esetében – a korábbi főigazgatói döntés értelmében – ISO szabvány szerint történtek az auditok. Az Igazgatások 2011 májusa óta rendelkeznek tanúsítvánnyal.

A munkatársak 7 szervezeti egység (24%) esetében 9 db Nem megfelelőégi jegyzőkönyvet vettek fel. Ezen intézetek vonatkozásában csak a nem megfelelőségek megszüntetését követően (helyesbítő intézkedések) került lezárásra a belső audit, és csak ez után kezdődhetett meg a harmadik fél általi tanúsító/felügyeleti audit.

A következő ábra (7.3.) a belső auditokon feltárt nem megfelelőségek kategóriáit és azok előfordulási számát mutatja a 2010/2011. és a 2012. év összehasonlításában.

Külső auditok

A megfelelő elő- és felkészítést követően mind a 29+2 egység sikeres felügyeleti auditon esett át. A Klinikai Központ Igazgatásait leszámítva minden egységünk az MSZ EN ISO 9001:2009 Szabvány és MEES 1.0 Standard kézikönyv követelményeinek megfelelt és a megszerzett tanúsítványokat továbbra is birtokolhatta.

7.6.8. 2013-ban történt változások

Személyi változások

2013-ban státuszfejlesztés történt, melynek következtében belső áthelyezéssel érkezett 1 fő kolléganő, ügyvivő szakértő beosztásban, számítástechnika-technika tanár (főiskolai diploma), szoftverüzemeltető, informatikai műszerész és ECDL végzettséggel. A státuszfejlesztéssel a Minőségirányítási Igazgatás munkatársainak száma ötre emelkedett.

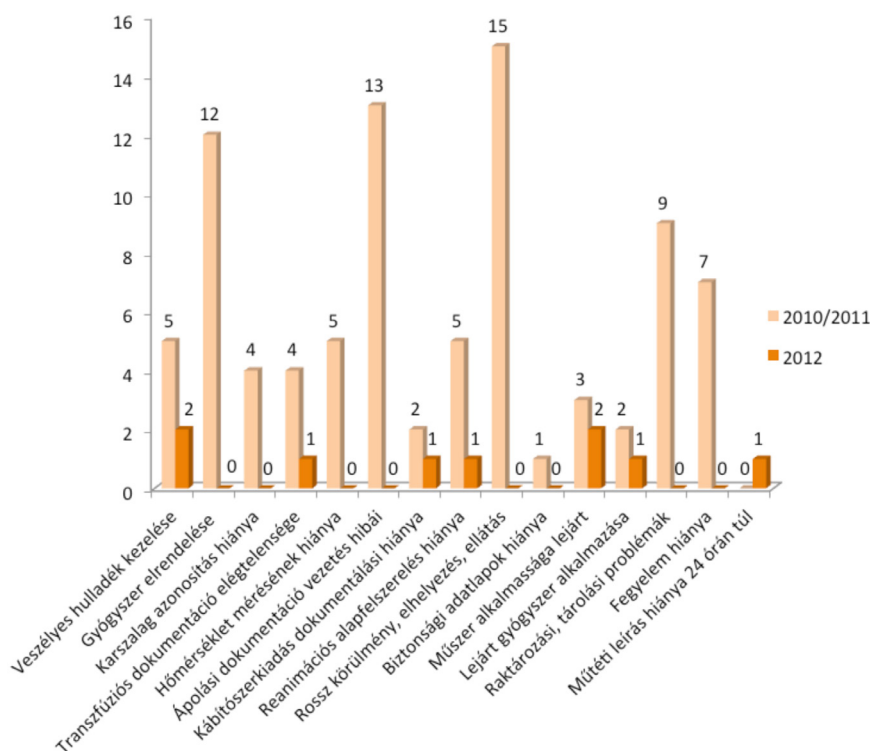
Belső auditok

A Klinikai Központ 3 szervezeti egységében összesen 6 nem megfelelőség került rögzítésre. A három szervezeti egység esetében a nem megfelelőségek megszüntetését követően került lezárásra a belső audit.

A belső auditok egyéb észrevételei

- A védőruházat hiánya és külterületi használata (akár telephelyen kívül is), az előírt zsilipelés megszégése.
- A betegdokumentáció vezetéssel kapcsolatosan: felvételi orvosi anamnézis hiánya, dekurzus napi vezetésének hiánya, műtéti leírás hiánya, orvosi bélyegző-aláírás hiánya, betegtájékoztató-beleegyező nyilatkozatok, dokumentációk azonosítása,

**Nem megfelelőségek alakulása
a 2010/2011. és a 2012. években**



7.3. ábra.

ápolási terv hiánya, szakmaspecifikumok leírása, eszközök bekötése-kivétele óra/perc hiány.

- Az ellenőrzött szerek dokumentálásának pontatlansága.
- A szakmai anyagok felhasználási idejének figyelése, a felbontott egységcsomagok egyértelmű jelzéseinek hiánya.
- A szakmai anyagok és az egyéb eszközök elkülönített tárolásának hiánya.
- Az orvostechnikai berendezések fertőtlenítéseinek dokumentálás hiánya.
- Az orvostechnikai berendezések kezelésének oktatásait igazoló dokumentumok hiánya.

Általános tisztasági problémák, a takarítás elégtelensége, a napi takarítás átvétel megjegyzés nélkül.

Rendkívüli belső audit

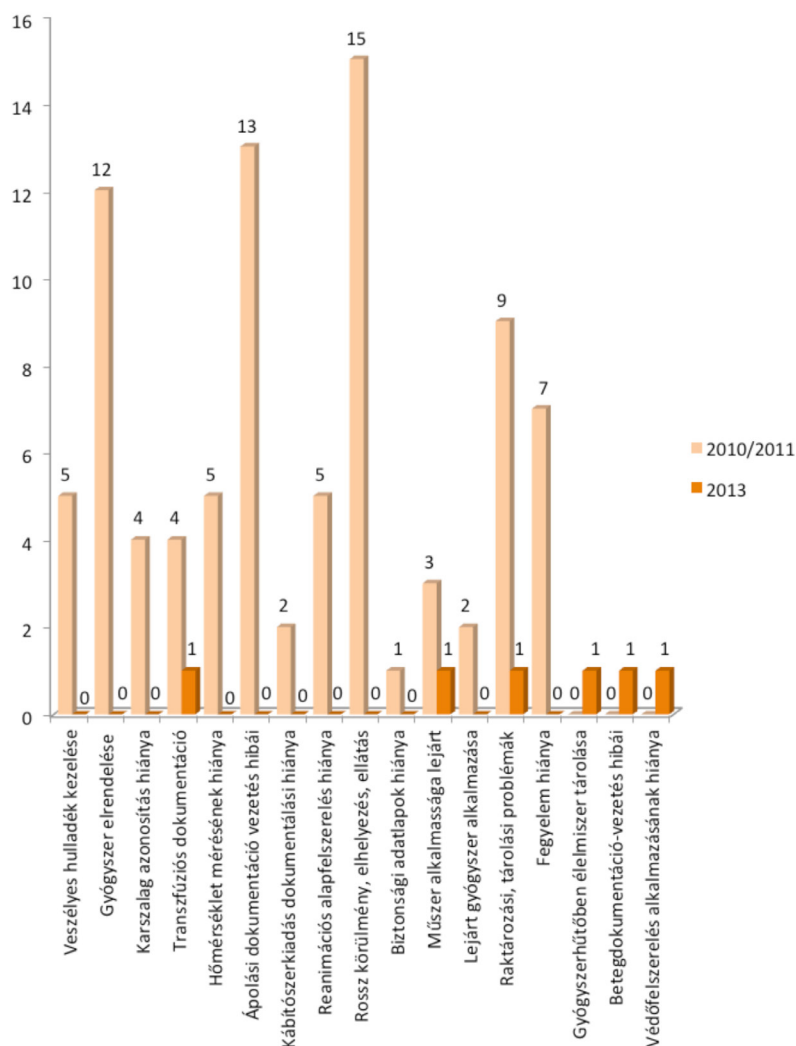
Egyetlen klinika vonatkozásában került sor rendkívüli belső audit lefolytatására 2013-ban. Az audit fókuszában a zárójelentések kiadása és a lezárt betegdokumentációk útja szerepelt. Az auditfolyamat lezárásaként auditjelentés készült, a határidős feladatok teljesülését a területen visszaellenőrizte a Minőségirányítási Igazgatóság.

Külső auditok

Eltérések a külső auditon

- Betegdokumentáció vezetése ápolási területen és kiemelten az ambuláns műtétek műtéti leírásainak beemelése a műtéti naplóba, „C” típusú eltérés.
- Betegdokumentáció: gyógyszerrendelés hiánya lázlapon, betegektől átvett gyógyszer tételes átvétele, „C” típusú eltérés.

**Nem megfelelőségek alakulása
a 2010/2011. és a 2013. években**



7.4. ábra.

Egyéb észrevételek a külső auditon

- A betegdokumentáció fejlesztésre, a beteg beleegyező nyilatkozatok átdolgozásra szorulnak.
- A branule behelyezést óra/perc pontossággal kell dokumentálni.
- A szervezeti egységek által készített minőségirányítási dokumentumokat is azonosítani szükséges a központi szabályozásnak megfelelően.
- Gyakori az egyéni védőeszközök és védőruházat használatának hiánya. (egyszer használatos kesztyű és szájmascsk viselése)
- Gyakori a halmozott ékszer viselés.
- Nagy számban fordul elő a használaton kívüli orvostechnikai eszközök folyosókon történő tárolása.
- Hiányzik az orvostechnikai eszközök tisztítását, fertőtlenítését igazoló dokumentáció.

Pozitív külső értékelés

- Legtöbb esetben megvalósul a szakmai anyagok, gyógyszerek hatékony felhasználása, lejárati idők szoros monitorozása, a költséghatékonyság napi szintű alkalmazása.
- Egy éven belül szinte kivétel nélkül minden szervezeti egységben elkészült az orvostechnikai berendezések szervezeti egységenkénti nyilvánartartása, nyomon követése, műszaki felülvizsgálatok monitorozása.
- A minőségirányítási rendszer iránti elkötelezettség, önálló fejlesztési kísérletek egyes szervezeti egységek részéről.

7.6.9. 2014-ben történt változások*Törzsdokumentáció változásai*

A TIOP 2.2.7 európai nagyprojekt újabb szakaszához érkezve elkezdődött a volt 400 ágyas Klinika A és C szárnyába az intézetek visszaköltöztetése. A székhely- és telephelyváltozások, valamint a Klinikai Központon belül történt szervezeti változások és egyéb más, egységeket érintő változások maguk után vonták az egyébként is aktuálissá vált módosításokat.

A munka keretében a törzsdokumentáció aktualizálásra, majd jóváhagyásra került a főigazgató által 2014. május 6-án:

- Klinikai Központ Minőségirányítási Kézikönyv 6.0 verzió
- Minőségügyi eljárások: A szerkesztések és aktualizálás után 7 db eljárás maradt, melyek a következők:

- ME 01-01 Minőségirányítási Kézikönyv, eljárások, dokumentumok és feljegyzések kezelése
- ME 02-01 Vezetőségi átvizsgálás
- ME 03-01 Emberi Erőforrás Gazdálkodás
- ME 04-07 Mérő, ellenőrző és vizsgáló berendezések felügyelete
- ME 05-03 Belső audit
- ME 05-04 A betegelégedettség mérése és a betegforgalmi adatok elemzése
- ME 05-05 Az eltérések kezelése, helyesbítő megelőző intézkedések és fejlesztés
- Eljárásrendek: tartalmi aktualizálásukat és felülvizsgálatra előkészítésüket az Ápolásigazgatás végzi, míg a formai egységesítés és a Minőségirányítási Igazgatás weboldalára történő feltöltés a MIR munkatársak feladata. A kézirat megírásakor 28 eljárásrend aktualizálása folyik éppen.
- A Bizonylati Album tartalomjegyzéke is frissítésre, aktualizálásra került az új igényeknek megfelelően 2014. május 6-ával.

Újabb változás az előző évekhez képest, hogy a Minőségirányítási Igazgatás weboldalának kezelése már nem a Főigazgatói Hivatal feladata, annak teljes körű szerkesztése, frissítése a MIR munkatársak felügyelete alá tartozik 2014 áprilisától.

Helyszínbejárások

A Minőségirányítási Igazgatás 12 helyszínbejárást folytatott le a 2014-es év során. A bejárások a korábbi, hatósági ellenőrzések jegyzőkönyveit is alapul véve történtek abból a célból, hogy a betegellátás összes területén segítsék az intézetek felkészülését a belső, illetve külső auditokra. A bejárások alkalmával feltárásra kerültek azok a hiányosságok, melyek a későbbi auditok során esetleg nem megfelelést, illetve eltérést vonnak maguk után. Az időben hozott helyesbítő/megelőző intézkedések hozzájárultak a sikeres auditív zárásához.

Belső auditok, vezetőségi átvizsgálások

Az Igazgatás 2014-ben 29 klinika/intézet belső auditját folytatta le az éves belső auditterv ütemezése szerint, majd részt vett ezen intézetek vezetőségi átvizsgálásán. Ezen felül a három, NAT általakkreditált intézet vezetőségi átvizsgálásán is képviseltette magát az Igazgatás. Minden egység előzetes auditprogramot kapott, amely szerint zajlott a helyszínen a belső audit. A belső audit kitért a dokumentáció valamint a szakmai szolgáltatás-tevékenység vizsgálatára. A szervezeti egységekben a betegellátás fő folyamatainak és a kapcsolódó, ügynevezett kiszolgáló/támogató folyamatokon túl a Klinikai

Központ Igazgatásának tevékenysége is átvilágításra került.

A Klinikai Központ egységeiben 7 nem megfelelőséget vettek fel a Minőségirányítási Igazgatás munkatársai. Négy szervezeti egység esetében a nem megfelelőségek megszüntetését követően került lezárásra a belső audit és csak ezek után történt meg a harmadik fél általi tanúsító/felügyeleti audit. 2014-ben nem került sor rendkívüli belső audit lefolytatására. A belső auditokon előforduló nem megfelelőségek ábrázolása a 2010/11-es bázisévhez hasonlítva a 7.5. ábrán található.

Külső auditok

A 2014. évben történt harmadik fél által történt tanúsítások folyamán 2 klinika vonatkozásában 2 db eltérést vett fel a külső auditor kolléga, mindkét esetben betegdokumentáció-vezetés hiányosságai miatt.

A kifogásolt eltérések minden esetben helyesbítő intézkedések meghozatalával, illetve a dolgozók oktatásával megszűntek, így a Klinikai Központ ismételt sikeres auditévet zárhatott 2014. november 26-ával.

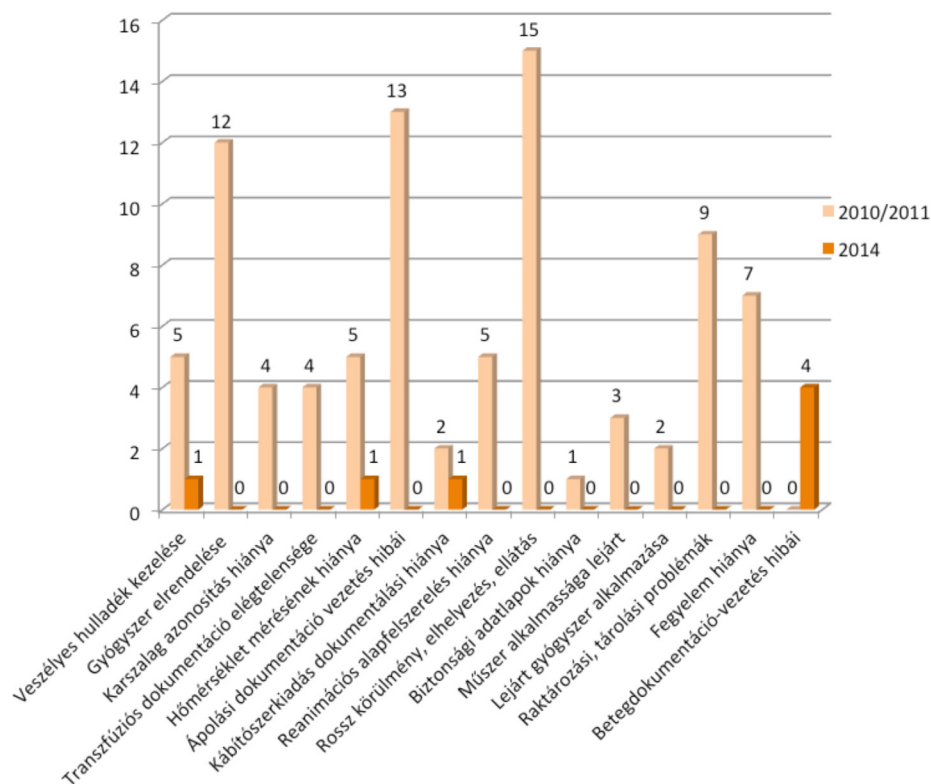
7.7. A MIR Igazgatás főbb projektjei

7.7.1. Központi kórlapellenőrzés kivitelezése

A Klinikai Központ Igazgatása a Minőségirányítási Igazgatás kezdeményezése alapján a 2012. évre az egyik legfontosabb minőségcélként a betegdokumentációs fegyelem növelését jelölte meg. Miután a betegdokumentáció-vezetés szakmai, jogi és teljesítményjavító folyamatokban is érdemi szerepet játszik, elengedhetetlennek tűnt a teljességre való törekvés, a gyakori szervezeti egységen belüli dokumentált ellenőrzés, valamint a Minőségirányítási Igazgatás munkatársai által tervezetten végzett központi kórlapellenőrzés valamennyi fekvőbeteg részen.

A projekt célja az volt, hogy az ellátás során létrehozott betegdokumentáció a valóságnak megfelelően kitöltött személyi adatokon túl, egyedi azonosítóval rendelkezzen a későbbi visszakeresés megkönnyítése

Nem megfelelőségek alakulása a 2010/2011. és a 2014. években



érdekében, illetve folyamatában rögzítsék az ellátó egységekben végzett diagnosztikus és terápiás tevékenységeket, dokumentálják a vizsgálati és terápiás eredményeket, a beteg mindenkori állapotát és az abban bekövetkezett változást.

Fontos volt továbbá, hogy a dokumentáció a beteg-ellátás számára használható legyen, az információkat hitelesítetten és időrendben rögzítsék. Formai és tartalmi elemeinek segítenie kellett a különböző szolgáltatások közötti ellátás folyamatának integrálását és folytonosságát. A betegellátási feladat befejezését, illetve a beteg elbocsátását követően a betegdokumentációt valamennyi hozzátartozó feljegyzéssel együtt kompletté kellett tenni és az iratkezelési szabályzatnak megfelelően tárolni.

A közel egyéves feladat kivitelezésére a minőségirányítási igazgató intézkedési tervet készített.

Intézkedési Tervnek megfelelő lépések

- A Minőségirányítási Igazgatás a feladat meghatározása után felmérte a tevékenységi körök alapján, hogy mely fekvőbeteg ellátást nyújtó klinikákat vonja be a vizsgálatba.
- Egyeztetett az érintett klinikák vezetőivel, illetve az intézeti minőségirányítási vezetőkkel.
- Az év közben folyamatban lévő külső auditokra való felkészülést segítve, figyelembe vette a felületei auditok sorrendjét, és ennek megfelelően alakította ki a kórlap bekérések ütemtervét.
- Elkészített egy egységes kórlap ellenőrzési szempontrendszert, amellyel a vizsgált vagy kezelt betegekről a hatályos jogszabályok, szakmai előírások (MEES 1.0 Standardok), valamint a belső szabályozók figyelembe vételével minden szükséges adat és információ kitöltöttségét vizsgálta.
- A fekvőbeteg manuális szakmákhoz kapcsolódó speciális ellátás (műtétek, invazív beavatkozások) dokumentumainak azonosítása után meghatározta az egyéb, kapcsolódó vizsgálatba vont dokumentumok körét.
- Az egyes szervezeti egységek összesített eredményéről levélben értesítette az érintett egység igazgatóját és intézeti minőségirányítási vezetőjét. Javaslatokat fogalmazott meg a további eltérések megelőzésére, oktatásokat kezdeményezett, valamint felkérésre dokumentált oktatásokat tartott betegdokumentáció-vezetés témakörben.
- Végül, az ellenőrzésben résztvevő klinikák eredményeinek összegző kiértékelése után, egy írásos összefoglalót készített, amit a megfelelő szakmai fórumon a minőségirányítási igazgató a felső vezetés számára prezentált.

Egyéb kapcsolódó dokumentáció vizsgálat

Az *Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet* specifikus dokumentációjának (preoperációs, állapotfelmérő, posztoperációs és altatási lapok, betegtájékoztatók és beteg beleegyezők) és a kapcsolódó szakmák – *sebészet, érsebészet* – egyéb dokumentációinak (egyéni eszköz és anyag felhasználási nyomtatványok, műtéti napló, műtéti leírások) részletes vizsgálata a kórlapelemzés közben, de külön projektként, párhuzamosan történt meg. Ennek eredményéről az érintettek szóban és írásban is részletes értékelést kaptak.

Az összevont értékelés eredménye

Az ellenőrzésben 18 klinika, összesen 96 db kórlapja került átvizsgálásra. Minden klinika egységesen került értékelésre, ahol a fő elvárás nem a szakmai tartalom, hanem a betegdokumentáció-vezetés szabályainak érvényesülése volt.

A dokumentációk szisztematikus feldolgozása során, az elvárttól eltérően, számtalan (összesen 44 féle) típushibát talált a Minőségirányítási Igazgatás. A klinika vezetőjének megfogalmazott levél – 14 klinika esetében – még pluszban egyedi, speciális problémákat is taglalt, amelyek mellé a kifogásolt része jogszabályi hivatkozásai is idézésre kerültek. A típushibák további osztályozását az egészségügyi személyzet kompetenciáinak bonthatásában végezte el a team:

- Orvosi kompetenciakörbe tartozó eltérések száma: 19
- Szakdolgozói kompetenciakörbe tartozó eltérések száma: 16
- Adminisztratív munkakörbe tartozó eltérések száma: 9

Orvosi kompetenciakörbe tartozó eltérések

- A kórlap orvosi anamnézis, státusz része a felvevő és/vagy a kezelő orvos által sem hitelesített.
- Általános beleegyező nyilatkozatot a beteggel aláírták, de nem töltötték ki, és/vagy orvos nem írta alá.
- Általános beleegyező nyilatkozat hiányzik a lezárt kórlapból.
- Orvosi vizsgálati és/vagy terápiás terv nem készül.
- Gyógyszer, ellenőrzött szerek elrendelése orvos által nem hitelesített (pecsét, aláírás).
- Műtéti leíráson nincs aláírás, pecsét vagy pecsétszám, illetve a dokumentum nem készül el 72 órán belül.
- Műtéti beleegyező nyilatkozat egyáltalán nincs.
- Preoperációs, posztoperációs szakasznál hiányzik az óra/perc pontos jelölése. Hiányzik az aneszteziológus aláírása, pecsétje vagy mindkettő.

- Nincs napi orvosi dekurzus vezetve, illetve ha elektronikusan vezették, nincs kinyomtatva, hitelesítve, a kórlaphoz tűzve.
- A dekurzus lapon, betétlapon, preoperációs vizsgálati lapon egyáltalán nincs betegazonosításra szolgáló adat.
- A beteg saját felelősségű eltávozása orvosilag nem dokumentált a kórlapon.
- A betegadaptáció sem a kórlapon, sem a lázlapon nincs bejegyezve.
- A kórlapba kézzel történt orvosi bejegyzés olvashatatlan, tele van rövidítésekkel.
- A lázlapon nem történt meg a diéta orvosi elrendelése.
- A beteg saját gyógyszereinek intézményi továbbszedése a lázlapon nem jelenik meg.
- A lázlapon, kórlapban, dekurzusban a korábban beírásra került szöveget hibajavítóval eltüntették, majd felülírták.
- A területi ellátási kötelezettségen kívül eső betegek ellátásakor nincs befogadó nyilatkozat.
- Zárójelentés 3. példányát a beteg és/vagy az orvos nem írta alá.
- A kórlapot lezáró szakorvos aláírása nem szerepel.

Szaktervezési kompetenciakörbe tartozó eltérések

- Az ápolási anamnézis, státusz felvételének pontos ideje (óra/perc) hiányzik.
- Hiányzik a felvételi teljes ápolási anamnézis, státusz.
- Ápolási terápiás terv nem készült.
- Ápolási kategória nem került meghatározásra a felvételnél, vagy műszakonként nem került rögzítésre.
- Nincs kezelőorvos által jóváhagyott ápolási terv.
- A beteg saját felelősségű eltávozása az ápolási lapon nem dokumentált.
- Az ápolási dokumentációt lezáró vezető szaktervező aláírása nem szerepel.
- Karszalag felhelyezésekor, levételekor nincs meg az óra/perc pontos jelölése.
- Karszalag felhelyezésének dokumentálására szolgáló nyomtatványt a kórlap egyáltalán nem tartalmazott.
- A jogszabályban előírt esetekben (invazív beavatkozások, pszichotrop szerek alkalmazása stb.) nem helyeztek a betegre azonosító karszalagot.
- A gyógyszerbeadó személye nem azonosítható a szignó hiánya miatt.
- Gyógytornász, dietetikus bejegyzése nem található meg a betegdokumentációban.

Adminisztratív munkakörbe tartozó eltérések

- A kórlap elejéről hiányzik a felvétel és távozás dátuma mellett az óra/perc pontos jelölése.
- Hozzá tartozó nevének és elérhetőségének, valamint a távozás helyének feltüntetésére szolgáló rubrikák kitöltésére nem került sor.
- A kórlap elején a gépelés elcsúszott, az egyes adatok (anya neve, leánykori név) nem meghatározhatók.
- A teljes kórlapot lezáró személy szignója hiányzik (csekklista hiánya).
- Nincs a kórlapban az igazoló „Adatlap a kórházi esetről”, még másolatban sem.
- A kézzel írt dokumentációk több esetben javítószöveget tartalmaznak, ahol a javító személye ismeretlen marad.
- Zárójelentés előírt tartalmi elemei hiányoznak (legtöbbször az előző gyógyszerek, alkalmazott terápia és a javaslat a gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz támogatással történő felírásához).
- Betegtulajdon képező előző eredeti lelet maradt a kórlapon.
- A betegdokumentáció nyomtatványai több évvel ezelőtti hibás klinikai megnevezéseket, adatokat, fejléceket (pl. AOK, OEC) tartalmaznak.

A kórlapellenőrzés során szempontrendszerként használt séma alkalmazása eredményesnek bizonyult, a feltárt típushibák összevetésre kerültek az abban az időszakban folyó betegpanaszok (peres és nem peres) kivizsgálása kapcsán felhasznált betegdokumentáció-vezetés hiányosságaihoz. A *nem peres esetek* bizonyítási eljárásai vizsgálatok kiderült, hogy 11 esetben a fent olvasható dokumentációvezetés hiányosság valamelyike miatt veszthető el a per a későbbiek során:

- tájékoztatói kötelezettség teljes elmulasztása a betegség lefolyásáról 3 esetben,
- orvos-beteg közötti kommunikációs problémák (nem megfelelő hangnem, nem kellő mértékű felvilágosítás a kockázatokról) 5 esetben,

- szövődmény kialakulása a betegellátás kapcsán, amelyről nem kapott a beteg előzetes felvilágosítást, 3 esetben volt a panasz alapja.

A 11 peren kívüli esetre összesen 2,5 millió Ft kártérítési igény merült fel, amely később kisebb összegekben kifizetésre került.

A folyó peres ügyek tekintetében a vizsgált szempontok alapján 6 esetben a panaszosok kárigénye összesen 35 millió forint felett volt. Az említett peres ügyek bizonyítási nehézségeinek okaként a nem megfelelően vezetett betegdokumentáció illetve a betegdokumentáció hiányosságait találta a vizsgálatot lefolytató team.

A projekt eredményeként egyértelművé vált, hogy az adott évben jelentkező panaszos ügyek 27%-a a betegdokumentáció-vezetés hibáiból adódott.

A minőségirányítási igazgatás kezdeményezte a Klinikai Központ felső vezetése felé, hogy a következő évben kapják meg a klinikák saját használatára az értékelő szempontrendszert, és negyedéves jelentési kötelezettség mellett számoljanak be írásban a szűrőpróbaszerű ellenőrzések eredményeiről. Így ők maguk is kiszűrhetik az előforduló hiányosságokat, és helyesbítő/megelőző intézkedéseket hozhatnak intézeti szinten. A beérkező ellenőrzések összesítéseit a MIR-munkatársak magukra vállalták.

7.7.2. Önálló kórlapellenzés a klinikákon

A 2013. november 26-i Minőségfejlesztő Testületi Ülésen elhangzott, hogy a 2014-es évre vonatkozó stratégia egyik összetevője a klinikákon bevezetésre kerülő önálló kórlapellenzés. A minőségirányítási vezetők feladata az volt, hogy negyedévente 5 lezárt, legalább az ellenőrzés előtt 1 hónappal távozott beteg dokumentációját vizsgálják át a Minőségirányítási Igazgatás munkatársai által átadott szempontrendszer alapján, majd a betegdokumentáció-vizsgálat eredményéről küldjenek összefoglaló értékelést az igazgatás részére. Az igazgatás munkatársai a kórlapellenzés szempontrendszere alapján összeállítottak minden intézet vonatkozásában egy-egy táblázatot, mely alkalmas volt arra, hogy negyedévente rögzítésre kerüljenek az intézeti minőségirányítási vezető által küldött összevont értékelés adatai. Így az intézetekre vonatkoztatott külön táblázatok segítségével lehetővé vált, hogy a szervezeti egység adatait negyedéves bontásban, egymás mellett láthassuk. A táblázatból ily módon jól leolvashatók a visszatérő, megoldásra váró problémák.

Alább felsorolva található a projekt során leggyakrabban előfordult hibák az intézeti minőségirányítási vezetők értékelései szerint.

Orvosi kompetenciakörbe tartozó eltérések

- Az elrendelések nincsenek orvosi pecséttel és aláírással ellátva.
- A beleegyező nyilatkozaton a felvilágosító orvos pecsétje és aláírása nem szerepel.
- Hiányzik a napi orvosi dekurzus.
- A zárójelentés kórlapba kerülő példánya nincs a betegek által aláírva.
- A kórlapot a megbízott személy nem zárta le szignójával orvosszakmai szempontból.

Szaktervezési kompetenciakörbe tartozó eltérések

- Az ápolási terv módosításai nincsenek orvos által elfogadotva.
- Az ápolási anamnézis, karszalag felhelyezés-levétele, távozás pontos ideje (óra/perc) lemaradt.

Adminisztratív munkakörbe tartozó eltérések

- A teljes kórlapot lezáró személy szignója hiányzik.
- Az adatlap a kórházi ápolásról nem található meg a kórlapban.
- A távozás dátum/ időpontja nem egyezik meg a zárójelentésen szereplő adatokkal.

A negyedévente beküldött összevont értékelésekből a Minőségirányítási Igazgatás munkatársai egyesített, minden intézetre kiterjedő összefoglaló beszámolót készítettek, melyek tájékoztatásul visszacsatolásra kerültek a Klinikai Központ vezetősége felé. Az utolsó negyedéves összevont értékelések 2015 januárjában érkeztek az intézetektől, jelen kézirat írásakor a projekt éves összefoglalójának elkészítése zajlik.

7.7.3. Szakmaspecifikus indikátorok bevezetése a Klinikai Központban

„A minőségfejlesztéshez elengedhetetlenül szükséges indikátorok használata. Az egészségügyi területekre is igaz: ami nem mérhető, azt nehéz fejleszteni. Indikátorok segítségével lehetőség nyílik a szolgáltatások összehasonlítására és az időbeli változások követésére. Hozzáférhető, megbízható minőségi indikátorokra van szükség, amelyeket fel lehet használni a lehetséges problémák vagy sikerek jelzésére. Valamely minőségi indikátor alkalmazásakor fontos elvárás, hogy objektíven mérje az ellátási folyamatot vagy eredményt, és határozza meg a fejlesztés lehetséges területeit.” (Belicza Éva dr., Takács Erika, Boncz Imre dr.: Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére, Orvosi Hetilap, 145, 2004:1545–1592)

A 2013 végén lefolytatott Minőségfejlesztő Testületi ülésen a testület tagsága megszavazta a következő hároméves Minőségfejlesztő Programot. Ennek egyik kiemelt eleme volt a Klinikai Központ szervezeti egységeinek, szakmaspecifikus tevékenységeinek mérése, indikátorokkal történő jellemzése.

Az indikátorok bevezetésével kapcsolatban az elvárás az volt, hogy olyan statisztikai adatokhoz jussunk, amelyek lehetővé teszik számunkra, hogy megállapítsuk, mit vehetünk bázisadatoknak (mi a kiindulási pont), hol állunk jelenleg és merrefelé tartunk a betegellátás szolgáltatás nyújtása közben, az orvos- és ápolásszakmai fejlesztések tekintetében.

A jelenlegi, országos egészségügyi szakmai indikátorok listája (2007) elavult, és minimális számú szakmát érintő – akár országos, akár nemzetközi összehasonlításra (benchmarking) lehetőséget adó – mutatót tartalmaz.

7.7.3.1. A PROJEKT CÉLJA

Általános célok:

Az alap és jelentés köteles betegforgalmi mutatókon túl a szakmák terheltségének megismerése. A több szakmát érintő betegellátási folyamatok (esetek) eloszlási arány/finanszírozási megosztás megjelenítése.

Konkrét célok:

Első és legfontosabb cél eredménymutatók (results indicators) szolgáltatás által generált közvetlen és azonnali hatások) és a hatásmutatók (impact indicators – a szolgáltatás által generált további, közvetett hatások) képzése a már meglévő elsődleges adatbázisok és rendszerezett információk köréből. Erre a Klinikai Központban használt E-MedSolution, MED-bakter, valamint a Kristály elnevezésű informatikai rendszerek adatbázisai alkalmasak. Másodsorban a Klinikai Központ tanúsított minőségirányítási rendszerének folyamatos fejlesztése érdekében a megbízottsági rendszerek kialakítása, a kockázatkezelés priorizálása sem nélkülözheti a teljesítménymutatók trendszerű elemzéseit.

7.7.3.2. A PROJEKTŐL VÁRT EREDMÉNYEK

- Az egységek által választott indikátorok az eddig nem vizsgált területekről a körülmények figyelembe vételével objektív, számokban kifejezhető képet adnak.
- A klinikák minőségirányítási vezetői az éves vezetőségi átvizsgálás összefoglaló elkészítésekor a jegyzőkönyvben az elégedettségi vizsgálatokon túl már

ezeket az indikátorokat is bemutatják, felhívják a figyelmet a működés problémás területeire és mindjárt javaslatokat is tesznek a kiküszöbölésükre.

- A szakmai vezetők az ellátás szervezésénél figyelembe veszik a mért és kapott eredményeket, és az okok felfedezéséhez a már meglévő indikátorok mellé egyéb, az ellátással összefüggő további indikátorokra lesznek kíváncsiak.
- A helyesbítő-megelőző intézkedések gazdasági hatása (költséghatékonyság), az ellátás optimalizálása, a megbízottsági rendszerek erősítése egy magasabb szintű elégedettséget eredményez (beteg, dolgozó, partner).
- Az egységek saját maguk összehasonlításokat végezhetnek az azonos progresszivitási szinten betegellátást nyújtó országos, illetve nemzetközi szolgáltatók működéséhez képest.

A 2013. november 26-i Minőségfejlesztő Testületi ülésen elhangzottak alapján a Minőségirányítási Igazgatás kérte az intézetek/klinikák/tanszékek MIR vezetőit és klinikavezető főnövéreit, hogy gyűjtsék össze és küldjék meg részükre a kötelező adatszolgáltatásokon (általános mutatókon) túl az egészségügyi ellátással összefüggő szakmaspecifikus, már alkalmazott indikátoraikat (mind ápolás- és mind orvosszakmára vonatkoztatva).

7.7.3.2. A PROJEKT FOLYAMATA, ÁLLOMÁSAI

Előkészítés

2014 első hónapjaiban megtörtént a klinikák átvilágítása, feltérképezésre kerültek a klinikák által esetleg már használt indikátorok. A már meglévő klinikai mutatók összevetésre kerültek az ajánlott országos indikátorokkal. Azoknál az intézeteknél, ahol még nem használtak szakmaspecifikus indikátorokat, ott egyéni konzultációk keretében a Minőségirányítási Igazgatás munkatársai segítettek az indikátorok meghatározásában.

Adatösszesítés

Az intézetektől beérkezett indikátorjavaslatok alapján elkészült egy összefoglaló táblázat, melynek tisztítása, finomítási kezdődött meg a szervezeti egységek minőségirányítási vezetőivel történt egyeztetések alapján. Ez hosszas előkészítő munkát jelentett a 28 intézet vonatkozásában. Az elkészített, pontosított táblázat a Klinikai Központ vezetése felé bemutatásra került.

Jelentő rendszer kialakítása, használatának oktatása

A Minőségirányítási Igazgatás munkatársai egységes jelentőfelület készítették minden intézet részére, mely-

nek segítségével az intézet részéről a feladattal megbízott munkatárs alapszintű számítástechnikai felhasználói ismerettel képes volt az indikátorok havi szintű jelentésére. A jelentőfelület egyszerűsége ellenére oktatásokat kellett szervezni annak használatának bemutatására, mivel a minőségirányítási vezetők, illetve az indikátorok jelentésében résztvevő kollégák táblázatkezelési tudása igen vegyes képet mutatott.

Projekt éles indítása

Minden szervezeti egység indulása azonos dátumhoz kötődött, havi jelentési kötelezettség mellett. Az első jelentési kötelezettség 2015 februárjától esedékes, amikor is az év első hónapjának feldolgozott adatait várja a Minőségirányítási Igazgatás. Jelen esettanulmány írásakor is éppen zajlik a folyamatos munka, az intézektől érkeznek az első jelentések a szakmaspecifikus indikátoraik vonatkozásában.

Projektértékelés az első éves adatok alapján

Az adatszolgáltatás első évében az egységek adatszolgáltatással kapcsolatos, időközben felmerülő problémáira fektetnek hangsúlyt a munkatársak. A 2015-ben beérkező 12 havi teljesítmények tapasztalataival, technikai és egyéb problémáival kapcsolatos megbeszélést tervez a Minőségirányítási Igazgatás. Az első év tapasztalatai alapján időközben és az év végén is lehetőség nyílik a korrekciók végrehajtására annak érdekében, hogy a későbbi konzekvenciák levonásához az intézetek minél pontosabb képet kapjanak egy-egy indikátorukkal kapcsolatosan. Minél pontosabb, jól körülhatárolt adatokat tudnak kinyerni saját adatbázisaikból, annál könnyebben tudják a következtetéseket levonni és a lépéseket tenni a későbbi fejlesztések megvalósulása érdekében.

2016 elején a Minőségirányítási Igazgatás munkatársai beszámolnak a projekt akkori állásáról a minőségirányítási vezetők számára, illetve az eredmények a Klinikai Központ vezetése felé is visszacsatolásra kerülnek majd.

Minőségirányítási vezetők, intézetvezető főnövények minőségügyi továbbképzése, oktatása

2014 tavaszán három előadássorozatból álló, magas színvonalú minőségügyi képzés került lebonyolításra a Klinikai Központ szervezeti egységeiben dolgozó intézeti minőségirányítási vezetők, intézetvezető főnövények, szakdolgozók és az Igazgatás dolgozói részvételével.

A Klinikai központ vezetése fontosnak tartotta, hogy a munkavállalók minél szélesebb körben ismerjék meg a már kiépített integrált minőségirányítási rendszert és a rendszer alapjául szolgáló szabályozókat (*MSZ EN ISO 9001:2009 Minőségirányítási rendszerek. Követelmények*

szabvány, Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok), valamint minőségügyben elsajátított tudásukkal járuljanak hozzá a rendszer működtetéséhez, fejlesztéséhez. Az év eleji, részvételi szándékra vonatkozó előzetes felmérések átlagosan kétszeres túljelentkezést mutattak, ami igazolta azt a tényt, hogy a munkavállalók is fontosnak tartották oktatásukat minőségügyi területen. Az érdeklődők a Klinikai Központ támogatásával, ingyenesen vehettek részt *ISO 9001 belső auditori* (50 fő), *MEES belső auditori* (45 fő), valamint „*Minőségfejlesztő technikák*” (20 fő) képzéseken.

A Klinikai Központ Minőségirányítási Igazgatása nevében a minőségirányítási igazgató a CERTOP International Holding Kft-t kérte fel az előadások megtartására kiválóan képzett oktatók bevonásával. A jelentkezők elméleti és gyakorlati órák keretében, érdekes és hasznos témák köré csoportosítva szereztek a későbbiekben alkalmazható, munkájukba átültethető tudást, úgymint: a standardok ismertetése, kapcsolódó jogszabályok, minőségellenőrzés, minőségbiztosítás, minőségirányítás, irányítási rendszerek, Teljes Körű Minőségirányítás (Total Quality Management), Európai Kiválósági Modell (European Foundation for Quality Management), az Excellence Cert Kiválósági modell lépései, lehetőségei, gyakorlati alkalmazása, a továbblépés lehetőségei. A sikeresen teljesítő vizsgázók a képzésekről tanúsítványt kaptak.

7.7.3.4. PARTNERELÉGEDETTSEGI VIZSGÁLAT 2014-BEN

A Minőségirányítási Igazgatás 2014. évi minőségcélja partnerelégedettségi vizsgálat lefolytatása volt. A Klinikai Központ vezetése a minőségirányítási rendszer fejlesztésére vonatkozó elkötelezettségéről tett tanúbizonyosságot, mikor a klinikai főigazgató levelében kérte a klinikák/intézetek/tanszékek minőségirányítási vezetőit, hogy az Igazgatás által elkészített kérdőívet töltsék ki és küldjék vissza a munkatársaknak. A kérdőívek minden szervezeti egység minőségirányítási vezetőjétől – (köztük a Klinikai Központ Igazgatásainak minőségirányítási vezetőjétől is – beérkeztek. Az Igazgatásnak 31 kitöltött kérdőíve állt rendelkezésre a feldolgozáshoz. A kitöltött kérdőívek alapján az alábbi következtetések vonhatók le:

- Az intézetek és vezetők elkötelezettek a minőségirányítási feladatok iránt, és a menedzsment a minőségirányítási rendszert a vezetés egyik eszközeként használja. Egyfelől ezt bizonyítva az is, hogy a megkérdezett minőségirányítási vezetők 43%-a jelezte, hogy rendszeres és aktív résztvevője a vezetői értekezleteknek, 39%-a számol be alkalmoszerűen, írásban vagy szóban a vezetőségnek, és mindössze 19%-a ad tájékoztatást rendszertele-

nül vagy egyéb módon az intézetvezetés felé (7.6. ábra).

Másfelől arra a kérdésre, hogy figyelembe veszi-e a menedzsment a minőségirányítási rendszer követelményeit a szakmai tervezéskor, illetve bevonja-e őket a munkába (pl. stratégia felállítás), a megkérdezettek 94%-a (29 fő) válaszolt igennel, és mindössze 6% (2 fő) válasza volt nemleges (7.7. ábra).

- A Minőségirányítási Igazgatás munkájának hatékonysága. Arra a kérdésre, hogy megfelelőnek tartja-e a Minőségirányítási Igazgatás munkatárjaival a kapcsolattartás mennyiségét és minőségét minden kitöltő személy igennel válaszolt. Az eredmény tehát igazolja a Minőségirányítási Igazgatás jelenlegi hatékonyságát és azt, hogy a rendszer kiépítését követő ciklusban is igény van a személyes megjelenésre és kapcsolattartásra. Arra a kérdésre, hogy számíthat-e a Minőségirányítási Igazgatás munkatársaira nem minőségügyi kérdések kapcsán is, mindenki igennel felelt. Az igazgatás elkötelezett, más szakterületeket érintő problémák esetén is igyekszik segítséget nyújtani.
- A jelenleg működő minőségirányítási rendszer megfelelősége, állapota. A Klinikai Központ két szervezeti egysége értékelt az 1-től 5-ig terjedő Likert-skálán megfelelőnek (6,5%) az intézetben

jelenleg működő minőségirányítási rendszert, míg a többi intézet jónak (65%), illetve kiválónak (29%) gondolja a rendszer jelenlegi állapotát.

7.8. Együttműködés, más szakmai projekteknél való részvétel

A Minőségirányítási Igazgatás az elmúlt 5 évben számos, a Klinikai Központ érdekeit szolgáló projektben is részt vállalt, melyek az alábbiak:

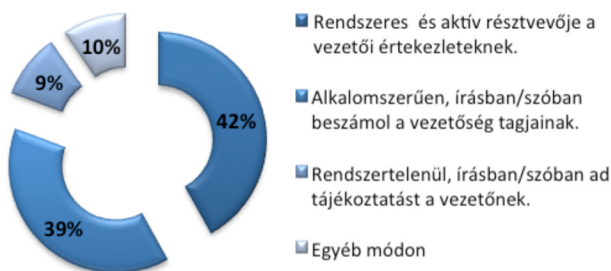
2010–2011-ben

- A Klinikai Központ Házirend és Betegtájékoztató kidolgozása,
- A központi halottkezelési eljárásrend kidolgozása,
- A betegélelmzés eljárásrend kidolgozása,
- Az Infekciókontroll Kézikönyv szerkezeti követelményeinek kidolgozása,
- Az ápolásellátás egységes szempontjainak kidolgozása,
- A Sürgősségi Betegfogadó Hely betegforgalmának, betegút és lelet megfordulási idejének felmérése, az eredmények értékelése, fejlesztési javaslatok megtétele,
- A PTE Klinikai Központ TIOP 2.2.5. pályázatának 16. sz. minőségbiztosítással kapcsolatos mellékletének megírása,
- Aktív részvétel a Klinikai Központ külső és belső szabályzatainak kidolgozásában,
- Aktív részvétel az Infekciókontroll Bizottság munkájában.

2012-ben

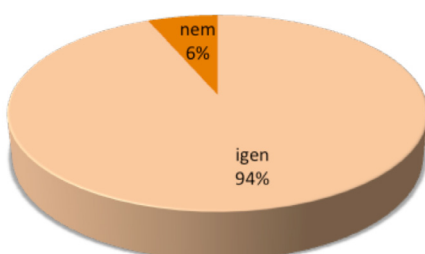
- Tárgyalások lefolytatása, koordinálása az Irattári selejtezők, betegdokumentáció-tárolás, archiválás témakörben,
- Rendszeres havi adatszolgáltatás bevezetése (főnövérek részéről az Ápolásvezetés felé, gazdálkodási adatok, panaszos ügyek, rendkívüli események),
- Egyeztető tárgyalások lefolytatása a környező városi kórházakkal a külső boncolások tekintetében,
- Dolgozói oktatások lebonyolítása betegdokumentáció vezetés témakörben,
- Aktualizálásokban részvétel:
 - Klinikai Központ Házirend és Betegtájékoztató,
 - A betegdokumentáció vezetésének eljárásrendje,
 - Betegazonosítás eljárásrendje,

Milyen módon tartja a kapcsolatot a felsővezetéssel?



7.6. ábra

Figyelembe veszi a menedzsment a mi rendszer követelményeit a szakmai tervezéskor?



7.7. ábra.

- Betegekkel történő kommunikáció eljárásrendje,
- Betegszállítói Szolgálat működésének eljárásrendje,
- Halottellátás eljárásrendje,
- Sürgősségi betegellátás eljárásrendje,
- Korlátozó intézkedések eljárásrendje,
- Véletlen páciensbalesetekkel kapcsolatos jelentési és dokumentálási teendők eljárásrendje,
- Központi betegszállítói eljárásrend (Rákóczi úti telephely),
- Kegyeleti szoba működési rendje (Rákóczi úti telephely),
- Eszméletlen beteg ellátásának eljárásrendje,
- Fekvőbeteg ellátásának eljárásrendje,
- A fertőző beteg ellátásának eljárásrendje,
- Betegszállító kocsik fertőtlenítésének eljárásrendje,
- Halottszállítás eljárásrendje.

2013-ban

- Orvosi gázok kezelése témakörben,
- Veszélyeshulladék-kezelés, veszélyes hulladéktárolók állapotának feltérképezése,
- Klinikai Központ Takarítás közbeszerzési kiírás projektje,
- Klinikai Központ Siktexília közbeszerzési kiírás projektje,
- Közeli lejáratú szakmai anyagok raktározásának és kiadásának problémái,
- Az egységes belső mintaszállítás rendjének megalkotása, az elvárások megfogalmazása,
- Műszer felülvizsgálat folyamatainak kialakítása, eljárásrend kidolgozása,
- Vendég- és látogatói balesetek jegyzőkönyv kialakítása,
- Ápolásfejlesztő munkacsoport üléseinek állandó tagja,
- Főnővéri értekezleteken aktuális témákról oktatás (Gyógyszerelési hibák, veszélyes hulladék kezelése),
- Közreműködés betegpanasz kivizsgálásban.

2014-ben

- Kiskorúak nőgyógyászati ellátásának szabályozása,
- Vagyonőrök biztonsági szolgálat közben végzett tevékenysége,
- Aneszteziológiai jegyzőkönyvek egységesítése, valamint irattározásának rendje,
- Vegyszerek biztonsági adatlapjainak közös helyen történő kezelése.

Irodalom

- X. Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok (DEMIN) 2010. június.
- I. Országos PATH (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals) konferencia, 2010. október.
- Államtitkári Fórum (Dr. Szócska Miklós Nemzeti Erőforrás Minisztérium egészségügyért felelős államtitkárának konzultációs sorozata), 2011. február.
- Tanulmány: Az egészségügyi felső- és középvezetők minőségirányítási rendszer bevezetése iránti motivációjának növelése érdekében alkalmazható technikák, 2011.
- Szakmai véleményezés a Nemzeti egészségügyi minőségfejlesztési és megbízhatósági stratégia kidolgozásához (MIBES 2011) Dunántúli Napló, nyilatkozat: Hírek a Minőségirányítás területéről, 2011. február.
- Előterjesztés az Egyetemi Klinikák Szövetsége közgyűlés ülésére: A 2011. finanszírozási évre vonatkozó közös koncepció elvei a minőségirányítás szemszögéből, 2011. február.
- II. IME Országos Infekciókontroll Továbbképzés és Konferencia, Budapest, 2013. október.
- Szakmai fórum: Magyar Szabványügyi Testület – Egészségügyi szolgáltatások minőségirányítási rendszere az MSZ EN 15224 alapján, 2014. március.
- Szakmai fórum: Országos Vérellátó Szolgálat: A vérellátásról, 2014. április.
- Baranya Megyei Ápolók napja, 2014. május.
- XIV. Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok (DEMIN) 2014. május.
- Továbbképzés: Klinikai Központ Ápolásigazgatás – Betegmozgatói technikák az egészségügyi dolgozók körében, 2014. május.
- Szakmai fórum: SGS Hungária Kft: Egészségügyi Szakmai Nap, 2014. szeptember.
- Képzés: PTE ETK Egészségügyi Menedzsment szakmacsoport: Struktúraváltás az egészségügyi ellátórendszerben- a betegbiztonság aktuális kérdései, 2014. október.

8. Long term care kihívások: rehabilitáció és fizioterápia a betegellátásban

MOLICS BALINT

8.1. Bevezetés

A betegségben szenvedő emberek rehabilitációjának útján az orvosi ellátás csak az első lépés, mely abban az esetben jelenthet hatékony megoldást, ha azt a megfelelő utókezelés is követi. Az orvosi ellátások formája így nagyban meghatározza a rehabilitációs team szakembereit, azok feladatait, az utókezeléseket. A rehabilitáció céljának elérése csakis több szakember együttes és összehangolt tevékenységeikkel történhet. Az egyénnek a társadalomba, az aktív életbe történő mielőbbi visszatéréséhez nélkülözhetetlen a természet energiáit gyógyítás céljából felhasználó ősi gyógymód, a fizioterápia. A fizioterápia az orvosi rehabilitációs ellátásokhoz tartozik, melynek helye, alkalmazásai hazánk egészségügyi rendszerében jól meghatározott, hatékonysága megkérdőjelezhetetlen.^{1,2} A fizioterápiát végző szakemberek pedig a rehabilitációs munkacsoport fontos, nem egy területnek meghatározó tagjai.³

A hazai terápiás ajánlásokban az utókezelések fontosságát a Szakmai Kollégiumok protokolljai, ajánlásai is alátámasztják. Számos betegség kezelésénél kerül ki-

emelésre a fizioterápia alkalmazása, abból is különösen a gyógytorna (**lásd 1. sz. melléklet**). Azoknál a betegségeknel, ahol a fizioterápia nélkülözhetetlen és gyakori, az Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága által külön fizioterápiás ajánlások kidolgozása is megtörtént (8.1. táblázat).

Az orvosi, gyógyszerészeti vonalon az egészségügyi technológiák elemzése széles körű hazai és nemzetközi hagyományokkal rendelkezik, míg a szakdolgozói tevékenységekről, mint például az ápoló, gyógytornász, dietetikus szakemberek által végzett ellátásokról azonban kevés irodalmi adat áll rendelkezésre.

Az irodalmakban a terciér prevenció, rehabilitációs ellátások, köztük a fizioterápiás eljárások kevésbé feltártak, pedig a fizioterápiás szakterület – az egészség-tudományi szakma fejlődésével párhuzamosan – jelentős fejlődésen ment át Magyarországon az elmúlt két évtizedben.^{5, 6} A fizioterápiás ellátások igénybevételi mutatóinak szakirodalmi háttere hazánkban szintén szegényes.

Az egészségügyi ellátásoknak még célzottabb, még hatékonyabb és gazdaságosabb ellátásainak meg-

8.1. táblázat. Fizioterápiás ajánlások⁴

Ajánlás	Készítők (év)
A gyermekágyas időszak fizioterápiája	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2008)
A rotátorköpeny sérüléseinek fizioterápiás kezelése	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2006)
A scoliosis (az idiopathiás strukturális scoliosis) fizioterápiája	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2008)
A stressz inkontinenciában szenvedő nőbetegek fizioterápiás kezelése	Magyar Gyógytornász Társaság (2006)
A terhesség és a patológiás terhesség fizioterápiája	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2008)
A vállízület elülső instabilitásának fizioterápiás kezelése	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2006)
A vállízületi endoprotézis fizioterápiája	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2008)
AMI ambuláns rehabilitációs szakaszának fizioterápiája	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2008)
Csípőízületi endoprotézis fizioterápiája	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2008)
Csípőtáji törések fizioterápiás kezelése	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2006)
LCA-sérülések fizioterápiás kezelése	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2006)
Rheumatoid arthritis fizioterápiás kezelése	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2006)
Sclerosis multiplex fizioterápiája	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2008)
Spondylitis ankylopoetica fizioterápiás kezelése	Ápolási Szakmai Kollégium és a Magyar Gyógytornászok Társasága (2006)

tervezéséhez, elvégzéséhez, monitorizálásához nélkülözhetetlen azok különböző szempontokból történő elemzéseinek elvégzése. A paramedikális szakmák tevékenységeinek vizsgálata éppúgy elengedhetetlen^{7, 8} mint napjaink betegségeinek prevenciók eljárásainak^{9, 10}, illetve az orvosi ellátásoknak gazdasági-finanszírozási kérdéseiknek megválaszolása.^{11, 12, 13, 14, 15, 16}

Tanulmányunk célja a fizioterápia és tevékenységeinek igénybevételi mutatóinak vizsgálata volt az otthoni szakápolásban, a járóbeteg-szakellátásokban és a gyógyfürdő-ellátások rendszerében.

8.2. Otthoni szakápolás

A betegápolás évszázadokig egyet jelentett az otthoni beteggondozással, mely nagyrészt a családtagok által valósult meg. A kórházakban megvalósult idegen gondoskodásra csak a nagyon szegények, elhagyatottak szorultak. A huszadik század második felétől a kórházak fejlődései csodákat ígértek, azonban az otthoni ápolás hagyománya sok országban – Nagy-Britannia, Egyesült Államok – továbbra is tartotta magát. Magyarországon az otthoni ápolás humánusabb jellege, valamint kisebb költségei ellenére is évtizedeken keresztül háttérbe szorult a kórházi ellátással szemben. A társadalomban az intézeti ellátástól való erősebb eltávolodásra azonban egyre nagyobb igény mutatkozott. Az otthoni ápolás szakmai koncepciójának előkészítése 1990-es évek elején kezdődött, megalapozva ezzel a rövid kórházi tartózkodási igényű ellátási formák bevezetését is.¹⁷

Magyarországon az otthoni szakápolás 1996 végén indult az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatásaként. Az otthoni ápolás célja volt, hogy a kórházi ápolási tevékenység kiváltásával a beteg otthonában szakemberek közreműködésével, ápolási és egyéb szakirányú terápiás ellátásokkal – mint például a fizioterápia – elősegítse az ápolásra szorultaknál a betegségekből való felépülést, a krónikus betegségeikben szenvedőknél pedig az életminőség javulását, lehetséges önállóságuk elérését.¹⁸

A megszokott, otthoni környezetben való gyógyulás a betegnek gyorsabb felépülését, nagyobb együttműködését, és a kiszolgáltatottság érzésének csökkenését eredményezi. Az otthoni szakápolás tevékenységét 1996-ban szabályozták, melyet később 1999-ben egy módosító rendelet pontosította. Az otthoni szakápolás a jogszabályi definíció alapján a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosa rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység. Az otthoni

szakápolás célja, hogy a beteg otthoni környezetben, személyre szabottan, humánus és szakszerű ápolásban részesüljön, mellyel ellátási formával a kórházi kezelések száma csökkenthető, időtartama lerövidíthető.

A betegek számára az otthoni szakápolás abban az esetben vehető igénybe, ha az egészségi állapota – orvosi végzettséghez nem kötött – komplex kórházi ápolást igényelne, viszont azt helyettesíteni lehet az otthoni szakápolás körében nyújtható ellátásokból összeállított kezeléssel. Az otthoni szakápolás keretében ellátható feladatok az alábbiak:

1. Szondán át történő tápláláshoz és folyadékfelvételhez kapcsolódó szakápolási tevékenységek végzése és megtanítása.
2. A tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, a tevékenység tanítása.
3. Állandó katéter cseréjéhez vagy rendszeres katéterezéshez, hólyagöblítéshez kapcsolódó szakápolói feladatok.
4. Az intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadáshoz kapcsolódó szakápolási feladatok.
5. Baleseti és egyéb műtétek utáni szakápolási feladatok és az önellátás korlátozottsága esetén a testi higiénié biztosítása, valamint a mozgás segítése.
6. Műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása, sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelésének szakápolási feladatai, szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után.
7. Dekubitalódott területek, fekélyek szakápolási feladatai.
8. Betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó szakápolási feladatok:
 - gyógyászati segédeszközök, protézisek használatának tanítása,
 - mozgás és mozgatás eszközei használatának tanítása,
 - hely- és helyzetváltoztatás segítése.
9. Szükség esetén kiegészítő speciális eljárások alkalmazása:
 - UH inhalálás, légzésterápia,
 - szívó alkalmazása,
 - oxigénterápia.
10. Tartós fájdalomcsillapítás szakápolási feladatai.
11. **A beteg állapotától függően beszédterápia, a fizioterápia köréből: gyógytorna, elektroterápia biztosítása.**
12. Haldokló beteg otthonában történő szakápolása az ellátandó feladatok megnevezésével.

13. A szakápolás és a szakirányú terápiai szolgáltatás során biztosítani kell:
- a beteg pszichés vezetését, étkezési tanácsadást és mindazon tevékenységek megtanítását, amelyet maga a beteg és/vagy családja megtehet a beteg egészségének megtartásáért, helyreállításáért vagy állapota romlásának megakadályozásáért,
 - ápolási anamnézis felvételét, az ápolási folyamat dokumentálását és jelentési kötelezettség teljesítését,
 - rendszeres kommunikációt a házi-, illetve kezelőorvossal és más, a beteg ellátásában résztvevőkkel.
14. Otthoni parenterális táplálás végzése kizárólag krónikus bélelégztelésben szenvedő betegek esetében, szükség esetén dietetikus bevonásával.

Korábban az otthoni szakápolásban ellátható feladatok listája tartalmazta a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet, 1. számú melléklete alapján az alábbi tevékenységi pontot is: „Szükség esetén speciális tevékenységek, például: EKG, oscillometria, oxigénterápia, légzésterápia, szívó alkalmazása, gyógylámpák alkalmazása, TENS készülék alkalmazása”.

Az otthoni szakápolás keretében a biztosító a fizioterápiás jellegű tevékenységek közül gyógytornát, ultrahang és elektroterápiás kezeléseket finanszíroz, melyek elrendelése az elvégezhető tevékenységek listájának 11. pontjával történik.

A beteg otthonában végezhető – állandó orvosi felügyeletet nem igénylő – gyógyító tevékenységeket korábban

- a háziorvos a megbetegedés szerinti kezelő szakorvos kezdeményezésére, valamint
- a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató szakorvosa rendelkezte el.

A Magyar közlöny 2012. évi 184. számában azonban megjelentek az egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításai. A Magyar Közlöny 2012. évi 184. számában Az egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1) Korm. rendelet 3.§ (4) bekezdésében a) és b) pontja meghatározzák, hogy az elrendelést már csak a háziorvos teheti meg. A módosítás az alábbiak szerint határozza meg az otthoni szakápolás elrendelését:

„A biztosítottat

- a) fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra, otthoni hospice ellátásra – a b) pont

kivételével – a jogszabályban meghatározott kezelőorvos kezdeményezésére a háziorvos,

- b) az otthoni szakápolás körébe tartozó szakirányú szolgáltatásokra kizárólag a megbetegedés gyógykezeléséhez szakorvosi képesítéssel rendelkező orvos kezdeményezésére a háziorvos utalhatja be”.

Az otthoni szakápolás elrendelésének ezen előírása 2013. január 1-től vált érvényessé, mellyel hatályát veszítette az, hogy a járóbeteg-vagy fekvőbeteg-szakápolást nyújtó szolgáltató szakorvosa közvetlenül elrendelheti az otthoni szakápolást. **A fizioterápiás eljárásokat jelentő gyógytornát, valamint az elektroterápiát így a beteg háziorvosa rendelheti el csakis szakorvosi javaslatra, azt közvetlenül a szakorvos már nem.**

Az elrendelt szakápolási feladatokat az otthoni szakápolásban csakis szakképzett dolgozó láthatja el. Szakápolást az az ápoló végezhet, aki rendelkezik az alábbi szakképesítések valamelyikével:

- diplomás ápoló vagy más egészségügyi főiskolai végzettséggel rendelkező személy, amennyiben ápolói szakképesítése és ápolásban szerzett legalább 3 éves gyakorlata van,
- ápoló (OKJ 60 4 3210 12 1 0 04),
- szakápoló.

Orvos által előírt:

- **gyógytornát egészségügyi főiskolai végzettséggel és legalább kétéves szakmai gyakorlattal rendelkező gyógytornász,**
- **ultrahang- és elektroterápiás kezelést legalább kétéves szakmai gyakorlattal rendelkező fizioterápiás asszisztens és/vagy gyógytornász,**
- beszédterápiát logopédus,
- dietoterápiát egészségügyi főiskolai végzettséggel és legalább kétéves szakmai gyakorlattal rendelkező dietetikus végezhet.

A korábbi hároméves szakmai gyakorlat feltételének két évre csökkenését Az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 2. § (3) bekezdésének módosulásai engedélyezik.

Az otthoni szakápolás szakdolgozóinak elvégezhető napi vizitszámai az egészségügyi szolgáltatások egészségügyi alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 35. § (9) bekezdésének módosulása alapján a következő szerint van érvényben **2012. január 1-jétől:** a finanszírozási szerződésben egy teljes szakápolói munkaidőre legfeljebb napi 6 vizit (korábban 5 vizit volt), **szakirányú**

terápiás szolgáltatás esetén napi 6 vizit (korábban 4 vizit volt) köthető le. A részmunkaidőben foglalkoztatott dolgozó munkaidejére időarányosan csökkentett kapacitás köthető le.

2012. március 1-től az otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatók elvégezhető szakirányú, rehabilitációs tevékenységeik számának meghatározására került sor. Adott évtől új szabályként került bevezetésre, hogy a finanszírozási szerződésben az otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatók lekötött rehabilitációs tevékenységek arányának el kell érnie legalább a vizitszámok 30%-át, de nem haladhatja meg az 50%-át, míg a szakápolási tevékenységek arányának el kell érnie a vizitszámok 50%-át, de nem haladhatja meg a 70%-át. **2013. január 1-től** az OEP a teljesített viziteket csak abban az esetben finanszírozza, ha a **rehabilitációs tevékenységek aránya nem haladja meg az összes tevékenység 50%-át,** a szakápolási tevékenységek aránya az összes tevékenység 70%-át. A módosítás lehetővé teszi a meghatározott kereteken belüli rugalmas teljesítést.

Az otthoni szakápolás keretében ápolási tevékenységek legfeljebb 14 vizitre rendelhetőek el, amelyek ismételt orvosi vizsgálat alapján az ápolási tevékenységek esetében az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül további három alkalommal megismételhetők. **Szakirányú rehabilitációs tevékenységek – a logopédia kivételével legfeljebb két hónapos időtartamú kúránként – legfeljebb 28 vizitre rendelhetőek el, amelyek az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül egy alkalommal megismételhetők. Szakirányú rehabilitációs tevékenységek elrendelésének ilyen jellegű előírásával azok kúraszerű alkalmazásának hangsúlyozására került sor.**

Az otthoni szakápolás tevékenységeinek finanszírozása – az ápolási kategóriánként képzett – vizitdíj alapján történik. Az otthoni szakápolás vizitdíjának legutóbbi változását Az egészségügyi szolgáltatások egészség-biztosítási alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 35. §

(13) bekezdésének módosulása tartalmazza, mely alapján szakápolás 3200 forintos vizitdíja a jelenleg is alkalmazott 3380 forintos vizitdíjra emelkedett. A szakápolást nyújtó szolgáltatók lejelentett vizitjeinek díja a 3380 forintos alapdíj és a 8.2. táblázat szerinti szorzók alkalmazásával kerül finanszírozásra. **A szakirányú terápiás szolgáltatások költsége mind az első, mind pedig az ismételt elrendelések esetében is alacsonyabb szorzóval kerülnek megállapításra és kifizetésre a szolgáltatók számára. Az önellátásra képes beteg esetében a szakirányú terápiás szolgáltatások a szakápolási ellátásokkal szemben pedig nem is kerülnek finanszírozásra.**

Az OEP és a szakápolási szolgáltató szerződése alapján a biztosított ellátására naponta egy vizit számolható el, az egy napon történt többszöri ellátás esetén is.

2013. évi adatok, kiadási előirányzatok alapján az otthoni szakápolás a hospice ellátással együttes éves költsége 4,338 milliárd forint, mely az Egészségbiztosítási Alap teljes 1 804,274 milliárd forintjának csak töredékét adja (8.3. táblázat). Az otthoni szakápolás és hospice-ellátás költsége közel megegyezik a gyógyfürdő-támogatás vagy kötszertámogatás, vagy utazási költségtérítés éves összegével.

A beteg önellátó képességének szakápolási fokozatai megkülönböztetnek teljes ápolásra szoruló, részleges ápolásra szoruló és önellátó beteget, melyek kategorizálása az alábbiak szerint történik:

- Teljes ápolásra szoruló: aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei közül hármát vagy annál többet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és szakápolásra szorul.

8.3. táblázat. Az otthoni szakápolás és a hospice ellátás költsége

	Költség
Magyarország központi költségvetése	16 155,651 Mrd Ft
Egészségbiztosítási Alap	1 804,274 Mrd Ft
Természetbeni ellátások	1 223,610 Mrd Ft
Gyógyító-megelőző ellátások	863,806 Mrd Ft
Otthoni szakápolás és hospice ellátás	4,338 Mrd Ft

8.2. táblázat. A vizitdíj megállapítása a betegellátás típusa, valamint a beteg önellátó képessége szerint

A beteg önellátó képességének foka	Szakápolási ellátás		Szakirányú terápiás szolgáltatások	
	elrendelhető vizitek száma			
	1–14-ig	további	1–14-ig	további
Teljes ápolást igénylő esetben	1,0	0,9	0,9	0,8
Részleges ápolást igénylő esetben	0,9	0,7	0,8	0,7
Önellátásra képes beteg esetében	0,8	0,5	-	-

- Részleges ápolásra szoruló: aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei közül legalább két tevékenységet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és betegsége miatt szakápolásra szorul.
- Önellátó: aki a mindennapi életvitel alaptevékenységeit más személy igénybevétele nélkül képes elvégezni, de ugyanakkor betegsége/krónikus betegsége miatt otthonában szakápolási feladatok elvégzésére van szüksége pl. stomakezelés, gégetisztítás, lábszárfekély kezelése, műtét utáni seb kezelése, parenterális táplálás és gyógyszerelés.

Az otthoni szakápolásban a teljesített vizitek számát és azok megoszlását a 8.4. és 8.5. táblázat mutatja. Legtöbb teljesített vizitre a 2013-as évben került sor 1 298 834 vizzel.

A szakápolás és a szakirányú terápiás szolgáltatások vizitszámainak megoszlásában 60%/40% körüli megoszlás figyelhető meg. A legnagyobb különbség 2004.

és 2008. év között található, ahol a szakápolás teljesített vizitjei minden esetben 62% feletti előfordulást mutatnak. A szakirányú terápiás szolgáltatások legnagyobb előfordulást 2011-ben (40,83%) és 2013-ban (40,98%) mutatnak.

A szakirányú terápiás szolgáltatásokon belüli gyógytorna, fizioterápia és logopédia megoszlása azonban szembetűnő változásokat mutat az évek során. Amíg a gyógytorna teljesített vizitjei számának megoszlása folyamatos növekedést mutat, addig a fizioterápia és a logopédia előfordulása csökkenő tendenciájú.

A 8.6. és a 8.7. táblázat mutatja az otthoni szakápolásban az esetek számát és azok százalékos megoszlását. A teljesített vizitek számához hasonlóan a legtöbb eset itt is 2013. évben található (133 342 eset).

A szakápolás és a szakirányú terápiás szolgáltatások esetszámainak megoszlásában legnagyobb különbség 2004-ben (63,39% / 36,61%) és 2005-ben (63,51% / 36,49%) figyelhető meg. A szakirányú terápiás szolgáltatások esetszámai legnagyobb előfordulást 2010-től mutatnak, ahol ezen értékek 40% körüliek. A szakirányú

8.4. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – teljesített vizitek száma (2000–2006)

Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Teljesített vizitek száma	828 085	865 836	901 103	968 887	1 171 093	1 157 844	1 140 182
szakápolás	497 717	521 244	544 385	591 614	727 673	726 105	714 761
szakirányú terápiás szolgáltatás	330 368	344 592	356 718	377 273	443 420	431 739	425 421
szakápolás %	60,10	60,20	60,41	61,06	62,14	62,71	62,69
szakirányú terápiás szolgáltatás %	39,90	39,80	39,59	38,94	37,86	37,29	37,31
gyógytorna	237 346	254 686	265 078	286 585	335 478	331 169	341 204
fizioterápia	86 366	84 047	85 724	85 323	102 251	95 305	79 332
logopédia	6656	5859	5916	5365	5691	5265	4885
gyógytorna %	71,84	73,91	74,31	75,96	75,66	76,71	80,20
fizioterápia %	26,14	24,39	24,03	22,62	23,06	22,07	18,65
logopédia %	2,01	1,70	1,66	1,42	1,28	1,22	1,15

8.5. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – teljesített vizitek száma (2007–2013)

Megnevezés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Teljesített vizitek száma	1 199 000	1 287 225	1 192 269	1 106 396	1 191 779	1 197 508	1 298 834
szakápolás	749 996	798 920	709 615	647 654	705 157	722 439	766 629
szakirányú terápiás szolgáltatás	449 004	488 305	482 654	458 742	486 622	475 069	532 205
szakápolás %	62,55	62,07	59,52	58,54	59,17	60,33	59,02
szakirányú terápiás szolgáltatás %	37,45	37,93	40,48	41,46	40,83	39,67	40,98
gyógytorna	372 681	406 015	408 330	390 092	418 194	407 718	462 759
fizioterápia	72 312	79 008	71 374	65 881	65 872	63 744	65 565
logopédia	4011	3282	2950	2769	2556	3607	3881
gyógytorna %	83,00	83,15	84,60	85,04	85,94	85,82	86,95
fizioterápia %	16,10	16,18	14,79	14,36	13,54	13,42	12,32
logopédia %	0,89	0,67	0,61	0,60	0,53	0,76	0,73

terápiás szolgáltatásokon belüli esetszámok megoszlásánál szintén a gyógytorna értéke az egyre növekvő, míg a fizioterápia és a logopédia értékeinek fokozatosan csökkenő előfordulásai láthatóak. A gyógytorna megoszlása a szakirányú terápiás szolgáltatáson belül 2006-tól 2013-ig végig 80% feletti, mely az utolsó évnél már közel 90%-os előfordulást mutat.

Az otthoni szakápolásban kezelt betegeknek számát és azok megoszlást a 8.8. és a 8.9. táblázat mutatja.

A szakápolás és a szakirányú terápiás szolgáltatások betegszámainak eloszlásánál az évek során lényeges változás következik be. A legtöbb betegnek kezelése 2000-tól 2008-ig az otthoni szakápolásban az ápolási feladatokkal valósult meg, azonban 2009-től már a szak-

8.6. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – esetek száma (2000–2006)

Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Esetek száma	71 787	74 865	76 896	82 707	99 454	99 909	95 745
szakápolás	42 446	44 534	47 074	51 232	63 046	63 450	59 958
szakirányú terápiás szolgáltatás	29 341	30 331	29 822	31 475	36 408	36 459	35 787
szakápolás %	59,13	59,49	61,22	61,94	63,39	63,51	62,62
szakirányú terápiás szolgáltatás %	40,87	40,51	38,78	38,06	36,61	36,49	37,38
gyógytorna	21 301	22 417	22 471	24 096	28 163	28 387	28 868
fizioterápia	7364	7269	6881	6926	7872	7678	6507
logopédia	676	645	470	453	373	394	412
gyógytorna %	72,60	73,91	75,35	76,56	77,35	77,86	80,67
fizioterápia %	25,10	23,97	23,07	22,00	21,62	21,06	18,18
logopédia %	2,30	2,13	1,58	1,44	1,02	1,08	1,15

8.7. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – esetek száma (2007–2013)

Megnevezés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Esetek száma	99 373	105 728	98 679	93 397	100 207	101 646	133 342
szakápolás	62 037	66 375	59 579	55 281	59 842	61 911	68 914
szakirányú terápiás szolgáltatás	37 336	39 353	39 100	38 116	40 365	39 735	64 428
szakápolás %	62,43	62,78	60,38	59,19	59,72	60,91	51,68
szakirányú terápiás szolgáltatás %	37,57	37,22	39,62	40,81	40,28	39,09	48,32
gyógytorna	30 998	33 126	33 078	32 284	34 556	33 938	57 509
fizioterápia	6008	5984	5783	5553	5562	5454	6555
logopédia	330	243	239	279	247	343	364
gyógytorna %	83,02	84,18	84,60	84,70	85,61	85,41	89,26
fizioterápia %	16,09	15,21	14,79	14,57	13,78	13,73	10,17
logopédia %	0,88	0,62	0,61	0,73	0,61	0,86	0,56

8.8. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – betegek száma (2000–2006)

Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Betegek száma	37 834	39 790	39 741	42 166	49 126	50 852	46 091
szakápolás	20 089	21 338	22 046	23 191	27 641	28 796	24 500
szakirányú terápiás szolgáltatás	17 745	18 452	17 695	18 975	21 485	22 056	21 591
szakápolás %	53,10	53,63	55,47	55,00	56,27	56,63	53,16
szakirányú terápiás szolgáltatás %	46,90	46,37	44,53	45,00	43,73	43,37	46,84
gyógytorna	12 169	12 958	12 729	13 998	15 887	16 664	17 055
fizioterápia	5308	5235	4805	4827	5469	5254	4407
logopédia	268	259	161	150	129	138	129
gyógytorna %	68,58	70,23	71,94	73,77	73,94	75,55	78,99
fizioterápia %	29,91	28,37	27,15	25,44	25,45	23,82	20,41
logopédia %	1,51	1,40	0,91	0,79	0,60	0,63	0,60

irányú terápiás szolgáltatások biztosították a betegek nagyobb részének a terápiáját.

A szakirányú terápiás szolgáltatáson belül a betegszám a gyógytorna csoportjában emelkedik, míg a másik két csoportban mind a betegszám, mind pedig a százalékos előfordulás alapján is csökken.

Az egy főre jutó otthonápolási vizitek számát a 8.10. és a 8.11. táblázat tartalmazza. Az értékek alapján megállapítható, hogy mindegyik évben kevesebb az egy betegre jutó szakirányú terápiás szolgáltatásoknak vizitszáma, mint a szakápolásé. Az otthoni szakápolásban a betegek kezelése szakirányú terápiás szolgáltatásokkal így a kevesebb vizitszámmal történő kezelését mutatja.

A szakirányú terápiás szolgáltatásokon belül az egy főre jutó vizitszám a logopédiánál mutatja a legnagyobb értékeket.

Az esetszám/betegszám értékei szintén minden évben a szakápolási feladatoknál a nagyobb a szakirányú terápiás szolgáltatásokhoz képest (8.12. és 8.13. táblázat).

2013-ban volt legnagyobb az együttes esetszám/betegszám (2,26 esetszám/betegszám), a szakirányú terápiás szolgáltatás (2,03 esetszám/betegszám), a gyógytorna (2,11 esetszám/betegszám) és a fizioterápia (1,51 esetszám/betegszám), míg a szakápolásé 2007-ben (2,60 esetszám/betegszám), a logopédiáé pedig 2006-ban (3,19 esetszám/betegszám).

8.9. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – betegek száma (2007–2013)

Megnevezés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Betegek száma	47 046	52 053	49 821	50 441	53 509	55 125	59 072
szakápolás	23 866	26 402	23 732	23 035	24 572	26 177	27 333
szakirányú terápiás szolgáltatás	23 180	25 651	26 089	27 406	28 937	28 948	31 739
szakápolás %	50,73	50,72	47,63	45,67	45,92	47,49	46,27
szakirányú terápiás szolgáltatás %	49,27	49,28	52,37	54,33	54,08	52,51	53,73
gyógytorna	18 915	21 245	21 855	22 918	24 480	24 549	27 228
fizioterápia	4147	4301	4130	4346	4335	4227	4340
logopédia	118	105	104	142	122	172	171
gyógytorna %	81,60	82,82	83,77	83,62	84,60	84,80	85,79
fizioterápia %	17,89	16,77	15,83	15,86	14,98	14,60	13,67
logopédia %	0,51	0,41	0,40	0,52	0,42	0,59	0,54

8.10. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – vizitszám/betegszám (2000–2006)

Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Vizitszám / betegszám	21,89	21,76	22,67	22,98	23,84	22,77	24,74
szakápolás	24,78	24,43	24,69	25,51	26,33	25,22	29,17
szakirányú terápiás szolgáltatás	18,62	18,68	20,16	19,88	20,64	19,57	19,70
gyógytorna	19,50	19,65	20,82	20,47	21,12	19,87	20,01
fizioterápia	16,27	16,05	17,84	17,68	18,70	18,14	18,00
logopédia	24,84	22,62	36,75	35,77	44,12	38,15	37,87

8.11. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – vizitszám/betegszám (2007–2013)

Megnevezés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vizitszám / betegszám	25,49	24,73	23,93	21,93	22,27	21,72	21,99
szakápolás	31,43	30,26	29,90	28,12	28,70	27,60	28,05
szakirányú terápiás szolgáltatás	19,37	19,04	18,50	16,74	16,82	16,41	16,77
gyógytorna	19,70	19,11	18,68	17,02	17,08	16,61	17,00
fizioterápia	17,44	18,37	17,28	15,16	15,20	15,08	15,11
logopédia	33,99	31,26	28,37	19,50	20,95	20,97	22,70

8.12. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – esetszám/betegszám (2000–2006)

Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Esetszám/betegszám	1,90	1,88	1,93	1,96	2,02	1,96	2,08
szakápolás	2,11	2,09	2,14	2,21	2,28	2,20	2,45
szakirányú terápiás szolgáltatás	1,65	1,64	1,69	1,66	1,69	1,65	1,66
gyógytorna	1,75	1,73	1,77	1,72	1,77	1,70	1,69
fizioterápia	1,39	1,39	1,43	1,43	1,44	1,46	1,48
logopédia	2,52	2,49	2,92	3,02	2,89	2,86	3,19

8.13. táblázat. Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás – esetszám/betegszám (2007–2013)

Megnevezés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Esetszám / betegszám	2,11	2,03	1,98	1,85	1,87	1,84	2,26
szakápolás	2,60	2,51	2,51	2,40	2,44	2,37	2,52
szakirányú terápiás szolgáltatás	1,61	1,53	1,50	1,39	1,39	1,37	2,03
gyógytorna	1,64	1,56	1,51	1,41	1,41	1,38	2,11
fizioterápia	1,45	1,39	1,40	1,28	1,28	1,29	1,51
logopédia	2,80	2,31	2,30	1,96	2,02	1,99	2,13

8.3. Járóbeteg-szakellátás

Az 1997. évi az egészségügyről szóló CLIV törvény alapján az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.

A járóbeteg-szakellátás finanszírozása teljesítményelv alapján történik tételes elszámolással, a német pontrendszer és az OENO kódok szerint. 1993-ban az OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozási Rendszere) tevékenységek klasszifikációs (besorolási, beazonosítási) kódrendszerének alapjául az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ún. International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) rendszere szolgált. A tevékenységek díjtétele, valamint pontértékei pedig a német egészségbiztosítás ponttáblázata alapján került meghatározásra az 1990-es évek elején.

Hazánk járóbeteg-szakellátásán belüli fizioterápiás tevékenységek igénybevétele és egészségbiztosítási mutatói a 2008-as és 2009-es évre nézve ismertek, melyek alapjául szolgálnak a fejezet tárgyalásának is^{19, 20, 21, 22}

Hazánkban a járóbeteg-szakellátásoknak, azon belül a fizioterápiás eljárásoknak finanszírozási alapja is az, hogy az egészségügyi intézmények minden betegnél elvégzett eljárásokat dokumentálták, havi jelentési kötelezettséggel azokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé (OEP) megküldték, melyek díjait az OEP megtérítette.

A járóbeteg-szakellátás ellátási rendszere folyamatos fejlődésen ment és megy is át, mert az alkalmazandó OENO kódrendszer, az eljárások pontszáma, a költségek változásai időszakosan módosulnak.

2008-ban és 2009-ben a járóbeteg-szakellátásokon alkalmazható fizioterápiás eljárások listáját a Járóbeteg-szakellátásról szóló Szabálykönyv tartalmazta. A Szabálykönyvnek a Szakmák általános elszámolási szabályairól szóló fejezetének J17-es bekezdése terjedt ki a „Gyógytornász, gyógymasszőr és fizioterápiás szakdolgozó által végezhető eljárások” listájára. 2008-ban és 2009-ben is a tevékenységi listából egy megjelenés során egy beteg részére legfeljebb három különböző eljárás volt elszámolható. A tevékenységeknél az elszámolható mennyiség többféle szempont alapján, illetve azok, egymással való közös elszámolásuk is központilag volt korlátozva. A járóbeteg-szakellátás tevékenységeinek pontértékeit pedig a Törzslista tartalmazta. „Gyógytornász, gyógymasszőr és fizioterápiás szakdolgozó által végezhető eljárások” teljes listáját, valamint a tevékenységekhez tartozó pontértékeket a **2. számú melléklet** foglalja össze^{23, 24, 25}

A kezelések költségeinek számolása 2008-ban 1,46 forint/pont értékkel történt egészen 2009 áprilisáig. 2009 áprilisától került bevezetésre az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAF) szerinti finanszírozás. Az EMAFT 2009. októberéig, 7 hónapig volt használatban, melyet ismét a teljesítményvolumen-korlát (TVK) megjelenése követett. Az EMAFT keretében a teljesítmény 70%-a előre meghatározott fix forint térítési díjjal, míg a teljesítmény fennmaradó 30%-a ún. lebegő-

díjas rendszerben, havonta változó forint térítési díjjal került finanszírozásra.

2009-ben a német pontok szerint jelentett fizioterápiás jellegű beavatkozásoknak éves egészségbiztosítási kiadását a teljesítményvolumen-korlát és az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény éves átlagos Ft/pont érték alapján volt elszámolva. A járóbeteg-szakellátásban 2009-ben ennek értéke 1,27 Ft/pont volt.

A járóbeteg-szakellátáson belüli fizioterápiás tevékenységek igénybevételének mutatóit a járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmények által az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé küldött, majd a Tétéles Egészségügyi Adattáron (TEA) keresztüli lekérdezések eredményei adták.²⁶

A 2008-as járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben a „Gyógytornász, gyógymasszőr, konduktor és fizioterápiás szakdolgozó által végezhető eljárások” listája 151 darab OENO tevékenységet tartalmazott, melyek éves esetszáma 24 748 877 volt. Annak ténye, hogy egy kezelési megjelenés alkalmával egy ellátáshoz több BNO kódú alapbetegség is rögzítésre kerülhet, azt eredményezi, hogy az esetszámok BNO főcsoportok szerinti lekérdezésének

összesített értéke magasabb, 28 943 680 esetet mutat. A fizioterápiás jellegű tevékenységek BNO főcsoportok szerinti bontásának esetszámait és azok megoszlását a 8.14. táblázat mutatja be.

A megbetegedések BNO kódrendszerének 21 főcsoportja közül a 151 darab OENO tevékenység legnagyobb esetszámában „A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségeinél” 17 579 700 esettel fordul elő (60,74%). A legnagyobb esetszámú M00-M99 főcsoportot „A sérülés, mérgezés és a külső okok bizonyos egyéb következményeinél” főcsoportja követ 3 038 612 esettel (10,5%), majd pedig a „A morbiditás és a mortalitás külső okai” főcsoportja 1 819 266 esettel (6,29%).

2009-ban a járóbeteg-szakellátásokban megvalósult 151 fizioterápiás tevékenység esetszámának szintén BNO főcsoportok szerinti bontását a 8.15. táblázat szemlélteti, ahol az összes eljárás esetszáma magasabb, 32 318 413 volt.

2009-ben is a főcsoportok közül „A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei” főcsoport a legnagyobb esetszámú (19 095 614), mely szintén kiugróan magas, 59,09%-os előfordulást mutat. Sorrendben a további főcsoportok 2009-ben is szintén „A sérülés, mérgezés és a külső okok bizonyos egyéb következményei” főcsoport

8.14. táblázat. A fizioterápiás jellegű tevékenységek esetszáma és azok megoszlása a BNO főcsoportokban (2008)

BNO kódok	BNO főcsoportok	Esetszáma	%
A00-B99	Fertőző és parazitás betegségek	57 107	0,20
C00-D48	Daganatok	205 145	0,71
D50-D89	A vér és a vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek	32 292	0,11
E00-E90	Endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek	531 585	1,84
F00-F99	Mentális és viselkedési zavarok	294 902	1,02
G00-G99	Az idegrendszer betegségei	1 193 806	4,12
H00-H59	A szem és függelékeinek betegségei	331 919	1,15
H60-H95	A fül és a csecsnyúlvány megbetegedései	114 596	0,40
I00-I99	A keringési rendszer betegségei	1 418 585	4,90
J00-J99	A légzőrendszer betegségei	822 675	2,84
K00-K93	Az emésztőrendszer betegségei	124 731	0,43
L00-L99	A bőr és a bőr alatti szövet betegségei	242 831	0,84
M00-M99	A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei	17 579 700	60,74
N00-N99	Az urogenitális rendszer megbetegedései	72 731	0,25
O00-O99	Terhesség, szülés és a gyermekágy	29 427	0,10
P00-P96	A perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok	104 945	0,36
Q00-Q99	Veleszületett rendellenességek, deformitások és kromoszóma abnormitások	225 129	0,78
R00-R99	Máshova nem osztályozott tünetek, jelek és kóros klinikai és laboratóriumi leletek 23	298 905	1,03
S00-T98	Sérülés, mérgezés és a külső okok bizonyos egyéb következményei	3 038 612	10,50
V01-Y98	A morbiditás és a mortalitás külső okai	1 819 266	6,29
Z00-Z99	Az egészségi állapotot és az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolatot befolyásoló tényezők	404 791	1,40
Összes OENO esetszám BNO bontás függvényében:		28 943 680	100,00
Összes éves OENO esetszám:		24 748 877	

8.15. táblázat. A fizioterápiás jellegű tevékenységek esetszáma és azok megoszlása a BNO főcsoportokban (2009)

BNO kódok	BNO főcsoportok	Esetszám	%
A00-B99	Fertőző és parazitás betegségek	68 535	0,21
C00-D48	Daganatok	250 731	0,78
D50-D89	A vér és a vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek	40 725	0,13
E00-E90	Endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek	698 141	2,16
F00-F99	Mentális és viselkedési zavarok	367 622	1,14
G00-G99	Az idegrendszer betegségei	1 331 675	4,12
H00-H59	A szem és függelékeinek betegségei	341 549	1,06
H60-H95	A fül és a csecsnyúlvány megbetegedései	130 862	0,40
I00-I99	A keringési rendszer betegségei	1 698 132	5,25
J00-J99	A légzőrendszer betegségei	1 049 842	3,25
K00-K93	Az emésztőrendszer betegségei	177 456	0,55
L00-L99	A bőr és a bőr alatti szövet betegségei	266 485	0,82
M00-M99	A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei	19 095 614	59,09
N00-N99	Az urogenitális rendszer megbetegedései	112 036	0,35
O00-O99	Terhesség, szülés és a gyermekágy	45 915	0,14
P00-P96	A perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok	123 147	0,38
Q00-Q99	Veleszületett rendellenességek, deformitások és kromoszóma abnormitások	238 924	0,74
R00-R99	Máshova nem osztályozott tünetek, jelek és kóros klinikai és laboratóriumi leletek	375 126	1,16
S00-T98	Sérülés, mérgezés és a külső okok bizonyos egyéb következményei	3 401 411	10,52
V01-Y98	A morbiditás és a mortalitás külső okai	2 038 386	6,31
Z00-Z99	Az egészségi állapotot és az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolatot befolyásoló tényezők	466 099	1,44
Összes OENO esetszám BNO bontás függvényében:		32 318 413	100,00

3 401 411 esettel (10,52%), és a „A morbiditás és a mortalitás külső okai” főcsoport 2 038 386 esettel (6,31%).

2008-ban és 2009-ben is a járóbeteg-szakellátásban a finanszírozott fizioterápiás jellegű tevékenységek esetszámai igazolják a BNO főcsoportok eredményei alapján az ilyen jellegű beavatkozások mozgásszervi kórképek-nél alkalmazott dominanciáját.

2008-ban a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kód-listájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyv „Gyógytornász, gyógymasször, konduktor és fizioterápiás szakdolgozó által végezhető eljárások” listájának 151 darab OENO tevékenységének esetszáma 24 748 877 volt. A 20 leggyakoribb eljárás esetszáma a teljes esetszám-nak 72,56%-át (17 958 097) tette ki, mellyel ezen tevékenységek magas előfordulást mutatnak. A 20 leggyakoribb eljárás listájában nagy esetszámmal találhatóak műszerrel végzett tevékenységek, mint ultrahangkezelés (sorszám: 1), iontoforézis (sorszám: 2), középfrekvenciás kezelés (sorszám: 8), diadinamik-interferencia kezelés (sorszám: 13), magnetoterápia (sorszám: 18), melyek ezen eljárások kedvelt alkalmazását igazolják. Nagy esetszámban jelennek meg a fizioterápia mecha-

noterápiás eljárásainak csoportjába tartozó tevékenységek is, mint az izomerősítő gyakorlatok (sorszám: 3), egyéni torna (sorszám: 4), masszázs kézzel (sorszám: 6), passzív kimoztatás (sorszám: 7) stb. A 20 leggyakoribb fizioterápiás jellegű tevékenység esetszámait és finanszírozási költségeiket esetszám alapján rangsorolva a 8.16. táblázat mutatja.

2008-ban a járóbeteg-szakellátásban a „Gyógytornász, gyógymasször, konduktor és fizioterápiás szakdolgozó által végezhető eljárások” teljes OEP finanszírozása 7 339 446 299 forint volt. A 20 leggyakoribb tevékenység költsége 4 804 218 253 forint, míg a többi 131 eljárás csak 2 535 228 046 forint volt, melyek 65,46% és 34,54%-os megoszlást jelentenek (8.15. táblázat). A 20 leggyakoribb kezelés előfordulása a teljes listáénak 72,56%-a, míg ezek költsége csak 65,46% a teljes tevékenységekre kifizetésre került összegnek. A tevékenységek költségek szerinti sorrendje kismértékben eltér az esetszám szerinti sorrendtől (8.17. táblázat). Az eltérés hátterében az áll, hogy az eljárások gyakorisági sorrendje nem mutat korrelációt a tevékenységekhez tartozó pontértékekkel ($r = -0,151$).

8.16. táblázat. A 20 leggyakoribb fizioterápiás jellegű tevékenység esetszámai és finanszírozási költségeik 2008-ban – esetszám alapján rangsorolva (1 pont = 1,46 Ft)

Ssz.	OENO kód	Tevékenység	Esetszám	Pont	Forint
1.	86911	Ultrahangkezelés	2 029 379	253	749 612 015
2.	86316	lontoforézis kezelés	1 617 759	186	439 318 634
3.	94530	Izomerősítő gyakorlatok	1 188 346	87	150 943 709
4.	94701	Egyéni torna	1 098 425	256	410 547 328
5.	88870	Keringésjavító fizioterápia	1 010 304	303	446 938 284
6.	94712	Masszázs, kézzel	993 129	153	221 845 156
7.	94602	Passzív kimoztatás több végtagon	985 133	203	291 973 719
8.	86044	Középfrekvenciás kezelés	934 823	117	159 686 465
9.	94640	Ízületmobilizálás	820 388	149	178 467 206
10.	94610	Gyakorlatok ellenállással szemben	801 074	149	174 265 638
11.	93493	Gyógyászati segédeszköz használatának betanítása	762 036	227	252 553 971
12.	82151	Kontraktúra nyújtása	756 096	247	272 663 340
13.	86318	Diadinamik-interferencia kezelés	732 796	61	65 262 812
14.	88860	Értorna érszövődmények megelőzésére	670 819	303	296 756 909
15.	94504	Testtájkénti egyéni gyógytorna	631 523	119	109 720 806
16.	94650	Gerincmobilizálás	626 106	173	158 141 853
17.	94603	Szertorna	621 748	153	138 886 068
18.	86921	Magnetoterápia	567 342	68	56 325 714
19.	94601	Passzív kimoztatás egy testtájon	555 575	149	120 859 786
20.	94702	Csoportos torna	555 296	135	109 448 842
1–20 leggyakoribb tevékenység:			17 958 097		4 804 218 253
21–151 gyakoriságú tevékenység:			6 790 780		2 535 228 046
151 tevékenység mindösszesen:			24 748 877		7 339 446 299

8.17. táblázat. A 20 leggyakoribb fizioterápiás jellegű tevékenység esetszámai és finanszírozási költségeik 2008-ban – kiadások (Ft) alapján rangsorolva (1 pont = 1,46 Ft)

Ssz.	OENO kód	Tevékenység	Esetszám	Pont	Forint
1.	86911	Ultrahangkezelés	2 029 379	253	749 612 015
2.	88870	Keringésjavító fizioterápia	1 010 304	303	446 938 284
3.	86316	lontoforézis kezelés	1 617 759	186	439 318 634
4.	94701	Egyéni torna	1 098 425	256	410 547 328
5.	88860	Értorna érszövődmények megelőzésére	670 819	303	296 756 909
6.	94602	Passzív kimoztatás több végtagon	985 133	203	291.973.719
7.	82151	Kontraktúra nyújtása	756 096	247	272 663 340
8.	93493	Gyógyászati segédeszköz használatának betanítása	762 036	227	252 553 971
9.	94712	Masszázs, kézzel	993 129	153	221.845.156
10.	95320	Rehabilitációs képzés	301 315	495	217 760 351
11.	95700	Ergoterápia, felkészítés otthoni életre – tanácsadás	427 206	342	213 312 500
12.	94640	Ízületmobilizálás	820 388	149	178 467 206
13.	94610	Gyakorlatok ellenállással szemben	801 074	149	174 265 638
14.	86044	Középfrekvenciás kezelés	934 823	117	159 686 465
15.	94650	Gerincmobilizálás	626 106	173	158 141 853
16.	94715	Funkcionális kezelés az ortopédiai manuálterápiás (OMT) rendszerben	209 246	502	153.360.578
17.	94530	Izomerősítő gyakorlatok	1 188 346	87	150 943 709
18.	94722	Mellkasi gyógytorna, légzőtorna	349 465	283	144 391 949
19.	94603	Szertorna	621 748	153	138 886 068
20.	95530	Önellátásra oktatás (napi tevékenységek gyakorlása)	433 799	216	136 802 853

8.4. Gyógyfürdőellátások

A gyógyászati ellátás természetes gyógytényezők felhasználásával nyújtott ellátások gyűjtőfogalma, mely gyógyfürdőkben történik a gyógyászati szolgáltatás vagy rehabilitációs tevékenység biztosítása céljából. A gyógyfürdőkben napjainkban megvalósuló fizioterápiás ellátásokat az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról szóló 5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet határozza meg.

Orvosi rehabilitáció keretében társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokat, azok kódszámait, illetve időtartamait a rendeletnek 1. és 3. számú melléklete tartalmazza (18. táblázat). A fürdőgyógyászati ellátásokon túl a 18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás egyéb rehabilitációs célú gyógyászati ellátásként, míg a szén-dioxid gyógygázfürdő egyéb természetes gyógytényezőn alapuló gyógyászati ellátásként szerepel.

A rehabilitációs ellátásban betöltött jelentősége miatt a fürdőgyógyászati ellátások árához társadalombiztosítási támogatás jár, de a szén-dioxid gyógygázfürdő és 18 éves kor alatt csoportos gyógyúszás is igénybe vehető az egészségbiztosítás terhére.

A gyógyászati ellátások társadalombiztosítási támogatással orvosi rehabilitációs szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknál, gyógyfürdőben és gyógyfürdőnek nem minősülő közfürdőben nyújthatók úgy, hogy a fürdőgyógyászati ellátások egyike sem nyújtható viszont közfürdőben.

A gyógyvizes gyógymedence és a gyógyvizes kádfürdő gyógyvízben, a súlyfürdő, a szénsavas fürdő, a víz

alatti vízszugármasszázs, és a víz alatti csoportos gyógytorna gyógyvízben és termálvízben, illetve melegített ivóvíz minőségű vízben végezhető. 18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás melegített ivóvíz minőségű vízben végezhető, míg a szén-dioxid gyógygázfürdő természetes szén-dioxid gyógygázt az előfordulás helyén felhasználó egészségügyi szolgáltató nyújthat.

Társadalombiztosítási támogatással gyógyászati ellátásokat az arra jogosult orvos a társadalombiztosítás által rendszeresített orvosi rendelvényvel (vény) és két példányban kitöltött kezelőlapon rendelhetők el. A vény érvényességi ideje a rendelt kezelésfajtától függ, az igénybevétel megkezdésétől számított:

- 8 hétig érvényes a vény a fürdőgyógyászati ellátások esetén,
- 26 hétig a 18 év alatti csoportos gyógyúszás esetén,
- 4 hétig a szén-dioxid gyógygázfürdő esetén.

Fürdőgyógyászati ellátások és a szén-dioxid gyógygázfürdő esetén az ellátást rendelő vény kiállításának napjától számított 30 napon belül meg kell kezdeni a kezeléseket. A 18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás ellátás igénybevételének határideje attól függ, hogy az orvos egy, vagy két kúrát rendelt-e egyszerre.

Kúrák során ugyanannál a szolgáltatóknál az egyes ellátásokat meghatározott időn belül, meghatározott kezelési terv szerint alkalmazzák. A betegség jellegétől függetlenül naptári évenként összesen két kúra rendelhető el támogatással. A fürdőgyógyászati ellátások kombinált igénybevétele esetén egy kúrában legfeljebb négy különböző fajtájú kezelést lehet rendelni. Az egyes fürdőgyógyászati kezelés fajtákat 15 alkalomra lehet rendelni,

de a rendelő orvos szakmailag indokolt esetben ettől eltérhet, sőt a kúra összetételét meg is változtathatja. A baleseti, műtéti utókezelés során a komplex fürdőgyógyászati ellátás 20 alkalommal is igénybe vehető. A komplex fürdőgyógyászati ellátás a négy fürdőgyógyászati ellátás mellett az alábbi fizioterápiás kezeléseket is tartalmazhatja a gyógyfürdő szakorvosa által meghatározottan:

- csoportos gyógytorna
- diadynamic
- egyéni gyógytorna
- fototerápia
- galvánkezelések
- iontoforézis
- középfrekvenciás kezelés
- kryoterápia
- magnetoterápia
- nagyfrekvenciás kezelés

8.18. táblázat. Az egészségbiztosító által gyógyászati ellátás keretében finanszírozott fizioterápiás kezelések

Az egyes gyógyászati ellátások megnevezése	Az egyes gyógyászati ellátások kódszáma	Időtartam
Fürdőgyógyászati ellátások:		
Gyógyvizes gyógymedence	01	30 perc
Gyógyvizes kádfürdő	02	20 perc
Izzappakolás	03	20 perc
Súlyfürdő	04	15 perc
Szénsavas fürdő	05	15 perc
Orvosi gyögmasszázs	06	20 perc
Víz alatti vízszugármasszázs	07	15 perc
Víz alatti csoportos gyógytorna	08	25 perc
Komplex fürdőgyógyászati ellátás	09	4 óra
18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás	10	45 perc
Szén-dioxid gyógygázfürdő	11	20 perc

- szelektív ingeráram
- TENS
- ultrahang

A komplex fürdőgyógyászati ellátás, valamint a csoportos gyógyúszás csakis önállóan rendelhető el. A 18 éves kor alattiak csoportos gyógyúszása hetente két (iskolai szünetben pedig naponta két) alkalommal vehető igénybe, oly módon, hogy a kúra összesen legfeljebb 52 kezelésből állhat, és 26 hétig tarthat. A szén-dioxid gyógygázfürdő ellátás esetében naponta legfeljebb 1 kezelés végezhető, azzal, hogy egy kúra 15 kezelésből áll, és 4 hétig tarthat.

Az egészségbiztosítás keretében igénybe vehető gyógyászati ellátásokat csak szakorvos rendelheti el, azonban magánrendelésen még a szakorvos sem. Társadalombiztosítási támogatással fürdőgyógyászati ellátásokat kizárólag a finanszírozott egészségügyi szolgáltató reumatológus, fizioterápiás, ortopéd, mozgásszervi rehabilitációs, valamint fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, illetve traumatológiai javallat (indikáció) esetén traumatológus szakorvos rendelhet el. A szén-dioxid gyógygázfürdő ellátást társadalombiztosítási támogatással kizárólag a finanszírozott egészségügyi szolgáltató kardiológia vagy érsebészet, orvosi rehabilitáció (mozgásszervi területen) vagy fizikális medicina és rehabilitáció, vagy fizioterápia, vagy ortopédia, vagy traumatológia, vagy ortopédia és traumatológia, továbbá angiológiai vagy diabetológiai szakellátó hely belgyógyászati szakképesítéssel rendelkező szakorvosa rendelhet. A 18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás elrendelése részletesebben szabályozott, ahol lehet szakorvos, a gyermek háziorvosa és iskolaorvos is.

Megadott diagnózisoknál, indikációknál alkalmazható ellátási formák javaslatait a fürdőgyógyászati ellátások rendelésének orvos-szakmai szabályai tartalmazzák (**3. számú melléklet**).

Az 5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet 2. számú melléklet tartalmazza a társadalombiztosítás által támogatott gyógyászati ellátások nyújtásának szakmai követelményeit. A melléklet alapján a gyógyászati ellátásokat végző szakemberek a következők szerint vannak meghatározva:

- Kádfürdőkezelést csak fürdősmasszőr, gyógymasszőr vagy fizioterápiás asszisztensi képesítéssel rendelkező végezhet, és csak gyógyvízben.
- Iszappakolást csak fürdősmasszőr, gyógymasszőr vagy fizioterápiás asszisztensi képesítéssel rendelkező végezhet úgy, hogy nőbeteget csak nő, férfi beteget csak férfi kezelhet.
- Súlyfürdő kezelést csak fürdősmasszőr, gyógy-

masszőr vagy fizioterápiás asszisztensi képesítéssel rendelkező végezhet.

- A szénsavas fürdőkezelést csak fürdősmasszőr, gyógymasszőr vagy fizioterápiás asszisztensi képesítéssel rendelkező végezheti.
- Orvosi gyógymasszázst csak gyógymasszőr képesítéssel lehet végezni.
- A víz alatti vízszugármasszázst fürdősmasszőr, gyógymasszőr vagy fizioterápiás asszisztensi képesítéssel rendelkező végezheti.
- A víz alatti csoportos gyógytorna kizárólag gyógytornász vagy – központi idegrendszeri megbetegedés esetén – szomatopedagógus képesítéssel rendelkező vezetésével történhet.
- Komplex fürdőgyógyászati ellátást társadalombiztosítási támogatással csak olyan gyógyfürdő szolgálhat ki, amely rendelkezik gyógyvízes gyógymedencével, valamint a reumatológus, fizioterápiás, rehabilitációs vagy fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás szakvizsgával rendelkező szakorvos által végzett ellátást folyamatosan, de legalább napi hat órában biztosítja.
- Csoportos gyógyúszás foglalkozást vezető szakember lehet:
 - testnevelési egyetem végzett testnevelő tanár;
 - pedagógiai főiskolát végzett testnevelő, gyógytestnevelési kiegészítő szakképesítéssel;
 - konduktor kiegészítő úszóedzői képesítéssel, vagy egészségügyi főiskolát végzett gyógytornász kiegészítő úszóedzői képesítéssel;
 - szomatopedagógus úszóedzői minősítéssel;
 - tanítóképző főiskolát végzett testnevelés szakos tanító, úszóedzői vagy gyógytestnevelői kiegészítő szakképesítéssel;
 - úszó-, vízilabda-, öttusa- vagy bűvárúszói edzői képesítés, kiegészítő gyógytestnevelői szakképesítéssel;
 - egészségügyi intézményben alkalmazott gyógytornász vagy úszóedző;
 - gyógyúszás foglalkoztató;
 - rehabilitációs úszóoktató.
- Szén-dioxid gyógygázfürdős kezelés teljes időtartama alatt kötelező fizioterápiás asszisztens vagy fizioterápiás szakasszisztens jelenléte.

A társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokhoz nyújtott támogatás alapját (a közfinanszírozás alapját képező, általános forgalmi adó nélküli ár) és mértékét az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető

gyógyászati ellátásokról szóló 5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet 8. sz. melléklete határozza meg **(4. számú melléklet)**. Mivel a fürdőszolgáltatás szabad ármegállapítású szolgáltatás, a fizetendő térítési díj eltérő összegű lehet. A társadalombiztosítási támogatás az ún. közfinanszírozás alapját képező árhoz igazodik. A közfinanszírozás alapját képező ártól mivel a szolgáltatók eltérhetnek a beteg által fizetendő térítési díj is változhat. A gyógyfürdőellátásokat a biztosító fizioterápiás eljárások címén finanszírozza. A gyógyfürdőellátások finanszírozására az egészségbiztosítónak több mint 200 szolgáltatóval van érvényes szerződése, mely szolgáltatók országos, regionális és helyi kategóriákba soroltak. A bizto-

sító gyógyfürdőellátás finanszírozása 1994-ben 0,799 milliárd forint, 2006-ban 5,1 milliárd forint, 2011-ben 4 milliárd forint volt. A gyógyfürdőellátások finanszírozásának mértékét a biztosító gyógyszerár-támogatásnak mértékéhez viszonyítva ez az arány 1994-ben 1,2%-ot, 2011-ben 1,1%-ot mutatott csak. 2010-ben az egészségbiztosító társadalombiztosítási támogatása az országos jelentőségű gyógyfürdőkben 2,4 milliárd forint, a körzeti jelentőségű gyógyfürdőkben 0,57 milliárd forint, a helyi jelentőségű gyógyfürdőkben 0,88 milliárd forint volt. A kezelések száma 4,2 millió volt az országos jelentőségű fürdőkben, 1,1 millió a körzeti jelentőségűekben és 1,6 millió a helyi jelentőségű fürdőkben.²⁷

8.5. Mellékletek

1. számú melléklet: fizioterápiás kezelési lehetőségek a magyar szakmai irányelvekben²⁸

Irányelv	Készítők (kiadás éve)	Fizioterápiás ajánlás
A choledocholithiasis ellátása	Sebészeti Szakmai kollégium (2006)	Diéta*
A stroke ápolása	Ápolási Szakmai Kollégium (2006)	Gyógytorna, fizioterápia
Krónikus lymphoedema rehabilitációja	Belgyógyászati Szakmai Kollégium (2006)	Dieteterápia, torna, balneo-hidroterápia (szénsavfürdő, víz alatti torna), úszás
Krónikus vénás elégtelenség rehabilitációja	Belgyógyászati Szakmai Kollégium (2006)	Dieteterápia, balneo-hidroterápia (szénsavfürdő, víz alatti torna), úszás, illetve a szövődményekre fényterápia
Mellkaskimeneti szindróma – Thoracic Outlet Syndrome (TOS)	Belgyógyászati Szakmai Kollégium (2006)	Gyógytorna
A perifériás obliteratív verőérbetegségek	Belgyógyászati Szakmai Kollégium (2006)	Gyógytorna (stádiumtól függően)
Vasospasticus érbetegségek	Belgyógyászati Szakmai Kollégium (2006)	Rehabilitáció: fiziko-, balneo-, mozgás-, masszázssterápia
A scoliosis rehabilitációja	Rehabilitációs Szakmai Kollégium és a Csecsemő és Gyermekgyógyászati Kollégium (évszám nélkül)	Gyógytorna, úszás
A felső emésztőrendszer panaszaihoz és tüneteikhez rendelhető kórfelmű (gastro-oesophagealis refluxbetegség, peptikus fekély és nem fekélyes diszpepszia) kezelése	Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium (2008)	Diéta*
Cholelithiasis	Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium (2006)	Diéta*
Dupuytren-contractura ellátásáról	Ortopédiai Szakmai Kollégium (2009)	„Az UH-kezelés az egyedüli, amely talán a progressziót lassítja”
A kézizületi synovitisokról és tenosynovitisokról	Ortopédiai Szakmai Kollégium (2009)	„Kiegészítő kezelés: fizioterápia, gyógytorna”
A szédüléssel járó betegségek diagnosztikája és kezelése	Fül-orr-gégészeti Szakmai Kollégium (2006)	„paravertebrális elektrostimuláció (hatása nem bizonyított), nyaki spondylosis kezelése, manuálterápia (kiropraktika)”
A nyugtalan láb szindróma és periodikus végtagmozgás-zavar betegség diagnosztikájáról és kezeléséről	Neurológiai Szakmai Kollégium (2008)	„elektromos vibrációs kezelés, elektromos ingerlés”
A sclerosis multiplex kezelése	Neurológiai Szakmai Kollégium (2010)	„A fizioterápia célja a mozgás javítása, ajánlott minden járóképes (segédeszközzel vagy a nélkül) SM-betegnek, akár otthonában, akár ambulánsan”
Coxarthrosis	Ortopédiai Szakmai Kollégium (2006)	Gyógytorna, fizio-, balneoterápia, manuálterápia, magnetoterápia
Gerincdeformitásokról.	Scoliosis és kyphosis Ortopédiai Szakmai Kollégium (2009)	„fizioterápiás kezelések, otthoni egyéni tornaprogram összeállítása”
Scheuermann-betegség	Ortopédiai Szakmai Kollégium (2006)	Rendszeres, naponta végzett, célzott gerinctorna
Térdarthrosis ellátásáról (arthrosis deformans genus)	Ortopédiai Szakmai Kollégium (2009)	Konzervatív kezelési lehetőségek alkalmazása: gyógytorna, fizio-, balneoterápia, manuálterápia, magnetoterápia
A Carpal tunnel szindróma	Ortopédiai Szakmai Kollégium (2009)	„fizioterápiás kezeléseket meg kell próbálni”
Vizeletinkontinencia	Urológiai Szakmai Kollégium (2011)	Medencefenéki izomzat rehabilitációja, elektrostimuláció, magnetoterápia
Nervus radialis tunnel szindrómái	Magyar Kézsebész Társaság vezetősége, Traumatológiai Szakmai Kollégium (2011)	Gyógytorna
A kéz arthrosisai	Magyar Kézsebész Társaság vezetősége, Ortopédiai Szakmai Kollégium (2011)	Gyógytorna, fizio-, balneoterápia, manuálterápia, magnetoterápia
Cubital tunnel szindróma	Magyar Kézsebész Társaság vezetősége, Traumatológiai Szakmai Kollégium (2011)	Gyógytorna, szelektív ingeráram-kezelés
A korrallal járó és a kortikoszteroidok indukálta osteoporosis diagnosztikája és terápiaja	Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium	Fájdalomcsillapításra: fizioterápia (elsősorban mozgás-terápia/gyógytorna, kis- és középfrekvenciás elektroterápia)

*ivóvíz említése nélkül.

2. számú melléklet. Gyógytornász, gyógymasszőr és fizioterápiás szakdolgozó által végezhető eljárások és pontértékeinek listája

OENO kód	Tevékenység megnevezése	Pont
82151	Kontraktúra nyújtása	247
84791	Húzókezelés kézzel vagy készülékkel	246
85511	Víz alatti torna medencében, medencéből segítve	302
85512	Víz alatti torna kádban	185
85513	Víz alatti torna, csoportos	115
85520	Víz alatti torna, egyéni, segítség nélkül	255
85521	Víz alatti torna medencében, kívülről segítve	271
85530	Örvényfürdő	213
86020	Meleg pakolások	90
86041	Rövidhullám kezelés	107
86042	Mikrohullám kezelés	107
86043	Ultranagy-frekvenciás kezelés	117
86044	Középfrekvenciás kezelés	117
86050	Infravörös melegítéses helyi kezelés – Sollux	57
86120	Helyi hűtés	24
86121	Kryotherapie localis	176
86202	Kezelés monokromatikus polarizált fényvel (Evolite, Bioptron)	109
86209	Fototerápia	67
86210	Fototerápia UV fényvel	109
86211	PUVA-kezelés	1452
86216	Goeckermann f. kátrány-UV kezelés 1–10% bőrfelszín	162
86217	Goeckermann f. kátrány-UV kezelés 11–20% bőrfelszín	299
86218	Goeckermann f. kátrány-UV kezelés 21–30% bőrfelszín	396
86219	Goeckermann f. kátrány-UV kezelés 31–40% bőrfelszín	490
86240	Szinkron balneo-fototerápiás kezelés (SBP)	1829
86311	Négyrekeszes galván kezelés	283
86312	Stabil galván kezelés	61
86313	Kowarschik galván kezelés	110
86314	Bourgignon galván kezelés	61
86315	Bergonnier galván kezelés	61
86316	Iontofórézis kezelés	186
86317	Kalcium elektrostasis kezelés	246
86318	Diadinamik-interferencia kezelés	61
86319	Szelektív ingeráram kezelés	177
8631A	Hengergalván kezelés	86
8631B	Interferátor kezelés	86
8631C	Számítógép vezérelt iontoforézis	235
8631D	Galvanoterápia számítógép-vezérléssel	235
8631E	Számítógép vezérelt idegszál-specifikus neuromuszkuláris stimuláció	242
8631F	Számítógép vezérelt inkontinencia kezelés	356
8636C	Galvánkád-kezelés	235
8636D	Rekeszes galván kezelés	283
86630	Vázizom stimulátor	372
86631	Funkcionális elektroterápia motoros tünetre	375
86632	Funkcionális elektroterápia plexus brachialis ellátási területén	371
86633	Funkcionális elektroterápia nervus facialis területén	371
86634	TENS	121
86635	Számítógép vezérelt tens functio	219
86911	Ultrahangkezelés	253

86912	Víz alatti ultrahangkezelés	253
86921	Magnetoterápia	68
88860	Értorna érszövődmények megelőzésére	303
88870	Keringésjavító fizioterápia	303
93493	Gyógyászati segédeszköz használatának betanítása	227
94003	Facialis torna	135
94280	Extrapiramidális neuroterápia és oktatása	625
94281	Szenzoros-aktívációs terápia	437
94331	Fejlődési rendellenesség miatti gyógytorna	148
94400	Járásgyakorlat segédeszköz nélkül	161
94404	Járásgyakorlat járógéppel	119
94405	Járás-előkészítő gyakorlatok	130
94406	Járaskészség fejlesztése	141
94407	Ügyességfejlesztő gyakorlatok	141
94408	Manipulációs készség fejlesztése	130
94409	Koordinációs gyakorlatok az ergoterápiában	172
94410	Irányított járásgyakorlatok segédeszközzel	159
94411	Amputáltak gyógytornája	141
94501	Funkcionális sérüléskezelés (korai)	149
94503	Neurofiziológiai kondicionáló gyógytorna	202
94504	Testtájkénti egyéni gyógytorna	119
94530	Izomerősítő gyakorlatok	87
94550	Gyógytorna relaxációs technikával	147
94601	Passzív kimoztatás egy testtájon	149
94602	Passzív kimoztatás több végtagon	203
94603	Szertorna	153
94610	Gyakorlatok ellenállással szemben	149
94630	Ízületi mozgások gyakorlása	0
94631	Izokinetikus gyakorlás készülékkel	173
94640	Ízületmobilizálás	149
94650	Gerincmobilizálás	173
94651	Scoliosis torna	185
94652	Scheuermann gyógytorna	185
94701	Egyéni torna	256
94702	Csoportos torna	135
94711	Manuálterápiás kezelés	216
94712	Masszázs, kézzel	153
94713	Masszázs, géppel	117
94715	Funkcionális kezelés az ortopédiai manuálterápiás (OMT) rendszerben	502
94722	Mellkasi gyógytorna, légzőtorna	283
94730	Kardiovaszkuláris gyógytorna	356
94740	Lymphoedema kezelés: pólya és masszázs, 1 végtag	549
94741	Csecsemő, ödémás arc kezelése speciális fogásrendszerrel	533
94744	Lymphoedema kezelés: speciális fogásrendszerrel	549
94746	Lymphoedema kezelés pneumatikus készülékkel	334
94747	Krónikus oedema gépi kompressziós kezelés	375
9474A	Felső végtag manuális drenázsa	497
9474B	Alsó végtag manuális nyirokdrenázsa	497
9474C	Szövődémmel társult ödémás végtag manuális nyirokdrenázsa	659
9474D	A törzs manuális nyirokdrenázsa	497
94750	Terhesség alatti torna	67

94880	Medencefürdő	145
94881	Kádfürdő	366
94882	Szénsavfürdő	574
94883	Súlyfürdő, nyaki függesztéssel	353
94884	Súlyfürdő, hónalj függesztéssel	353
94885	Súlyfürdő, hónalj függesztéssel és terheléssel	353
94887	Szénsavgázfürdő	450
94889	Skót zuhany	117
9488B	Ritex pakolás	117
9488D	Antiflogisztikus pakolás	205
9488E	Gyógyszeres fürdő vagy pakolás	107
9488F	Elektromos fürdő	432
9488G	Víz alatti vízszugármassázs	347
9488H	Iszappakolás testtájanként	354
9488K	Iszappakolás az egész testre	595
9488L	Paraffin pakolás	110
95290	Foglalkozásterápia (csoportos)	58
95291	Foglalkozásterápia egyéni	313
95320	Rehabilitációs képzés	495
95530	Önellátásra oktatás (napi tevékenységek gyakorlása)	216
95610	Ergoterápia, manuális gyakorlás	210
95620	Ergoterápia, kreatív terápia	280
95630	Ergoterápia, konstruktív terápia – műhelygyakorlat	280
95640	Ergoterápia, önellátó funkciók begyakorlása	140
95650	Ergoterápia, írás tanítása	545
95660	Ergoterápia, manuális segédeszközök adaptációja (evés, ivás, konyhai munka)	140
95680	Ergoterápia, iskolai korrepetálás gyermekek számára	358
95690	Ergoterápia, szabadidős tevékenységek szervezése	82
95700	Ergoterápia, felkészítés otthoni életre – tanácsadás	342
95710	Közlekedésképesség fejlesztése kerekesszékekkel (10 perc)	202
95720	Közlekedésképesség fejlesztése kerekesszéken kívül (10 perc)	202
95730	Közlekedésképesség fejlesztése kerékpárral (10 perc)	202
95740	Közlekedésképesség fejlesztése modell személygépkocsival (10 perc)	202
95750	Közlekedésképesség fejlesztése, gépkocsivezetés (30 perc)	854
95760	Közlekedésképesség fejlesztése, tömegközlekedés (60 perc)	1088
95770	Közlekedésképesség fejlesztése modell személygépkocsival (30 perc)	545
95780	Számítógépes edzéstervezés sérülésspecifikusan	325
95790	Szenzoros-aktivációs terápia	292
95820	Konduktív pedagógiai kéztorna	358
95830	Konduktív pedagógiai csoportos torna (betegenként)	116
95840	Járáspróba futószőnyegen	186
95860	Csonkedzés pneumatikus ballonnal	49
95890	Járásgyakorlás guruló mankóval	119
95930	Járástanítás pneumatikus protézissel	167
95950	Művégtag felvételének tanítása	222
95970	Dupla alsóvégtag amputált járástanítása	234
95990	Kerekesszék használatának tanítása	149
95993	Izomrehabilitáció tornáztató géppel	296
96016	Egész testre kiterjedő komplex rehabilitációs kezelés (idegfejlődés zavar, sérülés esetén) legalább 60 perc	1399
96017	Egész testre kiterjedő komplex rehabilitációs kezelés (idegfejlődés zavar, sérülés esetén) legalább 60–90 perc között	1702
96018	Egész testre kiterjedő komplex rehabilitációs kezelés (idegfejlődés zavar, sérülés esetén) több, mint 90 perc	2012

3. számú melléklet. A fürdőgyógyászati ellátások rendelésének orvosszakmai szabályai

	Diagnózis	Indikáció	Javasolt ellátásfajták (kódszámokkal)
1.	Ortopédiai műtétek utáni állapotok	Gerincmozgások, illetve ízületi mozgások olyan természetű jelentős beszűkülése, amely az elvégzett műtéttel, illetve az ezt követő rögzítéssel kapcsolatosan alakult ki, beszűkült ízületi mozgások, melyek javítása céljából műtét történt, és további javulás várható, ideértve ízületi endoprotézis beültetés utáni állapotot	01, 02*, 03, 04, 06, 07, 08
2.	Gerincsevérműtét utáni maradványtünetek	Fennálló gerincmozgás korlátozottság, fájdalom és/vagy izomgyengeség	01, 02*, 03, 06, 07, 08
3.	Végtag sérülések utáni állapotok	A törés konzolidációja után fájdalmas spasmusok, jelentős kontraktúrák oldására, az algodystrophia III–IV. stádiumában a mozgáskorlátozottság javítására	01, 02*, 03, 05, 06, 07, 08
4.	Gerincsevéülés utáni állapotok, neurológiai tünetek nélkül	A törés konzolidációja után fájdalmas spasmusok, jelentős mozgáskorlátozottság javítására	01, 02*, 03, 06, 07, 08
5.	Gerincsevéülés utáni állapotok neurológiai tünetekkel	Részleges, kontinens, járóképes gerincvelősérülteknek spasmusoldás, illetve a végtag kontraktúráinak kiegészítő kezelése céljából	01, 02*, 03, 05, 06, 07, 08
6.	Koponyaagy-sérültek	Csak kivételes esetben, a sérülés után minimum 1 évvel, spasmusok, jelentős kontraktúrák oldására, ha közben epilepsia nem jelentkezett	02*, 03, 06, 07, 08
7.	Rheumatoid arthritis, illetve egyéb arthritisek	Alacsony gyulladásozó aktivitás, funkciókárosodást okozó kontraktúra	01, 02*, 03, 06, 07, 08
8.	Seronegatív spondylarthritis	Alacsony gyulladásozó aktivitás, gerincmozgások jelentős beszűkülése, funkciókárosodást okozó kontraktúrák	01, 02*, 03, 06, 07, 08
9.	Arthrosis	Funkciókárosodást okozó ízületi károsodás, kontraktúrák	01, 02*, 03, 06, 07, 08
10.	Krónikus vertebrogén derékfájás	Akut radikuláris tünetek lezajlása után, amennyiben mozgáskorlátozottság marad vissza, krónikus radikuláris fájdalom nem akadály	01, 03, 04, 06, 07, 08
11.	Osteoporosis	Kompressziós csigolyafraktúra okozta tünetek lezajlása után, amennyiben a gerincmozgások javulása, a paravertebrális izomspasmus csökkenése remélhető, krónikus háti-deréktáji fájdalom esetén, osteoporotikus, vertebrális és perifériás törések heveny tünetei után	01, 02*, 06, 07, 08
12.	Egyéb neurológiai betegségek következtében kialakult állapotok	Jelentős kontraktúrák, spasmusok, algodystrophia, ha heveny neurológiai tünetek a kezelést nem kontraindikálják	01, 02*, 03, 06, 07, 08
13.	Perifériás érbetegségek	Minden olyan artériás végtagkeringési zavar kiegészítő kezelése, melynek javulása remélhető	05
14.	Gyermekkori végtaghiány, Haemophiliás ízületi elváltozások, Infantilis cerebralis paresisek és izomatropiák, egy végtag súlyos zavara Juvenilis reumatoid arthritis, Arthrogyrosis, Larsen szindróma, gerincfejlődési zavarok, scoliosis és más többszörös ízületi dyslocatio-val, contractúrákkal járó veleszületett tünetegyüttesek	Jelentős kontraktúrák, spasmusok oldása, alacsony gyulladásozó aktivitás	02*, 08
15.	Tartáshiba	14–25 éves korosztály	08

* A gyógyvizet kádfürdő csak abban az esetben vehető igénybe, ha a megadott indikációk mellé bőrbetegség vagy súlyos speciális segítséget igénylő mozgássérülés, illetve nagy kiterjedésű kóros elváltozással járó társult betegség jelentkezik.

4. számú melléklet. A társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokhoz nyújtott támogatás alapja és mértékét

A) Fürdőgyógyászati ellátások

I. Országos minősítésű fürdők

Megnevezés	Közfinanszírozás alapját képező ár (ÁFA nélkül, Ft)	TB támogatás mértéke (%)	TB támogatás ÁFA nélküli összege (Ft)
Gyógyvizes gyógymedence (ideértve a hévízi tófürdőt is)	548	50	274
Gyógyvizes kádfürdő	649	85	552
Iszappakolás	1233	FIX	948
Súlyfürdő	748	FIX	561
Szénsavas fürdő	1059	FIX	786
Orvosi gyögmasszázs	932	FIX	580
Víz alatti vízugármasszázs	1018	FIX	765
Víz alatti csoportos gyógytorna	714	85	607
Komplex fürdőgyógyászati ellátás	2622	85	2229

II. Körzeti minősítésű fürdők

Megnevezés	Közfinanszírozás alapját képező ár (ÁFA nélkül, Ft)	TB támogatás mértéke (%)	TB támogatás ÁFA nélküli összege (Ft)
Gyógyvizes gyógymedence (ideértve a hévízi tófürdőt is)	480	50	240
Gyógyvizes kádfürdő	579	85	492
Iszappakolás	1115	85	948
Súlyfürdő	660	85	561
Szénsavas fürdő	925	85	786
Orvosi gyögmasszázs	829	70	580
Víz alatti vízugármasszázs	900	85	765
Víz alatti csoportos gyógytorna	636	85	541
Komplex fürdőgyógyászati ellátás	2326	85	1977

III. Helyi minősítésű gyógyfürdők

Megnevezés	Közfinanszírozás alapját képező ár (ÁFA nélkül, Ft)	TB támogatás mértéke (%)	TB támogatás ÁFA nélküli összege (Ft)
Gyógyvizes gyógymedence (ideértve a hévízi tófürdőt is)	424	50	212
Gyógyvizes kádfürdő	522	85	444
Iszappakolás	981	85	834
Súlyfürdő	559	85	475
Szénsavas fürdő	909	85	773
Orvosi gyögmasszázs	726	70	508
Víz alatti vízugármasszázs	807	85	686
Víz alatti csoportos gyógytorna	539	85	458
Komplex fürdőgyógyászati ellátás	1995	85	1696

B) Egyéb gyógyászati ellátások

Megnevezés	Közfinanszírozás alapját képező ár (ÁFA nélkül, Ft)	TB támogatás mértéke (%)	TB támogatás ÁFA nélküli összege (Ft)
18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás	744	100	744

C) Egyéb természetes gyógytényezőkön alapuló gyógyászati ellátás

Megnevezés	Közfinanszírozás alapját képező ár (ÁFA nélkül, Ft)	TB támogatás mértéke (%)	TB támogatás ÁFA nélküli összege (Ft)
Szén-dioxid gyógygázfürdő	1200	85	1020

Irodalom

- 1 Bender T.: Bizonyítékon alapuló fizioterápia. *Orv. Hetil.*, 2013; 154(48), 1893–1899.
- 2 Bender T., Bálint G., Prohászka Z., et al.: Evidence-based hydro- and balneotherapy in Hungary – a systematic review and meta-analysis. *Int J Biometeorol.* 2014; 58(3):311–23. Epub 2013. May 16.
- 3 Huszár I., Kulmann L., Tringer L.: A rehabilitáció gyakorlata. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2000. 13–18.
- 4 Géher P.: A fizioterápia az egészségbiztosítás szemszögéből. *Orv. Hetil.* 2013; 154(48): 1917–1923.
- 5 Betlehem J., Oláh A., Balogh Z., Szabó Gy.: Hol tartunk hazánkban az egészségtudományokban? Az Egészségügyi Szakdolgozók XXXIX. Országos Kongresszusának tapasztalatai. *IME – Informatika és menedzsment az egészségügyben.* 2009; 8(2): 40–43.
- 6 Betlehem J., Kukla A., Deutsch K., Marton-Simora J., Nagy G.: The changing face of European healthcare education: the Hungarian experience. *Nurse Educ Today.* 2009; 29(2): 240–245.
- 7 Boncz I., Sándor J., Oláh A., Betlehem J., Sebestyén A., Kisbenedekné G. K., Dózsa Cs.: Az otthoni szakápolás igénybevételének területi egyenlőtlenségei a dél-dunántúli térségben. *Lege Artis Medicinae.* 2004; 14(1): 47–52.
- 8 Boncz I., Takács E., Belicza É., Szaszó D., Vinnai Á., Oláh A., Sebestyén A., Betlehem J., Kriszbacher I.: Az OEP otthoni szakápolási kassa igénybevételének területi egyenlőtlenségei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle.* 2007; 45(4): 29–35.
- 9 Gulácsi L., Kovács A.: Költséghatékonyság: PSA-szűrés. *Egészségügyi Gazdasági Szemle.* 1996; 35(4): 381–87.
- 10 Boncz I.: Prevention of cervical cancer in low-resource settings. *Journal of the American Medical Association.* 2006; 295(11): 1248.
- 11 Boncz I., Donkáné V. É., Oberfrank F., Kásler M.: Az onkológiai ellátás egészség-gazdaságtani vonatkozásai: kórházi ágykapacitások változása. *Magyar Onkológia.* 2010; 54(1): 29–33.
- 12 Furlow, B.: US cancer centres hit hard by deteriorating economy. *Lancet Oncology.* 2009; 10(5): 448–49.
- 13 Kenyon, G.: Cash shortages threaten cancer services in Australia. *Lancet Oncology.* 2009; 10(6): 544.
- 14 Gulácsi L.: The time for cost-effectiveness in the new European Union member states: the development and role of health economics and technology assessment in the mirror of the Hungarian experience. *The European Journal of Health Economics.* 2007; 8(2): 83–88.
- 15 Meropol, NJ, Schrag, D, Smith, TJ, Mulvey, TM, Langdon, RM Jr, Blum, D, Ubel, PA, Schnipper, LE: American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology guidance statement: the cost of cancer care. *Journal of Clinical Oncology.* 2009; 27(23): 3868–74.
- 16 Langabeer, JR, Ozcan, YA.: The economics of cancer care: longitudinal changes in provider efficiency. *Health Care Management Science.* 2009; 12(2): 192–200.
- 17 Központi Statisztikai Hivatal. *Statisztikai tükör,* 2008; 2(94).
- 18 Cs. Horváth Z., Sebestyén A., Molics B., Ágoston I., Endrei D., Oláh A., Betlehem J., Imre L., Bagosi G., Boncz I.: Az otthoni szakápolás egészségbiztosítási vonatkozásainak elemzése Magyarországon. *Orv. Hetil.* 2014; 155(15):597–603.
- 19 Molics B., Hanzel A., Kránicz J., Schmidt B., Nyárády J., Boncz I., Sebestyén A.: Fizioterápiás járóbeteg-ellátás igénybevételi mutatói a mozgásszervi kórképek kezelésében. *Magy Traumatol. Ortop. Kézseb. Plasztikai Seb.* 2013; 56: (4) 305–315.
- 20 Molics B., Kránicz J., Schmidt B., Sebestyén A., Nyárády J., Boncz I.: A fizioterápiás jellegű tevékenységek igénybevételi mutatói a járóbeteg-szakellátásban az alsó végtag traumatológiai kórképei esetében. *Orv Hetil.* 2013; 154(25): 985–92.
- 21 Molics B., Leidecker E., Endrei D., Gyuró M., Schmidt B., Kránicz J.: A fizioterápiás jellegű tevékenységek igénybevételi mutatói a járóbeteg-szakellátásban traumatológiai kórképek esetében. *Egészség Akadémia.* 2012; 3(3): 203–11.
- 22 Molics B., Ágoston I., Endrei D., Éliás Zs., Kránicz J., Schmidt B., Boncz I.: A fizioterápiás jellegű tevékenységek éves egészségbiztosítási finanszírozásának meghatározása a járóbeteg-szakellátásban. *Nővér.* 2012; 25(6): 21–27.
- 23 4/2003. (EüK. 19.) ESZCSM tájékoztató az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. számú mellékletében foglalt járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvet tartalmazó 8005/2002. (EüK. 23.) ESZCSM tájékoztató módosításáról. *Egészségbiztosítási Közöny.* 2003/8 (X. 28.)
- 24 8007/2004. (EüK. 8.) ESZCSM tájékoztató az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. számú mellékletében foglalt járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvet tartalmazó 8005/2002. (EüK. 23.) ESZCSM tájékoztató módosításáról. *Egészségügyi Közöny.* 2004/8 (IV. 28.)
- 25 3/2004. (I. 15.) ESZCSM rendelet Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendelet módosításáról. *Magyar Közöny.* 2004; 5: 322–430.
- 26 Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) <http://www.eski.hu>
- 27 Géher P.: A fizioterápia az egészségbiztosítás szemszögéből. *Orv. Hetil.* 2013; 154(48): 1917–1923.
- 28 Géher P.: A fizioterápia az egészségbiztosítás szemszögéből. *Orv. Hetil.* 2013; 154(48): 1917–1923, 1. táblázat: Fizioterápiás kezelési lehetőségek a magyar szakmai irányelvekben.

9. A népegészségügyi programok megvalósításának kihívásai: a szervezett lakossági vastagbélrák szűrőprogram példája

HORVÁTHNÉ KIVÉS ZSUZSANNA, VAJDA RÉKA

9.1. Bevezetés

A tudomány mai állása szerint a daganatok miatt bekövetkező halálozás mérséklésének egyik ígéretes stratégiája a tünet- és panaszmentes személyek rendszeresen végzett szűrővizsgálata. A tüneteket nem okozó korai rákok és rákmegelőző állapotok felismerésére az orvosi gyakorlat számos alkalmas módszerrel rendelkezik, ezek eseti, alkalmoszerű felhasználásának lehetőségei széleskörűek. Ezen felül rendelkezésünkre állnak bizonyítékon alapuló, az egészségpolitika és a népegészségügy kritériumrendszerének megfelelő rákszűrési módozatok. A vastagbéliszűrés hatásosságára a halálozás mérséklésével mért epidemiológiai bizonyítékok részben rendelkezésre állnak, mely szűrési módszerek tömeges és szervezett alkalmazása minden fejlett egészségügyi ellátórendszerrel rendelkező országban mértékadó nemzetközi szervezetek ajánlása szerint¹ prioritásként szerepel. A tanulmány célja bemutatni a vastag- és végbéldaganat népegészségügyi terheit, az alkalmazható szűrési stratégiák hatásosságáról szóló bizonyítékokat, a nemzetközi szűrési gyakorlatot, valamint áttekintést adni a Magyarországon eddig történt egészségpolitikai törekvésekről és lezajlott modell programok eredményeiről, kitérve a szűrés egészség-gazdaságtani aspektusaira is.

9.2. A vastag- és végbéldaganat incidenciája, mortalitása

Az elemzéshez felhasznált nemzetközi adatok az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatbázisából származnak. A WHO International Agency for Research on Cancer (IARC) nemzetközi standardok (ASR – Age-Stan-

dardised Rate) szerint felépített daganatos megbetegedési adatokat tartalmazó adatbázisa (CANCERmondial) nemzetközi összehasonlítási lehetőséget biztosít a daganatos megbetegedések epidemiológiai jellemzőiről.

9.2.1. A vastagbél daganat incidenciája és mortalitása világviszonylatban

Világviszonylatban 2012-ben a vastagbéldaganat, incidenciája alapján, a férfiaknál a harmadik helyen áll a tüdőrák (34,2) és a prosztatadaganat (31,1) után, 20,6 esettel 100 000 főre vetítve. A nőknél a második helyet foglalja el 14,3 esettel, az emlődaganat után (43,3). A több mint 4,6 millió daganatos haláleset 8%-át a vastagbéldaganat teszi ki a férfiak esetén, a tüdő- (30), a máj- (14,3) és a gyomordaganat után (12,8) a negyedik halállokként 10 esettel 100 000 főre. A 3,5 fél millió daganatos betegségben meghalt nő, 9,2%-a vastagbél daganat miatt vesztette életét. 6,9 esettel 100 000 főre a harmadik halállokként szerepelt, az emlődaganat (12,9) és a tüdődaganat (12,9) után.¹ (9.1. ábra.)

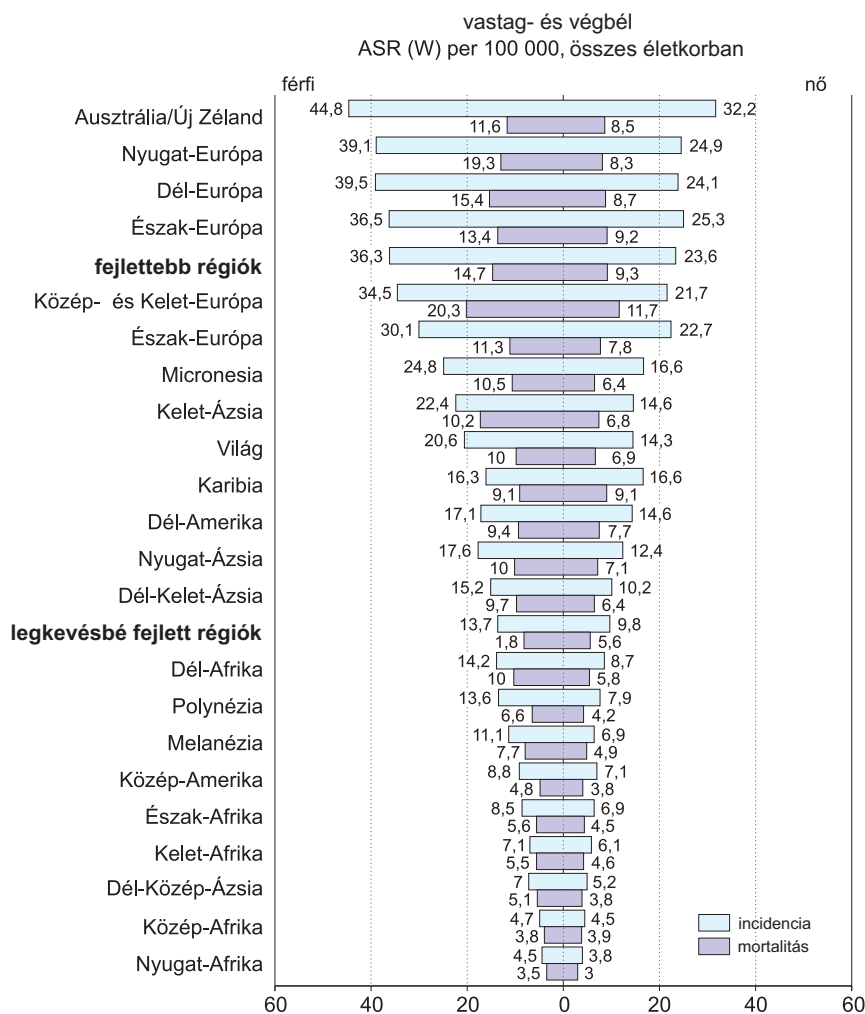
A világ különböző részein az előfordulási arány nem egyenletes, jelentős eltérés tapasztalható gazdasági fejlettség tekintetében. A fejlettebb területeken jelentősen magasabb volt az incidencia 2012-ben, mint a kevésbé fejlett régiókban. A legmagasabb incidencia Ausztrália/Új-Zéland területén figyelhető meg a férfiaknál 44,8, a nőknél 32,2 esettel. Ezt követi az Európai Régió a férfiaknál 34,5–39, a nőknél 21,7–24,9 esettel. Az amerikai kontinensen legmagasabb az incidencia, Észak-Amerikában (férfiak 30,1, nők 22,7). Alacsony a megbetegedési ráta Ázsiában és Afrikában. A halálozási mutatók a fejlett országokban alacsony, illetve csökkenő tendenciát mutatnak.²

9.2.2. A vastagbél-daganat incidenciája és mortalitása Európában

Az európai, életkor szerint standardizált incidenciaráta a férfiaknál 35,7, nőknél 22,6 eset. A férfiak körében a harmadik helyen áll a prosztatata és a tüdő, légcső és a hörgő daganatai után, a nőknél a második helyen az emlődaganat után és a tüdő, légcső és a hörgő daganatai előtt. A halállok sorrendben a férfiak körében a második helyen áll 25,5 esettel a tüdő, légcső és hörgő daganatai (59,1) után és a prosztatadaganat (19,3) előtt. A nőknél 15,4 esettel a harmadik helyen áll az emlő (23,1) és a tüdő, légcső és hörgő daganatai (17,2) után. A régiók alapján a legmagasabb az incidencia Dél-Európában, melyet Nyugat-Európa, Észak-Európa, végül Közép-Kelet Európa követ. A legmagasabb a halálozás Közép-Kelet Európában 20,3 esettel melyet

dél-európai régió (15,4), majd Észak-Európa (13,4) és Nyugat-Európa (13,3) követ.

A közép-kelet európai régióban a férfiaknál a legmagasabb az incidenciaráta Szlovákiában (61,6) melyet Magyarország követ 58,9 esettel, a harmadik helyen a Cseh Köztársaság áll 54 esettel. A férfiaknál a halálozást Magyarország vezeti 30,1 esettel, melyet Szlovákia (26,9) és Csehország (22,6) követ. A legalacsonyabb ráta Romániában (18,2) és Ukrajnában (18,8). A nők körében Magyarország áll az első helyen áll 30,5 esettel Szlovákia (29,3) és a Cseh Köztársaság (27,1) majd Bulgária előtt (25,1). A férfiakhoz hasonlóan a legmagasabb a halálozás Magyarországon 14,5 esettel, az Orosz Föderáció (12,6) és a Cseh Köztársaság (12) és Szlovénia (11,2) előtt. Az észak-európai régió incidenciarátája legmagasabb mindkét nemnél Dániában (férfiak 45,9, nők 35,7) és Norvégiában (férfiak 42,6, nők 35,8). A férfiaknál a legmaga-

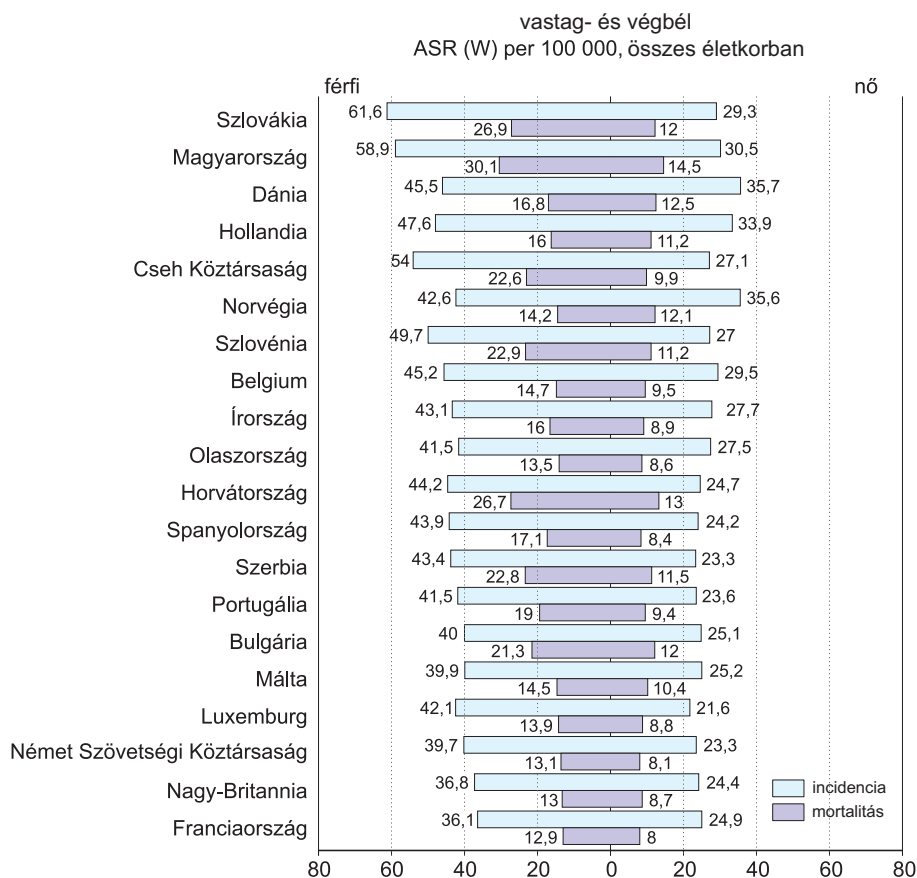


9.1. ábra. A férfiak és nők vastagbél daganatos megbetegedéseinek incidenciája és halálozási aránya a világon 2012-ben (ASR/100 000)³

sabb a halálozási ráta Litvániában (19,7) Lettorszáiban (17,7), Észtországban (17,6) és Dániában (16,7). Nőknél a legmagasabb a halálozás Dániában (12,5) és Norvégiában (12,1). A régió több országában 10, illetve az alatti ráták jellemzőek. A legjobb mutatók mindkét nemnél Finnországban figyelhetők meg (férfiaknál 10,2, nőknél 6,8). A nyugat-európai régió legmagasabb incidenciáit mindkét nemnél Hollandiában (férfiak 47,5, nők 33,9) és Belgiumban láthatók (férfiak 45,2, nők 29,5). Ausztriában a legalacsonyabb a ráta (férfiak 34, nők 19,6). A legmagasabb a halálozás a férfiaknál Írországban és Hollandiában (16), Belgiumban (14,7), a nőknél Hollandiában (11,2). A legalacsonyabb a halálozás Ausztriában (7,2) és Svájcban (6,3). Dél-Európában a férfiaknál Horvátországban a legmagasabb az új megbetegedések aránya (44,2) melyet Spanyolország (43,9) és Szerbia (43,4) követ, a nőknél Olaszország (27,5), Málta (25,2) és Spanyolország (24,4) a sorrend. A legmagasabb a halálozás a férfiaknál Horvátországban 26,7 esettel, melyet Szerbia követ 22,8 esettel. A nőknél szintén első helyen áll Horvátország (13), Bulgária (12) és Szerbia (11,5) előtt. Az incidencia és a halálozás a legalacsonyabb mindkét nemnél Görögországban és Albániában.²

9.2.3. A vastagbél daganat incidenciája és mortalitása Magyarországon

Magyarország vastag- és végbél daganat megbetegedési és halálozási viszonyainak bemutatása során alkalmazott mutatók standardizálása során a magyar populáció tekinthető viszonyítási alapnak, ezért az alábbiakban közölt mutatók eltérnek a korábbiakban közölt adatok mértékétől, ahol a világ lakossága alapján történt a standardizálás. Az incidencia adatokat a KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv (2013) adatai alapján mutatjuk be nemek szerinti bontásban, a halálozási adatokat pedig megyei, kistérségi és nemek szerinti bontásban az Országos Egészségfejlesztési Intézet honlapján közzétett 2012. évi adatokkal kiegészítve.⁷ A halál oki feldolgozás módja 2005-ben megváltozott, vagyis a halál oki bejegyzések kódolása ettől kezdve gépi úton történik, ezért az idősoros halál oki adatokban 2004–2005 között törések tapasztalhatók.⁴ A területi halandósági különbségek bemutatására a standardizált halandósági hányados (SHH) mutatóját használjuk. A standardizált halálozási hányados (SHH) azt fejezi ki, hogy ha minden vizsgált területen az országos, kor szerinti halálozási arányok ér-



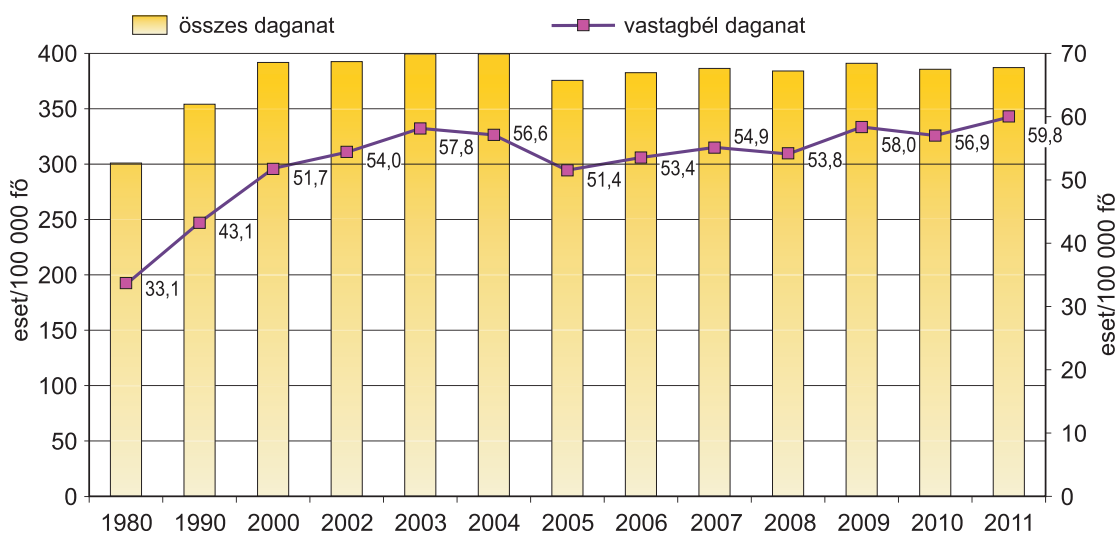
9.2. ábra. A férfiak és nők vastagbél daganatos megbetegedéseinek incidenciája és halálozási aránya Európában, 2012-ben (ASR/100 000)²

vényesülnének, akkor a halálozások száma több vagy kevesebb lenne a ténylegesnél.

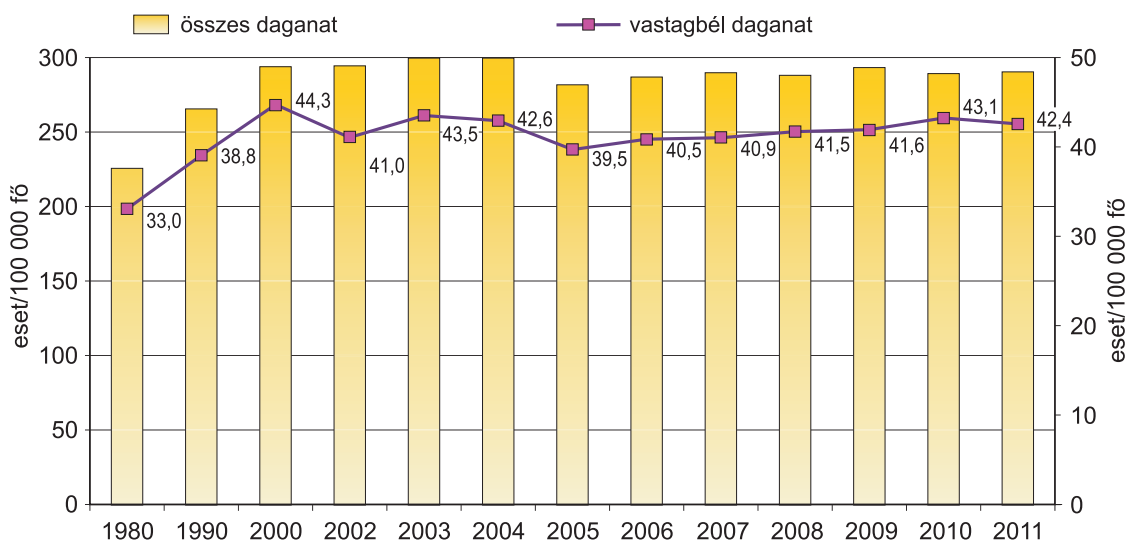
2011-ben a férfiak körében a 20 és annál idősebb korosztályban 2988 férfit és 2787 nőt diagnosztizáltak vastagbél-daganattal. A vastagbél-daganat a férfiaknál harmadik helyet foglalja el az incidencia alapján (80,8), a hörgő- és tüdő-daganat (135,8) és a prosztatadaganat (113,6) után. A nőknél szintén a harmadik helyen áll (65,6) az emlő- (166,5) és a hörgő- és tüdő-daganat (100,1) után. A korábbiakban bemutatásra került adatok szerint a *halálozási* mutatók alapján Európában Magyarország az első helyen áll a férfiakat és a nőket tekintve

is. A férfiaknál a tüdő-daganat, a nőknél az emlő-daganat után a második helyen áll. 2011-ben a férfiaknál 59,8 eset, a nőknél 42,4 eset jutott 100 000 főre. A halandósági arányok mindkét nemnél folyamatos növekedést mutattak az elmúlt két évtizedben (9.3., 9.4. ábra.) A halálozás kormegoszlását tekintve, a vastagbél-daganat okozta halálozás a 40. év után válik mind gyakoribbá, 50 és 70 év között tetőzik, majd 75 év után csökken.⁵

A férfiak körében megyei szinten a SHH értéke 78–131 százalék között mozog, a Gini-együttható 7,5%-os mértéke szerint kismértékű a halandósági egyenlőtlenség. A Gini-együttható a halandósági térségi egyenlőtlenségek



9.3. ábra. 100 000 lakosra jutó daganatos és vastagbél daganatos halálozás a férfiak körében 1980–2011 között (saját szerkesztés)⁶

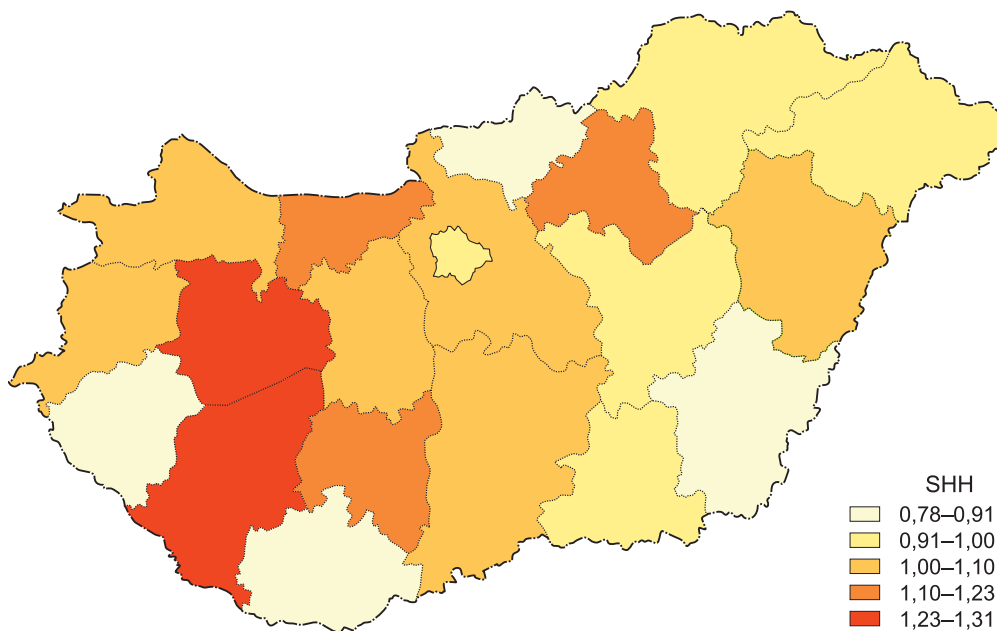


9.4. ábra. 100 000 lakosra jutó daganatos és vastagbél daganatos halálozás a nők körében 1980–2011 között (saját szerkesztés)⁶

mértékét jellemzi. Értéke 0 és 100% között változhat: 0, azaz teljes az egyenlőség, ha a vizsgált térségekben azonos a halandóság, és 100%, azaz teljes az egyenlőtlenség, ha a vizsgált térségek közül csupán egyben fordult elő halálozás. A szakirodalom a 30% feletti Gini-értéket már viszonylag erős egyenlőtlenségként interpretálja. A legalacsonyabb mortalitási ráták 80 százalék körül mozognak: Baranya (78), Békés (80), Zala (85) és Nógrád megyében. A legmagasabb értékek Somogy megyében 127 és Veszprém megyében figyelhető meg, 130 százalékkal (9.5. ábra). A magas mortalitású megyéken belül jelentős különbségek figyelhetők meg a kistérségi bontással. A megyei szinten magas halandóságú Somogy megyében 36–251 százalék között mozog a halálozási arány. A Barcsi kistérségben (251) kétszerese a megyei rátának, de közelítik ezt az értéket a Lengyeltóti (238) és a Csurgói (208) kistérségek is. Legmagasabb a halá-

lozás a Pacsai kistérségben, 258 százalékkal. A Győr-Ménfőcsanak-Sopron megyében található Téli kistérség országos szinten is a legmagasabb halandósági mutatókkal rendelkezik, 263 százalékkal.⁷

A nők halálozási mutatói megyei szinten kisebb mértékű szórást mutatnak, mint a férfiak, 75–120 százalék közötti értékkel. A Gini-együttható alapján kismértékű az egyenlőtlenség. A legalacsonyabb Fejér és Zala megyében 75 százalékos értékkel. A legmagasabb a halálozás mértéke Baranya (118), Somogy (117) és Vas megyében (120) (9.6. ábra). Baranya megyében a legmagasabb halálozás a Sásdi (270), a (251) és a Sellyei (219) kistérségben jellemző. Somogy megyében a Kaposvári (171), Barcsi (139) és a Balatonföldvári (136) kistérségben tapasztalható magasabb halálozás. A legrosszabb a Szentgotthárdi kistérségben 170 százalékkal, melyet a Sárvári (158) és Óriszentpéterti (154) kistérség követ.⁷



a területi egyenlőtlenséget jellemző Gini együttható értéke 7,5%

3 legalacsonyabb értékkel bíró megye:

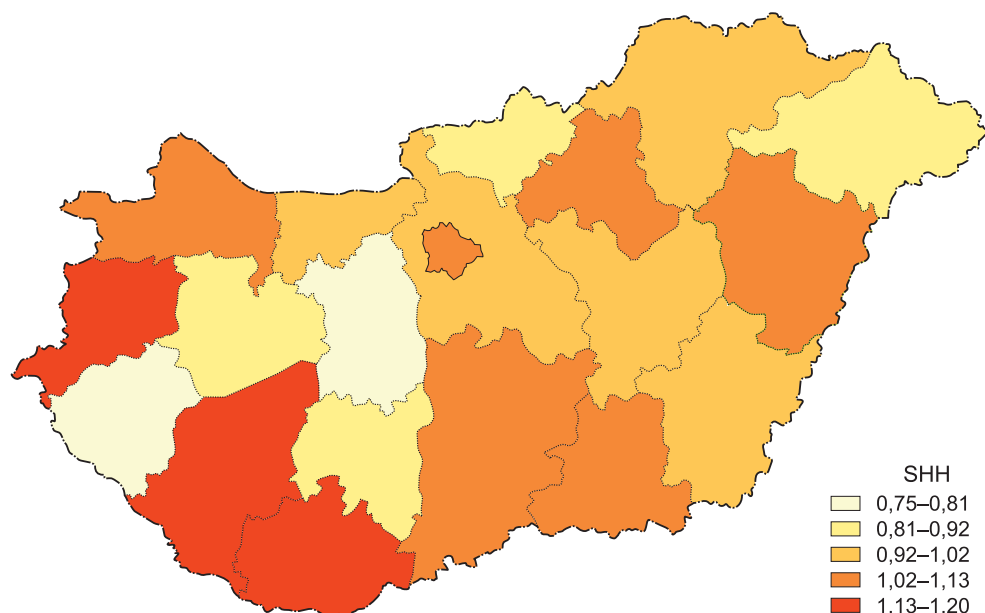
1. Baranya megye = 0,76
2. Békés megye = 0,8
3. Zala megye = 0,85

3 legmagasabb értékkel bíró megye:

18. Heves megye = 1,2
19. Somogy megye = 1,27
20. Veszprém megye = 1,31

2013 - megye szintű térképi ábra

9.5. ábra. Vastagbédaganat miatti teljes halálozás megyei bontásba (férfiak, SHH, 0–x év)⁷



a területi egyenlőtlenséget jellemző Gini együttható értéke 7,1%

3 legalacsonyabb értékkel bíró megye:

1. Fejér megye = 0,75
2. Zala megye = 0,75
3. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye = 0,87

3 legmagasabb értékkel bíró megye:

18. Somogy megye = 1,17
19. Baranya megye = 1,18
20. Vas megye = 1,2

2013 - megye szintű térképi ábra

9.6. ábra. Vastagbél-daganat miatti teljes halálozás megyei bontásban (nők, 0-X év, SHH)

9.3. Vastagbél-daganat-szűrés és az egyes szűrési módszerek hatékonysága

9.3.1. A vastagbél-daganat szűrése

A vastagbél-daganat elsődleges megelőzésének lehetőségei korlátozottak, a szűrés útján megvalósuló másodlagos megelőzésük azonban ígéretes stratégia a halálozás mérséklésére, a korai felismerés és kezelés révén.⁸

A vastag- és végbél-daganat szűrővizsgálatának célja átlagos kockázatú személyeknél:

- a sporadikus vastagbélrák rákmegelőző állapotának tekinthető 10 mm-nél nagyobb, bolyhos szerkezetű, mirigyos polipok felfedezése és eltávolítása (a polipok eltávolítása a vastagbél-daganat kialakulásának megelőzését is szolgálja, ezért ez a legmagasabb szintű elsődleges megelőzési tevékenység),
- a már kialakult, de még csak a bél nyálkahártyájára szorítkozó rákok minél korábbi felismerése és korai kezelése, továbbá

- az egyéb vérzés források felderítése a bélben és azok gyógyítása.

A tünetmentes polipok és rákok kimutatására alkalmas módszerektől elvárás, hogy egyszerűek, olcsók és megbízhatóak legyenek. További kívánalom, hogy érzékenységük (szenzitivitás), fajlagosságuk (specifitás) és pozitív jósló értékük megfelelő legyen. Fontos, hogy legyenek veszélytelenek, ne (vagy csak ritkán) okozzanak szövődményt, csak elfogadható megterhelést jelentsenek a személynek, következményesen a szűrőmódszer elfogadottsága, a lakossági részvétel (compliance) megfelelő arányú legyen. Kívánatos, hogy a vizsgálat nem testüregbe hatoló, azaz nem invazív. A vastag- és végbél-daganatok szűrővizsgálati módszerei közül csak azok kerülnek bemutatásra, melyek szervezett szűrővizsgálat keretein belül alkalmazhatóak.⁸

- A szenzitivitás azt mutatja meg, hogy a szűrt betegek közül mennyien (milyen arányban) kerültek kiszűrésre, azaz mekkora volt a valós pozitív aránya. Viszonyszám mutatóval fejezzük ki, amelynek számlálójában a vizsgálat felismert daganatos esetek, nevezőjében pedig a vizsgálaton részt vett,

azaz a felismert és a nem felismert daganatos esetek száma áll.¹⁰²

- A specificitás a szűrővizsgálatnak azt a képességét fejezi ki, hogy a biztosan egészségesek hány százalékában ad valóban negatív eredményt a szűrés, máskén fogalmazva a daganatmentes esetek hány százalékában ad negatív eredményt.¹⁰²
- A pozitív jósló érték a szűrővizsgálati módszer megbízhatóságának mérésére alkalmazható, kifejezi, hogy valamennyi teljes pozitív eset – beleértve a valós és álpozitív esetek összességét – hány százaléka valós pozitív, azaz valójában daganatos beteg. Alacsony értéke főleg, fájdalmas, drága vizsgálatokat és pszichés terhet generál.¹⁰²

9.3.1.1. A SZÉKLETBELI REJTETT VÉR KIMUTATÁSA

A módszer alapja az a feltételezés, hogy a vastag- és végbéldaganatok, valamint a rákmegelőző mirigyes polipok szakaszosan véreznek, és a székletbeli rejtett, azaz szabad szemmel nem látható vérzés megfelelő „marker” kimutatásával megállapítható.⁹ A szűrés nem a polip vagy daganat felismerését, hanem az azokból eredő vér kimutatását célozza. Csak a vér jelenlétét jelzik, eredetéről és mennyiségéről nem nyújt információt. Utóbbiak tisztázása kolonoszkópos vizsgálattal történik. A rákok egy része azonban egyáltalán nem vagy csak szakaszosan vérezik, ezért fontos, hogy egymást követő (2-3) bélmozgásból vett székletminták vizsgálata. A székletbeli rejtett vérzés kimutatására kémiai és immunkémiai módszerek használatosak.⁸ A módszerek érzékenységére vonatkozó adatok jelentősen eltérőek.

A székletbeli hemoglobin kémiai kimutatására – **Guajak fecal occult blood test, gFOB** vagy „haemoccult teszt” – a guajak alapú, színreakciós teszteket használják, amelyeknél a guajak kék színe a hemoglobin peroxidáz-szerű aktivitásával függ össze. A székletminta kiszáradásának korrigálására alkalmazott nedvesítés vagy „rehid-

ráció” ugyan javítja a teszt érzékenységét, jelentősen rontja azonban a fajlagosságot, ezért ennek mellőzését javasolják. A reakció emberi hemoglobinra nem specifikus, ezért sok az álpozitív lelet. Az álnegatív és álpozitív eredmények elkerülése érdekében a mintavételt nagyon szigorú étrendi megszorításnak, egyes gyógyszerektől való tartózkodásnak kell megelőznie.¹⁰ A szigorú diéta sokakat visszatartathat a szűréstől. A feleslegesen elvégzett további vizsgálatok miatt súlyos többletköltséget jelent az egészségügyi ellátórendszer, és elkerülhető aggodalmat a vizsgált személy számára.⁸

A gFOB alkalmazásnak hatékonyságát hosszabb követési idővel négy randomizált kontrollált vizsgálat (RCT) eredményei alapján értékelhetjük. Az USA-ban (Minnesota) az 50-80 éves korosztályt vonták be a vizsgálatba három csoportban: rehidratált gFOB évente (15 570 fő), kétévente (15 587 fő) és a kontroll csoport (15 394 fő). Eredményeik szerint az évenkénti FOBT-szűrés csökkentette a vastagbél-halálozást 30%-al a 18 éves követés alapján, a kétévente végzett szűrés esetén 20%-os volt a halálozáscsökkenés (RR 0,97 CI: 0,62–0,97).¹¹ A 18 éves követés után az incidencia az éves szűréseknél 20%-kal, a kétéves intervallumnál 17%-kal csökkent. A 30 éves követés eredményeként a halálozás 32%-kal csökkent az évenkénti és 22%-kal a kétévenkénti szűréssel.¹² Angliában (Nottingham) 76 000 személyt vontak be a vizsgálatba nem rehidratált gFOB tesztet alkalmazva 2 évente, 3-tól 6 fordulóban 1985 és 1995 között. 7,8 éves medián követési idő után 15%-os, 19,5 év után 9%-os relatív rizikócsökkenést tapasztaltak a vastagbél-halálozásban.^{13, 15}

A 11,8 éves és 19,5 éves medián követési idő után nem volt különbség az intervenció és a kontrollcsoport között az incidenciát tekintve.^{14, 15} A dán vizsgálatot Funenben végezték 31 000 résztvevővel, nem rehidratált gFOB tesztet alkalmazva kétévente, kilenc fordulóban 17 év alatt. A vizsgálat 10 év követés után 18%-os¹⁶ vastagbél-halálozás csökkenést mutatott, 13 év után 15%-ot¹⁷ és 17 év után 11%-ot.¹⁸ Svédországban (Göteborg)

9.1. táblázat. A gFOB teszt hatásosságát vizsgáló RCT tanulmányok főbb eredményei^{11, 12, 13, 14, 18, 19}

Helyszín	Vizsgált populáció	Életkor	Daganat lokalizáltsága (%)*		Szűrési intervallum	Követési idő	Relatív halálozás csökkenés
			Szűrt	Kontroll			
Minnesota	46 551	50–80 év	59	53	évente	30 év	32%
					kétévente	30 év	22%
Nottingham	152 000	45–75 év	52	44	kétévente	19,5 év	9%
Funen	62 000	45–74 év	56	48	kétévente	10 év	18%
Göteborg	63 308	60–64 év	52	50	-	15,5 év	16%

*T1-3 NO, MO

a 60–64 éves korosztályhoz tartozó 68 308 személy részvételével gFOBT tesztet alkalmaztak, melynek közel 92%-a rehidratált volt. A követési idő 6 év 7 hónap és 19 év 5 hónap között volt, eredményeik 16%-os halálózás-csökkenést mutattak.¹⁹

E vizsgálatok szerint a szűrt populációnak kedvezőbb a stádiumeloszlása a kontrollcsoportéhoz képest. A Cochrane Collaboration által készített szisztematikus áttekintés eredményei szerint a gFOBT szűrés alkalmazásával 16%-os halálózás csökkenés érhető el. Ugyanakkor alacsony pozitív prediktív értékről számoltak be, ami utal a magasabb számú álpozitív teszteredményre. A nem rehidratált mintáknál a PPV 5%–18,5% közötti (Funen és Nottingham) míg a rehidratált mintáknál 0,9%–6,1% (Göteborg és Minnesota).^{20, 21} Kizárólag a szűrési intervallumra irányuló randomizált, kontrollált vizsgálat nem áll rendelkezésre. A fenti vizsgálatok alapján azonban megállapítható, hogy az évenkénti, illetve kétévenkénti gFOBT szűrés nem mutat szignifikáns ($p < 0,001$) különbséget a halálózás csökkenésének mértékében, bár az amerikai vizsgálat rámutatott az évenkénti szűrés előnyére. Nem egyértelmű az ajánlás tehát a szűrési intervallumra vonatkozóan, de elfogadható, hogy ne haladjon meg a két évet.⁴⁵ Nincs egyértelmű bizonyíték az optimális életkori intervallumra sem. A vizsgálatok utalnak a 45–80 éves korosztályban a halálózás csökkenésére. A nemzeti szűrőprogramoknak célszerű legalább a 60–64 éves korosztályra irányulnia, mivel ebben a korcsoportban a legmagasabb az incidenciája és halálózás, ugyanakkor még magas a várható élettartam. Ettől a korcsoporttól ki lehet terjeszteni a szűrést a fiatalabb és idősebb populációra, figyelembe véve a kockázat és haszon egyensúlyát, valamint a rendelkezésre álló erőforrásokat.⁴⁵

A széketbeli vér immunkémiai kimutatása – **Immun fecal occult blood test – iFOBT vagy FIT** – a humán hemoglobin globinrézének receptoraira irányuló ellenanyagok használatával az antigén-ellenanyag reakció kimutatására épül, így specifikus a humán véralkatrészekre, ezért diétás megszorításokat nem tesz szükségessé. Az immunkémiai gyorstesztet különleges laboratóriumi háttérrel és étrendi előkészítést nem igényelnek, a reakció eredménye automatizált eszközzel leolvasható; a vizsgálónak módja van megválasztani az ellenanyag-koncentrációnak azt a határértékét („cut-off pont”), amely felett a teszt pozitívnak minősül.⁸

Az Egyesült Királyságban a szűrésbevezetéséhez a döntés előkészítéseként egy szisztematikus áttekintést végeztek, az iFOBT és a gFOBT összehasonlítására vonatkozóan. A bevont vizsgálatok közül 33 a gFOBT, 35 az iFOBT és 9 mindkettő módszert alkalmazta. Eredményeik szerint egyértelmű különbség nem állapítható meg

a két módszer között. A szenzitivitás minden daganatra vonatkozóan – a gFOBT esetében 6,2%-tól, 83,3%-ig, az iFOBT-nál pedig 5,4%-tól, 62,6%-ig – terjedt. A szenzitivitás magasabb volt a daganatokra, és alacsonyabb az adenomákra.²²

9.3.1.2. ENDOSZKÓPOS MÓDSZEREK

Flexibilis szigmoidoszkópiás (FS) eszköz a végbélbe és a vastagbél leszálló, a léphajlatig terjedő szakaszába, 60 cm-re vezethető fel. Hátránya, hogy a rendelkezésre álló mintegy harmada kívül esik a látókörén, pozitív esetben kolonoszkópiát kell végezni.²³ A szigmoidoszkópia hatékonyságának vizsgálatára 5 randomizált, kontrollált vizsgálat eredményeit használhatjuk fel. A norvég Telemark kutatást és az USA-ban a PLCO kutatást az 55–74 éves korosztályban, valamint a norvég NORCCAP, az Egyesült Királyságban végzett kutatást és az olaszországi SCORE kutatást az 55–64 éves korosztályban végezték. Összesen 166 000 fő került a szűrt populációba és 250 000 fő a kontrollcsoportba. A követési idő 6–13 év volt. Általánosságban megállapítható, hogy a relatív vastagbél-halálózás 28%-kal csökkent, míg 18%-kal az incidenciája és 33%-kal a bal oldali colonfélen előforduló CRC incidenciája.^{24, 25} További 3 eset-kontroll elrendezésű kutatás vizsgálta a módszer hatásosságát a nem szűrt populációhoz képest. Mindhárom a CRC mortalitás szignifikáns csökkenését állapította meg, kettő közülük az incidenciájának csökkenését is megerősítette.^{26, 27, 28} Egy 24 744 fős prospektív kohorsz (40–75 éves) 8 éves követés után az incidenciája 42%-os és a distalis daganat incidenciája 56%-os csökkenését állapította meg.²⁹ Érzékenysége a vastagbél egész hosszára vonatkoztatva 35–70%, tehát jobb, mint a széketbeli rejtett vér kimutatására szolgáló módszereké.⁸ Rejtett széketvérvér-kimutatással kombinálva – a csak szigmoidoszkópos vizsgálathoz mérten – nagyobb mértékben mérsékelte a halálózást.³⁰ Folyamatban vannak további RCT-vizsgálatok az eljárás hatásosságának megállapítására, a jelen álláspont szerint önmagában szűrési módszerként nem ajánlható.³¹ A szűrési intervallum a tanulmányok alapján 3–5 év között javasolt. Az UK-ban végzett kutatás (FS és kolonoszkópos szűrés vizsgálata) szerint nem lehet kevesebb, mint 10 év.³² Az életkori csoportra vonatkozó bizonyítékok korlátozottak, de a leghatékosabbnak az 55–64 éves életkor tűnik³³ és 74 év felett már nem javasolt.³⁴

Kolonoszkópiával a vastagbél teljes hossza vizsgálható, ennek megfelelően érzékenysége magas, akár 90–95% lehet. Lehetőséget ad a talált polipok mintegy 90%-ának eltávolítására, így jól szolgálja a vastagbél-

szűrés elsődleges célját. Ezek alapján az eljárás a vastagbélvizsgálatok „arany standardja”, a legmegbízhatóbb „egy-lépcsős” szűrővizsgálati módszer. Szűrővizsgálattal összefüggésben minden más módszer nem negatív eseteinek tisztázására szolgáló módszer. Hátránya, hogy a minőségi kolonoszkópiás vizsgálat eszközt, időt és szakértelmet igényel, és nem teljesen veszélytelen.²³

A kolonoszkópia kedvező hatását bizonyító RCT nem áll rendelkezésre. Jelenleg a NordICC (Northern-European Initiative on Colorectal Cancer) elnevezésű multicentrikus, randomizált klinikai vizsgálat, az első randomizált vizsgálat annak meghatározásához, hogy a kolonoszkópia milyen módon hat a vastagbél daganatos megbetegedés és halálozás alakulására. A program 2009 és 2024 között zajlik a skandináv országok valamint Hollandia és Lengyelország részvételével.³⁵ A rendelkezésre álló vizsgálati eredmények szerint a kolonoszkópiával szűrt populációban 65%-kal alacsonyabb a CRC mortalitás és 67%-kal az incidencia a nem szűrt populációhoz képest.³⁶ A szűrési intervallum meghatározásában Singh kutatása nyújt támpontot, mivel kohorsz vizsgálatában a CRC incidencia a negatív kolonoszkópiás lelettel bíró páciensek körében 31%-kal lett alacsonyabb, mint a nem szűrt populációban, és ez a csökkenés megmaradt 10 évvel a negatív kolonoszkópia után is.³⁷ Hasonló eredményre jutott Brenner eset-kontroll vizsgálata is.³⁸ A zavaró változók korrekciója után a korábbi negatív kolonoszkópia összefüggésben volt a 74%-kal alacsonyabb CRC rizikóval, és ez a kockázatcsökkenés 20 évig megmaradt. Több irodalmi forrás is megerősíti, hogy a kolonoszkópos szűrés a vastagbél-szűrés elsődleges módszere lehet, amelyet 50 éves kor után „egyszer az életben” alkalmazva, csökkenthető a CRC betegségből származó halálozás.^{39, 40, 41, 42}

A korlátozott bizonyítékok szerint, amennyiben javasolt a kolonoszkópia ismétlése, nem szükséges 10 évnél korábban megismételni, de ez a periódus kiterjeszhető akár 20 évre is. Nincs közvetlen bizonyíték az optimális szűrési életkorra vonatkozóan. A közvetett bizonyítékok szerint a fiatalabb populációban (50 év alatt) alacsony a betegség előfordulási gyakorisága, az idősek körében (75 év felett) pedig a haszon mértéke jelenti a problémát. A szűrésre az 55 éves kor az optimális, átlagos rizikó esetén 50 év alatt és 74 év után nem javasolt.³¹

9.3.1.3. VASTAGBÉLSZŰRÉSI STRATÉGIÁK

Az ún. „egylépcsős” stratégia a szűrővizsgálat egyedüli módszereként a kolonoszkópos vizsgálat alkalmazását jelenti, ún. „arany standardként”. A módszer összetett orvosi, diagnosztikai és nem népegészségügyi szűrő-

vizsgálati módszer. A módszer orvosi jártasságot, időt, jelentős személyi és infrastrukturális kapacitást igényel, továbbá a társadalmi elfogadottsága korlátozott. A „kétlépcsős” szűrővizsgálati stratégia az első lépésben a széklembeli rejtett vér kimutatására törekszik erre alkalmasnak vélt módszerrel, majd a nem negatív szűrővizsgálati eredménnyel járó esetekben kolonoszkópos tisztázó vizsgálatot végeznek annak eldöntésére, hogy igazolható-e a valószínűsített célbetegség vagy sem. A mértékadó szakmai szervezetek – Egészségügyi Világszervezet (WHO), Nemzetközi Rákkutatási Ügynökség (IARC) valamint a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) – ezt a stratégiát támogatják.^{1, 23}

9.4. Szervezett vastagbél-szűrési programok a nemzetközi gyakorlatban

Az Amerikai Egyesült Államokban az 50–75 éves korcsoport számára a vastagbél-szűrés a személyes preferenciák és a hozzáférés alapján, többféle módon történhet: 1. A nagy szenzitivitású gFOBT vagy iFOBT évente. 2. Sigmoidoszkópia ötévente és a nagy szenzitivitású FOBT háromévente. 3. Kolonoszkópia minden 10 évben. Emellett lehetőség van a kettős kontrasztanyag báriumos beöntésre vagy a CT kolonarográfiára 5 évente. A jelenlegi 58,6% részvételi arány még elmaradt a kitűzött céltől (70,5%).^{43, 44, 45} Ausztráliában a szűrés FOB teszt alkalmazásával történik két évente, és megfontolandó a sigmoidoszkópia 5 évente.⁴⁶ A szűrést fokozatosan terjesztik ki a teljes 50–74 éves korosztályra 2020-ig.⁴⁷ Ázsiában jelenleg nem áll rendelkezésre irányelv a vastag- és végbélrák szűrésére, de a 2007-ben hozott konszenzus nyilatkozat közzétett jelentése szerint a FOBT esetén rugalmas sigmoidoszkópiára és kolonoszkópiára van lehetőség Ázsiában,⁴⁸ a korlátozott erőforrásokkal bíró országok számára az iFOBT alkalmazását javasolt.⁴⁹

Észak-Európa országai közül Norvégiában nincs szervezett szűrőprogram, eddig pilot programok történtek (pl. NORCCAP-1).⁵⁰ Svédországban két éves intervallumban biztosított gFOB teszttel folyik a szűrés a 60–69 éves korosztályban a Stockholmi régióban, 2008 óta. Központilag szervezett hívási-visszahívási rendszert működtetnek. A mintavételi kazettát a személy címére küldik, ha nem reagál, négy hét múlva emlékeztetőt küldenek. A negatív teszteredményt postán kapják meg, pozitív esetben kolonoszkópiát javasolnak.⁵¹ A program bevezetésének értékeléseként a 2008–2012 között a részvételi arány 60%-os volt.⁵² Finnországban a vastagbél-szűrő program folyamatosan indult 2004-ben gFOB

teszttel, kétévente a 60–69 évesek körében. A részvételi arány 71% volt (férfiak 63%, nők 78%).⁵³ *Észtország* az egyike volt az utolsó országoknak, ahol elfogadták az EU rák megelőzésre vonatkozó ajánlását. 2013-ban cselekvési tervet dolgoztak ki a CRC szűrőprogramok megvalósításához, de a gyakorlati megvalósítás még nem kezdődött meg.⁵⁴ *Litvániában* 2009 júliusában indult a társadalombiztosító által támogatott szervezett vastagbél-szűrő program. A célpopuláció az 50 év feletti korosztály, akiknek iFOB tesztet biztosítanak.⁵⁵ *Lettországon* 2009-ben indítottak vastagbél-daganat-szűrő programot. A célpopuláció az 50 év feletti korosztály, akik évente FOBT szűrésben részesülnének. A szűrés módja opportunistá, melynek koordinálását a háziorvos végzi. A program szervezettnek abból a szempontból tekinthető, hogy az eredmények regisztrálása központilag történik. A részvételi arány mindössze 7% volt a 2009-es évben,^{56, 57} ezért az Egészségügyi Minisztérium 2012 végén kampányt indított a részvétel támogatására a médiák bevonásával.⁵⁸ *Dániában* 2014 márciusában került bevezetésre a nemzeti szintű vastagbél szűrőprogram FOBT teszttel. Terveik szerint a következő négy évben (2014–2017) minden 50–74 éves korcsoportba tartozó személy meghívót kap a szűrésre, majd 2018-tól a korosztályba tartozók kétévente újra behívásra kerülnek.⁵⁹ *Az Egyesült Királyságban* 2004-ben bejelentett program 2006-ban indult.⁶⁰ A teljes lefedettség 2009-re valósult meg, mely kétévenkénti gFOB tesztet szolgáltatott. 2007-ben 52% volt a részvétel. A programot a regionális központok bevonásával hajtják végre háziorvosok szerepe kevésbé jelentős, mint más országokban.⁶¹ *Írországon* jelenleg a nemzeti vastagbél-szűrő program a 60–69 éves korosztályhoz tartozók számára kínál iFOB tesztet kétévente. A kapacitásfejlesztés miatt a programot fokozatosan terjesztik ki terveik szerint a teljes 55–74 éves korosztályra.^{62, 63}

Nyugat-Európában Hollandia kivételével opportunistá szűrés áll rendelkezésre. Ausztriában már korábban is rendelkezésre állt a szűrés, általában azonban a legtöbb országban 2000-es évek után indultak szűrőprogramok. A legtöbb esetben a FOB teszt az elsődleges módszer, de Németországban és Ausztriában lehet választható a kolonoszkópia is. A szűrések többsége az 50. életévben kezdődnek. *Hollandiában* 2011-ben született döntés a lakossági vastagbél-szűrés országos szintű megvalósításáról. A szakaszos bevezetés 2014 és 2019 között valósul meg a teljes 55–75 éves korosztályban iFOB teszt használatával. Az első körben 2014-ben a 65–75 éves korosztályt vonták be a vizsgálatba.⁶⁴ *Belgiumban* nincs populációs alapú szűrés, de 2009 óta a francia nyelvű régióban az 50–74 éves korosztály számára ajánlanak gFOB tesztet.⁶⁵

Németországban 2002-ben indult nem populációs alapú szűrőprogram. Az 50–55 év közöttiek számára a gFOB tesztet ajánlják évente, vagy kolonoszkópiát 10 év után megismételve, 55 év felett 2 évente FOBT és pozitív eredmény esetén kolonoszkópiát.⁶⁶ *Ausztriában* az 1980-as évek eleje óta a rendszeres egészségi állapotfelmérés része a 40 éves és annál idősebb számára a székletvér kimutatásra alapuló szűrővizsgálat (2 évente). Emellett 2005 óta az egészségügyi hatóságok az elsődleges szűrési módszerként a kolonoszkópiát ajánlják a tünetmentes 50 év feletti korosztály számára 7 vagy 10 évente.⁶⁷ *Franciaországban* a célcsoport az átlagos rizikóval rendelkező 50–74 év közötti korcsoport. Szűrésre a gFOB tesztet alkalmazzák, pozitív esetben kolonoszkópiát végeznek. Még viták zajlanak az iFOBT esetleges alkalmazásáról. A brit gyakorlattal ellentétben a háziorvosnak jelentős szerepe van a szűrés végrehajtásában és a pozitív esetek követésében.⁶⁹ 2008-tól Franciaország területén általánossá vált a szűrés, az értékelés alapján 34,3%-os részvételi aránnyal 2008–2009-ben.⁷⁰ *Svájcban* jelenleg opportunistikus vastagbél-szűrésre van lehetőség,⁵¹ amelyet viszonylag kevesen vesznek igénybe.

Közép-Kelet Európában jelentős különbségek figyelhetők meg a szűrési gyakorlatban. *Lengyelország* az egyetlen ország, ahol populáció alapú, kolonoszkópiás szűrőprogram működik. A program 2000-ben indult, a célpopuláció a tünetmentes és alacsony rizikójú 50–65 éves korcsoport, a szűrési intervallum 10 év.⁷¹ *A Cseh Köztársaságban* 2000-ben elindult a szűrőprogram, gFOB tesztet ajánlottak az 50 év feletti korosztálynak.⁷² 2010-ben fogadták el a CRC szűrés országos kiterjesztését, az 50–54 évesek körében évente, az 55 év felettek körében kétévente gFOBT alkalmazásával, valamint a kolonoszkópiát (10 évenként) elsődleges szűrőmódszerként. Utóbbi háttéréként 168 szűrőközpont áll rendelkezésre.^{73, 74} A nőgyógyászok bevonása növelte az átszűrtséget, mivel a FOB tesztek 13–14%-át ők kezdeményezték a nők körében.⁷⁵ *Bulgáriában* nem rendelkezik populációs alapú szűrőprogrammal. Programjukban a 40–60 éves korosztály számára az egész ország területén kínálnak FOB tesztet. A legújabb projektben a női lakosság körében egyidejűleg végeznék a vastagbél-, emlő- és méhnyakrák-szűrést. Egy „Stop & Go for a Check up” programot indítottak, melynek célja az infrastruktúra javítása, a kapacitás növelése annak érdekében, hogy megvalósítsák a lakossági alapú méhnyak-, emlő-, és vastagbél-daganat-szűrést.⁷⁶

Dél-Európában *Horvátországban* 2007-ben vezették be a populációs alapú vastagbél-szűrő programot az 50–74 éves korosztály számára, gFOB teszttel. 2011-ben a program értékeléseként megállapították, hogy alacsony

részvételi arány mellett magas a pozitív kiszűrt esetek arány.⁷⁷ *Szlovéniában* 2009 elejéig opportunisztikus vastagbéliszűrés volt, majd elindították az országos ún. SVIT-programot, melyben 2 évente iFOB tesztet alkalmaznak 50–69 éves kor között.⁷⁸ *Görögországban* jelenleg opportunisztikus szűrőprogram működik. Elfogadásra került ugyan a National Cancer Plan 2008–2012, de jelentős lépések még nem történtek a megvalósítás irányába.⁷⁹ *Spanyolországban* populációs alapú szűrőprogram működik iFOB teszttel az 50–69 éves korosztályban. A program fokozatos terjeszteni ki az egyes országrészekre.^{80, 81, 82} *Portugáliában* opportunisztikus módon 50 év felett évente FOB teszt vagy 5 évente flexibilis szigmoidoszkópia vagy 10 évente kolonoszkópia javasolt.⁸³ Olaszországban az országos populációs alapú szűrés mellett az egyes régiók eltérő stratégiákat alkalmaznak. A legtöbb területen iFOBT alkalmaznak, de van, ahol flexibilis szigmoidoszkópiát. Eltérés jellemző az életkori határoknál is, általában 69–70 év, de van ahol 74 vagy 75 év. Az alsókorhatár a legtöbb esetben 50 év, esetenként 55 év. A flexibilis szigmoidoszkópia 58 évesen vagy 60 éves korban javasolt.⁸⁴ A nemzeti szűrőprogramok több lépésben indultak, 1999 és 2000 között, majd 2003 és 2005 között, végül 2005 és 2007 között. 2007-re a programok lefedték az ország érintett lakosságának 46,6%-át, de jelentős területi különbségekkel.⁸⁵ *Szerbiában* a nemzeti szűrőprogram 2008-ban került elfogadásra, a célcsoport az 50–74 éves korosztály, akiknek iFOB tesztet ajánlanak. 2013-ban a kapacitásokat figyelembe véve a rendszer készen állt a program első fordulójának elindításához.^{86, 87, 88}

9.5. Magyarországi szervezett vastagbéliszűrő modell programok

A vastagbélrákszűrő programok megvalósítása a fentiekben bemutatott népegészségügyi teher alapján sürgető népegészségügyi feladat. A szűrés országos szintű kiterjesztésének alapja olyan pilot programok megvalósítása, melyek kellő információval szolgálnak a népesség szűréssel kapcsolatos attitűdjéről, részvételi hajlandóságáról, a megvalósításhoz kapcsolódó lehetséges szervezési problémákról. A fejezet célja bemutatni a vastagbéliszűréshez kapcsolódó eddigi egészségpolitikai döntéseket és modellprogramokat, valamint azok eredményeit.

Az **1997.** évi CLIV. Egészségügyi törvény szerint „a népegészségügyi szűrővizsgálat – célzott szűrővizsgálat – olyan, a céllakosságnak a szakterület mai állása alap-

ján meghatározott korcsoportjaira kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott, az egészségügyi ellátórendszer által kezdeményezett népegészségügyi tevékenység, amely az egészségügyi ellátórendszerbe integráltan, központi költségvetésből (és/vagy társadalombiztosítás által) finanszírozottan működik. A szűrővizsgálat a személyes meghívás és követés gyakorlatát alkalmazva a lakosság optimális átszűrtségére törekszik.”⁸⁹

2000 tavaszán, az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Forráskezelési Főosztályának koordinálásával elkészült a népegészségügyi onkológiai szűrővizsgálatok bevezetésének szakmai koncepciója. Ennek alapját az egészségpolitikai döntésekre mértékadó nemzetközi szakmai szervezetek (WHO, UICC, EU „Európa a rák ellen” programja) ajánlásai, valamint ezekkel összhangban, a világbanki kölcsönrel támogatott *Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment Népegészségügyi programja Daganatos Betegségek Megelőzése* alprogramjának területi modellvizsgálatok kiértékelésével nyert tapasztalatai képezték. A szakmai koncepció az emlőrák, a méhnyakrák és a vastagbélrák okozta halálozás mérséklésére alkalmas népegészségügyi lakossági szűrővizsgálatok megvalósításának tervét tartalmazta. Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010 célként fogalmazta meg a 65 év feletti lakosság rosszindulatú daganat miatti halálozásának 10%-kal való csökkenését. Ezen belül a vastagbél daganatos halálozás 10%-os csökkentését (5. és 7. évtől évente 500 fővel) is előírnyozza 2010-ig. A célok realizálásához megfogalmazott akcióterv: „A 45–65 év közötti férfiak és nők rejtett bélvérzésének kimutatása révén a vastagbélrák felkutatására irányuló vastagbéliszűrés országos bevezetése ...

2004-ben.”⁹⁰ A projekt működéséhez a behívó, visszahívó, nyilvántartó rendszer működtetéséhez szükséges adminisztratív feltételek megvalósulása szükséges. Az ÁNTSZ (Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat) keretein belül megtörtént a területi szűrési koordinátorok kiválasztása és alkalmazása. Megszervezésre került a központi szűrési nyilvántartás (személyes meghívás és követés).⁹¹

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) mindhárom szervezett szűrési módozatban (emlő-, méhnyak-, vastagbéliszűrés) az érintett szakma jeles művelőinek bevonásával *szűrési munkacsoportot* hozott létre, amelyek az OTH 2002. év októberében kidolgozott, az Egészségügyi Minisztérium által elfogadott szervezeti felépítés és feladat-meghatározás alapján működnek. Szűrési módozatonként folyamatosan értékeli a szűrési tevékenységeket, annak eredményeit, és felhívják a figyelmet az esetlegesen módosítások szükségességére. **2003**-ban

a Népegészségügyi Programban korábban lefektetett célja módosul, miszerint a szervezett és célzott lakossági szűrővizsgálatok segítségével „70 éves kor alatt 5–10%-kal mérséklődjön daganatos betegségek okozta halálozás 2012-ig”. A vastag- és végbéldaganattal kapcsolatban a 45–65 év közötti nők és férfiak korosztálya részére a székletvér laboratóriumi kimutatásán alapuló vastag- és végbélszűrés rendszerének megszervezését rögzíti. A megvalósítási stratégia feladata szerint le kell fektetni azokat az alapokat, amelyek a vastagbéldaganat szűréséhez elengedhetetlenül szükségesek. Ennek várható eredményeként a vastag- és végbéldaganat okozta halálozás 20%-os csökkenését irányozza elő. A 2003–2004-ben elérendő célként a lakossági szűrés meg szervezését, a technikai, szakmai bázis létrehozását fogalmaz meg.⁹² Ezen intézkedések összhangban álltak az Európa Tanács lakosság szűréssel foglalkozó 2003/878/E.C számú ajánlásával.⁹³

A vastagbélszűrés **2005.** december 30-ig nem szerepelt a népegészségügyi célú szűrővizsgálatok között, az 51/1997. (XII.18) NM számú rendelet⁹⁴ az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok között szerepeltette. A rendelet mellékletének III. fejezetének 2/b pontja meghatározta az 50–70 éves korcsoportba tartozó átlagos kockázatú férfiak és nők két évenként megismétlendő népegészségügyi céllal végzett vastag- és végbéldaganat szűrését. A szűrés módját a „humánspecifikus vérvész laboratóriumi szűrés székletvizsgálattal” határozta meg. 2005. december 31-én mindössze 1 napra szervezett népegészségügyi célú szűrővizsgálattá minősítette.⁹⁶

Az OTH álláspontja szerint a vastagbélszűrés kiterjesztésének előfeltétele több olyan szervezési és szűrési modell (pilot program) kipróbálása, amely a vastagbélszűrés célcsoportja elérésének (50–70 év közötti férfiak és nők) és mozgósításának lehetőségét, valamint a szűrés hatékonyságát vizsgálja.⁹⁵ A székletbeli vér kimutatására szolgáló szűrővizsgálati tesztet elsőként a Világbank által is támogatott „felzárkózási program” keretein belül alkalmazták. Az eljárás alkalmasságának, hozamának elemzésén túl a lakosság együttműködési készségét is vizsgálták. A programok eredményeit az OTH Vastagbél munkacsoportja által készített összefoglaló alapján mutatjuk be.⁹⁶ A modellprogramok koordinálását az OTH által felállított országos Szűrési Koordinációs Osztály végezte, a Vastagbél szűrési Munkacsoport szakmai irányítása és felügyelete mellett. Minden programban a Munkacsoport által kidolgozott protokollt alkalmazták: 1. a kijelölt területek egészségügyi vezetőinek tájékoztatása a program céljáról, végrehajtásának módjáról. 2. háziorvosok tájékoztatása. 3. tájékoztató, meghívólevél és mintagyűjtő kazetták elhelyezése a háziorvosoknál.

4. átlagos kockázatú 50–70 éves korosztály mozgósítása a részvételre. 5. meghívottak a kazettát átveszik a háziorvostól, majd a 3-3 egymást követő bélmozgásból vett mintát visszajuttatják. 6. kijelölt laboratóriumban színreakciót és immunkémiai reakciót elvégezve a vizsgálat eredményéről a beküldő orvos értesítése. 7. Nem negatív eredmény esetén a vizsgált személyt kolonoszkópiás vizsgálatra történő irányítása. 8. A betegek klinikailag ellátása és 9. az eltávolított szövetrészt szövettani vizsgálata.⁹⁶

A népegészségügyi vastagbélszűrés lebonyolításában fontos szerep jut a háziorvosoknak, akik tevékenesen oly módon vesznek részt, hogy a meghívólevélben ők szólítják meg az ellátási területükön lakó, szűrésre jogosult 50–70 év közötti férfiakat és nőket, hogy keressék fel az orvosi rendelőt, és ösztönzik a meghívottakat a szűrésen való részvételre. A székletmintát a háziorvosnak kell visszavinni, ahonnan a laboratóriumba küldik. A vizsgálat eredményét a laboratórium a háziorvosnak küldi. A háziorvos az eredményről a pácienset tájékoztatja, és nem negatív eredmény esetén meggyőzi arról, hogy vegyen részt kolonoszkópiás vizsgálaton.^{97, 98}

Az első modellprogram a Világbank által támogatott „felzárkózási program” keretein belül valósult meg Budapest XI. kerületében 1997–1998-ban. A program célja a Feca-teszt kazetta és a biospecifikus immunszérum kombinációjából álló, a székletbeli rejtett vérvész kimutatására alkalmasnak tűnő módszer validálása, valamint a lakosság együttműködő készségének vizsgálata volt. A meghívólevelek kiküldését, valamint a székletgyűjtő tartályok átadását a háziorvosok végezték. A célcsoport átlagos kockázatú 50–70 év közötti férfiak és nők. A meghívót kapott személyek 31%-a (6 805 fő) vett részt a szűrésben, 42% (2 858 fő) férfi, 58% (3 947 fő) nő, az átlagéletkor 64 év volt. Az összes vizsgált személy (10 801 fő) 28%-nak a Feca-teszt pozitív színreakciót mutatott, 6,5%-nál az immunkémiai reakció is. Kolonoszkópiát 377 főnek javasoltak, melyből 134 fő elutasította a vizsgálaton való részvételt. A vizsgálaton résztvevők közül 12 főnél diagnosztizáltak rosszindulatú daganatot.^{99, 100, 98} 2004 és 2006 között további modellprogramok zajlottak az ország különböző részein, melynek eredményeit a 9.2. táblázat foglalja össze.

Az OTH a szűrés szakmai előkészítésére, a program szakmai értékelésére az érintett szakmák jeles képviselőiből álló munkacsoportot hozott létre, melynek feladata a szűrendők körének, a szűrés gyakoriságának, módszerének meghatározása. Továbbá kidolgozza a szűrés szakmai és szervezési irányelveit, minőségbiztosítási szempontjait valamint a jelentési és értékelési rendszert. A munkacsoport módszerként a rejtett bél-

vérzés laboratóriumi kimutatását (Feca-teszt) határozta meg az 50–70 éves korosztály körében. A kormányzati döntés értelmében a vastagbéliszűrés bevezetése fokozatosan fog történni, oly módon, hogy **2004**-ben 180 000 fős célpopulációt érintsen, majd 2005 végére a szűrővizsgálat lehetősége az ország minden területén minden lakos számára biztosított legyen. Ennek megvalósításához a szakmai munkacsoport előkészítette a szakmai és szervezési protokoll tervezését – figyelembe véve a korábbi modell programok tapasztalatait (Ajka, Balatonfüred). Javaslatot tettek arra vonatkozóan, hogy a vastagbéliszűrést kiszolgáló háttérintézmények nyerjenek mentesítést a vastagbéliszűrésből származó többlet-teljesítményt sújtó ún. degressziós törvény hatálya alól. Továbbá javaslatot tettek arra, hogy 2004-ben mely területeken indulhat meg a szűrőtevékenység, és cselekvési tervet készítettek a program időarányos végrehajtására. Az OTH kezdeményezte az új szűrés csillaggal jelölt OENO-kód bevezetését (2005-ig erre vonatkozó döntés még nem született). Továbbá tájékoztatta az egészségügyi ellátórendszer illetékes vezetőit, háziorvosokat a végrehajtás módjáról, rájuk háruló feladatokról, valamint készségi nyilatkozatot kért a háttérkapacitást biztosító intézmények vezetőitől, hogy készek az együttműködésre a degresszió alól kért mentesítésben hozandó döntés meghozatala előtt is. Az OTH intézkedett a mintagyűjtő kazetták beszerzéséről és térítéséről a kijelölt területeken valamint a meghívólevelek elkészítéséről. Ennek nyomán 2004 júliusában Budapest IX. és XIV. kerületében elindult a szűrőprogram.⁹⁷ A 2008-as Állami Számvevőszék számára készült jelentés szerint az egyes modell-

szűrések folytatását a teljesítményvolumen-korlátozás miatti ellenérdekeltség akadályozta. A modellprogramokat nem naptári évenként értékelték, hanem a programonként változó projekt időtartamok végén. A világbanki programot követően elsőként **2003–2004**-ben Ajkán indult program az 50–70 éves korcsoportba tartozó lakosai körében. Ajka Város Önkormányzata Útravaló c. programjába beépítette a szűrést, és a komplex szűrőprogramban résztvevőket anyagilag is motiválja a kommunális adónak megfelelő összeggel. Később csatlakozott a szűrőprogramhoz Lovászpata-Nagydém település is, ahol az 50–70 éves korcsoportba tartozó 391 fő közül 105 fő vett részt a szűrésen. Feca-teszt pozitív volt 19%, immunkémiai pozitív 11%, 10 kolonoszkópia során daganatot nem diagnosztizáltak.¹⁰¹

Az érintett korosztály ismételt meghívására egyedül Balatonfüreden került sor **2005**-ben. A többi esetben a kétéves ciklus-időtartamot nem érték el. Nagyatádon és környékén a 2007-ben megvalósított projekt 2008-as ismétlését tervezték. A bevezető 2004. évre tervezett 180 000 fős népességszűréssel történő elérése az azóta eltelt 3,5 év alatt sem sikerült. A vizsgálatok a modellterületeken összesen 110 000, 50-70 év közötti lakosra terjedtek ki, mindegyikük névre szóló meghívó levelet kapott. Ez alól Kecskemét jelentett kivételt, ahol az összlakosság 12%-ra szorított a program. A megszólításra kedvezően reagálók aránya 36% és 100% között mozgott. A kazetta átvétele azonban nem jelentette a szűrés megtörténtét, de azt mutatja, hogy mennyien mozdultak meg a felhívás hatására. A laboratóriumokba összesen végül 35 399 minta érkezett be. Így a megszólítottak

9.2. táblázat. Vastagbéliszűrési modellprogramok és főbb eredménymutatóik^{96, 98}

Megnevezés	Világbanki csoport	Ajka	Bp. IX. kerület	Bp. XIX. kerület	Békéscsaba	Balatonfüred	Kecskemét	Nagyatád
Év	1997–1998	2003–2004	2004–2005	2004–2005	2004–2005	2004–2005	2004–2005	2006
Vizsgálandó populáció	21 950	8 686	11 978	25 134	10 753	3450	25 003	5000
Kiküldött levelek száma					3834	2485	3089	2507
Beérkezett székletminták száma	6805	3996	4013	10 216	2763	2 010	3089	2507
Kolonoszkópiára javasolt	377	321	213	475	121	401	206	206
Kolonoszkópiát elutasítók	134	23			25	24	38	112
Folyamatban lévő kolonoszkópia								20
Elvégzett kolonoszkópia	243	298	56	200	108	97	197	74
Negatív kolonoszkópos eredmény	35	90	5	76	31	41	124	18
Nem negatív kolonoszkópia	208	208	51	124		56	38	56
Polip	59	67	19	50	40	25	36	16
Rosszindulatú daganat	12	13	4	2	8	2	1	8
Egyéb	137	128	28	72	31	29	1	32

32%-a szolgáltatott mintát. A szórás elég nagy, 25% és 100% között mozgott. A compliance-ban szerepet játszott a szolgáltató elkötelezettsége, a háziorvoshoz fűződő viszony. A részvételi hajlandóság az életkor előrehaladtával csökkent. A 35 399 mintából 1 562 bizonyult a kettős immunkémiai módszerrel pozitívnak, mely a teljes minta 4,4%. A szórás itt is jelentős, 3,2% és 8,4% közötti, ami magyarázható a célbetegség előfordulásának földrajzi különbségeivel és a szociális adottságok különbségeivel. Összesen 2486 főnek javasoltak kolonoszkópos vizsgálatot, melyből 1475 vizsgálatot végeztek el. (1011 esetben nem volt adat a kolonoszkópia elvégzéséről). A világbank csoportnál a 377 kolonoszkópiára javasolt esetből 134 fő elutasította a beavatkozást, akik közül 2 éven belül 7 fő hunyt el vastagbél-daganatos megbetegedésben. A lemorzsolódás oka lehet a vizsgálat vélt kellemetlensége, vagy a vizsgálatot más intézményben végezték el, ahol az adatkapcsolásra nem volt lehetőség. Az elveszett esetek száma sokkal kevesebb a kisebb városokban, ahol a szolgáltató és a páciens között közvetlenebb kapcsolat lehetséges. Az 1250 kolonoszkópos esetből 420 esetben (33,6%) nem volt kóros eltérés, 313 (24,5%) mirigyes polipot, 42 esetben rákot (3,4%) diagnosztizáltak. A fennmaradó 465 esetben (36,5%) egyéb orvosi figyelmet igénylő vérzésforrást diagnosztizáltak. A szövettani lelet 33 esetben adta meg a stádiumbesorolást, mely szerint 21 esetben korai in situ, vagy Dukese A stádiumot fedeztek fel. A vizsgálat hozama ezer szűrőre rész vett személyre számolva 1,16 rákeset (1,16%) a rákmegelőző mirigyes polip gyakorisága 8,8%. A modellvizsgálatok igazolták az eljárás alkalmazhatóságát és eredményességét a felfedezett rákok és polipok arányát tekintve.⁹⁸

2006. január 1-jétől a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok között már csak kísérleti programként határozták meg a gyomor-bélrendszeri eredetű vérzés szűrését. 2003-tól 2006-ig a 2,4 milliós célpopuláció kb. 2%-a (összesen 95 ezer fő) vett részt szűrésen. A kiterjesztést orvos szakmai konszenzus, a saktárca döntéseinek hiánya és az egészségügyi szolgáltatók érdektelensége gátolta. A kísérlet alatt és azt követően sem alakítottak ki egységes szervezési (beleértve értékelési, adatfeldolgozási) munkamódszert, és – bár elkészítették – nem tették közzé a szűrési protokollt.¹⁰⁵ A vastagbél-szűrési modellprogram **2007.** év decemberében ideiglenesen befejeződött. A kiértékelő dokumentum elkészült. A programot szakmai viták kísérték, melyben a széklethelyi rejtett vérzés kimutatására használt módszert kérdőjelezzik meg (hagyományos FOBT), vagy az eddig használt immunológiai széklethelyi kimutatást (biospecifikus FIT standardizált formája), másfelől az „egylépcsős”, en-

doszkópos „szűrési” módozatot preferálják, amelynek népegészségügyi alkalmazása Magyarországon nehezen kivitelezhető. Újabban a virtuális kolonoszkópia, illetve az M2-PK (piruvát-kináz) enzim kimutatási módszer is szóba került a vastagbélrák szűrési módszerei között.¹⁰² Az ellentmondó szakmai álláspontokra való tekintettel az egészségügyi miniszter **2007**-ben a vastagbél-szűrés országos kiterjesztését elhalasztotta. Rendelkezése szerint a továbblépéshez szükséges a tesztek használhatóságára és a szűrési stratégiára kiterjedő szakmai konszenzus. A konszenzusfolyamatot az OTH bonyolította, mely folyamat eredményeként szakértők hat egyeztető tárgyalását követően megállapodtak a 2009-ben induló „új” vastagbél-szűrési mintaprogramról (konszenzuskonferencia **2008.** november 18.). A Konszenzus Konferencia áttekintette, és megvitatta a szakterület szakmailag vitatott kérdéseit, majd az alábbi ajánlásokat tette:

1. A vastag- és végbélrák által okozott betegségteher, a betegség epidemiológiai súlya, valamint a célbetegség szűrővizsgálatra alkalmassága a tömegszűrés folytatását sürgeti. A késlekedésnek vagy a szűrővizsgálatok elmaradásának az ára nagyszámú megmenthető életév elmaradása.
2. A bizonyítékon alapuló egészségpolitika („evidence-based health policy”) és a bizonyítékon alapuló népegészségügy („evidence-based public health”) jelenlegi állása szerint, a teljes népesség átlagos kockázatú hányadának, azaz az 50–70 év közötti férfiak és nők vastag- és végbél-szűrésének ajánlott módszere a széklethelyi rejtett vérzés kimutatása immunkémiai (FIT) módszerrel. A széklethelyi-teszt nem negatív esetekben teljes kolonoszkópiát kell végezni a feltételezett elváltozás kizárása, vagy a vérzés helyének és okának megállapítása céljából.
3. A széklethelyi-teszt kiválasztásánál tekintettel kell lenni a módszernek a szűrésben tapasztalt hatékonyságára, megbízhatóságára, egyszerűségére (amelynek mutatója a laboratóriumi folyamathoz és a minták leolvasásához szükséges idő), valamint CE minősítésére, kereskedelmi elérhetőségére és költségkihatásaira. A választott teszt előnyére szolgál, ha nem kíván diétás és gyógyszeres megszorításokat.
4. A széklethelyi-teszttel párhuzamos, választható vizsgálati lehetőséget kínál a vastagbél teljes hosszára kiterjedő kolonoszkópia, amelyet választható opcióként lehet már a szervezett szűrésre szóló meghívólevélben a népesség figyelmébe ajánlani, hangsúlyozva annak minden előnyét.¹⁰³

Az Egészségügyi Minisztérium fősztályvezetői értekezlete úgy foglalt állást, hogy a vastagbél-szűrés elsődleges

módszere az FOBT immunológiai módszere, másodlagos szűrési teszt pedig a teljes kolonoszkópiás vizsgálat. Ezt figyelembe véve az OTH kidolgozta azt az intézkedési tervet, melynek alapján elindította a vastagbél-szűrési mintaprogram új szakaszát. A **2009.** évi mintaprogramban 172 háziorvos és asszisztens vett részt, az iFOB (FOBT GOLD) tesztet alkalmazva az ország 5 régiójában, 20 000 fő 50–70 éves korú személy részvételével (2 minta/fő). A tesztek értékelésére a kijelölt Állami Egészségügyi Központ (ÁEK) központi laboratóriumában került sor. A program jelentős szerepet szánt a háziorvosok „kapuőr” szerepének, a mintavevő eszközök szétesztása révén, valamint a nem negatív eredményeket mutató egyének további vizsgálatokra való beutalásban és beteg követésben. A 40 000 mintavételi eszközből 39 644 került kiadásra a páciensek számára. A compliance nagyon magas volt, a kiadott eszközökből 33 117 (84,99%) érkezett a laboratóriumokba. 48 fő (0,49%) jelezte, hogy a nem kíván a továbbiakban semmilyen szűrővizsgálaton részt venni. A jelentés elkészültéig feldolgozott adatok alapján a 10 098 mintából 10,2% lett nem negatív.¹⁰⁴

102

2010-ben Hajdú-Bihar megyében 10 háziorvos jelentkezett a vastagbél-szűrő programba. 537 mintavételi csomag került kiosztásra, az 50–70 év közötti szűrésre jogosult lakosok között. A minták 68,7%-a lett negatív, 26,2% pozitív és 5,1% értékelhetetlen lett. 109 főnek ajánlottak további kolonoszkópos vizsgálatot, melyet 25 fő utasított el. Az elvégzett 63 vizsgálat során 1 főnél in situ, 1 főnél II., és 1 főnél III. stádiumú daganatot diagnosztizáltak.¹⁰⁵

A népegészségügyi program előrehaladásáról szóló **2012**-ben közzétett jelentés (2011-es tevékenységre vonatkozóan) a vastagbél-szűrőprogramokkal kapcsolatban a következő megállapítást tartalmazta: „Ebben a szűrési évben a vastagbél-szűrési program lebonyolításában keletkezett adminisztratív korlát, a közbeszerzés folyamatának elhúzódása lehetetlenné tette reagensek időben történő beszerzését, így a program nem valósulhatott meg.”¹⁰⁶

2013 májusától 2014 végéig tart további három megyében (Győr-Moson-Sopron, Heves, Nógrád) vastagbél-szűrési modellprogram, melyet az OTH a saját szűrővizsgálati keretének terhére, 60 millió forintos költségvetéssel indított. A megyék kiválasztásánál szempont volt, hogy azok demográfiai és társadalmi mutatói leképezzék az országra jellemző adatokat. A programra 95 háziorvos jelentkezett, akik részvételét 500 000 forinttal ösztönözték. A praxisok összesen 20 000 szűrőcsoportot osztottak ki. 2013-ban a meghívottak harmada reagált a felhívásra. Az eddig beérkezett 7 500 mintában

a nem negatív leletek aránya 8,88%. A kolonoszkópiára továbbutaltak aránya is megfelel a nemzetközi standardoknak, 4,88%.⁹⁵

A legújabb mintaprogram Európai Unió forrásból tervezett TÁMOP 6.1.3./13/1/A-2013-0001 projekt megvalósítása, amelynek célja a vastagbél-szűrés országos kiterjesztésének megalapozása, egy közigazgatási egységen belüli vastagbél-szűrés, amely az epidemiológiai adatok tekintetében a legtöbb következtetés levonását teszi lehetővé. Hasonlóan a korábbi programokhoz, az irányítás az OTH feladata. A háziorvosi vastagbél-szűrés megvalósításához képzési tananyag kifejlesztése, akkreditálása történt. A program **2015**-ben valósul meg Csongrád megyében, szűrésbe bevont háziorvosi praxisok ellátási területén az 50–70 év közötti férfiak és nők meghívásával. Újszerű elem, hogy a háziorvosok számára egyaránt hozzáférhető elektronikus központi szűrési rendszer révén a szűrések nyomon követhetők, a szűrés folyamata és státusza átlátható. A program egy a rendszersajátosságokat feltáró monitoring elemzés elkészítésével zárul, melynek célja, hogy támogassa a döntéshozókat a vastagbél-szűrés országos kiterjesztésének tervezésében, megvalósításában.¹⁰⁷

A megfelelő célcsoportok részvételének biztosítása a szűrések alapkérdése. A szűrési rendszerek fenntartása, működtetése csak akkor hatékony, ha megfelelő a részvételi arány. A tapasztalatok szerint a hazai kultúrában a behívó-visszahívó rendszer önmagában képes a célcsoport 40–50%-át mozgósítani. További 5%-ot jelenthet a megelőlegezett utazási lehetőség, vagy utazás megszervezése. A compliance növelésében jelentős szerepe van a háziorvosoknak. Ennek érdekében kidolgozásra került egy compliance-arányos prémiumrendszer, mely motiválhatja a háziorvosokat.¹⁰⁸

9.6. A vastagbél-szűrés egészség-gazdaságtani elemzésének eredményei

A szervezett szűrővizsgálatok révén elérhető haszon jól dokumentálható: halálozás elkerülése, korai felismerés miatt olcsóbb kezelés, további munkaképesség és az életminőség-javulás.¹⁰⁹ A költségoldalán kiemelkedő a szűrési költség, a gyógyítási költségek (járó- és szakellátás, gyógyszerköltség), rehabilitáció és útiköltség. A keresőképtelenség monitoring rendszer bevezetésével az OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) BNO kódra lebontott adatok állnak rendelkezésre a keresőképtelenség (táppénz) terheiről is. A járulékos ellátások így mérhetővé és tervezhetővé váltak.¹¹³

Az OEP jelenlegi finanszírozása szerint: (*) „OENO 22630: székletvér kimutatása 71 pont”, (*) 22631: székletvér kimutatása immunkémiai módszerrel 716 pont; (*) 22632: széklet humán albumin kimutatása immunkémiai módszerrel 716 pont. E két utóbbi csak pozitív színreakció esetén finanszírozható, és egy személynél 3-3 mintát feltételezve – háromszor számolható el. A modellvizsgálatok alapján negatív színreakció („első fázis”) esetén is található immunkémiaileg pozitív, szövettanilag igazolt rákesetek, ezért a színreakció mellőzhető. A rendelkezés szerint a „második fázis” kizárólag az „első fázis” pozitívítása esetén finanszírozható, módosítandóvá tette. A jelenleg vastagbélszűrésre használt FECA-teszt finanszírozására jelenleg szűrési, vagyis ún. csillagos kód nem létezik. Az OTH kérelmezte, hogy a kettős vérfehérje-kimutatáson alapuló immunkémiai módszert ésszerű, 1.000 pontszámmal vegyék be a laboratóriumi protokollba, és lássák el szűrőkóddal. Az ezzel kapcsolatos döntést a munkacsoport jelentése szerint elhalasztották.⁹⁶ Jelentős problémát jelent a **kolonoszkópos kapacitás**, mely az országos szűrés bevezetésének egyik akadálya is lehet. 2004-ben a 128 kolonoszkópiás labor 46 000 vizsgálatot jelentett az OEP felé. Egy kolonoszkópiás egység évente mintegy 360 vizsgálatot végez. Országos szűrés mellett, 25%-os lakossági részvétellel közel 20 000, 40%-os részvétel mellett 30 000 többletvizsgálat elvégzését jelentené. Az évenkénti 70 000 vizsgálat elvégzésére a jelenlegi eszközpark nem alkalmas. Ezáltal az endoszkópos kapacitás növelését, személyi és infrastrukturális fejlesztését és így jelentős állami áldozatvállalást tesz szükségessé.⁹⁶ A teljesítményvolumen-korlát jelenlegi korlátozása szintén nehézséget jelent. A modellvizsgálatok során számos egészségügyi intézmény visszalépett az programban való részvételtől a 43/1999 (III.3.) számú Kormányrendelet 27. § (2) 4. bekezdésre hivatkozva („degressziós szabály”). E szabály alól való mentesítés a Nemzeti Népegészségügyi Programban vállalt feladatok teljesítésének feltételévé vált. A közlemény alapján a kérelmezés a szabálymentesítésre vonatkozóan eredménytelen.⁹⁶

9.3. táblázat. A szervezett szűrővizsgálatok költség- és hasznomatóij¹¹⁰

Költség	Haszon
Szűrési költség	Halálozás elkerülése
Gyógyítási költség	Korai felismerés miatt olcsóbb kezelés
Rehabilitáció	További munkaképesség
Útiköltség	Életminőség javulás
Táppénz – kiesett termelés	individuális értékek
Családi kiadások stb.	

Az egészség-gazdaságtani elemzésekkel kapcsolatos elveket Magyarországon is irányelv határozza meg,¹¹¹ mely szempontok alapján 2004-ben készült a vastagbélszűréssel kapcsolatos egészség-gazdaságtani elemzés Magyarországon. Az elemzéshez használt adatokat az OEP 2001. évi finanszírozási adatbázisa biztosította. A költségek tartalmazták a járóbeteg-szakellátás, az aktív- és krónikus fekvőbeteg-szakellátás költségeit, a gyógyszeres ártámogatásához nyújtott támogatásokat valamint a keresőképtelenséggel kapcsolatos kiadásokat. Utóbbihoz a Keresőképtelenségi Monitoring Rendszer szolgáltatott adatokat. Az elemzés során 10 éves programra végeztek számításokat. A megmentett életek és életevek számításánál kétféle – 10 év során 10%-os, illetve 20%-os mortalitáscsökkenéssel – mortalitástrenddel kalkulálva. 2001-ben Magyarországon 4852 vastag- és végbéldaganat miatti halálozást regisztráltak, melyből 1286 esett a szervezett szűréssel érintett 45–65 éves korosztályra.¹¹³ A vastagbéldaganatos halálozás kapcsán a megmenthető életevek számát a szakirodalom 13 életév/beteg értékben határozható meg.¹¹² A modell 10 éve alatti szűrési költségeket, a megmentett életek és a megmentett életevek számításánál egyaránt 5%-os diszkontrátát alkalmaztak.¹¹³

2001-ben a vastagbéldaganat kezelési költségei 9.98 milliárd forint körül alakultak, melynek legnagyobb hányadát az aktív fekvőbeteg-szakellátás tette ki. A jóindulatú daganatok kezelési költségei 1,7 milliárd forintot tettek ki, ami a rosszindulatú elváltozások kezelési költségeinek 20,5%-a. (8.5. táblázat)¹¹³ A szervezett lakossági szűrőprogram hozadékának megítélésére a megmentett életek, illetve a megmentett életevek száma alkalmas.

A 2001-es átlagárfolyamot figyelembe véve 1 USD = 286,54 Ft, 1 EUR = 256,68 Ft. A számítások alapján a 10 éves program során 10%-os halálozáscsökkenés esetén 718 élet, 20%-os csökkenés esetén 1462 élet menthető meg a 45–65 éves korosztályban. A megmentett életek költsége a halálozás várható csökkenése és az alkalmazott szűrési módszer függvényében 4 millió és 16,3 millió/élet között változik. A megmentett életevek száma a nettó jelenértékkel számolva 6697 és 13 652 között várható, melynek költsége 307 ezer Ft és 1,25 millió forint/életév között változhat (9.6. táblázat).¹¹³

A vastag- és végbéldaganatok a fejlett országokban jelentős népegészségügyi problémának tekinthetők. Magyarország az európai országok között vezető helyen áll az új megbetegedéseket és a halálozást tekintve is. A másodlagos prevenció stratégia ígéretes lehetőséget biztosít a halálozás csökkentésére, azonban az egyes szűrőmódszerek alkalmasságáról szóló

9.4. táblázat. A vastagbélvizüres E-alapra gyakorolt hatása⁹⁶

Célcsoport/2 évente		2 400 000							
	Részvételi arány	25%	30%	40%	50%	75%	100%		
Vizsgálati módszer									
Egységérték									
Székletvér meghat. immunológiai módszerrel									
Vizsgálati szám	1 200 000	300 000	360 000	480 000	600 000	900 000	1 200 000		
Német pont (716*3 vizsgálat)	2 148	644 400 000	773 280 000	1 031 040 000	1 288 800 000	1 933 200 000	2 577 600 000		
Ft/németpont	1.46	940 824 000	1 128 988 800	1 505 316 400	1 881 648 000	2 822 472 000	3 763 296 000		
Széklet albumin meghat. immunológiai módszerrel									
Vizsgálati szám	1 200 000	300 000	360 000	480 000	600 000	900 000	1 200 000		
Német pont (716*3 vizsgálat)	2 148	644 400 000	773 280 000	1 031 040 000	1 288 800 000	1 933 200 000	2 577 600 000		
Ft/németpont	1.46	940 824 000	1 128 988 800	1 505 316 400	1 881 648 000	2 822 472 000	3 763 296 000		
Éves szűrési költség összesen	1 881 648 000	2 257 977 600	2 257 977 600	3 010 636 800	3 763 296 000	5 644 944 000	7 526 592 000		
Kolonoszkópiás vizsgálati szám (a szűrtek 6%-a)	6%	18 000	21 600	28 800	36 000	54 000	72 000		
Sima kolonoszkópia (75%)	75%	13 500	16 200	21 600	27 000	40 500	54 000		
Német pont	4 046	54 621 000	65 545 200	87 393 600	109 242 000	163 863 000	218 484 000		
Ft/német pont	1.46	79 746 660	95 695 992	127 594 656	159 493 320	239 239 980	318 986 640		
Kolonoszkópia+polypectomia (25%)	25%	4 500	5 400	7 200	9 000	13 500	18 000		
Német pont	20 655	92 947 500	111 537 000	148 716 000	185 895 000	278 842 500	371 790 000		
Ft/német pont	1.46	135 703 350	162 844 020	217 125 360	271 406 700	407 110 050	542 813 400		
Műtét									
Műtétszám (kolonoszkópia 6%-a)	6%	1 080	1 296	1 728	2 160	3 240	4 320		
HBCs	3,11091	3 360	4 032	5 376	6 720	10 079	13 439		
Ft/HBCs	146 000	490 528 289	588 633 947	784 845 262	981 056 578	1 471 584 866	1 962 113 155		
Összes E-alapra hatás	Kolonoszkópia	1 961 394 660	2 353 673 592	3 138 231 456	3 922 789 320	5 884 183 980	7 845 578 640		
	Polipectomia	2 017 351 350	2 420 821 620	3 227 762 160	4 034 702 700	6 052 054 050	8 069 405 400		
Műtét		2 451 922 949	2 942 307 539	3 923 076 718	4 903 845 898	7 355 768 846	807 691 795		

Diagnostika + terápia

Szűrési fázis

bizonyítékok nem minden esetben egyértelműek, így az egyes országok szűrési módozatai is változatosságot mutatnak a rendelkezésre álló tesztek alapján. A nemzetközi gyakorlatban a pilot programokat követően számos országban elindult a populációs szintű szűrőprogram, többnyire a 2000-es évek második felében. Hazánkban a szakterület ajánlása szerint a rejtett bélvérzés kimutatására szolgáló teszt alkalmas a népegészségügyi méretű, tömeges szűrővizsgálat céljaira. 1997 óta több modellprogram értékelésére is sor került, melyek alapján megállapítható, hogy a házi orvosok tevékenysége megfelelt a kívánalmaknak, azonban a lakossági részvétel messze elmaradt a várt mérték-

től. Ennek hátterében részben az egészségtudatosság hiányosságai állhatnak. A vastagbél-szűrő-program országos szintű megvalósítása egyre sürgetőbbé válik a halálozási tendencia emelkedése miatt, azonban a szűrőtesztek mellett a kolonoszkópiás kapacitás emelése is további ráfordításokat igényel. A már elkészült elektronikus központi szűrési rendszer révén a szűrés nyomon követhető, a szűrés folyamata és státusza átlátható, mely lehetővé teszi, hogy a jelenleg zajló program hatékonyan támogassa a döntéshozókat a vastagbél-szűrés országos kiterjesztésének tervezésében, megvalósításában.

9.5. táblázat. A vastagbél-daganatok OEP kezelési költségei 2001-ben¹¹³

Tétel	A vastagbél rosszindulatú daganata Ft	A vastagbél in situ daganata Ft	A vastagbél jóindulatú daganata Ft	Összesen Ft
Járóbeteg-szakellátás	170 695	1 312 259	369 356 535	541 364 210
Aktív fekvőbeteg-szakellátás	6 272 803 772	15 476 012	1 160 086 896	7 448 366 681
Krónikus fekvőbeteg-szakellátás	362 617 938	820 365	7 244 040	370 682 343
Keresőképtelenség	324 217 487	1 250 810	45 044 230	370 512 527
Gyógyszer (kassza)	531 462 825	2 113 313	113 077 357	646 653 495
Gyógyszer (külön keret)	600 000 000			600 000 000
Összesen	8 261 797 439	20 972 759	1 694 809 058	977 579 256

9.6. táblázat. A vastagbél-szűrő vizsgálatok révén megmenthető életek és életévek száma és költsége (NJÉ: nettó jelenérték)

Halálozás csökkenés	Szűrési stratégia	Megmentett élet száma és költsége					Megmentett életévek száma és költsége				
		Összes élet	NJÉ	Forint	USD	EUR	Összes életév	NJÉ	Forint	USD	EUR
10%-os csökkenés	évente IMMUN	718	515	16 320 728	56 952	63 584	9 340	6 697	1 255 441	4 381	4 891
	2 évente IMMUN			8 160 364	28 476	31 792			627 720	2 190	2 446
20%-os csökkenés	évente IMMUN	1 462	1 050	8 005 643	27 936	31 189	19 007	13 652	615 819	2 149	2 399
	2 évente IMMUN			4 002 822	13 968	15 595			307 909	1 074	1 200

Irodalom

- 1 Council recommendation of December 2003 on cancer screening. Official J. Eur. Union, 2003/878/EC. 34–38.
- 2 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx (Pécs, 2015. 02. 21)
- 3 http://globocan.iarc.fr/Pages/bar_sex_site_sel.aspx (Pécs, 2015. 01. 10)
- 4 <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/halalozasok07.pdf> (Pécs, 2015. 01. 20)
- 5 Magyar Statisztikai Évkönyv 2013. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2014.
- 6 Magyar Statisztikai Évkönyv 2011. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2012.
- 7 <http://www.oefi.hu/halalozas/> (Pécs, 2015. 03. 10)
- 8 Döbrössy L.: Daganatok szűrése, minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest, 2013.
- 9 Fraser, CG.: Fecal occult blood test – eliminate, enhance or update? *Ann. Clin. Biochem.* 45:117-122. 2007.
- 10 Cole, SR, Young, GP.: Effect of dietary restrictions on participation in fecal occult blood screening for colorectal cancer. *Med. J. Aust.* 175: 195–198. 2001.
- 11 Mandel JS, Church TR, Ederer F et al.: Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 91 (5): 434–37, 1999.
- 12 Shaikat, A, Mongin, SJ, Geisser, MS et al.: Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 369 (12): 1106–14, 2013.
- 13 Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH et al.: Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 348 (9040): 1472–77, 1996.
- 14 Scholefield, JH, Moss, S, Sufi, F et al.: Effect of faecal occult blood screening on mortality from colorectal cancer: results from a randomised controlled trial. *Gut* 50 (6): 840–44, 2002.
- 15 Scholefield, JH, Moss, SM, Mangham, CM et al.: Nottingham trial of faecal occult blood testing for colorectal cancer: a 20-year follow-up. *Gut* 61 (7): 1036–40, 2012.
- 16 Kronborg, O, Fenger, C, Olsen, J et al.: Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet* 348 (9040): 1467–71, 1996.
- 17 Jørgensen, OD, Kronborg, O, Fenger, C.: A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 50 (1): 29–32, 2002.
- 18 Kronborg, O, Jørgensen, OD, Fenger, C et al.: Randomized study of biennial screening with a faecal occult blood test: results after nine screening rounds. *Scand J Gastroenterol* 39 (9): 846–51, 2004.
- 19 Lindholm, E, Brevinge, H, Haglund, E.: Survival benefit in a randomized clinical trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Br J Surg* 95 (8): 1029–36, 2008.
- 20 Hewitson, P, Glasziou, P, Irwig, L et al.: Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD001216, 2007.
- 21 Hewitson, P, Glasziou, P, Watson, E et al.: Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol* 103 (6): 1541–9, 2008.
- 22 Burch, JA, Soares-Weiser, K, St. John, DJ et al.: Diagnostic accuracy of faecal occult blood tests used in screening for colorectal cancer: a systematic review. *J Med Screen* 14 (3): 132–7, 2007.
- 23 Döbrössy L., Kovács A., Budai A., Simon J., Horváth A. R., Cornides Á., Tulassay Zs. (2011): A vastag- és végbéldaganatok szűrésének vitatott kérdései: klinikai nézőpontok és a népegészségügyi nézőpontok ütközése. *Orvosi Hetilap*, 152. évf. 31. sz. 1223–1232.
- 24 Littlejohn, C, Hilton, S, Macfarlane, GJ et al.: Systematic review and meta-analysis of the evidence for flexible sigmoidoscopy as a screening method for the prevention of colorectal cancer. *Br J Surg* 99 (11): 1488–500, 2012.
- 25 Elmunzer BJ, Hayward RA, Schoenfeld PS et al.: Effect of flexible sigmoidoscopy-based screening on incidence and mortality of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med* 9 (12): e1001352, 2012.
- 26 Newcomb, PA, Storer, BE, Morimoto, LM, Templeton, A, Potter, JD (2003): Long-term efficacy of sigmoidoscopy in the reduction of colorectal cancer incidence. *J. Natl. Cancer Inst.* vol. 95, 8, 622–625.
- 27 Selby, JV, Friedman, GD, Quesenberry, CP, Jr., Weiss, NS (1992): A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N. Engl. J. Med.*, vol. 326, 0, 653–657.
- 28 Muller, AD, Sonnenberg, A (1995): Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. A case-control study among veterans, *Arch. Intern. Med.* vol. 155, 16, 1741–1748
- 29 Kavanagh, AM, Giovannucci, EL, Fuchs, CS, Colditz GA (1998): Screening endoscopy and risk of colorectal cancer in United States men. *Cancer Causes Control*, vol. 9, 4, 455–462.
- 30 Zuber, AG, Landstorp-Vogelaar, I, Knudsen, AB, Wishut, J, van Ballegooijen, M, Kuntz, KM: Evaluating Test Strategies for Colorectal Cancer Screening: A Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Int. Med.* 149: 659–669. 2008.
- 31 Segnan, N, Patnick, J, von Karsa, L. (eds): European Commission. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1 st ed. IARC. 2010.
- 32 Atkin, WS, Edwards, R, Kralj-Hans, I, Wooldrage et al.: (2010): Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial, *Lancet*, vol. 375, 9726, 1624–1633.
- 33 Segnan, N, Senore, C, Andreoni, B, Azzoni, A, Bisanti, L et al.: Comparing attendance and detection rate of colonoscopy with sigmoidoscopy and FIT for colorectal cancer screening, *Gastroenterology*, vol. 132, 7, 2304–2312. 2007.
- 34 Pabby, A, Suneja, A, Heeren, T, Farraye, FA (2005): Flexible sigmoidoscopy for colorectal cancer screening in the elderly. *Dig. Dis Sci.* vol. 50, 11, 2147–2152.
- 35 NordICC – The Nordic-European Initiative on Colorectal Cancer <http://www.med.uio.no/helsam/english/research/projects/nordicc/> (Pécs, 2015. 03. 01)

- 36 Kahi, CJ, Imperiale, TF, Juliar, BE, Rex DK (2009): Effect of screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* vol. 7, 7, 770–775.
- 37 Singh, H, Turner, D, Xue, L, Targownik, LE, Bernstein CN (2006): Risk of developing colorectal cancer following a negative colonoscopy examination: evidence for a 10-year interval between colonoscopies, *JAMA*, vol. 295, 20, 2366–2373.
- 38 Brenner, H, Chang-Claude, J, Seiler, CM, Sturmer, T, Hoffmeister, M (2006): Does a negative screening colonoscopy ever need to be repeated? *Gut*, vol. 55, 8, 1145–1150.
- 39 Zauber, AG, Landstorp-Vogelaar, I, Knudsen, AB, Wishut, J, van Ballegooijen, M, Kuntz, KM: Evaluating Test Strategies for Colorectal Cancer Screening: A Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Int. Med.* 149: 659–669. 2008.
- 40 Lieberman, D, Weiss, DG, John, PD, Bomd, H, Denis, D, Ahnen, J, Haringer, M: Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. *N. Engl. J. Med.* 343: 162–168. 2000.
- 41 Regula, J, Rupinski, M, Hrasewska, E, Polkowski, M, Pachlewski, J, Orłowska, J, Novacki, MP, Butruk, MP: Colonoscopy in colorectal cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N. Engl. J. Med.* 355: 1863–1872. 2006.
- 42 Kaminski, MF, Regula, J: Colorectal cancer screening by colonoscopy: current issues endoscopy. *Current Issues Endoscopy* 39: 168–173. 2007.
- 43 Cancer Screening in the United States, 2014: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Current Issues in Cancer Screening <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21212/pdf> (Pécs, 2015. 02. 23)
- 44 Syeda, Naqvi, Syeda, Farah Nazir: Screening for Colorectal Cancer http://cdn.intechopen.com/pdfs_wm/46164.pdf (Pécs, 2015. 02. 20)
- 45 Cancer Screening in the United States http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/what_cdc_is_doing/screening_us.htm (Pécs, 2015. 03. 10)
- 46 Clinical Practice Guidelines, For The Prevention, Early Detection And Management Of Colorectal Cancer http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp106_0.pdf (Pécs, 2015. 02. 10)
- 47 Australian Government, National Bowel Cancer Screening Program <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/bowel-screening-1> (Pécs. 2015.03.01)
- 48 Sung, JJ, Lau, JY, Young, GP et al.: Asia Pacific consensus recommendations for colorectal cancer screening. *Gut* 2008;57:1166–76.
- 49 Siew, C, Ng, Wong, SH: Colorectal cancer screening in Asia *British Medical Bulletin Advance Access published January 8, 2013* <http://bmb.oxfordjournals.org/content/early/2013/01/07/bmb.lids040.full.pdf+html> (Pécs, 2015. 03.10)
- 50 Øyvind, Holme, Magnus, Løberg, Mette et al.: Effect of Flexible Sigmoidoscopy Screening on Colorectal Cancer Incidence and Mortality. A Randomized Clinical Trial *JAMA*. 2014;312(6):606–615. doi:10.1001/jama.2014.8266.
- 51 International Cancer Screening Network Inventory of Colorectal Cancer Screening Activities in ICSN Countries, May 2008 <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/colorectal/screening.html> (Pécs. 2015. 01. 10)
- 52 Blom, J, Kilpeläinen, S, Hultcrantz, R, Törnberg, S: Five-year experience of organized colorectal cancer screening in a Swedish population – increased compliance with age, female gender, and subsequent screening round. *J Med Screen.* 2014 Sep;21(3):144–50. doi: 10.1177/0969141314545555. Epub 2014 Jul 28.
- 53 Finnish Cancer Registry, Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/mass-screening-registry/colorectal_cancer_screening/ (Pécs, 2015.01.21)
- 54 United European Gastroenterology 2013, <https://www.ueg.eu/press/releases/ueg-press-release/article/real-progress-in-colorectal-cancer-screening-in-europe-as-estonia-develops-road-map-for-popula/> (Pécs, 2015. 01. 20)
- 55 Poskus, T, Strupas, K, Mikalauskas, S, Bitinaitė, D, Kavaliauskas, A, Samalavicius, NE, Saladzinskas, Z: Initial results of the National Colorectal Cancer Screening Program in Lithuania. *Eur J Cancer Prev.* 2015 Mar; 24(2):76–80.
- 56 Mitenbergs, U, Misins, MTJ, Martinsons, EMA, Quentin, ARW: Latvia Health System review, Health System in Transition, WHO, 2012.
- 57 <http://www.cancercontrol.eu/news/10/26/Organised-colorectal-cancer-screening-needed-in-Latvia/d.news> (Pécs, 2015. 02. 10)
- 58 Latvia steps up efforts to increase cancer screening and influenza vaccination coverage <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/news/news/2012/12/latvia-steps-up-efforts-to-increase-cancer-screening-and-influenza-vaccination-coverage> (Pécs, 2015. 01. 21)
- 59 Danish Cancer Society, <http://www.cancer.dk/international/english/screening-colon-cancer-english/> (Pécs, 2015. 01. 21)
- 60 Department of Health. White paper: our healthier nation: saving lives. CM 4386, London. (CM 4386, London). 1999.
- 61 West, NJ, Boustière, C, Fischbach, W, Parente, F, Leicester, RJ: Colorectal cancer screening in Europe: differences in approach; similar barriers to overcome. *Int J Colorectal Dis* (2009) 24:731–740 DOI 10.1007/s00384-009-0690-6
- 62 Implementing Ireland's First National Population-based Colorectal Cancer Screening Programme <http://www.cancerscreening.ie/publications/ImplementingColorectalProgramme.pdf> (Pécs, 2015. 01. 21)
- 63 National Screening Service <http://www.cancerscreening.ie/bowel-screening.html> (Pécs, 2015. 02. 10)
- 64 National Institute for Public Health and Environment, Ministry of Health, Welfare and Sport, http://www.rivm.nl/en/Topics/B/Bowel_cancer_screening_programme (Pécs, 2015. 02. 20)
- 65 Adler, M, Van Laethem, JL, Franchimont, D, Zalzman, M, Van de Stadt, J, Van Gossom, A: Organized colorectal screening in French Community of Belgium and polyp surveillance. *Rev. Med. Brux.* 30: 2009. 253–260.

- 66 Brennera, H, Hoffmeistera M, Brennerb, G, Altenhofenb, L, Hauga U: Expected reduction of colorectal cancer incidence within 8 years after introduction of the German screening colonoscopy programme: Estimates based on 1 875 708 screening colonoscopies. *European Journal Of Cancer* 4, 5 2009. 2027–2033.
- 67 Von Karsa, L, Anttila, A, Ronco, G et al.: Cancer screening in the European Union Report on the Implementation of the Council Recommendation on Cancer Screening. First Report, IARC, Brussels (2008) (Printed by the services of the European Commission).
- 68 Haidinger, G, Waldhoer, T, Vutuc, C: Self-reported colonoscopy screening in Austria. *Eur J Cancer Prev.* 2008 Aug;17(4):354-7. doi: 10.1097/CEJ.0b013e3282f75f05.
- 69 West, NJ, Boustière, C, Fischbach, W, Parente, F, Leicester, RJ: Colorectal cancer screening in Europe: differences in approach; similar barriers to overcome. *Int J Colorectal Dis*, 2009. 24:731–740.
- 70 Evaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France Première évaluation depuis la généralisation du programme pour 46 départements sur la période 2008-2009 – Institut de veille sanitaire http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8633 (Pécs, 2015. 02. 23)
- 71 Ruzskowski, J: Colorectal cancer management in Poland: current improvements and future challenges. *Eur J Health Econ* (2010) 10 (Suppl 1):S57–S63.
- 72 Zavoral M: Colorectal cancer screening in the Czech Republic. *Z Gastroenterol.* 2008 Apr; 46 Suppl 1:S29-30. doi: 10.1055/s-2007-963486.
- 73 Májek, O, Danes, J, Zavoral M et al.: Czech National Cancer Screening Programmes in 2010. *Klin. Onkol.* 23 (2010), 343–353.
- 74 Cancer Screening Pro Grammes In The Czech Republic And Importance Of Personalised Invitation <http://www.iba.muni.cz/res/file/udalosti-media/invitation-press-release-2013-12.pdf> (Pécs, 2015. 03. 10)
- 75 Bohumil, S, Ondřej, M, Zavoral, M et al.: Results of the Czech National Colorectal Cancer Screening Programme – Faecal Occult Blood Tests. *Klinická Onkologie Journal*, 27, 2014, Supplementum 2, 87–97.
- 76 Ecça, 2013 http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/Prevention_Week_Reports/PreventionWeek2010.pdf (Pécs, 2015. 02. 10)
- 77 Katičić, M, Antoljak, N, Kujundžić M et al.: Results of National Colorectal Cancer Screening Program in Croatia (2007–2011). *World J. Gastroenterol.* 18, 2012. 4300–4307.
- 78 Republic of Slovenia Ministry of Health The National Cancer Control Programme http://www.dpor.si/en/?page_id=99 (Pécs, 2015. 03. 10)
- 79 Geitona, M, Kanavos, P: Colocteral cancer management and prevention policies in Greece. *Eur. J. Health Econ.* 10 (Suppl. 1), S27–S33. 2010.
- 80 Carballo, F, Muñoz-Navas, M: Prevention or cure in times of crisis: the case of screening for colorectal cancer. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 104, 2012. 537–545.
- 81 Garcia, M, Milà, N, Binefa, G et al.: False positive results from colorectal cancer screening in Catalonia (Spain), 2000–2010. *J. Med. Screen.* 19. 2012. 77–82.
- 82 Merceř, P, Josep, A et al.: Catalan Colorectal Cancer Screening Pilot Programme Group Lessons learnt from a population-based pilot programme for colorectal cancer screening in Catalonia (Spain). *J Med Screen* 2007;14:81–86.
- 83 Pinto, CG, Paquete, AT, Pissarra I: Colorectal cancer in Portugal. *Eur. J. Health Econ (Suppl.)* 1. 2010. S65-S73
- 84 Zorzi, M, Fedato, C, Grazzini G et al.: Screening for colorectal cancer in Italy 2010 survey *Epidemiol. Prev.* 36 (6 Suppl. 1), 2012. 55–77.
- 85 Masseria, C: Colorectal cancer in Italy: a review of current national and regional practice on screening and treatment. *Eur J Health Econ*, 2010. 10 (Suppl 1):S41–S49.
- 86 Közegészségügyi Hivatal <http://www.skriningsrbija.rs/hun/a-vastagb-lr-k-sz-r-se/> (Pécs, 2015. 02. 10)
- 87 Implementation of the National screening programme for colorectal, cervical and breast cancer http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/serbia/jpa/2009/5_cancer_screening.pdf (Pécs, 2015. 02. 10)
- 88 Serbia against Cancer <http://www.hd-ecg.com/serbia-against-cancer/> (Pécs, 2015. 02. 10)
- 89 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV (Pécs, 2015.02.20)
- 90 A 2001–2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről szóló 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat.
- 91 Kovács A., Döbrössy L., Budai A.: A szervezett, célzott népegészségügyi onkológiai szűrés programja. In Dózsa Cs., Sebestyén A.: Fej-nyaki daganatok prevenciója és ellátása. OEP Pécs, 2003. 31–45.
- 92 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johann Béla Nemzeti Programjáról <http://www.oefi.hu/nepeuprg.pdf> (Pécs, 2015. 03. 10)
- 93 European Community COUNCIL RECOMMENDATION of 2 December 2003 on cancer screening 2003/878/E.C <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF> (Pécs, 2015. 03. 12)
- 94 51/1997. (XII.18) NM rendelet http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700051.NM (Pécs, 2015. 03. 10)
- 95 B. Papp L.: Kolorektális szűrések: most négy megyében zajlik modellprogram. *Praxismenedzsment* 2014. 2. szám.
- 96 A vastag- és végbéldaganatok szűrésének jelenlegi helyzete Magyarországon: a biospecifikus immunkémiai módszer alkalmazásával szerzett tapasztalatok. <https://www.yumpu.com/hu/document/view/18093595/a-vastag-es-vegbeldaganatok-szuresenek-jelenlegi-helyzete> (Pécs, 2015. 03. 12)
- 97 Jakab F. (2005): Tájékoztató a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében megvalósítandó lakossági emlőszűrés és vastagbélűrés helyzetéről. *Orvosi Hetilap* 146. évf. 9. 419–423.
- 98 Döbrössy L., Kovács A., Budai A., Cornides Á., Ottó Sz., Tulasay Zs. (2007): A népegészségügyi vastag- és végbélűrés helyzete Magyarországon: a mintaprogramok tanulságai. *Orvosi Hetilap*, 148 évf. 38. 1787–1793.

- 99 Otto Sz., Döbrössy L. (2004): Screening for colorectal cancer with immunological FOBT. *British Journal of Cancer* 90, 1871–1872.
- 100 Gréppály A., Ottó Sz., Vámosi-Nagy I. (2000): Colorectalis carcinoma szűrés adatai Budapest XI. kerületében, 1997–1998-ban, különös tekintettel a költségekre. *Budapesti Közegészségügy*, 32, 217–218.
- 101 Csonka Cs. (2004): Vastagbéliszűrés – Az Ajkai Modell.
- 102 Kovács A., Boncz I. (2009): A szekunder prevenció onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon *Népegészségügy* 87. évfolyam 4. 263–274.
- 103 Kovács A., Boncz I. (2009): A szekunder prevenció onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon *Népegészségügy* 87. évf. 4. 263–274.
- 104 Jelentés az Országgyűlés részére az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2008. évi előrehaladásáról, Budapest, 2009. október <http://www.eum.hu/archivum/eloterjesztesek-100806/egeszsseg-evtizedenek> (Pécs, 2015. 03. 10)
- 105 Pásti G.: 2010. évi Tájékoztató a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat számára a megye lakosságának egészségi állapotáról http://www.hbmo.hu/upload/8/559/K_1456_02A_ANTSZ_melleklet.pdf
- 106 Jelentés az országgyűlés részére az Egészség évtizedének Népegészségügyi programja 2011. évi előrehaladásáról Budapest, 2012
- 107 Döbrössy L., Mester L., Nagy A. (2014): Népegészségügyi célú vastagbéliszűrés. Oktatási tananyag a háziorvosi vastagbéliszűrés támogatására. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest https://www.antsz.hu/data/cms62224/Projekt1_Elrendezes_1_%282%29.pdf
- 108 Döbrössy L., Budai A.: A szervezett, célzott népegészségügyi onkológiai szűrés programja in Dózsa Csaba (szerk.): Fej-nyaki daganatok prevenciója és ellátása. Az onkológiai prevenció helyzete. OEP, Budapest, 2003.
- 109 Döbrössy L. (szerk.): Szervezett szűrés az onkológiában: minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. V. fejezet. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2000.
- 110 Dózsa Cs.: Szűrések, onkológia, finanszírozás. In Fej-nyaki daganatok prevenciója és ellátása Szerk.: Dózsa Csaba, Sebestyén Andor. OEP, Pécs, 81–101., 21. 2003.
- 111 Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez. *Egészségügyi Közlöny* 2002/11. szám
- 112 Richter-Boe, KE, Humphrey, L: Screening for cancers of the lung and colon. *Arch Intern Med.* 152:2398–2404, 1992.
- 113 Boncz I., Sebestyén A., Dózsa Cs., Pál M., Sándor J., Palásti J., Betlehem J., Ember I. (2004): A colorectalis szűrések egészség-gazdaságtani elemzése. *Magyar Onkológia* 48. évf. 2. 111–115.

10. A népegészségügyi programok megvalósításának kihívásai: a szervezett lakossági méhnyakszűrési program példája

VAIDA RÉKA, HORVÁTHNÉ KÍVÉS ZSUZSANNA

10.1. Bevezetés

Korunk egyik legnagyobb népegészségügyi problémájából, a daganatos megbetegedésekből eredő halálozás magas és folyamatosan emelkedő tendenciát mutat, különös tekintettel a nőket érintő mortalitás helyzetére.¹ 2012-ben a világon összesen 14,1 millió daganatos megbetegedés következett be, melyből 6,7 millió esetet diagnosztizáltak nőknél. A leggyakoribb malignus megbetegedés az emlődaganat volt, amely az összes eset csaknem 25%-át jelentette. Ez követte második helyen a colorectalis daganat, harmadik helyen pedig a méhnyakrák előfordulása, ami a megbetegedések közel 8%-áért volt felelős.²

Összesen 2 645 080 veszélyeztetett korú (15 évnél idősebb) nő él a Földön, aki ki van téve a betegség kockázatának. 2012-ben több mint 500 ezer új esetet fedeztek fel, ami 100 000 nőre vetítve 14,0 megbetegedés. A halálozások száma is rendkívül magas, világszerte évente több mint negyedmillió nő vesztette életét méhnyakrák miatt. A standardizált halálozási hányados 6,8 százszázalék volt.³ (10.1. táblázat.)

A tanulmány célja bemutatni a méhnyakrák epidemiológiai jellemzőit, a rendelkezésre álló szűrővizsgálat

mint prevenció lehetőség elérhetőségének és alkalmazásának hazai és nemzetközi gyakorlatát, valamint áttekinteni a szűrési program egészség-gazdaságtani vonatkozásait.

10.2. A méhnyakrákból eredő megbetegedések és halálozások alakulása a világon

A **morbidity** rangsort tekintve a méhnyakrák a harmadik leggyakrabban előforduló daganatos megbetegedés volt világszerte a nők körében (14,0/100 000 nő) 2012-ben az emlő és a vastagbél daganatai után. A fejlett országokban a hatodik (9,9/100 000 nő) – követve az emlő-, vastagbél-, tüdő-, méhtest- és pajzsmirigy-daganatos megbetegedéseket –, a fejlődő országokban azonban a második (16,7/100 000 nő) az emlő rosszindulatú megbetegedései után. Ugyancsak a második leggyakoribb daganat okozója a 15–44 éves nők körében világszerte. A legtöbb eset Afrika (Kelet – 42,7/100 000 nő, Dél – 31,5, Közép – 30,6, Nyugat – 29,3), Melanézia (33,3), Amerika (Közép – 23,5, Dél – 20,3) és Ázsia (Dél-19,3, Közép – 19,3) területéről származik, majd ezeket

10.1. táblázat. Méhnyakrákból eredő megbetegedések és halálozások alakulása világszerte, 2012

	Világ	Fejlődő országok	Fejlett országok
Veszélyeztetett (15 év felett) korú nők (millió)	2 645,080	2 100,870	544,200
Évente felfedezett új méhnyakrákos eset (fő)	527 624	444 546	83 078
Standardizált arány	10,0	15,7	9,9
Évi méhnyakrákos halálozások száma (fő)	265 653	230 158	35 495
Standardizált arány	6,8	8,3	3,3

Forrás: Human Papillomavirus and Related Diseases Report WORLD ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) 2014 (<http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>)

nem sokkal követi Kelet-Európa 16,3 százalékos előfordulási gyakorisággal. A legalacsonyabb arány Nyugat-Ázsia (4,4), Ausztrália és Új-Zéland (5,5), Észak-Afrika (6,6), Észak-Amerika (6,6) és Nyugat-Európa (7,3) területén fordul elő. Európában az emlő, a vastagbél, a tüdő és a méhtest megbetegedései után a méhnyakrák az 5. (11,4/100 000 nő) leggyakoribb malignitás.³

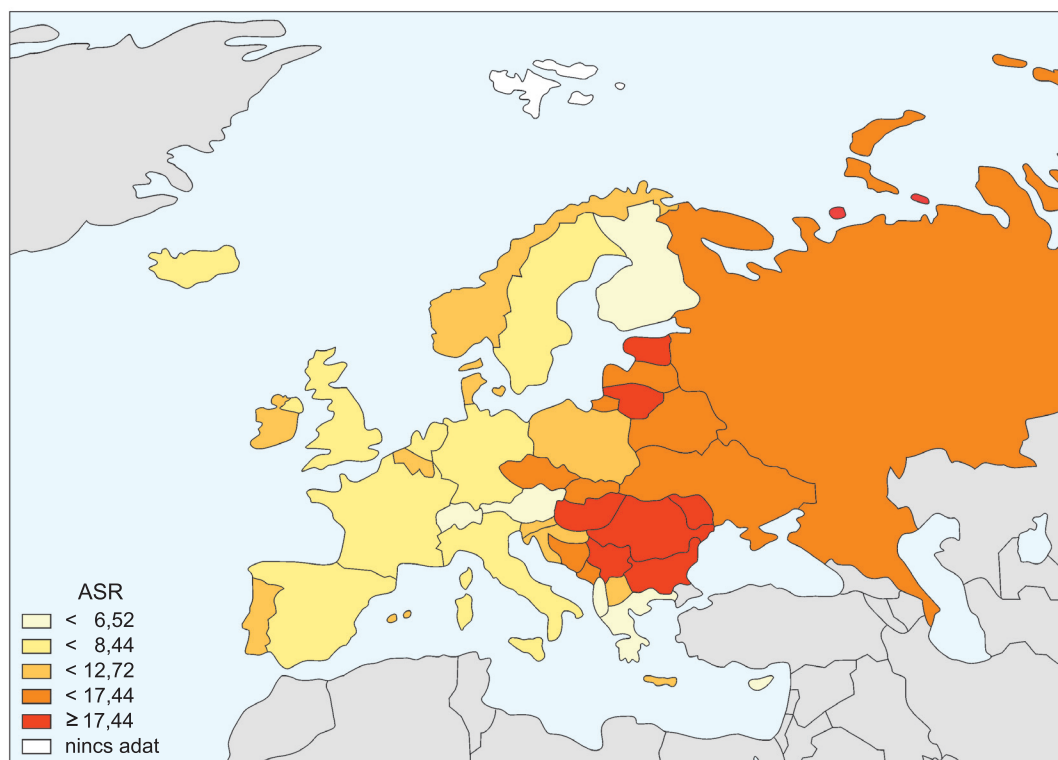
A **mortalitási** adatokat tekintve világszerte a negyedik leggyakoribb halál oka a nők körében, 2012-ben több mint 265 000 nő veszítette életét a betegség miatt. Mint ahogy korábban már említettük, gazdasági fejlettség tekintetében itt is jelentős különbségek tapasztalhatóak az egyes régiókból származó standard halálozási arányszám értékeit vizsgálva. A legmagasabb és legalacsonyabb halálozási értékek között 18-szoros különbség figyelhető meg. Hasonlóan a morbiditáshoz, a legmagasabb mortalitási arányok Afrika területéről származnak, azon belül is a legrosszabb mutatókat Kelet-Afrika (27,6/100 000 nő) területéről jelentették. Emellett kiemelkedő az előfordulás még Közép-Afrikában (22,2), Dél-Afrikában (17,9), Nyugat-Afrikában (18,5) valamint Melanéziában (20,7). A legkedvezőbb értékeket Ausztrália és Új-Zéland (1,5), Nyugat-Európa (1,8), Nyugat-Ázsia (1,9), Észak-Európa (2,2) és Dél-Európa (2,4) területén találták.³

10.3. A méhnyakrákból eredő megbetegedések és halálozások alakulása Európában

A European Cancer Observatory (ECO) 2012-es adatai szerint a **morbiditások** többségéért a nők körében Európában is a nőgyógyászati daganatos megbetegedések voltak felelősek. Vezető helyen szerepelt a női emlő rosszindulatú daganatos megbetegedése, ami 458 337 főt érintett (92,8/100 000 nő). A női nemi szervek malignus megbetegedései között, a méhtest daganatos megbetegedéseit követően a méhnyakrák a harmadik leggyakoribb, melyet 58 373 nőnél diagnosztizáltak 2012-ben (11,4/100 000 nő). Az összes daganatos megbetegedés előfordulását figyelembe véve Európában a méhnyakrák – az emlő, a vastagbél, a tüdő, és a méhtest daganatait követve – az ötödik leggyakoribb ráktípus.^{4,5}

A teljes Európai régiót tekintve a méhnyakrákkal kapcsolatos betegségteher jóval magasabb a közép-kelet európai országokban, mint a nyugati vagy északi régiókban.⁶

Nyugat- (7,3/100 000), Dél- (8,5/100 000) és Észak-Európában (8,7/100 000) világviszonylatban is kedvező morbiditási arányszámok mérhetőek, míg a földrész



10.1. ábra. Méhnyakrákból eredő új esetek előfordulási arányai Európában (ASR) 2012

Forrás: Human Papillomavirus and Related Diseases Report EUROPE ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) 2014 (<http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XEX.pdf>)

keleti részén ezen arányok kétszerese tapasztalható. Kelet-Európában 16,3 új megbetegedés jut 100 000 nőre, ami közel másfélszeresen haladja meg a teljes Európára vetített összesített rátát.⁴ (10.1. ábra.)

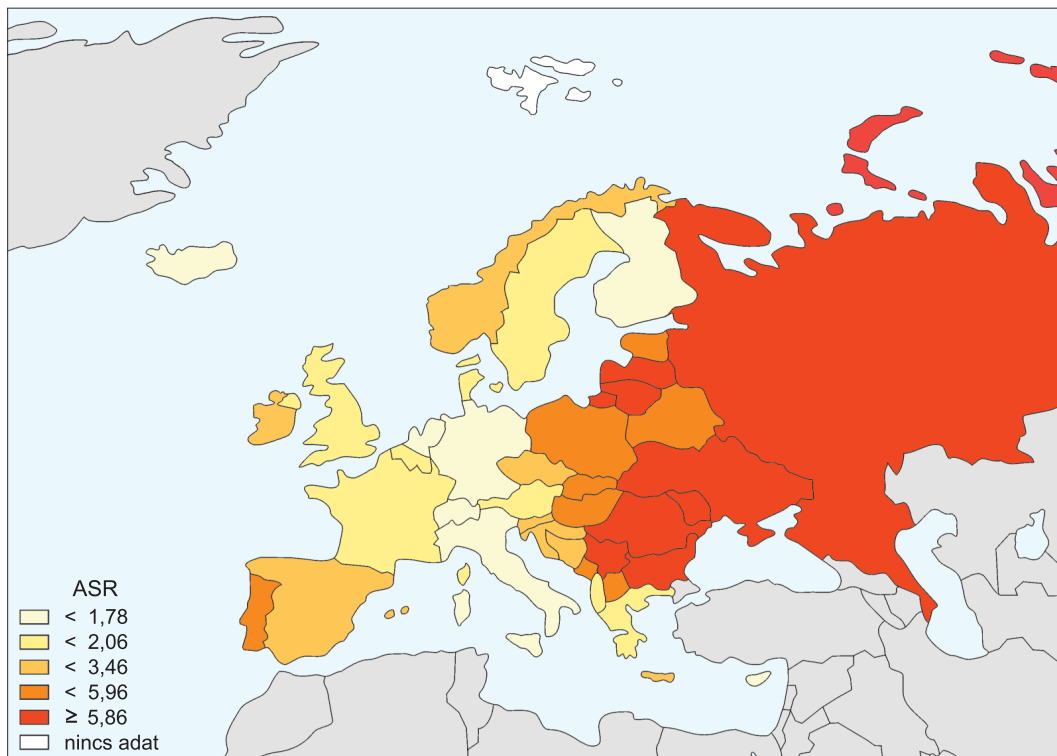
Az egyes országokat figyelembe véve a legalacsonyabb előfordulást Svájcban (3,6), Máltán (3,8), Cipruson (4,1), valamint Finnországban (4,3) mérték. Ezekhez képest, a legmagasabb érték, ami Romániából származik, közel hétszeres, itt 100 000 nőre vetítve 28,6 eset fordult elő. Ezt követte Litvánia (26,1), majd Bulgária (24,5) és Szerbia (23,8). Magyarország a nyolcadik helyen állt 18,0 új esettel. Kelet-Európa országait tekintve mindenhol kiemelkedően magas az előfordulás, kivétel nélkül meghaladják az Európa egészére vonatkoztatott arány értékét.⁴

A **mortalitási** adatokat tekintve, 2012-ben összesen közel 800 000 nő vesztette életét daganatos betegség következtében Európában, ebből 24 385 nő méhnyakrák miatt. A teljes Európára számított standardizált halálzási érték* (Aged-standardized Rate – ASR) 3,8 eset

100 000 nőre vonatkoztatva. Az összes korcsoportra vonatkoztatva a 7. leggyakoribb halálok az emlő (16,1), a tüdő (11,8), a vastagbél (9,9), a petefészkek (5,3), a hasnyálmirigy (5,3) és a gyomor (4,6) rosszindulatú daganatait követve. Korspecifikusan, a 15–44 éves korosztályban a második leggyakoribb daganatos betegség miatti halálok az emlőcarcinomát követve a méhnyakrák.⁴

A halálzási arányokban országonként szintén jelentős különbségek vannak. A 100 000 nőlakosra számított halálzási arány egyes kelet-európai országokban – Románia 10,9, Moldovai Köztársaság 7,9, Bulgária 7,0 - a legmagasabb (7/100 000 nő feletti), más országokban viszont, mint például Finnországban, alig haladja meg az 1/100 000 nő gyakoriságot. A halálzási mértéke és a méhnyakszűrés intenzitása között szoros összefüggés mutatkozik.^{4,7}

A kelet-európai halálzási adatok (6,2/100 000) közel kétszeresen meghaladják az európai átlagértéket, nem is beszélve a másik három területről, hiszen Dél-Európában 2,4, Észak-Európában 2,2, Nyugat-Európában pedig 1,8 halálzási arány jut 100 000 nőre.⁴ (10. 2. ábra.)



10.2. ábra. Méhnyakrákból eredő halálzási arányok Európában (ASR) 2012

Forrás: Human Papillomavirus and Related Diseases Report EUROPE ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) 2014 (<http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XEX.pdf>)

* A standardizált mutató az mutatja meg, hogy mennyi lett volna a halálzási arány a populációban, ha a kormegoszlás ugyanolyan lett volna, mint a standard populációban. A standardizált mutató értéke a választott standard populáció rétegek szerinti megoszlásától függ, ezért csak azonos standardra vonatkoztatott mutatók hasonlíthatók össze. A standard populáció a világ standard populációja. A mutató értékét 100 000 főre vetítve értelmezhetjük. [<http://globocan.iarc.fr/Pages/glossary.aspx>]

A legkedvezőbb értékekkel a méhnyakrákból eredő halálózást tekintve egész Európában Izland (0,4), Málta (0,8) és Finnország (1,0) rendelkezik, a legrosszabb mutatókat pedig Románia (10,8), a Moldovai Köztársaság (7,9), Szerbia (7,7) és Litvánia (7,5) területén találjuk. Magyarország a 12. (5,3) a méhnyakrák miatt bekövetkező halálózások rangsorában. Kelet-Európa országaiban csaknem mindegyik életkorra standardizált halálózási hányados értéke meghaladja az európai átlagértéket.⁴

10.4. A méhnyakrákból eredő megbetegedések és halálózások alakulása Magyarországon

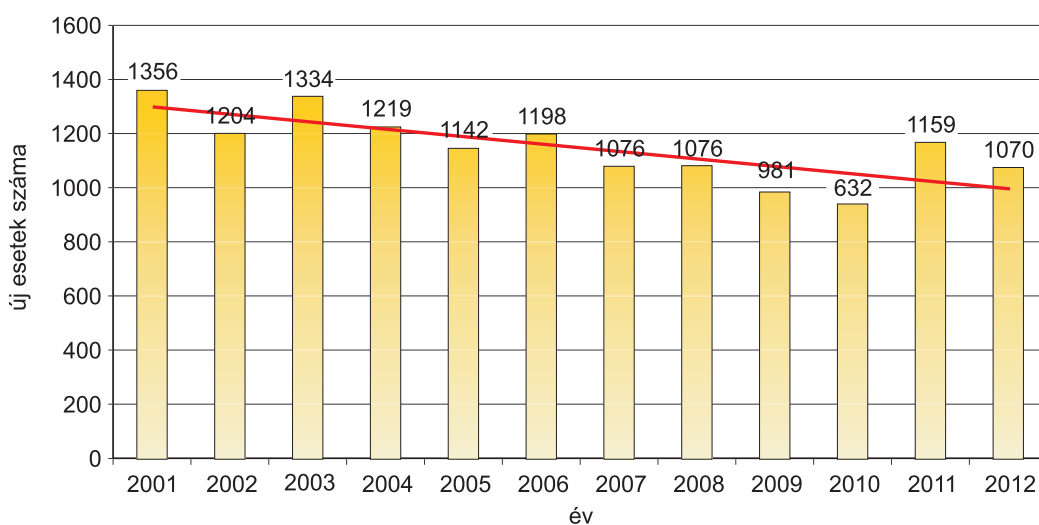
Magyarországon a méhnyakrákos **morbidity** és az abból eredő halálózás előfordulása – összehasonlítva más daganatok hasonló mutatóival – viszonylag nem magas. 2013-ban a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai szerint összesen 75 116 fő daganatos megbetegedését diagnosztizáltak, melyből 49,4%, azaz 37 087 eset, nők körében került felismerésre. Ez százezer lakosra vonatkoztatva 716 nő megbetegedését jelentette.⁸

A European Health for All (HFA) adatbázis elérhető, aktuális adatai szerint az új megbetegedések száma a 2000-es évek elejétől ugyan nem folytonosan, de csökkenő tendenciát mutat. 2001-ben még 1356 volt a fel-

fedezett esetek száma, ami azóta évről-évre csökkent, 2009–2010-ben 1000 nő/év alatt volt az előfordulás, 2012-ben 1070 új méhnyakrák került fedezésre.⁹ (10.3. ábra.)

Az új esetek nagyszámú megjelenése mellett csökkenő **halálózási** adatok tapasztalhatóak, ami azt jelzi, hogy a szűrés révén korai stádiumban felfedezett méhnyakrákos megbetegedések kezelése hatékonyabb, a betegek túlélése jelentősen jobb, mint a tünetek megjelenésekor kezdett terápia esetében. A KSH adatai szerint 2001-ben 539, 2002-ben 513, 2003-ban 465, 2004-ben 493, 2008-ban viszont „csak” 418 asszony halt meg méhnyakrák miatt. A halálesetek száma az évek során csökkenő trendet mutat. A halálózások száma 2002-ig jellemzően meghaladta az évi 500 esetszámot (az 1998-as és a 2000-es év kivételével), majd ezt követően jól érzékelhető csökkenés kezdődött, ami egyértelműen az méhnyakszűrés 2003-ban történt országos szintű bevezetésének volt köszönhető. Erre utal az is, hogy a mortalitás csökkenése gyorsan növekvő incidenciával együtt következett be.^{10,11}

A 100 000 főre jutó halálózásokat vizsgálva megállapítható, hogy az 1980-ra jutó 12,1 eset mára 7,8-ra csökkent. 2013-ban 405 nő vesztette életét, ezzel a méhnyakrák a kilencedik leggyakrabban előforduló halálók volt a légcső, hörgő, tüdő, a női emlő, a vastagbél, a hasnyálmirigy, a végbél, a máj, epehólyag, epevezeték, a gyomor és a leukémia okozta haláleseteket követően a nők körében.⁸



10.3. ábra. Méhnyakrák új eseteinek száma Magyarországon 2001–2012 között (saját szerkesztés)

Forrás: HFA-online. http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_286565001426277216&ind=2361

10.5. Nemzetközi és hazai szűrőprogramok

A szűrővizsgálatok szempontjából két modellt különböztethetünk meg, egyik az opportunisztikus (alkalomszerű) szűrés, a másik a szervezett szűrés. A kettő közötti különbség szervezési irányelvek eltéréseiből adódik. Az alkalomszerű szűrőtevékenység más célból létrejött orvosi ellátáshoz kapcsolható szűrés, illetve annak spontán kérésre történő alkalmazása. Az orvos onkológiai éberségének meghatározó szerepe van ez esetben. A szervezett lakosságsszűrés pedig, egy központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, nagy, veszélyeztetett lakosságcsoporthoz megcélzó, meghatározott gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program. Feltételezi lakossági, valamint szűrési nyilvántartás meglétét a területen.⁷

Népegészségügyi szűrőprogramként egy országban olyan módszer alkalmazható, melynek a hatásosságát a célbetegségből eredő – esetünkben a méhnyakrák miatt bekövetkező – halálozás csökkenésével tudjuk bizonyítani. A korábban Európa különböző országai végzett vizsgálatok eredményei szerint a 25–65 év közötti nők 3 évenkénti citológiai mintavétellel történő méhnyak szűrővizsgálata 40–80%-kal csökkenti a bekövetkező halálozások számát.¹²

A méhnyakszűrésben alkalmazott Pap-féle kenetvételi módszer hatásosságára vonatkozó randomizált vizsgálatokból származó eredmények nem állnak rendelkezésre, a meggyőző bizonyítékok az alkalmazással kapcsolatban megfigyeléses vizsgálatokból származnak.^{7,13}

Egyes tanulmányok szerint a 35–64 éves kor között végzett kenetvétel sokkal hatékonyabb a progresszív elváltozások felismerésében, mint a 20 éves kortól történő kenetvizsgálatok elvégzése. Ugyanakkor nem volt további előnye annak, ha 20 éves kortól kezdték meg a szűrés, mintha 25 éves kortól tették volna. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1986-os ajánlása szerint program elindításánál a 30, esetleg a 35–60 éves korosztályra kell összpontosítani. A szűrést 5 évvel korábbi életkorban kell elkezdni, mint ahol a méhnyakrák előfordulását szemléltető korspecifikus görbe elkezd csúcsosodni. Az International Agency for Research on Cancer (IARC) által a szűrési intervallumok meghatározására végzett multicentrikus tanulmány szerint, a várhatóan bekövetkező laphámrákok 93%-át lehetne elkerülni évente, 91%-át háromévente, míg 84%-át minden ötödik évben végzett szűrővizsgálattal. A szervezési irányelvek tekintetében pedig, eredményesebbnek bizonyul-

tak a szervezett programok az alkalomszerű, önkéntes vizsgálatokkal szemben. Mindezek alapján a 2008-as európai irányelv szerint a szűrés ajánlott célcsoportját a 25–30, valamint 65 év közötti nők képezik. A szűrést legkorábban 20, legkésőbb 30 éves korban javasolt elkezdni. Nincs felső korhatár, illetve, ne legyen kevesebb 60 évnél. Azoknál a nőknél, akiknél mindig negatív eredmény volt tapasztalható, 65 éves korban ajánlott befejezni a szűrést. Az európai országok jelentős eltéréseket mutatnak ehhez képest, melyek az alábbiakban kerülnek ismertetésre.¹⁴

10.5.1. Európai helyzetkép

Az Európa Tanács 2003-ban elfogadta a rákszűrésről szóló ajánlást, amely elismerte a daganatos megbetegedések okozta terhek jelentőségét, valamint, hogy – az emlő- és vastagbélsszűrések mellett – a méhnyakszűrés hatékonysága bizonyított. Ennek hatására elérendő cél volt, hogy a tagországok nemzeti szinten valósítsanak meg a rákszűrés programokat, garantálva az 1993-ban kiadott szűrésről szóló Európai minőségbiztosítási irányelvet, illetve követve a legjobb gyakorlatot összefoglaló európai ajánlásokat.¹⁵

Több évtizede zajló, eredményesen működő szervezett programok főként az észak- és nyugat-európai országokban érhetőek el. Többségük már az 1960-as, 1970-es évek óta folyik, hatásukra jelentősen mérséklődött a méhnyakrákból eredő megbetegedés és halálozás az adott országokban. Az első, személyes meghívási rendszerrel működő országos programok az 1960-as, 1970-es években indultak el az észak-európai országok – Izland, Finnország, Svédország, Dánia és Lettország – területén. A legelsőek ezek közül is a svéd és a finn programok voltak.^{16, 17, 18, 19, 20} Később az Egyesült Királyság területén alakítottak ki számítógépes alapú hívás-visszahívás rendszerű szűrési programot 1988-ban. A rendszer lényege, hogy segítségével szűrésre invitálják a házi orvosoknál regisztrált nőket, rögzítik a vizsgálat eredményét, és nyomon követik az esetleges további beavatkozásokat pozitív eredmény esetén, negatív lelet mellett pedig ismételt kenetvizsgálatra hívják a nőket 3 vagy 5 év múlva.^{21,22}

Észak-Európa teljes területén országos, szervezett szűrési programok zajlanak. A legjellemzőbb szűrési intervallum 3, illetve 5 év, van ahol már 20 éves kortól, de leginkább 25-től 60–69 éves korig szűrnek, a keneteket egészségügyi szakdolgozók (asszisztens, ápoló, szülésznő), valamint házi orvosok, ritkán nőgyógyászok veszik.^{6, 16, 17, 18, 19, 20}

Nyugat-Európában a legtöbb országban – Hollandia kivételével, ahol szervezett program működik – országos kiterjedésű, alkalmoszerű szűrővizsgálat érhető el. Hollandiában 1996-ban jött létre a nemzeti, szervezett szűrési program, mely mellett az opportunista szűrés továbbra is biztosított. A 30–60 év közötti nőket invitálják 5 évente szűrésre, ahol a háziorvos végzi a kenetvételt.^{23,24} Belgiumban 1993-ban indult el a Flamand Régió lakosságának 60%-ára kiterjedő nemzeti program.²⁵ A keneteket az alkalmoszerű szűrések keretében háziorvos vagy nőgyógyász veszi, a behívás gyakorisága Ausztria és Németország területén 1 év, a többi országban jellemzően 3 év. A behívottak életkora 15 – Luxemburgban –, de leginkább 25 és 64 év között alakul.^{26,27}

Dél-Európa területén nagyrészt alkalmoszerű szűrőprogramok érhetőek el a nők számára. Szervezett program Olaszországban működik regionális szinten 1996 óta, Szlovéniában országosan 2003 óta, Szerbiában és Görögországban 2011-től, valamint Horvátországban 2012-től. A legjellemzőbb életkor a meghívott nők körében 25–64 év, zömmel 3 évente végzik a kenetvételt, kivéve a görögök, akik 3 illetve 5 évente végzik a vizsgálatot. A kenetvételeért a háziorvosok, nőgyógyászok, illetve a szülésznők felelősek.^{28, 29, 30, 31, 32}

Kelet-Európában zömmel szervezett szűrési programok működnek, azonban a morbiditási és mortalitási mutatók mégis a legmagasabbak egész Európát tekintve. Magyarországon és Szlovéniában 2003-ban indult országos program, Litvániában 2004-ben. Lengyelországban és Dániában 2007-ben, a Cseh Köztársaságban és Írországon 2008-ban, Szerbiában és Görögországban 2011-ben, míg Romániában és Horvátországban 2012-ben került bevezetésre szervezett szűrőprogram. Bulgária és Szlovákia területén opportunisztikus jelleggel működik a szűrés. A legtöbb országban 3 évente vizsgálják a 25–65 év közötti nőket, főként nőgyógyászok, szülésznők, valamint Magyarországon védőnők által végzett kenetvételek segítségével.^{33, 34, 6}

10.5.2. A méhnyakszűrés Magyarországon

Magyarországon a nőgyógyászati rákszűrés megteremtése az 1950-es években kezdődött, Lehoczky Győző onkológus munkássága idejére tehető. Az Országos Onkológiai Hálózat működési szabályzata 1954-ben elrendelte a 30 év feletti nők tömeges szűrését. A szűrést kezdetben kolposzkóppal végezték, a citológiai vizsgálat megjelenése a vizsgálatok részeként később, az onkológiai hálózat kiépítése után, az 1960-as években ter-

jedt el. Az első tíz Citodiagnosztikai Állomás 1960-ban alakult, majd ezután évről-évre nőtt a kenetvizsgálatot végző laborok száma. Emiatt 1972-től megkezdődött a citológiai előszűrő asszisztensek képzése, így lehetővé vált a citológiai minták széleskörű alkalmazása a rákelenes tömegszűrésben. Az Országos Onkológiai Intézet és az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet által közösen kidolgozott, 1977-ben kiadott módszertani levél a nőgyógyászati vizsgálat részeként határozta meg a méhnyakrák szűrését, a citológiai mintavételt. A cél a 30–69, majd a 20–70 éves nők háromévente, később két évente végzett citológiai vizsgálata volt. Ekkorra megteremtődött a tömegszűrés feltételrendszerre mind személyi, mind pedig kapacitásigény tekintetében.^{7, 35, 36, 37}

1981-ben az Egészségügyi Minisztérium meghirdette az úgynevezett „cervix-programot”, amelynek kereteiben a 20–65 év közötti nők citológiai szűrővizsgálatát végezték el két évente. A program hatására az elhanyagolt állapotban felfedezett méhnyakrákok előfordulása csökkenni kezdett, egyre több rákmegelőző állapotban levő esetet sikerült kiszűrni. Ennek ellenére a lakosság átszűrtsége sajnos nem javult, a méhnyakrákból eredő halálzási mutatók nem jeleztek csökkenést, ami abból adódott, hogy azok a nők, akik rendszeresen jártak nőgyógyászhoz, indokolatlanul gyakran kerültek szűrésre, a nőgyógyászhoz nem járó nők pedig egyszer sem.^{38, 39, 40}

A cervix-program sikertelenségét követően elindult egy modellprogram 1995-ben a Világbankkal történő együttműködés keretében. A kezdeményezés célja a hatásos és hatékony, szervezeten működő szűrés nemzetközi irányelvek szerinti megvalósulásának támogatása volt. Az akkori irányelvek szerint a szűrést 25–65 év közötti nők körében kell elvégezni 2-3 évente, de nem gyakrabban. A szervezett és alkalmoszerű szűrési elemeket egyaránt tartalmazó modellt eleinte négy budapesti kerületben vezették be, majd 1997-ben kiterjesztették Budapest egészére, illetve Pécs és Miskolc területére.^{41,42}

A mortalitás továbbra is magas volt, ennek az 55 év alattiak körében 2010-re történő 10%-os csökkentése céljából kidolgozásra került 2001-ben az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program, ami a 20–65 éves nők méhnyakszűrésére irányult. A népegészségügyi programot Kormányhatározat formájában is meghirdették (1030/1994), de sajnos nem került megvalósításra. Helyette az Országgyűlés meghirdette az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programját”, melyben személy szerinti meghívásos követési rendszert vezettek be. Az Országgyűlés 46/2003 (IV. 16) számú határozatában fogadta el a stratégiai programot, és az első 500 meghívólevél kiküldésével 2003. szeptem-

ber 29-én elindult az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) szervezésében a teljes női lakosságra kiterjedő, országos szervezett szűrési program. A 25–65 év közti nőket invitálták szűrésre, egy negatív eredmény esetén háromévente. A program első három évében (2003–2006) a meghívottak alig több mint 5%-a vett részt a vizsgálaton.^{43,44,45}

2005-ben az alacsony részvételi arányok emelését célozva az ÁNTSZ meghirdette a „Liliom-programot”, ahol nyereséjével ösztönözték a nőket a részvételre. A program eredményeként a korábbi 4%-ról 8%-ra nőtt a megjelenési arány, és olyan nőket is sikerült megszólítani, akik azelőtt nem vettek részt semmilyen nőgyógyászati szűrővizsgálaton. A program folytatásaként hirdették később a „Liliom II” programot melynek részeként kísérleti jelleggel egyedülálló kezdeményezés – a védőnői mintaprogram – indult. A mintaprogram célja a védőnők bevonása volt a szűrés elvégzésébe, ezzel közelítve több uniós országban már eredményesen működő gyakorlathoz, ahol is egészségügyi szakdolgozók végzik a kenetvételt, ami által jelentősen növelhető az átszűrtség. A program hatására 10%-ra nőtt a megjelenési arány, a mortalitás pedig 15%-kal csökkent. A kezdeményezés zárásaként meghirdették a program harmadik periódusát is. A programok három éve alatt közel 50 000 nő vett részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton, és külön jelentős eredmény, hogy a megjelenők közel fele korábban még sosem, vagy 5 évnél régebben volt utoljára szűrésen.^{46,47,48}

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által készített felmérés szerint a Liliom-program óta ismételtelen mindössze a lakosság 5%-a jár el méhnyakszűrésre, a bekövetkező halálesetek hátrányos gazdasági és társadalmi helyzetű, alacsony iskolai végzettségű nők körében fordulnak elő, akik közül legtöbben nem részesültek korábban egyszer sem szűrésben. Emiatt sürgető feladat volt a célcsoport elérésének és megnyerésének megszervezése, a hozzáférhetőség biztosítása, különösen a falvakban élő nők számára. Mindezek érdekében 2008-ban elindult a Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram (VMMP), melynek célkitűzése a nyugat-európai modell mintáján alapuló szűrési gyakorlat megvalósítása, amiben az alapellátás személyzete (házi orvos vagy védőnő) végzi a kenetvételt. A program feltétele a védőnők megfelelő képzésben való részesítése, és ezáltal a népegészségügyi szűrésben való szerepük megjelenítése a védőnői kompetenciában. A program három éven át zajlott, időközben egyre több védőnő jelentkezett és vett részt elméleti, kommunikációs és nőgyógyász szakorvos felügyelete alatt végzett kenetvételi gyakorlati

képzésben. Áldozatos tevékenységüknek köszönhetően olyan nőket is sikerült elérni, akik korábban sosem, vagy csak nagyon hosszú évekkal azelőtt vettek részt utoljára méhnyak szűrővizsgálaton. Mindemellett a korábbi szervezett szűrésen való megjelenési adatok – 2,5–6,6% – jelentős emelkedést mutattak, a részvétel 24,1% volt. Az első 3 év tapasztalatai szerint biztatóak az elért eredmények, és mindazok alapján a program folytatása, kiterjesztése a szükséges feltételek megteremtése mellett lehetővé válhat. Ezzel a hazai szűrési program végrehajtási módszere közelíteni tud a nemzetközi, szakdolgozók által végzett szűrési gyakorlathoz.^{44,49,50,51,52,53,54,55}

10.6. A szűrővizsgálat egészség-gazdaságtani vonatkozásai

A szervezett szűrési programok megteremtéséhez pénzügyi forrásokra van szükség, és mivel a költségvonzatuk jelentős – többletkiadást jelentenek az egészségbiztosítás és az egészségügy számára –, olyan módon szükséges a pénzügyi kereteket felhasználni, hogy a lehető legnagyobb egészségnyereséget eredményezzék. A vizsgálatok elvégzésének köszönhetően az elvárások szerint emelkedik a korai stádiumban felismert esetek, és csökken az előrehaladott állapotok száma, ezáltal a szükséges kezelések költségei mérséklődhetnek – csökkenhet az utógondozás, halálozás. Ezzel egyidejűleg, ugyanakkor kezdetben megemelkedik az újonnan diagnosztizált esetek száma, melyek kezelést igényelnek. Emellett a túldiagnosztizálás is költségemelkedéssel jár, hiszen ezen esetek kezelésére szűrés nélkül nem lett volna szükség. Az, hogy a szűrővizsgálatból származó haszon által termelt költségcsökkenés ellensúlyozza-e a működtetési költségeket, csak egyes daganatok, illetve szűrési módszerek átfogó elemzése kapcsán állapítható meg. Ezen eredmények értékelése egészség-gazdaságtani elemzések segítségével lehetséges.

Elemzések szerint a populációs méhnyakszűrésben elsődlegesen alkalmazott Pap-teszt megfelel az Egészségügyi Világszervezet által támasztott követelményeknek, ugyanakkor a szűrés költség-haszon mérlege csak jól megválasztott szűrési módszerrel biztosítható. A leginkább költségghatékony az a stratégia, amikor szervezett szűrésben egy kisebb célcsoportot szűrnek ritkább időközökkel, hiszen akár a megcélzott lakosság kiszélesítése, akár a vizsgálat gyakrabban való elvégzése költségemelkedéssel jár, ugyanakkor a megmentett életévek száma nem követi szorosan ezt az emelkedést. Ezt okozhatja, hogy a legmagasabb finanszírozandó elem, a szűrési költség, ami több nő szűrése esetén emelkedő

költséggel jár, valamint, hogy a méhnyakrák meglehetősen hosszú idő alatt alakul ki, a sűrűn végzett szűrések általában alacsony számú új esetet fedeznek fel.^{7,56}

A szűrővizsgálatok finanszírozása folyamatos küzdelmet jelent az egészségpolitikai döntéshozóknak és az egészségbiztosítóknak. A vastagbél- és emlődaganatok esetén a kezelési költségek jóval magasabbak a szűrési költségeknél, azonban méhnyakrák estében az éves szűrés ára a választott módszertől függően akár jóval magasabb is lehet a daganat éves kezelésre fordított költségeinél.¹³

A hazai szervezett lakossági szűrésekkel – emlőszűrés, vastagbél- és méhnyakszűrés – kapcsolatban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) egészség-gazdaságtani elemzéseket folytatott, annak érdekében, hogy a költséghatékonysági mutatók elérhetőek legyenek.

Az országos szintű szervezett szűrés bevezetése előtti években Boncz I. és munkatársai meghatározták a 10 év alatt elérhető életévnyereséget a méhnyakszűrés kapcsán. Kétféle kimenettel számoltak, egy optimista becsléssel, melynél 10 év alatt 38,43%-kal, míg a másik, pesszimista modell szerint ugyanezen idő alatt 19,60%-kal csökken a halálozás. Az egy megmentett életévre fordított kiadás sikeres program mellett 16,6 millió Ft, kevésbé sikeres program esetén 33,8 millió Ft lenne. A szűrési intervallumokat figyelembe véve a költségek 3 évente történő vizsgálat esetén 62,5%-kal csökkenthetőek. Életévekre vetítve, egy megmentett életév eredményes program alkalmával 0,7 millió, kevésbé sikeres szervezés esetén 1,5 millió Ft, mely értékek a finanszírozó számára elfogadhatónak bizonyultak. A pesszimista számítási módszer szerint, amelyben 10 év alatt 19,60%-os halálozáscsökkenés érhető el – a megmentett életévek száma 523 lehetne, optimista számítási alapon pedig 1065. Meg kell azonban jegyezni, hogy a sikeres szűrőprogram működésének alapfeltétele a női lakosság részéről nyújtott compliance. A szűrésbe vont célcsoport 40–50%-a volna elérhető az ismeretek szerint behívó-visszahívó rendszer alkalmazásával. Emellett plusz 5% eléréséhez segíthet hozzá az utazási támogatás biztosítása, az utazás megszervezése a nők számára. Ennél magasabb arány a meghívottak egy szűkebb, speciális réteg csoportjára kidolgozott stratégia eredményeként érhető el, vélhetően többletköltségek – pl. a média bevonása – felmerülésével.^{12, 13, 57, 58}

10.7. Összefoglalás

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a cervix carcinómák kialakulása, valamint a belőlük eredő halálozások előfordulása megelőzhető/csökkenthető a probléma korai felismerése és kezelése révén. A szűrővizsgálat lehetőségének megteremtése hazánkban, melynek a halálozási mutatók csökkenő irányzata köszönhető, hosszú időt vett igénybe, a mai napig is változtatásokkal küzd. Kévéssé és késve követte a nemzetközi iránymutatásokat és azok eredményeit. A szűrés lehetősége rendelkezésre áll, a módszereként alkalmazott kenetvételel bizonyítottan hatásos vizsgálati mód az ajánlások szerint, a szűrés költségei egészség-gazdaságtani elemzések alapján is elfogadhatóak, ennek ellenére a szűréstől joggal várható hozadék nem következik be, aminek oka vélhetően részben a nők szűrésen való részvételi hajlandóságának, egészségtudatosságának hiánya. Ennek megoldása komoly kihívást jelent a szakemberek számára, akik folyamatosan minden lehetséges eszközzel küzdenek a helyzet megoldásáért.

Irodalom

- 1 Döbrössy L.: A daganatos betegségek helyzete és várható alakulása (a XX. század üzenete) <http://efrirk.antsz.hu/szures/Kopperjeney.pdf> (Pécs, 2015. 01. 13.)
- 2 World Cancer Research Found International <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data> (Nagyatád, 2015. 02. 10)
- 3 Human Papillomavirus and Related Diseases Report WORLD ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) 2014 (<http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>) (Pécs, 2015. 02. 10)
- 4 Human Papillomavirus and Related Diseases Report EUROPE ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) 2014 (<http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XEX.pdf>) (Pécs, 2015. 02.10)
- 5 International Agency for Research on Cancer ECO: <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=968#block-table-f> (Pécs, 2015. 02. 10)
- 6 Polona, JM, Katja, S et al.: Cervical cancer screening practices in central and eastern Europe in 2012. *Acta Dermatovenerologica APA* 2013;22:7–19.
- 7 Döbrössy L.: Szűrés: szakmai és szervezési irányelvek: A szakterület mai állása. In Döbrössy L.: Daganatok szűrése minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. Országos Tisztifőorvosi Hivatal. Budapest, 2013.
- 8 Egészségügyi statisztikai évkönyv 2013. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2014.

- 9 World Health Organization Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> HFA-online http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_286565001426277216&ind=2361 (Pécs, 2015. 02. 10)
- 10 Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2010. (2011) Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- 11 Ember I., Kiss I., Sándor J.: A daganatok epidemiológiája és prevenciója. Dialóg Campus Kiadó, Pécs-Budapest. 2000.
- 12 Kovács A., Boncz I.: A szekunder prevenció onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon. Népegészségügy 2009; 87(4):265–274.
- 13 Boncz I., Sebestyén A., Pál M., Sándor J., Dózsa Cs., Gulácsi L.: A szervezett lakossági méhnyak-, emlő- és colorectalis szűrővizsgálatok egészség-gazdaságtani vonatkozásai. In Gulácsi László (szerk.) Egészség-gazdaságtan. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2005. 519–538.
- 14 European Commission: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg, 2008. (http://screening.iarc.fr/doc/ND7007117ENC_002.pdf) (Pécs, 2015. 02.10)
- 15 Európai Bizottság Brüsszel, 2014. 9. 23. COM (2014) 584 final. A Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának (http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/2nd_implreport_cancerscreening_co_eppac_hu.pdf) (Pécs, 2015. 02. 12)
- 16 Sigurdsson K.: Cervical cancer: cytological cervical screening in Iceland and implications of HPV vaccines. Cytopathology. 2010; 21(4):213–22.
- 17 Anttila, A, Nieminen P.: Cervical cancer screening programme in Finland. European Journal of Cancer 2000; 36:2209–2214.
- 18 Dillner J.: Cervical cancer screening in Sweden. European Journal of Cancer 2000; 36:2255–2259.
- 19 Bigaard J., Hariri J., Lynge E.: Cervical cancer screening in Denmark. European Journal of Cancer, 2000; 36:2198–2204.
- 20 Viberga, I, Engele, L, Baili, P: EUROCHIP Working Group. Past, present and future of the cervical cancer screening in Latvia. Tumori. 2010;96:529–37.
- 21 Public Health England NHS Cervical Screening Programme <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/about-cervical-screening.html#lbc> (Pécs, 2015. 02. 12)
- 22 Comber, H., Gavin, A.: Recent trends in cervical cancer mortality in Britain and Ireland: the case for population-based cervical cancer screening. British Journal of Cancer, 2004; 91:1902–1904.
- 23 Ballegooijen, Mv, Hermens, R: Cervical cancer screening in The Netherlands. European Journal of Cancer, 2000; 36:2244–2246.
- 24 Anttila, A, Ronco, G: Working Group on the Registration and Monitoring of Cervical Cancer Screening Programmes in the European Union; within the European Network for Information on Cancer (EUNICE). Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. Eur J Cancer. 2009; 45:2685–708.
- 25 Arbyn, M, Oyen, Hv: Cervical cancer screening in Belgium. European Journal of Cancer, 2000; 36:2191–2197.
- 26 Schenck, U, Karsa, Lv: Cervical cancer screening in Germany. European Journal of Cancer 2000; 36:2221–2226.
- 27 Breitenecker, G, Wiener, H, Stani, J: Cervical cancer screening in Austria. European Journal of Cancer. 2000; 36(17):2189–2190.
- 28 Kesic, V, Markovic, M, Matejic, B, Topic L: Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. Gynecologic Oncology, 2005; 99:222–225.
- 29 Perišić, Z, Plešinac-Karapandžić, V, Džini, M, Zamurovi, M, Perišić, N: Cervical cancer screening in Serbia. Vojnosanit Pregl 2013; 70(1):86–89.
- 30 Vrdoljak-Mozetic, D, Ostojčić, DV et al.: Cervical cancer screening programme in Primorsko-Goranska County, Croatia – the results of the pilot study. Coll Antropol. 2010; 34(1):225–32.
- 31 Riza, E, Kyriakogianni-Psaropoulou, P, Koumantakis E et al.: Cervical cancer screening in Greece. Eur J Cancer 2000; 36(17):2227–+32.
- 32 Republic of Slovenia Ministry of Health The National Cancer Control Programme (NCCP) http://www.dpor.si/en/?page_id=95 (Pécs, 2015. 02. 12)
- 33 IARC (WHO) Handbooks of Cancer Prevention Volume 10 Cervix Cancer Screening 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/HANDBOOK10.pdf>) (Pécs, 2015. 02. 12)
- 34 Anttila, A, Karsa von, L, Aasman, A et al.: Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. European Journal of Cancer 2009; 45:2649–2658.
- 35 Döbrössy L., Lust I., Bodó M.: A korai méhnyakrák komplex diagnosztikája. Medicina, Budapest, 1978.
- 36 Bodó M., Sugár J., Döbrössy L., Lust I., Frekat N.: Citológiai vizsgálattal kiegészített nőgyógyászati rákszűrések eredményei Budapesten. Orvosi Hetilap 1981; 122(9):509–511.
- 37 Bodó M., Döbrössy L., Töttössy B., Péter Z.: Megvalósulás útján a citológiai méhnyakrákszűrés Magyarországon. Orvosképzés 1982; 57:266–270.
- 38 Bodó M., Döbrössy L.: A citológiai vizsgálatra alapozott cervix-program eredményei és kilátásai. Orvostudomány, 1982; 33:391–394.
- 39 Bodó M., Cseh I., Bősze P.: Alarmhelyzet a cervixprogramban, kérdések és feladatok. Magyar Nőorvosok Lapja 199; 54:373–375.
- 40 Döbrössy L.: A méhnyakrákszűrés öt évtizede Magyarországon. Nőgyógyászati Onkológia 2007; 12:5–9.
- 41 Szánthó A., Demeter A., Papp Z.: A méhnyakrákos betegek ellátásának aktuális helyzete hazánkban (A felismerés). Orvosi Hetilap 1994; 135(17):899–902.
- 42 Bodó M., Döbrössy L., Liszka Gy., Ottó Sz., Péter Z.: Rákszűrés Magyarországon: Modellprogramok világbanki támogatással Orvosi Hetilap 1997; 138(28):1801–1804.
- 43 Lun K.: Indul a lakossági nőgyógyászati szűrőprogram. Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle 2002; 1:10–14.
- 44 Kovács A., Döbrössy L., Budai A., Boncz I., Cornides Á.: A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. Orvosi Hetilap 2007; 148(12):535–540.

- 45 Országos Tisztifőorvosi Hivatal Méhnyakszűrési Munkacsoport Lakossági méhnyakszűrés az „Egészség Évtizede” program keretében: törekvések a nőgyógyászati rákszűrés korszerűsítésére Magyarországon. *Orvosi Hetilap* 2004; 145(1):3540.
- 46 Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (<http://meszk.hu/info.aspx?sp=1#3>) http://www.meszk.hu/portal/downloads/2006/Liliom_0606.doc (Nagyatád, 2011. 01. 05)
- 47 Daganatok.hu (www.daganatok.hu) <http://daganatok.hu/20070924-egyre-eredmenyesebb-a-mehnyakszures-nepszerusito-program>(Nagyatád, 2011.01.05)
- 48 Webbeteg (www.webbeteg.hu) (<http://www.webbeteg.hu/cikkek/daganat/937/kevesebben-halnak-meg-mehnyakrakban>) (Nagyatád, 2011. 01. 25)
- 49 Budai A.: Behíváson alapuló szűrések szervezését támogató programok eredményei. *Népegészségügy* 2011; 89(4):307–312.
- 50 Molnár K., Kovács A., Fuchs N., Vajda R., Kriszbacher I.: A védőnői cervix (méhnyak) szűrés illeszkedése a népegészségügyi programba. *Egészség-Akadémia* 2011; 2(2):116–125.
- 51 WebORVOS Online Egészségügyi Magazin (www.weborvos.hu) http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/vedonoi_mintaprogram_ujabb_kepzes_ujabb/158499/ (Pécs, 2015. 01. 27)
- 52 Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (www.antsz.hu) http://www.antsz.hu/portal/down/kulso/aktualis/vedonoi_mintaprogram_20090610_j.pdf (Nagyatád, 2011. 01. 25)
- 53 Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (www.antsz.hu) http://www.antsz.hu/portal/down/kulso/aktualis/vedonoi_mintaprogram_20091200.pdf (Nagyatád, 2011. 01. 25)
- 54 Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (www.antsz.hu) http://www.antsz.hu/portal/down/kulso/euigazgatas/vedono/Mar_tobb_szaz_telepulesen_kapcsolodnak_be_a_mehnyakszuresbe_a_vedonok_20100714.pdf (Nagyatád, 2011. 01. 25)
- 55 Fehér E.: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve. *Nővér* 2012; 21(2):5–9.
- 56 Muszbek N., Koncz T., V. Hajdú P., Ádány R.: Daganatos betegségek korai felismerésére irányuló populációs szintű szűrőprogramok egészség-gazdaságtani elemzése-rendszerezett irodalmi áttekintés *Magyar Onkológia* 2000; 46(2):119–129.
- 57 Lampé Zs., Sebestyén A., Boncz I., Ember I.: A preventív szűrővizsgálatok költségvonzatának értékelése egészségbiztosítási szempontból. *Népegészségügy* 2000; 81(4):4–8.
- 58 Kovács A., Döbrössy L., Budai A.: A szervezett, célzott népegészségügyi onkológiai szűrés programja. In Dózsa Cs., Sebestyén A.: Fej-nyaki daganatok prevenciója és ellátása. OEP Pécs, 2003 Pécs, 31–45.

11. Vezetési kihívások és módszerek a közszférában: az egészségügyi intézmények specialitásai

FARKAS FERENC

11.1. A közszféra vezetési-szervezeti jellemzői

A közszféra (kormányzati szektor) szervezetei nagyban különböznek a magánszektorbeli társaiktól. Ezek egyik legnagyobb problémája, hogy nehéz megállapítani ki is az igazi ügyfél. Valójában már az elnevezésben sincs egyetértés: előfordul a vevő, a fogyasztó, a felhasználó, az érdekelt, az állampolgár, az adófizető, a szavazó, vagy akár összességében a köz, mint e szervezetek célcsoportja. Koci (2005. In Oparin-Salamon, 2013) az állampolgárok kilenc célcsoportját (klaszterét) különbözteti meg:

1. az állampolgár, aki egy közösség tagja (pl. adófizető);
2. az állampolgár, aki közintézmények felhasználója (verseny nélküli, ingyenes használat);
3. az állampolgár, aki közintézmények felhasználója, de köteles használni a szolgáltatást;
4. az állampolgár, aki adminisztratív jogszabályoknak van alávetve (korlátozott mozgástérrel);
5. az állampolgár, aki jóléti szolgáltatásokat vesz igénybe;
6. az állampolgár, aki közszolgáltatásokat pénzért vesz igénybe;
8. közberuházó, aki szakmai kapcsolatban áll a közszervezettel;
9. szervezeti egységek, amelyek belső szolgáltatást nyújtanak;
10. munkatársak, akik belső vevők.

A vezetők számára további nehézség, hogy a küldetés és a fennálló igények kielégítése között ellentmondás jelentkezhet. A felmerülő igények ellentétben állhatnak a társadalom hosszú távú céljaival, érdekeivel, illetve az is elképzelhető, hogy a szuverén, egyedi igények nem

állnak összhangban a társadalmi igényekkel. Azoknál a közintézményeknél, ahol lehetőség van bevételszerző tevékenységet folytatni, a bevétel maximalizálásának elve szintén összeütközésbe kerülhet a szervezet küldetésével. Társadalmi viselkedésre is irányulhat a szervezet tevékenysége, például a célközönség viselkedésének megváltoztatása szintén megjelenhet közcélként. Mindez a vezetők „fejében” és napi viselkedésében konfúz helyzeteket eredményezhet.

A siker mérése az ellentmondó célkitűzések következtében bizonytalanává válik. A közintézmények nem pénzügyi természetű célokat tűznek ki, hajlamosak a túlköltekezésre, ami viszont a társadalmi haszonnal elensúlyozódik – legalábbis elméletileg, vagy a kommunikáció szintjén.

Az is tény, hogy:

- Az ügyfelek, rajtuk keresztül az igények, nem egyértelmű meghatározhatósága jelentősen megnehezíti azt, hogy a szervezetek egyértelműen dönhessenek a szervezeti változások valamennyi érdekelt számára megfelelő irányáról.
- Sok közszervezetnél hiányzik a vezetői döntéshozatal lehetősége, vagyis a felettes szervek felülbírállhatják a helyi kezdeményezéseket.
- A közszféra szervezetei szigorú jogi keretek között működnek, ami a jól megszokott, bevált eljárások alkalmazásának kedvez, nem pedig a különböző menedzsment eszközök és problémamegoldó módszerek bevezetésének.
- A közintézmények költségvetését tipikusan az előző évi büdzséhez képest állapítják meg és minden új tevékenységet és annak pénzügyi vonzatait alaposan alá kell támasztani. Ennek függvényében a döntéshozók nem szívesen kezdeményeznek olyan programokat, amelyek eredményei nem kézzelfoghatók és csak hosszú távon várható a megtérülésük.

11.2. Vezetői feladatok

A közintézmények vezetői azonban minden bizonnyal befolyással bírnak a következőkre:

- döntés a beavatkozásról,
- a ráfordítandó erőforrásokról,
- a megvalósítás módjáról és
- a kommunikációról.

A szervezetek megváltoztatásának egy hatékony módja az, ha a meglévő, munkával, munkakörrel kapcsolatos problémák kezelése, illetve jövőbeli előmenetel elősegítése érdekében az egyéni képességek és kompetenciák fejlesztésére helyezik a hangsúlyt. Ez valójában az emberi erőforrás fejlesztését jelenti. A mögöttes elképzelés az, hogy az emberek azok, akik a szervezetet alakítják – a tanulás révén. Az, hogy a fejlesztés formális tréningeken keresztül zajlik, vagy a kollégák egyéni motiváltságuk révén kezdenek új ismeretek szerzésébe, kevésbé számít. A modell lényege, hogy a szervezeti struktúrát az egyéneken keresztül formálja át azáltal, hogy támogatja a tanulást és az önfejlesztést. A modellek összefoglaló jellemzőit az alábbi táblázat tartalmazza:

11.1.2. Új közmenedzsment

A tradicionális módon működő közigazgatáshoz kapcsolható kormányzati kudarcok (pl. a vevői igények gyenge képviselete, monopolisztikus szakmai csoportok létrejötte, felduzzasztott bürokrácia) leküzdésére, összességében a közszféra működésének javítására, és a hivatalnokok elszámoltathatóságának növelésére tett erőfeszítések a menedzsmentmódszerek elterjedését eredményezték, és az új közmenedzsment (New Public Management, NPM) reformmozgalom kialakulásához vezettek. Az új közmenedzsment a közszektor hatékonyságának, eredményességének, és a fogyasztó-

orientációjának növelésére, az állam leépítésére, a privatizációra és az ún. piaci típusú mechanizmusokra való fokozott támaszkodásra, illetve a kormányzás problémáinak menedzser típusú megközelítésére és a magánvállalati menedzsmentben alkalmazott technikák fokozott átvételére helyezi a hangsúlyt. Az új közmenedzsment legfontosabb elemei:

- Aktív szakmai irányítás – egyértelmű felelősségvállalás és szabad döntéshozatal a felső vezetésben;
- Explicit standardok és teljesítményindikátorok alkalmazása – célok meghatározásával az eredmények mérhetővé tétele;
- Output ellenőrzés hangsúlyozása – az eredmények kiemelése az elvárások helyett;
- Kisebb szervezeti egységek felé történő elmozdulás – a monolitikus intézmények menedzselhető egységekre bontása, ezáltal „karnyújtásnyi” távolság az ügyek intézésében, a fogyasztói igények kiszolgálásában;
- Nagyobb versenyszellem kialakítása – a verseny jelenlétével kisebb költségek és jobb minőség elérése ott is, ahol az korábban nem volt jellemző;
- Fókusz a magánvállalati menedzsment módszereken – bevált menedzsmenteszközök átvétele;
- Nagyobb fegyelem az erőforrás-felhasználásban: költséghatékonyság és takarékoság;
- Output-orientált költségtervezés – nemcsak a működési költségek, hanem az emberi erőforrás költségeinek átláthatóvá tétele és outputokhoz való hozzárendelése;
- Vállalati kormányzás új formáinak bevezetése – a választott képviselők befolyásának csökkentése érdekében igazgatósági testületek vállalatkormányzási modelljének alkalmazása;
- Menedzsment decentralizálása – lapos struktúrák kialakítása;

11.1. táblázat. A közintézményi szervezetváltoztatási modellek jellemzői

	Cél-eszköz	Inkrementális	Pluralista	Individuális
Fókusz	Belső rendszerek és folyamatok	Helyi szervezeti egység	Társadalmi/gazdasági probléma	Szervezet, (egyéneken keresztül)
Hajtóerő	Rendszerszintű problémák, vagy lehetőség a változásra	Környezeti probléma megoldása	Válság vagy súlyos társadalmi probléma	Beosztás-, munkahelyváltás
Vezetés	Stratégiai, top-down	Decentralizált	Megosztott, közös	Saját
Főbb eszközök	Stratégiai tervezés, TQM, folyamatok újrászervezése	„Kis győzelmek” projektjei	Közös gazdaság- vagy társadalompolitika kialakítása	Karriermenedzsment, szervezetfejlesztés, oktatások, tréningek
Problémák területei	Hosszú távú elkötelezettség hiánya, erőforráshiány	Felhatalmazás hiánya, probléma fennmaradása	Követés nehézségeibe ütközik, politikai beleszólás	Szervezeti elkötelezettség hiánya, erőforráshiány

- Szervezeti tanulás és fejlesztés – a szervezeti kultúra megváltoztatása top-down és bottom-up módszerek kombinálásával;
- Ügyfél-orientáció és a minőség középpontba állítása;
- Foglalkoztatási kapcsolatok megváltoztatása – versenyképes munkaerő alkalmazása határozott idejű szerződések és teljesítményhez kapcsolt fizetések kialakításával.

A magánszektorból átvett vezetési-szervezeti eszközök adaptálása nem problémamentes a közintézmények számára. Ennek ellenére már számos országban a menedzsment eszköztár főbb elemeit sikerült átültetni a közintézmények gyakorlatába. Szinte minden eszköz esetén szükség volt azonban a korlátozó faktorok azonosítására, illetve bizonyos módosításra, ország-specifikus megoldásokra, hogy alkalmazhatóvá váljanak az új környezetben. A menedzsment módszerek használata azonban nagy segítséget jelent a közintézmények vezetői számára, hogy a változások irányítását sikeresen oldják meg. Az „NPM” jelentőségéről írva Gajdusчек György és Hajnal György (2010) megállapítják azt a (ma is megfigyelhető) sajnálatos tény, hogy az NPM a kormányzati reformpolitika mellett (helyett) kormányzati beszédet: retorikát, kormányzati-poetikai kommunikációt, szimbolikus cselekvést stb. jelent. Holott a fejlett és kevésbé fejlett piacgazdaságok esetében az NPM-nek reális talaja van az alábbi területeken:

- az állam leépítésének, visszaszorításának igénye,
- a kormányzati-közösségi körben maradó szolgáltatásokkal szemben megjelenő hatékonysági követelmények,
- a piaci típusú mechanizmusok működtetése,
- a „menedzserializmus” ideáljának megjelenése a közintézményeknél.

Ez utóbbi jelenség előbb-utóbb eléri a szervezetek és az egyének szintjét is. A korábbi bürokratikus jellegű szervezetek és azok irányítási módjának helyébe valami más, valami új lép. Mind a nemzetközi (Pollitt 2001), mind a magyar (Hajnal 2004) gyakorlat azonban azt mutatja, hogy nagyon hosszú és fáradságos folyamat eredményeként várható, hogy a közintézményekben folyó vezetés eléri azt a fejlettségi fokot, amelyet a versenyszektorra vonatkozó elméletek és gyakorlatok fel tudnak mutatni jó száz éves történetükben.

11.2. Vezetéseméleti alapok

A **leadership** vagy más néven **vezetés** az a folyamat, amelyben másokat inspirálunk a munkára; vagy arra, hogy elvégezzenek fontos feladatokat. Ez az egyik legnépszerűbb menedzsment téma, és kritikus a menedzsment további folyamatainak (funkcióinak) szempontjából.

- A tervezés kitűzi a célokat és megmutatja a célokhoz vezető irányokat, elkészíti a célokhoz vezető utak „térképét”.
- A szervezés erőforrásokat rendel a célokhoz, annak érdekében, hogy azok a kijelölt úton haladhassanak.
- A vezetés (leading) megteremti az emberek elkötelezettségét és lelkesedését, hogy minden adottságukkal és tudásuk teljes spektrumával a terv megvalósulását segítsék.
- A kontrolling pedig megbizonyosodik arról, hogy a minden a tervezettnek megfelelően halad.

Évszázadok óta tudjuk, hogy egyes emberek jó vezetőknek bizonyulnak, míg mások elmaradnak az elvárásoktól. De miért? Melyek azok a tényezők, amelyek meghatározzák a sikert? Ezekre a kérdésekre keressük a választ a következő részben.

11.2.1. A vezetés sajátosságai

A korai leadership-kutatások olyan univerzális sajátosságokat, jellemvonásokat kerestek, amelyek megkülönböztetik a sikeres és a sikertelen vezetőket. A sokéves kutatás tanulságait a következőkben foglalhatjuk össze: Az emberek fizikai tulajdonságai, mint a magasság, a testsúly vagy a testalkat nem határozzák meg azt, hogy valaki sikeres vezető lesz-e vagy sem. Ugyanakkor már a korábbi fejezetben említettük, hogy a munkatársak, az ún. követők jó néhány dolgot tisztelnek, olykor csodálnak egy sikeres vezetőben. Egy 3400 menedzser elemzéséből készített tanulmány az 1980-as években azt mutatta meg, hogy a legnagyobb tiszteletnek örvendő vezetőket úgy írták le munkatársaik, mint becsületes, hozzáértő, előrelátó, inspiráló és hiteles személyiségek. Jól látható, hogy ezek **belső tulajdonságok**. Ezek a pozitív érzések erősíthetik a vezetők hatékonyságát, különösképpen tekintettel a jövőképek készítésére és a felhatalmazás képességére. A vezetők sikerességének további zálogai még a következő belső személyes vonások is: a lendületesség, a vezetés iránti vágy, a motiváció, a becsületesség és tisztesség, a magabiztosság, az intelligencia, a tudás és a rugalmasság. (Idézi Gál Z., Szabó L.,

2007: A menedzsment alapjai. Pannon Egyetemi Kiadó Veszprém)

11.2.2. A VEZETŐI VISELKEDÉS, MAGATARTÁS ALAPÚ ELMÉLETEK

A viselkedélméletek azt kutatták, hogy melyik vezetői stílus, melyik visszatérő vezetői magatartásminta vált be a legjobban, a gyakorlatban. Ugyanis amennyiben a kutatók megtalálták volna ezt a leginkább megfelelő vezetői stílust, akkor a cél az lett volna, hogy a vezetőket – képzéssel – felvértezzék azokkal a képességekkel és azzal tudással, amely sikeres menedzserré teszi őket.

A DuPont egykori egyik első női felsővezetője, amikor átvette a cégnél az emberi erőforrás részleg irányítását, azt a feladatot kapta, hogy a vállalatot családbaráttá alakítsa. Ezek alapján olyan vállalati programokat támogatott és vezetett, amely segítette a munkatársaknak megteremteni az egyensúlyt a vállalati és a családi elfoglaltságok között. Ilyen intézkedések voltak a munkamegosztás és „flexibilis ütemezés”, a napközi program és az idősgondozás bevezetése. Az alkalmazottak megnyerése érdekében (körültekintően szervezett) értekezleteket tartott, amelyeken megbeszéltek a dolgozókkal a programokat, és megnyerte a tetszésüket és a támogatásukat. Mivel tudta, hogy csak a felső vezetés bevonásával és támogatásával érhet el sikereket, előre megtervezett, adatokkal teli prezentációkat tartott nekik, gyakran felkereste őket, hogy felmérje az igényeiket és azokat az intézkedések között fogantatosítani tudja. Ezen kívül felállította a „munka-élet” bizottságokat, hogy a munkavállalói javaslatokat előtérbe helyezze és megbizonyosodott róla, hogy a vezérigazgató rendszeresen kinyilvánítja elkötelezettségét a programok mellett.

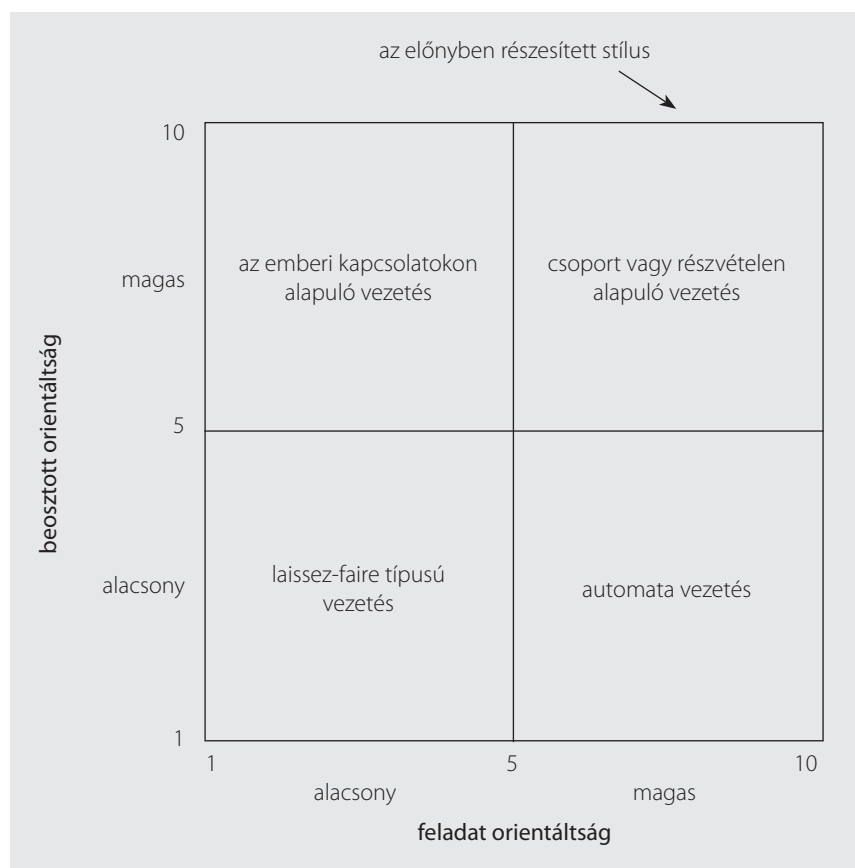
A legtöbb hagyományos leadership-kutatás arra összpontosított, hogy meghatározza, melyik vezetői stílus tekinthető feladat-orientáltnak és melyik beosztottcentrikusnak. (Lásd 11.2. ábra.) A két típus közötti különbségek tisztán láthatóak:

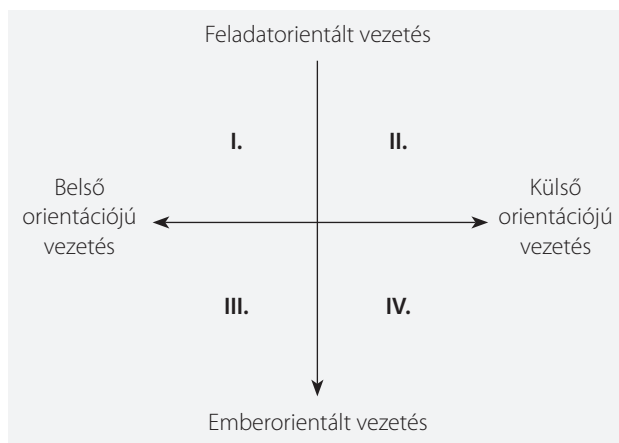
11.1. ábra. A vezetői viselkedést vizsgáló kutatások eredményei
Forrás: saját szerkesztés

Azok a vezetők, akik **feladatorientáltak, pontosan definiálják a feladatokat, kiosztják a felelőségeket, világos munka standardokat állítanak fel, ösztönzik a munkavégzést, és ellenőrzik a teljesítményeket.**

Ezzel szemben a **beosztottcentrikus** vezetők első-sorban **az emberi kapcsolatokra koncentrálnak.** Barátságosan közelednek beosztottaik felé, támogatják őket, fejlesztik velük a kapcsolatukat, tisztelik az érzéseiket és fogékonyak a problémáikra, valamint bizalmi légkört teremtenek.

Először úgy képzelték el a kutatók, hogy a fent említett két vezetői stílus egymást kizáró magatartásformákat takar. A kezdeti kutatások azt sugallták, hogy azok az alkalmazottak elégedettebbek és mutatnak jobb teljesítményt, akiknek főnöke a beosztottcentrikus vezetési módszerek követője. Azonban a későbbi vizsgálatok alapján elmondható, hogy mivel **az egyik felfogás alkalmazása nem zárja ki a másik jelenlétét, ezért azok a vezetők és vállalatok tudnak igazán sikeresek lenni, ahol a beosztottcentrikus és a feladatorientált vezetői stílusok megfelelő kombinációját alkalmazzák.** Az 1. ábra az egyes vezetői magatartásmintákat mutatja be annak megfelelően, hogy azok mennyire beosztott-, illetve mennyire feladatcentrikusak. Jól látható, hogy **a csapat és a részvételen alapuló vezetés az, amely mindkét skálán magas értékekkel rendel-**





11.2. ábra. A vezetési modellek csoportosítása
Forrás: Schmid, 2006. 187. o.

kezik. Ebben az esetben a vezető megosztja a döntési kompetenciákat az alkalmazottakkal, bátorítja a részvételt, és támogatja a csoportmunkát a feladatok megvalósítása érdekében.

A 11.2. ábra a vezetési stílusoknak egy jól ismert csoportosítását mutatja.

A fenti (11.2.) ábra tartalmi részleteinek ismerete nélkül is elfogadható az az érvelés, hogy a humán közösségi szolgáltatásokat nyújtó szervezetek és intézmények – mint az egészségügyi ellátó szervezetek – számára a III. mezőbe (feladatorientált külső) sorolható stílus a legmegfelelőbb. Ez azt jelenti, hogy:

- A vezetők viselkedése a szervezeti célok elérésére fókuszál.
- A vezetési stílus többnyire autokratív, centralizált, az erőforrások szervezeti célú felhasználásának dominanciáját követi.
- A vezető alapvetően feladatorientált személy, aki a humán tényezőket a szervezeti célok elérése szempontjából értékeli.

A szervezetben a döntéshozatal és a problémamegoldás a vezető formális autoritásán alapszik. A közintézményekben, így az állami tulajdonú egészségügyi szervezetekben, a 11.2. ábra két dimenzióját tekintve a vezetés fókusza elsősorban külső orientációjú lehet. (Erőteljes a függés a tulajdonos-finanszírozótól, az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő betegek számától, az egyes betegségek előfordulási gyakoriságától stb.) Így bármennyire is fontosnak tartaná a vezetés a belső orientációt (az egészségügyi ellátó személyzet elvárásait, érdekeit stb.), sokszor „gúzsba kötöten kénytelen táncolni”. Másrészről: a feladatorientáció az egészségügyi szervezetekben definitív: a megelőző és gyógyító szolgáltatások nyújtása olyan alapfeladat, amely felülír minden megfontolást.

11.2.2.1. FIEDLER KONTINGENCIA-MODELLJE

A Fred Fiedler által kidolgozott **kontingencia-modell** nem egy „legjobb megoldást” keres, hanem azt vallja, hogy *különböző helyzetekben más és más vezetői magatartás lehet célravezető*. A szituáció, azaz a kontextus által teremtett feltételek azok, amelyekhez alkalmazkodva kell megtalálni a megfelelő leadership módszert.

Kiterjedt kutatásai alapján Fiedler azt a következtetést vonta le, hogy egyik stílus sem lehet hatékony minden esetben, ugyanakkor minden stílus megfelelő lehet egy adott helyzetben.

Elméletében mind a feladat-, mind a beosztottcentrikus felfogásnak létjogosultsága van.

Úgy gondolta, hogy *a vezetői stílus a személyiség része és éppen ezért viszonylag állandó és nehezen változtatható*. (Fiedler modellje a vezetési stílusokról magyar nyelven megtalálható és részletesen tanulmányozható Bakacsi (2004) és Kispál-Vitai (2013) könyveiben).

Fiedler azt javasolja a vezetőknek, hogy *meglévő vezetői jellemzőiket rendeljék azokhoz a helyzetekhez, amelyekhez a legjobban illenek*.

Ahhoz hogy az adott helyzetet megfelelően megismerhessük, előbb **három kontingencia-változót** kell megismernünk:

- Az első a vezető-beosztott viszony minősége, amely a vezető csoport általi támogatottságát írja le, és lehet jó vagy rossz.
- A második a feladat strukturáltságának foka, amely a feladatok céljainak, a folyamatoknak, az irányelveknek a meghatározottságát méri, és lehet alacsony vagy magas.
- A harmadik pedig a vezető pozícióból fakadó hatalom foka, amely azt mutatja meg, hogy a mekkora jutalmazási vagy büntetési jogosultságot ad a vezetőnek a pozíciójából származó hatalom. Erős és gyenge értékeket különböztetünk meg ebben az esetben.

Fiedler elméletének tanulságait két állításban foglalhatjuk össze: **a vezető számára kedvező és kedvezőtlen helyzetekben a feladatközpontú vezetés a legmegfelelőbb választás; a köztes esetekben, amikor a mérsékelt kontroll a jellemző, akkor a beosztottcentrikus vezetők lesznek sikeresebbek.**

11.2.2.2. HERSEY ÉS BLANCHARD SZITUÁCIÓS MODELLJE

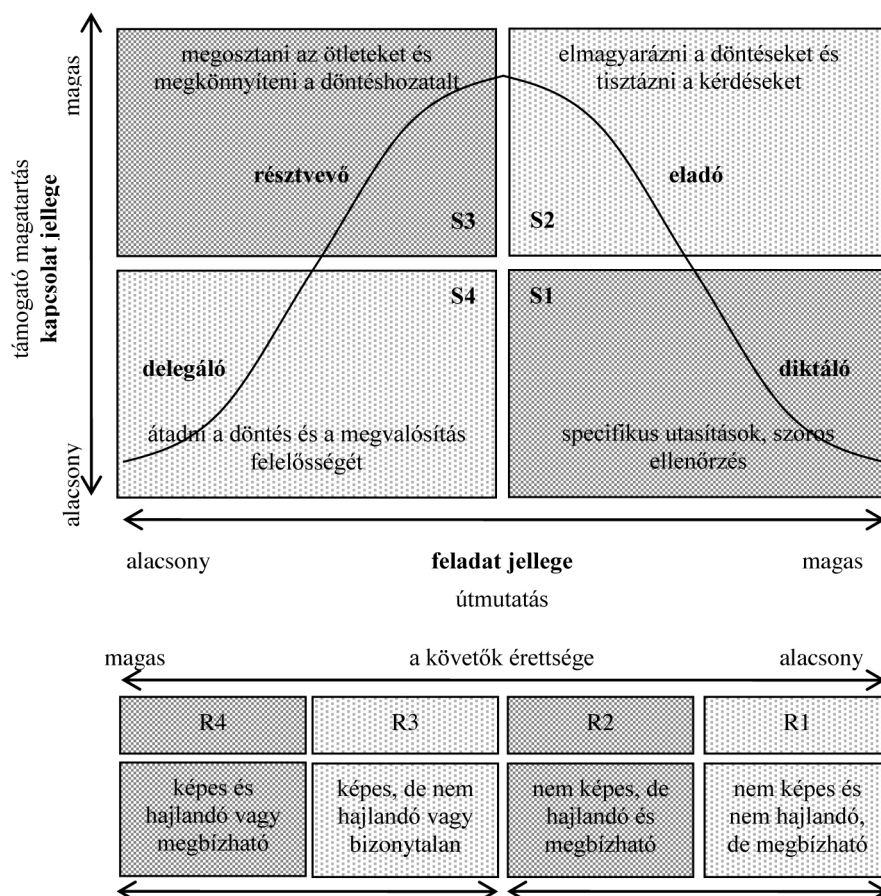
Hersey és Blanchard vezetési elmélete szerint *a sikeres vezetők a követők, azaz az alkalmazottak személyiségének érettségétől teszik függővé vezetői módszereiket*. Az **érettség** itt azt jelenti, hogy *az alkalmazottak mennyire haj-*

landóak és képesek elvégezni a kitűzött feladatokat és hogy mennyire megbízhatóak. Ahogyan azt a 11.3. ábra mutatja, a következő **négy lehetséges vezetési magatartás** alakulhat ki a feladat- és a kapcsolatorientáltság lehetséges kombinációiból:

- **delegáló:** ebben az esetben a vezető sem nem irányít, sem nem támogat, a csoportra bízva a feladathoz kapcsolódó felelősségek elosztását és vállalását is – alacsony feladat- és kapcsolatorientáltság;
- **résztevő:** a hangsúly az ötletek megosztásán és a feladattal kapcsolatos irányelvek részvételen alapuló döntéssel való meghozatalán van – alacsony feladat- és magas kapcsolatorientáltság;
- **eladó:** a vezető támogató magatartása mellett meggyőző módon elmagyarázza a feladattal kapcsolatos utasításokat – magas feladat- és kapcsolatorientáltság;
- **diktáló:** specifikus utasítások kiosztása után erős felügyelet jellemzi – magas feladat-, alacsony kapcsolatorientáltság.

A modell alkalmazásakor ismét **figyelemmel kell lenni a feltételekre, vagyis az adott szituációra**. A delegáló stílusú vezetés például akkor hozhatja a legnagyobb eredményt, amikor a követők érettsége magas, azaz nagy a hajlandóságuk a munkavégzésre és megbízhatóak, míg a diktáló magatartás akkor lehet megfelelő, ha az alkalmazottak érettsége alacsony. A köztes helyzetekben nyújthat alternatívát a részttevő és az eladó típus, amelyek alkalmasak lehetnek az érettség befolyásolására vagy megváltoztatására.

A bemutatott kontingenciamodellek alapján definiálhatjuk az ún. **leadership helyettesítőket**. Ezek olyan munkahelyi helyzeteket és a hozzájuk kapcsolódó embereket értjük, akik **csökkentik a vezető személyes részvételének szükségességét**. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy „külső”, kívülről érkező vezető szerepe elveszti a jelentőségét, mert a vezető nem tudja elhatárolni magát a helyzettől és annak értelmezésétől. Lehetséges leadership helyettesítők lehetnek **az alkalmazottak jellemzői**, úgy, mint a képesség, a tapasztalat és az önállóság, a feladat jellemzői (amin a rutint és a visszacsatolás egyszerűségét érthetjük) és **a szervezet jellemzői**, amelyeken a tervek világosságát, a szabályok formalizáltságát és a folyamatokat tekintjük.



11.3. ábra. Hersey és Blanchard modellje. Forrás: Farkas, Hadinger, Szűcs 2011. 221. o.

11.2.2.3. TANNENBAUM–SCHMIDT ALAPMODELLJE A VEZETÉSI STÍLUSOKRÓL

A modell abból indul ki, hogy a vezető és beosztottai megosztják a döntési játékeret egymás között. Ennek mértéke alapján Tannenbaum és Schmidt hét vezetési stílust különített el. A modell logikája, hogy a teljes körű vezetői döntéshozástól (autokratikus stílus) több fokozat választja el a stílusokat a másik végétől, a beosztottak teljes bevonásától (demokratikus stílus). A döntési játéktér a következő stílusok mentén osztható fel:

- Autokratikus stílus: egyedül a vezető dönt, övé a teljes játéktér, a beosztottak nem jutnak döntési szerephez.
- Patriarchális: az autokratikus vezetői stílus kulturáltabb változata, amikor a vezető megkérdezi a beosztottakat, mielőtt dönt és utasít.
- Tanácskozó: a vezető szeretné elfogadtatni a döntéseit beosztottaival, amely egyeztetést, kommunikációt igényel.
- Kooperatív: a vezető tájékoztatja beosztottait a döntési helyzetről, majd kikéri véleményüket, és ezek figyelembe vételével hozza meg döntését.
- Participatív: a beosztottak informálásán, bevonásán túl a vezető felkéri őket, hogy dolgozzanak ki megoldási javaslatokat, döntési alternatívákat, amelyekből választhat.
- Demokratikus I.: ebben az esetben a vezető és a beosztottak által együttesen alkotott csoport hozza meg a döntést. A vezető szerepe itt informáló, tájékoztató, ezenkívül megszabja a játéktér korlátait (határidő, költségkeret stb.).
- Demokratikus II.: a döntést a csoport hozza meg, a vezetőnek koordináló funkciója van. A modell részletes leírását I. Bakacsi (2004) és Kispál-Vitai (2013).

11.2.3. Új irányzatok a leadership fejlesztésében, fejlődésében

A leadership-elméletek alakulása során a szerzők *paradigmák segítségével elemzik a fejlődést*. A legjellemzőbb paradigmák: a vezetői tulajdonságelméletek, a vezető magatartását vizsgáló elméletek, a kontingenciaelméletek és az ún. „új elméletek”. Hasonlóan jellemző a leadership lényegének *ellentéteken keresztüli megragadása*: a menedzsment vagy a leadership, a feladat- vagy a kapcsolatorientáltság, az autokratikus vagy a részvételen alapuló vezetés, a transzformációs vagy a tranzakciós vezetés. A szakirodalom tehát jellemzően három nagy

csoportban tárgyalja és elemzi az új leadership-elméleteket:

- definíciók összefoglalása és osztályozása: a hasonlóságok és különbségek keresése és elemzése, kiemelve például a pontatlanságokat;
- történeti áttekintés: paradigmák összegyűjtése és elemzése, a kutatások megjelenésének sorrendjében;
- dichotómiák és elhatárolások: párba rendezett paradigmák és ezek elemzése.

Jelenleg a vezetéssel kapcsolatos gondolkodás az eddigi számos különböző elmélet integrálására és kiterjesztésére koncentrál. A kutatások továbbra is arra a kérdésre keresik a választ, hogy mi a sikeres vezetés titka. Tanácsadók és kutatók körében egyre elterjedtebbek azok a nézetek miszerint *az amerikai vállalatok túlmenedzseltek és alulvezetettek*. Mindinkább tért nyer az a nézet is, miszerint *a folyamatokat kell menedzselni, az embereket pedig vezetni kell*. Ezek azok a kérdések, amelyek napjainkban a kutatókat foglalkoztatják, tehát ezekben az irányokban folynak a vizsgálatok; a kérdés pedig az, hogy hová jutunk innen.

Az 1980-as években megjelent **új leadership paradigma** elméletei a következők:

- karizmatikus leadership;
- transzformációs–tranzakciós leadership-elmélet;
- kognitív tudományok segítségével végzett leadership-kutatások.

A korábbi elméletekkel ellentétben az új leadership paradigma távolabb helyezkedik a racionális megközelítésmódtól, és mindinkább az érzelmi tényezőket emelik ki. Ugyanakkor egy fejlettebb elméleti-módszertani háttérrel tapasztalunk, amely elősegíti a kutatásokat és az elemzéseket. Mivel felhasználja a kognitív tudomány eszköztárát, ezáltal elősegíti a további elméletek megjelenését és a megfigyelések kiegészítését. Ennek következményeképpen maga az elmélet letisztult, és pontosabb képet ad a leadershipről.

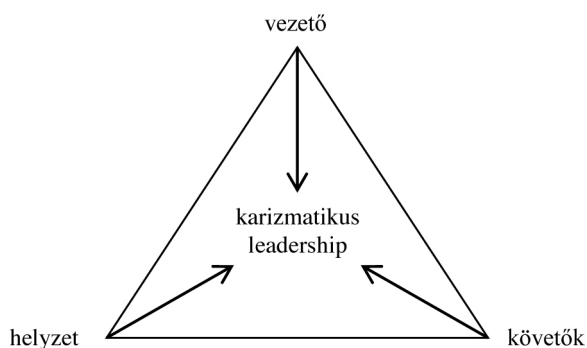
11.2.3.1. KARIZMATIKUS LEADERSHIP

A karizmatikus leadership elméletének megjelenése Max Weber idejére (a XX. század legeleje) tehető, aki annak társadalmi szempontjait elemezte. Erre az elméletre építve jelent meg aztán az a négyes tagolás, amely **a karizmatikus öt tényező segítségével határozza meg**:

- különleges képességekkel rendelkező személy;
- reménytelen – megoldásra váró – helyzet;
- jövőkép, amely a megoldást tartogatja;

- követők, akik nélkül nincsen leader;
- a jövőkép hitele és a képességek alkalmazásának sikere.

A karizmatikus leadership a **három szociális motiváció** megfelelő kombinációja mellett jöhet létre: **magas hatalmi és alacsony kapcsolatszükséglet, valamint a teljesítmény elérésének magas szükséglete**. Kedveznek a megjelenésének továbbá az olyan helyzetek, amelyek a követők számára kihívást vagy bizonytalanságot jelentenek; ahol a cél és annak elérése nem egyértelmű; vagy értékteremtésre adódik lehetőség. **A követők viselkedése visszahat a folyamatra**: ha bizalmat ébreszt bennük a helyzet, akkor magasabb teljesítményt érnek el, és nagyobb erőfeszítés kifejtésére hajlandóak, tehát **követik** a vezetőt.



11.4. ábra. Karizmatikus leadership a tényezők háromszögében
Forrás: Farkas, Hadinger, Szűcs 2011. 224. o.

11.2.3.2. TRANSZFORMÁCIÓS VEZETÉS

Szuper vezetők korában élünk, akik vízióikon és erős személyiségükön keresztül igazán ösztönzően hatnak másokra. Vezetői erőfeszítéseik nem csak abban testesülnek meg, hogy követőik megfelelnek a teljesítménykritériumoknak, hanem hogy újra és újra túl is teljesítik azokat. Ezek a **karizmatikus vezetők fejlesztik a kitűnő eredményeket generáló, speciális vezető-beosztott kapcsolataikat, és egészen különleges módokon képesek másokat inspirálni**. A karizmatikus vezetők jelenléte a követőkben tükröződik vissza, akik rajonganak főnökükért és főnökük ötleteiért, elkötelezettek és hűek maradnak, és keresik a magasabb teljesítmény elérésének lehetőségeit. A **transzformációs vezetés** fogalmát gyakran használják arra, hogy olyasvalakit írjanak le, aki **a karizmáját és az ahhoz kapcsolódó kvalitásait arra használja fel, hogy fokozza a várakozásokat, és megváltoztassa az embereket és a szervezeti rendszereket egy új és magasabb teljesítményt nyújtó hálózat elérésére**.

Ez különbözik a **tranzakciós vezetéstől**, hiszen ott **a vezető szabályozza a feladatokat, a jutalmakat és a struktúrákat hogy segítse a követőket kielégíteni saját szükségleteiket, miközben megvalósítják a vállalati célokat**.

A **tranzakciós vezetés négy formában jelenhet meg**:

1. teljesítményt jutalmazó magatartás: a vezető irányító vagy résztvevő magatartással tisztázza a beosztott számára, mit is kell tennie a jutalomért;
2. kivételes események alapján történő, aktív vezetés: amikor a vezető figyelemmel kíséri a beosztott viselkedését, és szükség szerint beavatkozik;
3. kivételes események alapján történő, passzív vezetés: a vezető csak akkor avatkozik be, ha problémákat észlel;
4. laissez-faire leadership: a vezető kerüli az aktív közreműködést.

Napjaink turbulens környezetében ezek a tranzakciós vezetők csak részben tudják teljesíteni a vállalat által támasztott elvárásokat. A vezetőknek a fentiekén kívül lenyűgöző személyiségükkel és inspiráló módon kell vezetniük alkalmazottaikat. A transzformációs vezetők a jövőképek erős auráját teremtik meg, amit egy olyan – szinte ragadós rajonsággal töltenek meg –, ahol folyamatosan nő a követők bizalma, aspirációja és elkötelezettsége. Ezek a vezetők mintegy felrázzák a szervezetet, ahol ezek után a beosztottak sokkal elégedettebbek a munkájukkal, inkább hajlandóak szokatlanul nagy erőfeszítéseket kifejezni, hogy sikereket érjenek el.

A **transzformációs vezetőket általában a következő tulajdonságok jellemzik**:

- vízió: ötleteikkel, tisztán és világosan érthető megérzéseikkel irányítanak, és ezeket megfelelően kommunikálják is mások felé, valamint táplálják a feladat elvégzésével kapcsolatos izgalmakat;
- karizma: felébreszti mások lelkesedését, hitét, elkötelezettségét, büszkeségét, hisz bennük vonatkoztatási hatalmán keresztül – az érzelmekre alapoz;
- jelképrendszer, szimbólumok: azonosítják, kiemelik és megfelelően jutalmazzák a „hősöket”, azokat, akik kiemelkedően teljesítenek. Spontán és tervezett ünnepeken ismerik el a kiválóságokat és teljesítményüket;
- felhatalmazás: segítik a munkatársakat a fejlődésben, elhárítják a teljesítmény útjában kerülő akadályokat, megosztják a felelőségeket és a valójában kihívást jelentő feladatokat delegálják;
- szellemi ösztönzés: másokban is kialakítják a tudatosságot a problémákkal kapcsolatban, inspirálják

a munkatársak képzelőerejét és fantáziáját, hogy kimagasló megoldásokat és minőséget érjenek el;

- tisztesség: becsületes és hitelt érdemlő személyiségek, következetesen használják a büntetés eszközeit, és kötelezettségvállalásaikat mindig teljesítik.

A transzformációs vezetők számára több lehetőség is nyitva áll, hogy a beosztottakat követőkkel változtassák. Avolio és szerzőtársai alapján ezt **négyféle magatartás segítségével érhetik el**, amely csoportosítás a **4I** néven ismert:

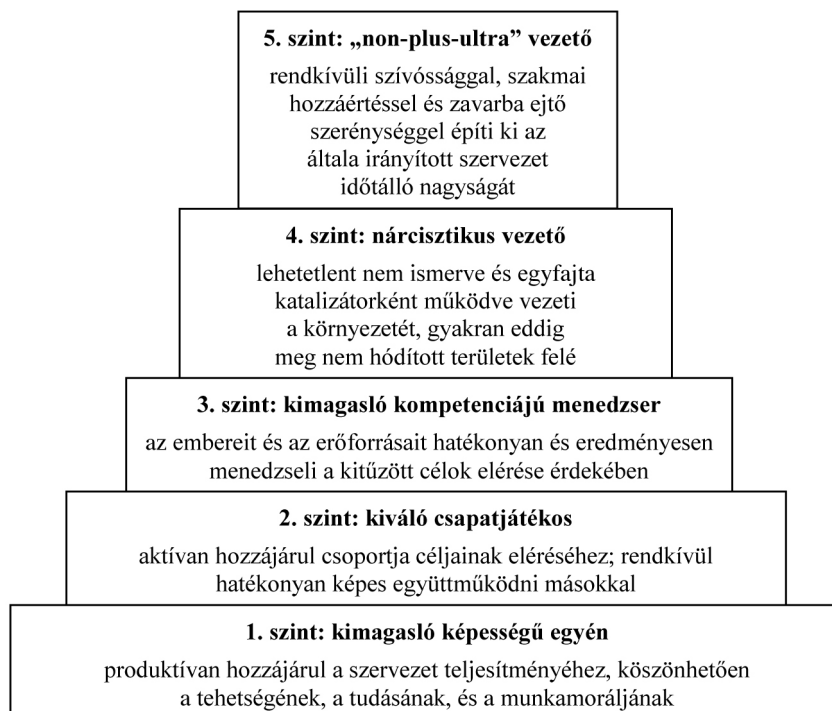
1. idealizált befolyásolás: a vezető viselkedése miatt beosztottai felnéznek rá, így befolyásolni képes a környezetét;
2. inspiráló motiválás: az ambíció, az energia, a pozitív hozzáállás hasonló viselkedést vált ki az alkalmazottakból is;
3. intellektuális stimulálás: a vezető eléri, hogy a beosztottak kezdeményezőbbek, kreatívak és önállóak legyenek;
4. egyéni (individuális) odafigyelés: a vezető minden beosztottra odafigyel, a köztük lévő kapcsolat pedig előnyösen hat a teljesítményre.

11.2.3.3. NARCISZTIKUS ÉS NON PLUS ULTRA VEZETŐK

A 11.5. ábra bemutatja a vezetői kiválóság hierarchiáját. Ebből a narcisztikus és a non plus ultra vezetőket ismer-

tetjük részletesen. A **narcisztikus vezetők** *tehetséges és kreatív stratégiák, akik számára nem létezik lehetetlen*. Megálmodott jövőképük, víziójuk által nem befolyásolható, azaz a meglévő keretfeltételek között formálni; hanem egyenesen alakítani kívánják a jövőt, megváltoztatva annak keretfeltételeit is. Kockázatvállaló képességük általában igen nagy, habár ennek a legtrikábban vannak tudatában, hisz úgy érzik, számukra bármi lehetséges. *Személyiségük természetes karizmájának ereje által lenyűgözik környezetüket, és rendkívül sok követőt vonzanak. A non plus ultra vezetők nem ismernek lehetetlent – a tökéletességre való törekvés hajtja őket teljesen alárendelve magukat a vállalatuknak; a beosztottjaik pedig csak nagy erőfeszítések árán tudnak megfelelni az elvárásaiknak.* A narcisztikus vezetőkkel ellentétben azonban nem kedvelik a nyilvánosságot, érdemeiket hajlandók mások eredményeinek vallani – háttérbe szorítva saját meghatározó szerepüket. Mérföldetlen ösztönzés és belső erő *összpontosul bennük: mindent megtesznek a szervezet kiváló teljesítményéért. Mind a narcisztikus, mind a non plus ultra vezetők utódlásának megoldása különleges körültekintést igényel.*

A non plus ultra vezetőhöz hasonló fogalom az ún. szuper leadership. Ebben az esetben a vezető úgy vezeti beosztottait, hogy közben megmutatja nekik, hogyan lehet jól irányítani. Vagyis a sikeres vezetők gondoskodnak arról, hogy követőikben is kifejlesszék a sikerhez szükséges képességeket. Bátorítják a beosztottakat, és megtanítják arra, hogy hogyan gondolkodhatnak konstruktívan. (Lásd 11.5. ábra.)



11.5. ábra. A vezetői kiválóság hierarchiája. Forrás: Farkas, Hadinger, Szűcs 2011. 228. o.

A szolgáló vezetés (servant leadership) megközelítésében a vezetők abban látják elsődleges szerepüket, hogy segítsék követőiket abban, hogy személyes aspirációikat valóra válthassák.

11.2.3.4. A VEZETÉSBEN MEGMUTATKOZÓ NEMI SAJÁTOSSÁGOK

Az a kérdés, hogy a vezető neme befolyásolja-e, és ha igen, akkor milyen irányban befolyásolja a teljesítményt, már régóta foglalkoztatja a menedzsmenttudományt. A kutatások során arra az eredményre jutottak, hogy a női vezetők vezetői stílusa különbözik a férfiakétól. *A női vezetők nagyobb hangsúlyt fektetnek kommunikációra és arra, hogy beosztottaiktól ötleteket és véleményeket gyűjtsenek. A nők gyakran empatikusabbak is a férfi vezetőknél, és erőteljesebben alkalmazzák az érzelmi intelligencia (EQ) nyújtotta lehetőségeket, ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy a női vezetők általában gyengébbek a jövőkép kialakításában.*

Ettől függetlenül mind a férfi, mind a női vezetők lehetnek sikeresek. Azonban másképpen lesz egy női vezető sikeres, mint egy férfi, hiszen vezetési stílusuk várhatóan különbözni fog. Jellemzően: **a női vezetők sokkal inkább alkalmaznak részvételen alapuló, demokratikus szervezetet és vezetői stílust, tiszteletet mutatnak mások iránt, törődnek alkalmazottaikkal és megosztják hatalmukat és az információkat a beosztottakkal.** Ezt a vezetési stílust gyakran **interaktív vezetésnek** is hívják, amely **a konszenzus-keresésen, az emberi kapcsolatok kommunikáción keresztüli ápolásán és a részvételen alapul.** Észrevehetőek hasonlóságok a már korábban tárgyalt **transzformációs vezetéssel** is. A férfiak ezzel ellentétben inkább a **tranzakciós vezetési elveket** részesítik előnyben, sokkal inkább direkt és rámenős a viselkedésük, és a szokásos, tradicionális értelemben használják a parancs és kontroll szavakat.

Talán a korábbi megállapítások után, ahol azt taglaltuk, hogy napjaink szervezeteiben a hatalommegosztás, a kommunikáció, az együttműködés és a részvétel lehet a célravezető, az előző megállapítások kissé provokatívnak tűnhetnek. A nemek témától eltekintve egy pillanatra, azonban az előző rész remekül rámutat arra a helyzetre, hogy napjaink változatos munkaerőjének és gyorsan változó környezetének kezelésére az interaktív vezetési stílus tűnik a legmegfelelőbbnek.

Eltekintve most attól a kérdéstől, hogy mi a nők vagy a férfiak jellemző viselkedése, magatartása, kijelenthetjük, hogy a jövőben nagy valószínűséggel **azok a vezetők fognak sikereket elérni, akik felhatalmazáson és pozitív kapcsolatokon keresztül vezetnek és nem**

azok, akiknek a kulcsszava a közömbösség és a formális hatalom.

11.2.3.5. DISSZONÁNS ÉS REZONÁNS VEZETÉS

David Goleman és szerzőtársai – az 1990-es évtizedben világszerte elterjedt – az érzelmi intelligencián alapuló vezetés ismérveiről írnak „A természetes vezető” című könyvükben. *A vezetők érzelmi állapota vagy hangulata meghatározó fontosságú a szervezet sikereiben és kudarcában, mert a többiek visszatükrözik a viselkedésüket.* Így az érzelmekre való hatás, azok befolyásolása a vezetés alapvető és legfontosabb része: pozitív irányba kell terelnie a kollektív érzelmeket, és hártania kell a rossz hangulat visszafogó hatását. Ezért a vezetőnek nem szabad észrevétlennek maradnia, hanem irányítania kell a tagok érzelmeit: lelkesítenie kell ahhoz, hogy emelkedjen a teljesítmény, megértő támogatást kell nyújtania, mert a beosztottak empátiát is várnak.

A rezonancia a pozitív, míg a disszonancia a negatív érzelmekeltés; előbbi segíti azt, hogy mindenki tudása legjavát adja, ellentétben az utóbbival, amely aláássa az érzelmi alapokat, és csökkenő teljesítményt eredményez. Tehát *a szervezet hatékonysága nagyban függ a vezető érzelmi beállítottságától, az érzelmeinek kimutatásától és a mások érzelmeinek figyelembe vételétől – ebben a szemléletben minden érzelmek körül forog.*

A hatékonyság kulcsa az **érzelmi intelligencia**, amelynek birtokában a vezető képes kapcsolatait és érzelmeit irányítani. Ennek okait az agykutatás legújabb eredményei is alátámasztják. A keringésünk zárt rendszer, amelyet nem befolyásol más emberek szervezetének keringése. *De az érzelmekért felelős központ egy nyitott rendszer, amelyre hatnak mások érzelmei: a limbikus rendszer a külső körülmények függvényében működik.* Az érzelmek „ragadósak” is: szavak nélkül is át tudjuk venni mások érzelmeit. *De minél nagyobb a kötődés egy csoport tagjai között, annál könnyebben terjednek a hangulatok, közösek lesznek az érzések és az érzelmek is.*

Mivel a vezető a középpontban áll, rá figyelnek a legtöbben, így a hangulatai és érzelmei is a leginkább meghatározóak a csoport számára. Ha színes egyéniség, és jól képes kifejezni a hangulatait (beszéddel, mimikával, testtartással), akkor a beosztottak könnyebben tudják olvasni ezeket a jeleket, és a vezető is nagyobb erővel képes hatni a környezetére. *Bár a vezető nem mindig van jelen, viselkedése mégis jelentős mértékben befolyásolja a beosztottakat, akik a vezető véleményét és érzelmi reakcióit tekintik mérvadónak, erre alapozzák saját hangulataikat.* Ugyanakkor nem minden vezető érzelmi vezető is. Ezáltal megkülönböztetjük a kinevezés által a posztot

betöltő vezetőt, akit a beosztottak nem tekintenek hitelesnek, és ezért máshoz fordulnak irányításért; és a **de facto vezetőt**, aki valójában irányítja a csoportot.

A **rezonáns vezetés** eredményeképpen jön létre olyan munkacsoport, amelynek tagjai átveszik a vezetőjük lendületét és alkotókedvét. A természetes vezetés egyik alapelve, hogy a **rezonancia erősíti és tartóssá teszi a vezető által gyakorolt érzelmi hatást**. Minél inkább egymásra hangolódnak a munkatársak, annál rugalmasabban kommunikálnak egymással. A magas érzelmi intelligenciával rendelkező vezetők eleve rezonanciateremtők, irányításuk alatt kölcsönös bizalom és komfortérzet uralkodik.

Ezzel szemben a **disszonáns vezetés** szétzilálja a csoportot: az emberek nem képesek megtalálni egymással a megfelelő hangnemet. *A felmérések eredményei szerint a disszonáns légkör nem ritka munkahelyi jelenség.* A disszonáns vezetésnek sokféle árnyalata létezik: szélsőséges esetekben agresszív, alárendeltjeit megalázó és zsarnoki személyek lehetnek; esetleg erősen manipulatív, ravasz vezetők, vagy elvtelenek, akik félrevezetik beosztottjaikat; vagy rövidtávon veszik fel a disszonáns jellemzőket, amely viselkedés hatékonynak tűnhet, de lassan kitűnik, hogy hatásuk nagyon rossz légkört teremtet.

11.2.4. Az érzelmi intelligencia és a vezetés

Az érzelmi intelligencia (EQ) mintegy két évtizede keltette fel a vezetéssel foglalkozó kutatók és a tanácsadók figyelmét. **Érzelmi intelligencia** alatt egyrészt értjük *mind saját, mind mások érzéseinek és érzelmeinek megértését, másrészt ezen képesség felhasználását, arra hogy másokat irányítsunk.* Napjaink kutatásai azt mutatják, hogy az érzelmi intelligenciának (EQ) fontos szerep jut a vezetői sikerekben. Kutatások alapján elmondhatjuk, hogy *az érzelmi intelligencia fontosabb sikertényező, mint a technikai tudás és a kognitív képességek.* A közepesen és a kimagaslóan teljesítő vezetők összehasonlításakor kiderült, hogy a sikerességükben felfedezhető eltérés majdnem 90 százalékban az érzelmi intelligenciában mutatkozó különbségekkel volt magyarázható. Az EQ ezen felül fontosnak mutatkozik az előléptetések tekintetében is.

A technikai, analitikus, illetve kognitív képességek nem veszítik jelentőségüket, azaz az IQ is fontos, de a vezetői vagy felsővezetői szinteken ez már ún. **küszöbképesség**, azaz a **képességek megléte alapvető, belépő feltétel a menedzsereknél.** A kimagasló teljesítmények eléréséhez azonban már szükséges, hogy fejlett érzel-

mi intelligenciával rendelkezzen. Ebben az értelemben azonban az EQ már nem csak egy lehetőség, amelynek elsajátításáról vagy fejlesztéséről szabadon döntünk, hanem a sikeresség egyik kiváltó oka lehet. Például azok, akik nem rendelkeznek megfelelő mértékű érzelmi intelligenciával, nem fogják például felismerni a túlzott mértékű stresszre utaló jeleket, és annak a beosztottakra gyakorolt hatását. E nélkül az információ nélkül azonban nem lesznek képesek változtatni a helyzeten, és vezetőként túl nagy teljesítmény-elvárásokat erőltetnek a csoportra, ami által a csoporttagok ingerlékenyek, idegesek lesznek, magasabb a hiányzási arány, és gyenge lesz a teljesítmény.

Mivel a magas érzelmi intelligenciával rendelkező vezető rendelkezik azokkal az interperszonális képességekkel és azzal a megfelelő érzékenységgel, amelynek segítségével képes felismerni, ha az alkalmazottai érzelmi háborognak, teljesen másképpen fog reagálni a kialakult helyzetre. Képességei és szakértelme révén, ebben az esetben is képes lesz arra, hogy megtalálja megfelelő munkahelyi elvárások mértékét és a csökkentse a stresszt okozó feltételeket.

Fontos azonban megjegyezni, hogy **mint az intellektuális képességek, úgy az érzelmi intelligencia szintje sem adott, hanem fejleszhető.** Ehhez manapság számos tankönyv, képzés és vezetésfejlesztési tréning áll rendelkezésre. Tehát a vezetéshez nélkülözhetetlen képességek megszerzésének lehetősége nyitva áll mindazok előtt, akiknek hiányosságai vannak ezen a területen. Tudatosan és kitartóan elsajátítva és fejlesztve azokat a képességeket, amelyeket az érzelmi intelligencia **öt tényezőjének** tekintünk, mindenki fejlesztheti vezetői képességeit és hatékonyságát. **Az EQ ezen tényezői természetesen szoros kapcsolatban vannak a motivációval, a kommunikációval, az interperszonális képességekkel és a csoportmunkával.**

Az érzelmi intelligencia területeit és a kompetenciákat két fő csoportra osztjuk: egyéni kompetenciák és szociális kompetenciák. Az **egyéni kompetenciák** – amelyek az éntudatosságból és önszabályozásból tevődnek össze – **határozzák meg, hogyan irányítjuk önmagunkat.** A **szociális kompetenciák** – amelyek a társas készségekből és kapcsolatirányító képességekből állnak – **társas kapcsolataink irányításában játszanak szerepet.**

Éntudatosságunk érzelmeink, erős és gyenge oldalaink, értékrendünk és motivációink megértése. Ezért az éntudatossággal rendelkezők realisták: a kritikus szemlélet és a reménykedés nem ölt túlzott mértékűt. **Az ilyen vezetők tisztában vannak a céljaikkal, tudják, mit akarnak, és ennek szellemében cselek-**

szenek; ezáltal képesek elkerülni a belső konfliktusokat. Munkájukat az értékrendjüknek és céljaiknak megfelelően választják, ezért gyakrabban tartják érdekesnek. Kevésbé látványos jellemzőjük az elmélyülésre való igény és képesség. A gondolkodásra szánt idő segít a rezonanciateremtésben, és a vezetők elkerülhetik ezáltal az elhamarkodott döntéseket vagy ítéleteket. **Az éntudatosság az érzelmi tudatosságból (az érzelmeink felismerése, azok hatásának ismerete és a döntéseinkben való józan felhasználása), a pontos önértékelésből (erős és gyenge oldalaink tárgyalagos ismerete) és az önbizalomból (értékeink és képességeink ismerete) áll.**

AZ ÉRZELMI INTELLIGENCIA ÖT TÉNYEZŐJE

- **öntudatosság:** a képesség, hogy megértsük a hangulatainkat, érzéseinket, ösztöneinket, és azt hogy ezek hogyan hatnak ránk és másokra;
- **megfontoltság:** a képesség, hogy előbb gondolkodjunk, mint cselekednénk, és hogy kontrollálni tudjuk bomlasztó, negatív érzéseinket, hangulatainkat;
- **motiváció:** a képesség, hogy ne csak a pénzért vagy a státuszért dolgozzunk, és hogy kitartóan, nagy erőbedobással tevékenykedjünk;
- **empátia:** a képesség, hogy megértsük mások érzéseit, és hogy kezelni tudjuk azokat annak megfelelően, hogy milyen érzelmi státuszban vannak;
- **szociális érzékenység:** a képesség, hogy kezelni tudjuk kapcsolatainkat, személyközi hálózatokat alakítsunk ki, és hogy szociális viszonyokat teremtsünk.

Az önszabályozás a vezető nagy kihívása, hiszen nem engedheti meg magának, hogy negatív érzelmei rabul ejtsék, és átvegyék az irányítást. Akkor tudjuk kezelni az érzelmeinket, indítékainkat és céljainkat, ha tudatában vagyunk ezeknek. Az önszabályozás **egyfajta belső párbeszéd**, amely az érzelmi intelligencia része, és elengedhetetlen a tisztánlátás és az összpontosítás megőrzésében. Ha a vezető képes erre, akkor optimizmus árad belőle, és ez a kisugárzás rezonanciát eredményez. Az önszabályozás az érzelmi kontrollból (destruktív indulataink és érzelmeink visszafogása), a kongruenciából (becsületesség, megbízhatóság, nyíltság és egyértelműség), a rugalmasságból (igazodás a változó helyzetekhez és az akadályok leküzdésének képessége), a sikervágyból (jobb teljesítményre való törekvés), kezdeményezőkézségségből (kínálkozó alkalmak felismerése és megragadása) és az optimizmusból (de-rülátás) tevődik össze.

A társas készség is a rezonáns vezetés feltétele, mert az empátia segítségével fogja a vezető a jeleket más emberek érzéseiről, reakcióiról, és képes a közlései révén hatást gyakorolni másokra. A magas érzelmi intelligenciájú vezetők pozitív kisugárzással rendelkeznek. Céljaikkal mások is azonosulni tudnak, mert optimizmus, összetartás, együttérzés árad belőlük, és képesek utat mutatni a jobb jövő felé. Ha a vezető átérzi a többiek hangulatát egy adott helyzetben, akkor képes annak megfelelően reagálni: azt és úgy mondani a hallgatóságának, ahogyan arra szükség van. A társas készség az empátiából (mások érzelmeinek és szempontjainak átérése), a politikai tudatosságból (események, döntések és stratégiák szervezeti szinten való értelmezésének képessége) és a ügyfélközpontúságból (ügyfelek, megrendelők, illetve vásárlók igényeinek és szükségleteinek felismerése és teljesítése) áll.

A vezetők akkor látják érzelmi intelligenciájuk hasznát, ha jól irányítják kapcsolataikat. Eredményhez azonban az vezet, ha a sokféle képesség összhangja kialakul, és a különféle vezetői stílusok kiegészítik egymást.

11.3. Egészségügyi intézmények vezetési specialitásai – módszerek, esetek

11.3.1. A vezetői diagnózis egy módszere: a STEEPLE

Minden vezető munkájának – ezen belül személyes vezetői tevékenységének – elengedhetetlenül fontos része, a gondjaira bízott szervezet megismerése. Ennek strukturált módjára a menedzsment szakma már számos jól használható módszertant dolgozott ki.

Közülük talán legismertebb az angol betűszavakból összerakott, ún. STEEPLE-elemzés. A módszertan alkalmazásának egy részletezett leírását mutatja be az alábbi eset. Az eset forrása: Farkas 2013.

STEEPLE – elemzés egy egészségügyi intézménynél

A diagnózismódszer bemutatásának terepül szolgáló intézmény egy, a dél-dunántúli régióban tevékenykedő, teljes körű fekvőbeteg-ellátást és sürgősségi ellátást nyújtó állami szakkórház. A STEEPLE a betűk számának megfelelően 7 területen mutatja be a diagnosztizálendő szervezeti tényezőket.

1. Social (Szociális) tényezők

Demográfia: az országos átlagnál is nagyobb ütemben fogy a régió lakossága. Ennek elsődleges oka a születések és a halálozások számának alakulásában keresendő, ugyanis a megye mindkét kategóriában gyengébb adatokkal rendelkezik, mint az ország egésze. Különösen elkeserítő a gyermekvállalási hajlandóság alakulása. A nők többségének esetében az első gyermek vállalásának ideje a 27–28 éves kor utánra tolódik, így a családtervezés manapság akkor kezdődik, mikor korábban már a második gyerek érkezett. Az ország népessége az ezredforduló óta évente 35–40 000 fővel csökkent. Ez azt jelenti, hogy ezer lakosonként átlagosan 3–4 fő az éves fogyás. Bár a fogyás 2014 első kilenc hónapjában csökkenő mértéket mutat (24 345 fő), de a tendencia továbbra is hasonló, mint az előző években. (KSH közlemény 2014). A régió halálzási mutatói is rosszabbak az országos átlagnál. Így megállapítható, hogy a térség lakossága a munkalehetőség, a megélhetés miatti elvándorlások miatt – egyértelműen a folyamatok vesztese. Kedvező irányú változás ugyanakkor, hogy a régió kedvező célterületévé vált a külföldi betelepülőknek. A vándorlás tekintetében új jelenséggént figyelhető meg a munka miatt külföldre utazók és a befogadó országokban tartósan letelepedők számának gyarapodása az utóbbi esztendőben.

Az egészségügy mint szakma kezd elnöiesedni, a közigazgatás, egészségügy, oktatás területén 2012-ben már elérte a 68,2%-ot, míg ez az arány a nemzetgazdaság egészében 46,4% (KSH, 2013). Ezért szükséges, hogy a humánerőforrás-stratégiákban a nemek egyenlőségére vonatkozó intézkedések is támogatást kapjanak. A nemek közötti egyenlőség megteremtése céljának szem előtt tartása mellett szükséges, hogy a jelen helyzethez alkalmazkodva családbarát munka- és foglalkoztatási körülmények kerüljenek megteremtésre, továbbá növekedjék a részmunkaidős foglalkoztatás volumene. Céltzotán törekedni kell rá, hogy a nagyobbrészt nők által ellátott munkakörök számukra vonzóak és megtarthatóak, elláthatóak legyenek család mellett is. Az egészségügyi személyzet előregedése által okozott demográfiai probléma megoldásában érdemes megfontolni olyan munkaerőpiaci lépéseket, támogatási formákat is, melyek valamilyen módon kompenzálják az ágazatra jellemző kiemelt munkaterhet. A fiatalok gyakran azért nem választják az egészségügyi pályát, mert más ágazatokhoz képest itt nagyobb a terhelés, mind fizikai, mind pszichés vonatkozásban, az ügyeleti idő munkaidőnek minősülésével pedig a ténylegesen elvégzett munka, illetve a kapcsolódóan megszerzett szolgálati idő is több mint más ágazatokban.

2. Technological (Technológiai) tényezők

Az egészségügyi ágazat folyamatos átalakulásban van, egyrészt a megbetegedési viszonyok megváltozása, másrészt a technológiai fejlődés lehetővé teszi a kórházon kívüli ellátások terjedését. Az egészségügyi ellátó rendszer részére örök probléma, hogy a tudomány, a technika fejlődése gyorsabb ütemben növeli a gyógyítás eszköztárát, mint ahogy az erre rendelkezésre álló források növekedni tudnak. A technológiai fejlődés óriási mértékű, amely nemcsak korszerű orvosi műszereket, hanem új gyógyítási módszereket, technológiákat, műtéti eljárásokat is magában foglal. Az egészségügyi ellátás a korszerű informatikai eszközök alkalmazása nélkül elképzelhetetlen. A gyógyítási feltételek közé kell sorolni a gyógyszereket is, melyek a kutatások eredményeként rendkívül széles palettát biztosítanak az orvosi döntésekhez. Különösen a daganatos betegségek, az invazív kardiológia, autoimmun betegségek stb. gyógyítása terén jelentős a fejlődés. A technológia fejlődése új ellátás-szervezési módszerek bevezetését hozza magával, a drága eszközöket, technológiát centralizáltan kell működtetni az egyetemi központokban és a súlyponti kórházakban, biztosítva azok maximális kihasználtságát. Az új technológiák használatának hatása az egészségügyi dolgozók munkahatékonyágának növelését eredményezi, csökkentve az egészségügy élőmunka-szükségletét, ezért kiemelkedően fontos a telemedicina terjedésének támogatása. Az új technológiák megjelenése ugyanakkor nagymértékben változtatja meg már viszonylag rövidtávon is az egészségügyi emberi erőforrások struktúráját, a hagyományos szakmai hierarchiát és szerepeket, a felelősségi szintek, készségek és kompetenciák újraértelmezését teszik szükségessé.

Az intézmény rendelkezik valamennyi, a mai technikának megfelelő géppel, műszerrel.

3. Economic (Gazdasági) tényezők

Az intézmény, szakmai-szervezeti szempontból integrált egészségügyi szervezet, amelynek orvos-ápolásszakmai betegellátó tevékenysége folyamatosan és igen jelentősen meghaladja a város közigazgatási térségének egészségügyi közellátási határait, lényeges és fontos térségi ellátási szerepet betöltve, szűkebb értelemben várost övező agglomeráció, tágabb értelemben az egész ország népességének a betegellátásában. Egyre nehezebb a szakmai-gazdálkodási egyensúlyon alapuló, fenntartható szolgáltatói fejlődés működési és fejlesztés forrásfeltételeinek megteremtése. A pénzügyi egyensúly fenntartásával kapcsolatos kormányzati elvárások pedig egyre erősebbek.

4. Environment (Környezeti) tényezők

A környezettel kapcsolatos egészségügyi problémák csökkentése nagymértékben javítaná a lakosság gazdasági helyzetét. Ezeknek a problémáknak gazdasági következményei is vannak: többletköltséget jelentenek a betegek és a társadalombiztosítási rendszer számára, az ipari termelés és profit csökkenéséhez vezetnek, és gyakran az egyének jövedelmének csökkenését eredményezik. Végül, de nem utolsósorban, a lakosság nagy jelentőséget tulajdonít az egészségi kockázatok csökkentésének. A városi légszennyezés egyre nagyobb mértékben a közúti közlekedés számlájára írható, és sok országban növekvő környezeti probléma. Epidemiológiai tanulmányok statisztikailag igazolt kapcsolatot találtak a légszennyezés és az akut, illetve krónikus betegségek indikátorai között. (Csányi 2012) A porszennyezésekre vonatkozó, legújabb kutatások igazolják azokat az aggodalmakat, amelyek e szennyezési forma egészségkárosító hatásának gazdasági következményeivel kapcsolatosak. A környezettel kapcsolatos egészségi problémák elemzése elénk tárja azt a tényt, hogy a gazdasági tevékenységek hatalmas mértékben járulnak hozzá ezekhez a problémákhoz.

5. Political (Politikai) tényezők

A politikai környezet körébe soroljuk a jogi feltételeket is, vagyis a gazdasági és a társadalmi élet szabályozására vonatkozó jogszabályokat, azok érvényesülését (pl. adószabályok, vámrendszer, köz- és jogbiztonság stb.) Az egészséghez való jog gyakorlásának részletes szabályait az egészségügyi törvény tartalmazza, amely kiterjed: a betegek jogaira és kötelezettségeire, a nép-egészségügyre, az egészségügyi ellátó rendszerre, az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményeire, az egészségügyi dolgozók jogaira és kötelezettségeire, az állam felelősségére, vérellátással kapcsolatos feladatokra, a katasztrófa egészségügyi ellátásra és egyéb egészségügyi ellátásokra. Magyarországon az egészségügyi ellátás biztosítási alapon vehető igénybe, a Parlament törvényben határozza meg az egészségbiztosítási alapba befizetendő járulékok mértékét és azok felhasználásának jogcímeit, az egészségbiztosítási alap éves költségvetési törvényében. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvényben került megfogalmazásra az egészségügyi ellátó rendszer igénybevételének módja, mire terjed ki a biztosítás, beutalás rendje, az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának rendje, finanszírozási szerződés tartalma. A betegjogi képviselő az egészségügyi szolgáltató szintjén elérhető, attól független személy, a tisztifőorvos bízta meg, feladata elsősorban a betegpanaszok kivizsgálása.

Az egészségügyet a mindenkori politika határozza meg, befolyásolja, azok által hozott döntések, törvények, megvonások stb. által. Minden kormány az egészségügyi helyzet megoldását tűzte/tűzi ki célul, de igazán jó megoldás ez idáig még nem született. Hazánkban a GDP-arányos egészségügyi közkiadások 4,4–4,6 százalék között mozognak, a visegrádi négyek átlaga 6,0, míg az unióé 7,7 százalék körül alakul.

6. Legal (Jogi) tényezők

A hatályos egészségügyi törvény célja, hogy a betegek megfelelő színvonalú egészségügyi ellátásban részesüljenek, és gyógykezelésük során jogukat tiszteletben tartsák. A betegek jogainak törvénybe foglalása hozzájárulhat kiszolgáltatottságuk csökkenéséhez, elősegítheti az orvos és beteg közötti partneri viszonyt és az eredményesebb gyógykezelést. A törvény ennek érdekében minden beteg számára biztosítja: az egészségügyi ellátáshoz való jogot, az emberi méltósághoz való jogot, a kapcsolattartás jogát, a tájékoztatáshoz való jogot, az önrendelkezéshez való jogot, az ellátás visszautasításának jogát, az egészségügyi dokumentáció megismerésének jogát, az orvosi titoktartáshoz való jogot, az intézmény elhagyásának jogát. A betegek legalapvetőbb joga, hogy megfelelő ellátásban részesüljenek. Akinek az egészségi állapota indokolja, annak joga van arra, hogy hozzáértő orvosok megvizsgálják, gyógykezeljék, és fájdalmait csillapítsák. Ha nincs szükség azonnali beavatkozásra, akkor a betegek maguk választhatják meg az egészségügyi intézményt és a kezelésüket végző orvost.

Az Intézet önkormányzati alapítású, teljes önkormányzati tulajdonú és működési fenntartású egészségügyi közszolgáltató közintézmény, amely alapító okiratában a fenntartói akarral meghatározott egészségügyi szolgáltatói alapfeladatait, a számára hatályos közigazgatási határozatban foglalt területi ellátási kötelezettség mellett látja el. Az alapító okiratában meghatározott egészségügyi közszolgáltatói alapfeladatait az egészségügyi törvény szerint azonosított egészségügyi alapellátás, valamint a járó beteg szakellátás területén látja el, a Szervezeti és Működési Szabályzatban meghatározottak szerint részben üzemeltetője, részben pedig közvetlenül feladatellátója az alapellátás és a járó beteg szakellátás gyógyító-megelőző betegellátási feladatainak. Jogi személy, mely önálló gazdálkodásra jogosult, az államháztartás szervezetéhez tartozó OEP bevételeiben nettó elszámolású, az intézmény működése és gazdálkodása a költségvetési rend szerinti gazdálkodási rendben kialakított. A járóbeteg-szakellátás valamennyi egészségügyi ágazati azonosító kóddal ellátott szakmai

szervezeti egysége érvényes és hatályos ÁNTSZ működési engedélyben foglaltak szerinti határozatlan időtartamú működési engedéllyel rendelkezik. Az intézmény az egészségbiztosítási alapú közfinanszírozásra szerződés szerint jogosító OEP finanszírozási alapszerződéssel, valamint a finanszírozási egységek jellegének megfelelő irányadó finanszírozási mellékszerződésekkel rendelkezik.

7. Education (Képzési-oktatási) tényezők

Az egészségügyi szakmberszükséglet növekedése szükségessé teszi a képzési volumen átgondolását az egyes tagállamokban. A képzési volumen növeléséhez szükséges párosítani azokat a megfelelő ösztönzőket is, amelyek az adott ország egészségügyi ellátórendszerében tartják a képzett szakembereket. Ehhez olyan átfogó egészségügyi emberi erőforrás stratégia szükséges, amely megteremti nemzeti és nemzetközi szinten a fenntartható egészségügyi rendszerek alapjául szolgáló szakemberkínálatot. Szükséges, hogy valóban releváns és hiteles továbbképzések álljanak a szakemberek rendelkezésére, hogy ezen továbbképzési kurzusok valódi tudás- és kompetencianövelő tanulási folyamatot jelentsenek, ne csak egy kötelező adminisztrációt. Törekedni kell az EU-n belül az etikus képzési elvek és az átjárhatóság biztosítására a graduális és posztgraduális képzés során, ami hosszútávon a szakemberképzés színvonalának és követelményeinek közeledését is eredményezi.

Az egészségügy mint pálya egyre népszerűtlenebb a mai fiatalok körében. Korábban az orvosi karokra sokkal többen jelentkeztek, manapság a pénz motiválja az embereket, és sajnos kevés az igazán elhivatott szakember. Sokan külföldre mennek, és ott kamatoztatják az amúgy világszínvonalú egészségügyi tanulmányaikat. A közszféra, az ezzel járó alacsony bértábla, a megvonások, egyre rosszabb finanszírozások mind-mind közrejátszanak ebben. Pedig aki igazán szereti ezt a szakmát, sok erőt meríthet a betegágy mellől, empátia, erő, kitartás, ezek mind fontosak, megtanulni őket iskolában nem, csak már fehér köpenybe bújva lehet. Aki mégis ezt a szférát választja, egyre több képzés közül választhat, az orvosi szakok mellett beléptek a különféle egészségügyi egyetemi, mesterképzések is. A továbbképzések biztosítottak, támogatni az Intézet nem tudja, mindössze hivatalos távollétet biztosít a dolgozóknak, azt leginkább gyógyszer és egyéb cégek szponzorálásából oldják meg. A kreditpont rendszer bevezetésével minden szakdolgozónak kötelezően képeznie kell magát, erre több konferencia, előadás is ad lehetőséget.

11.3.2. Szervezetfejlesztési terv az egészséges szervezet elveinek alapján, egy nagyméretű egészségügyi szervezetnél (a „Központ” példája)

A „Központ” Magyarország egyik legnagyobb egészségügyi szolgáltatója, egyben egy még nagyobb szervezet (az Intézmény) része is. Ebből következik hármass tevékenysége, azaz a gyógyítás mellett az oktatás és tudományos kutatás követelményeinek való megfelelés is. Az Intézmény, közel háromezer munkatársával több évtizede nyújt egészségügyi ellátást a régió lakossága részére. 2004-ben került sor a Sürgősségi Részleg megalapítására, s ennek feladatait viszi és fejleszti tovább a 2010-ben létrehozott új, önálló szervezet. 2014 októberétől a XXI. század követelményeinek megfelelő gyógyítási körülmények között történik a sürgősségi betegellátás.

A részleg esetében is jól alkalmazható szervezetfejlesztési terv folyamata az alábbi fázisokból áll (Lövey, Nudkarni 2011; Farkas, Dobrai 2014):

1. Diagnózis készítése

1. Előkészítés

- A fejlesztőcsoport tagjainak kiválasztása:
 - csoportvezető
 - orvosszakmai csoportvezető-helyettes
 - ápolásszakmai csoportvezető-helyettes
 - gazdasági vezető
 - külső fejlesztő szakemberek
- A fejlesztőcsoport megbízása:
 - a Központ Tanácsa ülésén előterjesztés
 - főigazgató által megbízás
 - szakmai vezetőtestület egyetértésében
- Munkamódszer kiválasztása:
 - kötött módszerek (az egészséges szervezet alapjai szerint)
 - flexibilis módszerek (a helyi tapasztalatok alapján)
- Szervezeti diagnózis előkészítésére vonatkozó ütemterv:
 - várható időtartam 4–6 hónap
 - az ütemterv tagolása és annak kommunikálása az érintettek felé (Gantt diagram)

2. Szervezeti diagnózis felvétele

- Szervezet történetének elemzése
 - 2004. Megalapítás
 - 2010. Csoport létrejötte
 - 2014. Új telephely
 - 2015. Egykapus rendszer a kivételekkel

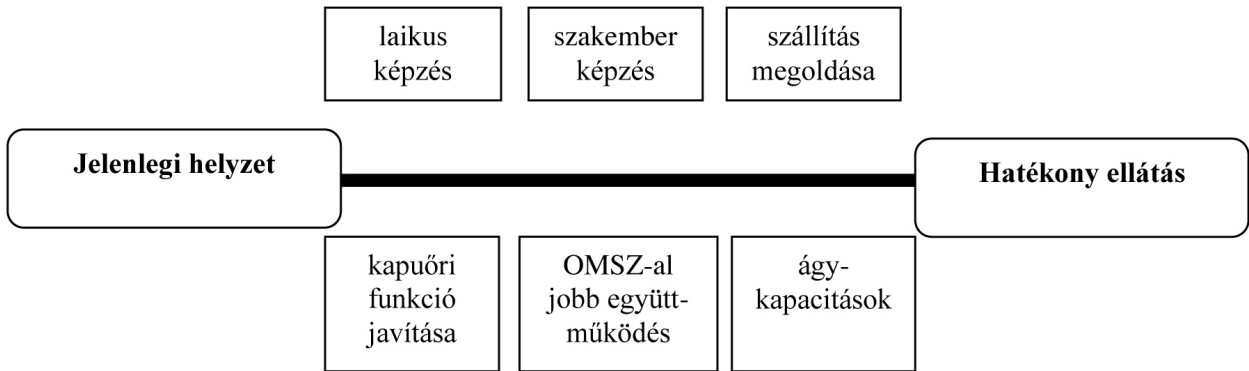
Helyzetfeltárás: SWOT-analízis segítségével

Erősségek	Gyengeségek
korszerű magkórház	protokollok hiánya
diagnosztika könnyebb hozzáférhetősége	a szakmai képviselő megosztottsága: - prehospitalis - hospitalis
működő minőségbiztosítási rendszerek	lakosság ismeretei hiányosak
jól működő triage rendszer (CTAS)	egyes szakterületek nem értik az egységes sürgősségi ellátás szemléletét ellentmondás van a progresszív betegellátás és a finanszírozási ösztönzők között az alapellátási ügyeleti rendszer más épületben helyezkedik el humán erőforrás hiányok hosszú várakozási idők másik telephelyre való átszállítási nehézségek
S	W
Lehetőségek	Veszélyek
külföldi támogatási szándék	ellenérdekeltség, integrációval szemben álló szakmai képviselők
szakmapolitikai és politikai akarat	a globális struktúraváltás ellenőrei, kapcsolódó lobbik és érdekek
nemzetközi pályázatok elnyerhetősége	kiszámíthatatlan egészségpolitika
média-támogatás	szakemberhiány, fluktuáció és elvándorlás médiatámadások
O	T

- Problémák azonosítása és okainak feltárása

Problémák	A háttérben álló lehetséges okok
magas az indokolatlan igénybevételek száma	lakosság tájékozatlansága
a beteg nem azon az ellátó helyen kerül ellátásra, amit az állapota indokolna	a beteg nem ott jelentkezik, ahol kellene nem fogadják ott a beteget, ahol kellene kapuőr funkció nem teljesül
hosszú „door to needle” idő	nincsenek biztosítva folyamatosan a személyi és tárgyi feltételek belső szervezési problémák betegfogadás nem kellőképpen szervezett minimum-feltételek betartása nem teljesül
hosszú idő a beteg felvételéig vagy hazabocsájtásáig	áthelyezési kritériumok hiánya finanszírozási ösztönzők miatti érdekeltség fejletlen informatikai rendszer (ágynyilvántartás) szállítási problémák ágykapacitás
szakemberhiány	motivátorok hiánya életpályamodell hiánya finanszírozási problémák munkajogi megszorítások

- Beavatkozási pontok kijelölése



11.6. ábra. A beavatkozási pontok. Forrás: saját szerkesztés

3. Szervezeti döntés a diagnózisról

- szervezeti diagnózis prezentációja
- megbízás a terv kidolgozására

II. Fejlesztési terv készítése

1. szakmai fejlesztési program kidolgozása

- fejlesztési célok kijelölése, és eszközök, módszerek rendelése a beavatkozási pontokhoz
 - lakossági és betegtájékoztatók, oktatási programok gyermekkortól, médiatámogatás (TV, mobilapplikáció), érdekeltség befolyásolása
 - a rendszer szereplőinek integrálása: közös továbbképzések, betegutak lefektetése, háziorvosi ügyelet közvetlen biztosítása
 - betegszállítókkal való újratárgyalás
 - sürgősségi orvos- és szakasszisztens képzés erősítése: motivátorok kiépítése, pótlékok bevezetése
- időbeni ütemezés kialakítása
- várt eredmények meghatározása

2. erőforrás-szükséglet felmérése, forrásbiztosítási terv készítése

- szervezeti munkatársak idősükségleteinek felmérése
- külső szervezetfejlesztők árajánlatai
- időráfordítások és pénzforrások biztosításának tervezése

3. beavatkozások minőségbiztosításának tervezése

- mennyiségi és minőségi indikátorok
 - lakosság részéről:
- csökken a tanakodási idő (az első beavatkozás megkezdéséig)

- javul a laikus elsősegélynyújtás színvonala
- lakosság megelégedettsége, biztonságérzete javul
 - a kórházban mérhető paraméterek:
- csökken a „door to needle” idő (a kaputól az első szakember ellátásig tartó időtartam)
- szakmai protokollok száma nő
- kevesebb az akutan felvett beteg
- gyorsabb az átszállításig vagy felvételig tartó idő
- rövidül az ellátási idő
- indikátorra vonatkozó mérési és kiértékelési rendszer kidolgozása
 - medikai rendszerből nyerhető statisztikák felhasználása
- korrekciós beavatkozások
 - protokollok folyamatos felülvizsgálata, társszakmákkal való egyeztetése, kórházhoz való adaptálása

III. Fejlesztési terv végrehajtása

1. végleges fejlesztési terv kialakítása
2. szervezeti döntés a fejlesztési tervről
3. fejlesztési beavatkozások megvalósítása
4. fejlesztői munka minőségbiztosítása

IV. Nyomon követés

1. mérési és értékelési rendszer kidolgozása
2. mérés és értékelés
3. utólagos beavatkozások

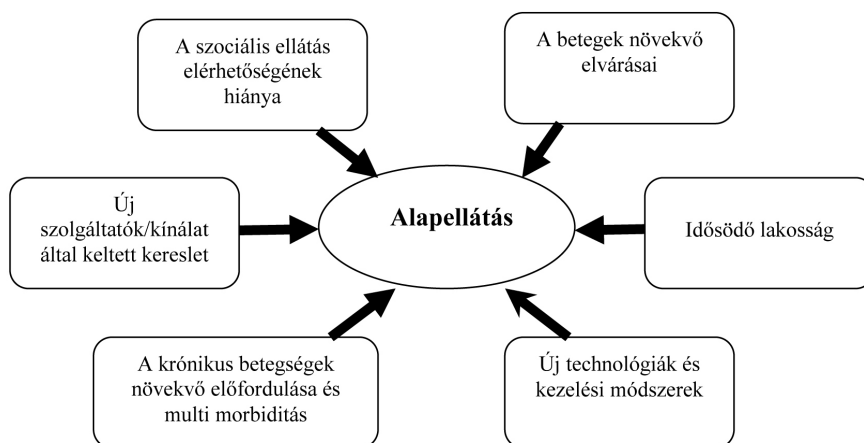
Feladat: Készítsen egy „mesterlistát” a szervezetfejlesztéshez kapcsolódó vezetői feladatokról – a vezetési szintek 2 csoportjának: a Sürgősségi Részleg csoportvezetőjének feladatai és **a kapcsolódó nagyobb szervezeti egység vezetőjének feladatai szerinti tagolásban!**

11.3.3. Az új típusú alapellátások vezetői-szervezeti jellemzői

Egy ország egészségügyi alapellátása akkor tekinthető megfelelőnek, erősnek, ha (általánosan, széles körben) hozzáférhető, az egészségügyi ellátás során folyamatos koordinációt nyújt, biztosítja az ellátás folyamatosságát, az egészségügyi szolgáltatások széles skálájával foglalkozik (tehát átfogó), megfelelő irányítással működik, megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkezik és a munkaerő folyamatos fejlesztésével jellemezhető. Kutatások bizonyítják, hogy az erős alapellátási rendszerekkel rendelkező országokban jobb a lakosság egészségi állapota, alacsonyabb a szükségtelen kórházi felvételek aránya és kisebbek az egészségi állapotban megmutatkozó társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek. Egy erős alapellátási rendszer fenntartása költséges, de az átfogó alapellátással rendelkező rendszerekben az egy főre jutó egészségügyi kiadások növekedési üteme mérsékeltebb, mint máshol. Nemzetközi és hazai tapasztalatok szerint, ezek az előnyök azonban csak az alapellátás szervezeti-vezetési rendszerének radikális átalakításával és fejlesztésével realizálhatók.

Az átalakítások megkezdése előtt meg kell ismerni a keresletet és kínálatot befolyásoló tényezőket. Ennek modelljét mutatja a 11.7. ábra.

Ezeket az igényeket nem feltétlenül támogatja az alapellátás hagyományos modellje, amely több országban változatlan maradt az elmúlt években. Új modellek kidolgozására és adaptációjára van szükség a valódi előrelépéshez.



11.7. ábra. Az alapellátás keresletét és kínálatát befolyásoló tényezők. Forrás: KPMG – The Nuffield Trust 2014

11.3.4. Új modellek az alapellátásban (európai példák GYEMSZI 2014)

Hálózatok vagy szövetségek

Az alapellátási szövetséget úgy határozzák meg, mint a különböző funkciók megosztása céljából létrehozott házi orvosi praxisok társulását (szolgáltatások nyújtása, vásárlása és fejlesztése, oktatás és képzés, irodai funkciók, biztonság, klinikai irányítás). Az alapellátási szövetségek leggyakrabban a szolgáltatások fejlesztése – és nem vásárlása – céljából jönnek létre, és különböző formát ölthetnek. A praxisok összefoghatnak közös oktatási tevékenységek kialakítására, az alapellátás új formáinak megvalósítására, vagy ügyeleti ellátás nyújtására. A szövetségek szervezeti formája változatos, és lehet közhasznú társaság, betéti társaság vagy informális hálózatok együttese.

Szuperpartnerségek

A szuperpartnerség olyan nagyméretű házi orvosi partnerség, amely partnerségi fúziók következtében jött létre. Angliában minden hetedik beteg olyan praxisnál regisztrált, ahol tíz vagy több orvos praktizál (alap- és szakellátás egyaránt). A szuperpartnerségek több tízezer regisztrált beteget is elláthatnak, és a nagy praxis szervezetek létrehozásának vezető trendjét képviselik.

Regionális és országos multipraxis szervezetek

A helyi közösségekben működő és vezetett szövetségekkel és szuperpartnerségekkel ellentétben, ezek a modellek regionális kiterjedésű alapellátást hoztak létre. Tulajdoni szerkezetük megegyezik a szokásos házi orvosi szervezetek jellemzőivel (partnerség), azonban a menedzsment és az irodai funkciók központosítottak valamennyi résztvevő praxis számára.

Közösségi egészségügyi szervezetek

Az alapellátás közösségi egészségügyi szervezeti modelljét (más néven közösségi egészségügyi központ, vagy poliklinika) a betegközpontúság és a népesség-orientáció jellemzi. A szervezetek hálózatban működő praxisokból állnak vagy egy közös épületben helyezkednek el, jelentős közösségi tulajdoni részesedéssel. Az alapellátás közösségi egészségügyi szervezeti modellje – az alapellátási szövetségekhez és a szuperpartnerségekhez hasonlóan – a helyi szolgáltatások kibővítésére törekszik, középpontban a népesség egészsége áll. Tevékenységét a szélesebb szociális és egészségügyi szükségletek elemzésével kezdi, és szerepét az egészségügyi ellátás mellett a közösség fejlesztésében látja. Az ellátásnak ez a modellje leginkább a távoli, vagy hátrányos helyzetű területeken terjedt el, ahol a lakosság nehezebben fér hozzá az egészségügyi- vagy más szolgáltatásokhoz.

A hivatkozott tanulmány felhasználásával röviden bemutatott új modellek magyarországi elterjedése még várat magára. Azonban a különböző típusú és funkciójú egészségügyi szervezetek vezetésének (a menedzsment egészének és a vezetőknek) a felkészülése ezek befogadására nem tűr halasztást. A hagyományos egészségügyi vezetői szemlélet továbbélő dominanciája erős akadálya lehet az intézményi-szervezeti megújulásnak, az elvárt igazi reformok megindításának.

11.3.5. Tipikus vezetői hibák és javítási feltételek

Szócska Miklós tanulmányából (Szócska 2008) empirikus kutatások alapján rajzolódni ki azok a vezetői hibák, amelyek magyar viszonyok között (meg) akadályozzák az egészségügyi szervezetekben elengedhetetlenül szükséges, alapvető változtatásokat. A tanulmány szerint, a változtatás vezetői hibák és ellenállást kiváltó okok néhány jellegzetes témakör köré rendeződnek. Ezek közül a kiemelkedő fontosságú hibák a következő témakörökhöz köthetők:

- Vezetői feladatok a programok tervezésével és indításával kapcsolatban – a jövőkép, a problémák definíciója, a célok és a program méretének meghatározása, stratégiaalkotás.
- Vezetői tulajdonságok és jellemzők – példamutatás, tekintély, képzettség, következetesség.
- Személyközi kapcsolatok, munkamegosztás – kommunikáció, feladat-megoldási stratégia, delegálás, felelősségi körök kialakítása.
- Megvalósítási, végrehajtási kérdések – adminisztratív kapacitások, eljárásrendek.
- Érdekvizonyok kezelése.

A kiemelkedő fontosságú ellenállási okok a következő témakörökhöz köthetők:

- Kommunikáció – a jövővel és a változtatási programmal kapcsolatos információhiány, zavar. Ezzel szoros összefüggésben a
- munkatársak bevonása, és az
- érdekeltség megteremtése – érdekvizonyok, a változtatás ösztönzése anyagiakkal.

Az egészségügyi vezetők számára széles körben használható tanácsok szerint, hét feltételnek kell a vezetőknek megfelelniük, hogy az általuk vezetett szervezet, intézmény változásai a siker reményében kezdődjenek és realizálódjanak. Ezek a következők:

- Első feltétel: a vezetők tudják, hogy hova tartanak.
- Második feltétel: a változtatás gerincét a kommunikáció, a szervezeti jövőképről és változtatási célállapotról szóló közös elképzelés kialakítása jelenti.
- Harmadik feltétel: megfelelő változtatási szervezeti háttér (személyi, szervezeti, infrastrukturális) áll rendelkezésre, vagy ennek hiányában a vezetőnek határozott elképzelései/tervei vannak ennek felállítására.
- Negyedik feltétel: az ösztönzők egyértelműen a kívánt célállapot irányába hatnak és/vagy az érintettek kritikus tömege azonosult a célokkal, képes és hajlandó irányában tevékenykedni.
- Ötödik feltétel: következetesség van jelen a végrehajtásban.
- Hatodik feltétel: a változásvezető rendelkezik személyes változásvezetési kompetenciákkal és változtatási tapasztalatokkal, hiteles ember a munkatársak szemében, és hitelességét folyamatosan karban tartja a változtatási folyamat során.
- Hetedik feltétel: a változtatással szembeni ellenállást az érintettek bevonásával és kommunikációval kezelik.

11.3.6. A coaching szemlélet sürgető igénye az egészségügyi szervezetekben

Orvos – beteg kapcsolat – másként is lehet?

Az orvosok és a betegek másként nézik az orvostudományt. A betegek azt igénylik, hogy meghallgassák őket és foglalkozzanak velük, míg az orvosok dolga, hogy a betegségek felismerjék és kezeljék.

Az orvos–beteg kapcsolat az utóbbi években – gyakran közbeiktatva az internetet – jelentős változásokon ment át. Nehéz, elfásult, kiégett orvosok is vannak, akik

találkozhatnak okoskodó, nehéz, életunt betegekkel. Mi van, ha mindkét szereplő „beteg”?

A beteg is ember, az orvos sem varázsló vagy sámán. Kettőjük viszonya egyre inkább kiegyenlítődhet az együttműködésük során. A beteg nem alárendelt személy, hanem társ, partner. Az orvosnak és a betegnek egyszerre kell tudatosnak és felelősnek lenni közös ügyükért, a gyógyulásért, a kihívások megoldása is közös feladatuk. Kölcsönös felelősségen és tudatosságon alapuló kapcsolat, ez a coaching lényege. Nincs többé abszolút orvosi tekintély!

A betegek „szerzői” az orvosok istenként való viselkedésének. A beteg számára szinte elviselhetetlen a bizonytalanság, még akkor is biztonságérzetre van szüksége, ha az hamis. Hogyan egyeztessük ezt össze a partnerséggel? Pedig a jó kapcsolat önmagában is gyógyító erő.

A próféták és az orvosok is tévedhetnek. Könnyű a tünetekből tévesen diagnosztizálni. Több betegségnek lehetnek azonosak a tünetei, és az orvosnak is lehetnek előítéletei. (A felszínen egy rossz májfunkciós érték lehet a beteg alkoholizmusának, de a hepatitisz C fertőzésének a következménye is.)

A beteg sem őszinte mindig! Az orvosok erkölcsi ítéleteitől való félelem (drog, alkohol, szex stb.), alkalmanként oka lehet a beteg hazugságoknak. A hazugság talán kevésbé rontja a beteg önértékelését, mint az őszinteség. Az egyes egészségügyünkben érvényes szabályok is okozhatják a füllentést. (Pl. a cukorbetegnek egészséges táplálkozási lehetőségeinek hiánya és az elvárások ez iránt.)

Az a beteg, aki ellenőrizhetetlen internetes fórumokról vagy a szomszédától rendelkezik friss tudással, könnyen kétségbe vonja az orvos diagnózisát, vagy olyan gyógyszerek felírását követeli, ami szükségtelen és/vagy káros.

A legjobban teszi a beteg, ha saját érdekében megbízik az orvosában, és nem tart az orvos és környezete erkölcsi ítéletétől. Így a nehezebben diagnosztizálható betegek sem maradnak kezelés nélkül, az orvos pedig több tünetet diagnosztizálhat egyidejűleg, ami tényleg az adott beteg tüneteinek – célzott vizsgálatokkal kiderített – helyes felismeréséhez, azonosításához és kezeléséhez vezet. Az orvosi kommunikáció nyelve érthető, egyszerű, világos, a beteg meghallgatása az értő figyelem jegyében történik!

Kritikus esetekben, a sürgős intézkedésről hozott döntés mindig az orvosé, itt nem szabad a coaching filozófiát alkalmazni.

A coaching az emberek önértékelésén hivatott javítani. A beteg embernek általában alacsony az énképe, így

az önértékelése is. Nehezen talál rá azokra az élményekre, amelyek általánosításával igazán jól érezné magát. Az ő „kicsi” énképe segítséget kér, hogy visszataláljon a reálishoz. Az a szerencséje, ha nem találkozik orvosai személyében olyan arrogáns, dicsekvő, fontoskodó, öntelt személyekkel, akik fontosságérzetének csökkentése szintén coachért kiált!

11.3.7. A jó vezetővé válás feltételei

Az utódlástervezés bonyolult feladat. Gyakran az elvárt szakértelmen túl vezetői megbízásért (kinevezésért) felelős személyek nem veszik figyelembe az egyén olyan egyéb kompetenciáit, amelyek szükségesek lehetnek a hatékony vezetői magatartáshoz.

Hogan amerikai munkapszichológus sikeres, hatékony és jól teljesítő vezetőket vizsgáló kutatása (Hogan 2006) négy olyan soft képességet, vagy személyiség tulajdonságot talált fontosnak, amelyekkel a vezető hatékonyan tudja összefogni, irányítani csapatát. Hasonló, a hazai közszolgálati szervezetekre jól alkalmazható módszertan alapjairól szól (Sándor 2014) kutatása.

1. Stressztűrés

Természetesnek tűnik, hogy a 21. századi munkavállalót nyugodtan terhelhetjük egyre több feladattal, megcsinálja (vagy elmegy). Sokan vannak azonban, akik nehezebben bírják a terhelést, és ez szeszélyességükben, érzelmi kitöréseikben nyilvánul meg. Fontoskodónak, nagyon érdeklődőknek, lelkesnek tűnhetnek, amikor történik valami. Érzelmeket, így a lelkesedést is intenzívebben élik meg, ezért azonnal „képbe kerülnek” adódó vezetői pozíció kapcsán.

A kellő mértékű stressztűrés képessége nélkülözhetetlen a munka során. Az az energiabefektetés, ami sikerrel végződik, szinte doppingol, ami kudarchoz vezet, összeroppanthatja az embert.

Mindkettő a vegetatív idegrendszer veszi igénybe. A munkavállaló jelenlegi funkciójához tartozó terheltségi szint lehetett megfelelő számára, ez nem azt jelenti, hogy a vezetői feladatokkal járó megnövekedett felelősség is elvállalható, testhez álló lesz.

Az ambiciózus nőket és férfiakat veszélyezteti a stresszszorexia. Ez akkor fordul elő, amikor az életszerepeiket összeegyeztetni igyekvők bizonyítani akarnak, és féltudatosan háttérbe szorítják az elemi létszükségleteiket. Vagyis akkor, amikor az illető nem ismeri saját fizikai és lelki határait.

2. Ambíció

Az ambiciózus személyek többnyire szem előtt vannak a szervezetben. Ők lelkesek, törekvők, buzgók, talán becsvágyók is; ezért általában észrevehetőek. Teszik a dolgukat, szeretik a kihívásokat, tetterre készek, proaktívak. A veszély abban rejlik, hogy az, amit az emberek tudnak, és amit szeretnének csinálni, két különböző dolog. Lehet valaki úgy ambiciózus, hogy nincs a figyelem középpontjában, nem is szeretne ott lenni, úgy gondolja, hogy beszél helyette állandó dicsekvéstől mentes teljesítménye. Róluk hajlamos a környezete elfelejtkezni, pedig lehet, hogy jelentős vezetői potenciál rejlik bennük. És az sem biztos, hogyha valaki magabiztos, és szükség esetén irányítóként tud fellépni, élvezné is az olyan munkakört, ahol folyamatos vezetői feladatokkal kell szembenéznie, másokat kell irányítani.

Kutatásokkal igazolható, hogy az egyes emberek képességeinek átlagosan csupán 40–50%-a mutatkozik meg a munkahelyén. Ennek külső és belső akadályai (okai) vannak. A belső akadály kivétel nélkül ugyanaz: a kudarcotól való félelem, az önbizalom hiánya, a kételkedés saját képességeikben. Ha az önbizalom hiányát stb. realitásnak tekintjük, akkor a vezetők minden erőfeszítése az alkalmazottak önbizalmának megerősítésére kell, hogy irányuljon. A fejezetben részletesen is tárgyalandó coachingot kifejezetten erre találták ki! A különböző szintű vezetők közül azonban sokan távolról sem cselekszenek logikusan, ha felmerül a vezetői viselkedés e fajtája iránti igény, vagy eddigi viselkedésük megváltoztatásának igénye. Abban reménykednek, azt várják és hajlandóak is fizetni azért, hogy elháruljon egy technikai vagy szervezeti probléma, mintsem hogy fejlődjenek emberileg, vagy jobb „pszichológusok”, legyenek, még ha nyilvánvalóan szükséges és egyszerűbb is. Ennek is alapos oka van.

A munkatársak önbizalmának erősítéséhez arra van szükség, hogy a vezető lemondjon a vágyról, hogy totális befolyása alatt tartsa a beosztottjait vagy, hogy folyamatosan bizonyítsa magasabb rendű képességeit. Vezetőként az egyik legjobb dolog, amit tenni lehet a beosztottakért: megértetni velük, hogy képesek túlszárnyalni saját vezetőiket. A gyakorlatban mindennek a megvalósítása „igen bonyolult dolog”, ezért már a jelölés (kiválasztás) előtt érdemes tisztázni a leendő vezetővel, szeretne-e egyáltalán előrelépni egy vezetői feladatokkal járó munkakörbe.

3. Humánorientáltság

Téves az a nézet, amely szerint a vezetőnek nem az a feladata, hogy szeressék. Természetesen nem árt, ha tud nemet mondani és tud negatív visszajelzést is adni, de alapvetően a vezetés a csapatról szól.

A vezető mindig hiteles jelenléttel vesz részt a munkájában, és rendszerben gondolkodik. Ha az adott helyzetből úgy sikerül a legtöbbet kihozni, hogy az konkrét eredménycélokhoz kapcsolódik, látható a siker; ez további lökést adhat a változáshoz.

A mai vezetőnek egyre inkább érteni kell az emberek nyelvén és tudnia kell eltérő személyiségekkel is szót érteni. Olyan fontos kompetenciákat is birtokol, mint a motiválás és inspirálás, az értő kommunikálás, és mások fejlesztése. A fenti elvárások sora olyan személyiséget igényel, aki képes ráhangolódni a másikra, törődő és odafigyelő magatartást tud tanúsítani.

4. Szisztematikusság

Ez a személyiségdimenzió a pontosságért, a precizitásért felelős. A vezető részletorientált, de nem túlzó mértékben. Tudja, hogy melyik teendő a fontos és melyik kevésbé, ám sürgős. Ezáltal képes delegálni a feladatokat, tudatosítva azokat, és felelőssé téve az azt végzőket. Történetük egyszerű képlettel írható le: kihívás – válasz. A kihívást a környezet támasztja, amelyre a vezető, az egyén, az intézmény, a társadalom valamilyen választ ad. Ezt követi az újabb kihívás és az újabb válasz. A képlet mindig ismétlődik. A probléma akkor áll elő, amikor a válaszok kodifikálódnak. Az ismert válaszok határozzák meg a vezető gondolatait, cselekedeteit. A szervezetek, a vezetők folyamatosan új kihívásokkal néznek szembe, gyakran a régi eljárások idejétmúlttá válnak. Az élet változó kaleidoszkópot tár eléjük, így a vezető a jövő ezernyi más kihívásával csak akkor birkózik meg a siker esélyével, ha épít jó eljárásaira, gyakorlati módszereire és az azok mögött meghúzódó alapelvekre. A mai vezető akkor sikeres, ha képes analitikusan gondolkodni, kreatív, ha eljut az absztrakció mély szintjeire, ha szóban és írásban jól tud kommunikálni, ha át tud törni a határokon, felül tud emelkedni az elavult gyakorlaton, ha a szervezete és a munkatársai problémáit új, eddig ismeretlen és minden eddiginél eredményesebb módon tudja megoldani.

Aki vezetőt választ, az az elvárt szakértelmen túl az alább felsorolt egyéb kompetenciákat, személyes hozzáállást is vegye figyelembe, hiszen ezek is szükségesek a hatékony vezetői magatartáshoz!

Irodalom

- Bakacsi Gy. (2004): Szervezeti magatartás és vezetés. Aula Kiadó, Budapest.
- Csánky E. (2012): A légzésfunkciós eltérések súlyosságával korreláló COPD biomarker jelöltek felfedezése. Doktori értekezés, Debreceni Egyetem Molekuláris Sejt- és Immunbiológia Doktori Iskola.
- Farkas F., Dobrai K. (2014): Szervezetfejlesztés és professzionalizáció. Hol tartanak a nonprofit szervezetek? Nonprofit Kutatások 16. Nonprofit Társadalomkutató Egyesület.
- Farkas F., Hadinger B., Szűcs P. (2011): A menedzsment alapjai. Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar.
- Farkas F. (2013): A változásmenedzsment elmélete és gyakorlata. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Gajdusчек Gy., Hajnal Gy. (2010): Közpolitika. A gyakorlat elmélete és az elmélet gyakorlata. HV GORAC Lap- és Könyvkiadó Kft.
- Gál Z., Szabó L. (2007): A menedzsment alapjai. Pannon Egyetemi Kiadó, Veszprém.
- GYEMSZI (2014): Az alapellátás jellemzői Európában. Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság, Rendszerelemzési Főosztály.
- Hajnal Gy. (2004): Igazgatási kultúra és New Public Management reformok egy összehasonlító esettanulmány tükrében. Doktori értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem.
- Hogan, R (2006): Personality and the Face of Organisations. Lawrence Erlbaum Associates.
- Kispál-Vitai Zs. (2013): Szervezeti viselkedés. Pearson Education.
- KPMG – The Nuffeld Trust (2014): The primary care paradox. The Second European Health Summit.
- KSH (2013): A foglalkoztatott nők aránya. www.piacutatasok.hu/2013/11/ksh-foglalkoztatott-nok-aranya.html
- KSH Közlemény (2014): KSH on-line 2014. nov. 28.
- Lövey I., Nadkarni, MS (2011): Az egészséges szervezet felmérés eredményei. Concordia, Budapest.
- Oparin, Salamon M. (2013): Közmenedzsment modellek alkalmazása az Európai Statisztikai Rendszer szervezeteinél. Doktori értekezés, Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar, Gazdálkodástani Doktori Iskola.
- Pollitt, Ch (2001): Clarifying convergence: Striking similarities and durable differences in public management reform. Public Management Review 4: 1P1, 471–492
- Sándor T. (2014): Vezetőfejlesztés hatékonyan. Vezetéstudomány, XLV. évf. 12. sz.
- Schmid, H (2006): Leadership styles and leadership change in human and community service organizations. Nonprofit Management & Leadership Vol. 17, Issue 2.
- Szóccka M. (2008): Fenntartható változások vezetésének feltételei a magyar egészségügyi szervezetekben. Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

12. Változásmenedzsment az állami egészségügyben: mit lehet tanulni az Aravind rendszerétől?

GOOLESORKHI KIA

12.1. Bevezetés: változási és változtatási koncepciókról – idézetek

„Nekünk kell azzá a változássá válni, amit látni szeretnénk másokban.” (Gandhi)

„Mi magunk vagyunk azok, akikre vártunk. Mi magunk vagyunk a változás, amit kerestünk.” (Barack Obama)

„Ha nem változtatás irányt, nagy valószínűséggel oda jutsz, ahova sodródsz.” (Lao Tzu)

„A tanulás a legerősebb fegyver, ami képes megváltoztatni a világot.” (Mandela)

„Ha valami nem tetszik, változtasd meg. Ha nem tudod, változtasd meg az attitűdödet.” (Maya Angelou)

„Soha ne hidd, hogy néhány törekvő ember nem képes megváltoztatni a világot. Bizony ők azok, akik ezt mindig megtették.” (Margaret Mead)

„Amikor fejlődünk a spirituális tudatosságban, azonosítjuk magunkat a világ minden létezőjével. Kizsákmányolás nem létezik. Magunknak adunk segítséget, magunkat gyógyítjuk.” (Dr. Venkataswamy, az Aravind Szemgondozó Központ alapítója)

12.2. Összefoglaló

Az Aravind szemgondozási rendszere egy decentralizált, hálózatalapú, nonprofit szervezetként működik. Ez a tanuló rendszer a következő tényezőknek köszönhetően nemcsak sikeres volt minden egészségügyi szolidaritási témában, hanem egy ritka példaként több dekádon át megvalósította a WHO és az OECD által megálmodott ideális egészségügyi rendszert, annak ellenére, hogy világ legszegényebb régiójában jött létre: (1) az alapító vezetőjének társadalomtudatos és innovatív szemlélete és

az ún. szabályrendszereken túlnyúló szerepvállalása, (2) az állandó változás felkarolása, (3) az innovációkapacitás.

Az Aravind a világ legnagyobb, kutatással és fejlesztéssel, gyártással és exporttal is foglalkozó szemészeti rendszerének története. Ez az eset bebizonyította, hogy a centralizált állami rendszerek idővel a magas normativista megközelítésük miatt jellemzően jogszabályvezéreltek, emiatt az innováció útjában állnak¹.

V. nyugdíjba vonult szemsebész vezetése alatt kezdődött a történet 11 ággal az egyik legszegényebb régióban, nagyon korlátozott pénzügyi forrásokkal rendelkező non-profit családi intézetként. *Oktatókórházak* alkotják a rendszer magját, amelynek keretében a kórházak nem csak szakmai és igazgatási kapacitásépítésben vesznek részt, hanem leginkább *közösségépítési tevékenységekben*. Az Aravind küldetését az érintettek és a világpolgárok jólléti (well-being) állapotának fejlesztésében és fenntartásában a szűkségtelen vakság megszüntetése területén látta. A rendszer a folyamatos változások kezelésére és a folyamatos innovációt elősegítő kapacitásépítésre vonatkozó koncepciója segített a játékszabályok átalakításában egy szegénységgel erősen sújtott régióban egy olyan korlátozott erőforrás ágazatban, mint az egészségügy.

Széles körben ismert, hogy Kurt Lewin² korai erőfeszítései ellenére csak a nyolcvanas évek elején ismerték először a nagyon nagy társaságok önálló szakterületként a „változáskezelés” értékét. Ez az úttörő gondolkodás vezetőik bizonyított hatásának köszönhető a tudatosan tervezett változástervek és programok pozitív eredményein túl. Ez a kombináció lehetővé tette a szervezetek

1 Lásd Bouckaert, G., Van Dooren, W. (2009): Performance management in public sector organisations. In: Löffler, E., Boivard, T. (eds): Public Management and Governance. London: Routledge, Bouckaert, G., Van Dooren, W., Oomsels, P. (2011. január): PERF: Performance of Governance, Process, result and suggestions for future work.

2 Lewin, K. (1951). „Field Theory in Social Science.” New York: Harper & Row.

számára, hogy a változás dinamikáját kihasználva építse- nek kapacitást ahelyett, hogy a költségek, pozícióvesztés és belső konfliktus miatt sérüléseket szenvedjenek. Egy „morfogenetikusabb megközelítés” széles körben terjedt el 2003 és 2011 között, és 35%-ról 72%-ra ugrott³ a Prosci, az IBM és a McKinsey által használt referenciák alapján. Ez a felszíni, szervezeti szintű mennyiségi-minőségi változásokról (morfostatikus megközelítés) egész rendszerre kiterjedő és rendszerszintű változásra való átváltást jelentett.

Egy olyan kapacitás elérése, amely bármely típusú szervezetnél lehetővé teszi a „folyamatos innovációt”, az érettség kívánt állapotának tekinthető a teljes életciklusra kivetítve. Miközben egyre fejlődnek, ezek a „tanuló szervezetek” nem csak magukévá teszik a ‘változás’ dinamikáját, hanem még jobban tudják folyamatosan átalakítani a belső és külső dinamikát az összes érintett fél számára kedvező módon ahelyett, hogy elsődlegesen a korlátozott erőforrások kezelésére összpontosítanának. A mélyreható ‘paradigmatikus változás’ szintjét vagy a „tanuló szervezettel” válás folyamatában a beérést viszont az ún. „5. szintű vezetők” alapozzák meg, akik a végső társadalmi előny tartalma tekintetében globális perspektívával és ismerettel rendelkeznek.

A szervezetek és nagyobb környezetük statikus és erőforrás-korlátozott állapotból fenntartható és teljesítő képes szervezetekké való hatékony átalakításában alkalmazott legjobb módszerek témája egyre nagyobb figyelmet kap az egészségügyben mind állami, mind magán szinten.

Az a tény, hogy a változás szükségessége és sürgőssége a szervezeten belülről és kívülről (vagy mindkét oldalról) jelentkezik, a szervezet ‘rendszerszintű’ dinamikájának értékére hívja fel a figyelmet a változáskezelés területének (tehát rendszerszintű átalakulások és átalakulási reformcsomagok) vizsgálatakor. A mostani esettanulmány célja az, hogy fényt derítsen a szükséges kapacitásokra, az egészségügyi rendszerek társadalomgazdasági kontextusán belül a sikeres változásprogramok tervezésében és megvalósításában jelentkező fontos kihívásokra egy esettanulmány révén.

„Dr. V.” és az „Aravind Szemészeti Kórház” esete a fenti ok miatt tanulmányra érdemes eset. Az Aravind a legjobb gyakorlatot alkalmazza, élvezve az egyediséget mind a vezetés, mind a változáskezelés terén az egészségügyben, ahol a *megfizethetőség* és az *egyenlő hozzáférés* látszanak a legfontosabb kihívásoknak, mi-

közben az erőforrások meglehetősen korlátozottak, ami még nagyobb nyomás fejt ki az olyan jelzőkre, mint a *megelőzés*, *betegközpontúság*, *támogatás*, *minőségmegőrzés* és a *biztonság*. Az eset azt igazolja, hogy a szervezeten belül és kívül a kulturális értékek felismerése és követése a változásprogramok nagyobb hatékonyságát eredményezheti. Azt is fontos megemlíteni, hogy a hatékony változásprogramoknak nagyobb hangsúlyt kell helyezniük a kapacitásépítésre a közös tanulásban és innovációban. Az Aravind sikertörténete a változásirányítás és változáskezelés kombinációjára támaszkodik.

Az esettanulmány bizonyította, hogy: (1) Olyan rendszerek, melyek képesek az állandó innovációra egy előre definiált ‘geocentrikus’ vízió érdekében, a változást felkaroló és folyamatos változtatásra épülő rendszerek. Az innováció kapacitásfejlesztés az egyetlen megoldás a források korlátozott voltára. Az innováció viszont egy olyan új termék vagy szolgáltatás, mely kifizethető és többség számára elérhető. (2) Nem ürügy a szolidaritás. Azaz nem szükséges, hogy a szolidaritás – az egészségügyi ellátáshoz való általános és megfizethető hozzáférés – ürügyével a pénzügyi korlátokat elsődlegesen vegye figyelembe a prioritást megállapító döntésekben, amikor a végső cél a relatív jóllét állapot fejlesztése, azaz a „*termékenyebb, boldogabb, hosszabb élet*” támogatása. A fentiekhez elsősorban újabb perspektívára van szükség az egészségügyi szolgáltató egység végső célját (globális társadalmi jóllét) illetően. (3) Mély változtatások (reform vagy a másodfokú változtatások) eredete lehet a privát vagy az állami szektor. A két oldal szoros kapcsolata és mély bevonása szükséges, de ahhoz fontos a változási és vezetési csapat kapacitásteremtési aktivitása mindkét oldal szervezeteinél. Az állami rendszerek számára az Aravind decentralizált-integrált modellje tanulmányozásra érdemes. (4) Jelentős előnyre számíthat a változáskezelő menedzsmentcsapatok változástervekre és -programokra kiterjedő tudatos változáskezelési megközelítése, ha változáskezelő vezető vagy valamilyen vezetőségi szerep, például ‘facilitátor’, ‘mentor’, ‘innovátor’, ‘bróker’ van jelen a változáskezelő csapattagok között. (5) Az „*átfogó részvételen alapuló*” általános „katalizátoros irányítás” (catalyst participatory governance) fontos fórumot jelent, ahol az átalakítás folyamatába bevont erős közösség hozható létre, fokozható a csoporthoz tartozás érzése és megosztható a jövőkép és a küldetés. Ez a fórum lehetővé teszi az érdekelt felek számára, hogy folyamatosan legyőzzék a környezetspecifikus korlátok okozta nyomást. (6) A változáskezelő tervek és programok az ilyen változásvezető személy és egy katalizátor kormányzás segítségével hatékony ugyanakkor hatásos

3 See <http://www.prosci.com/change-management/change-management-history/> and “ACMP” Association of Change Management Professionals

teljesítményt érhetnek el (pl. az OECD kiválósági modellje), ha rendszerszintű reform és átalakítási programokat magába foglaló RENDSZERALAPÚ MEGKÖZELÍTÉST alakítanak ki, és hajtanak végre. A SMOP (Systemic Market Orientation Paradigm map) hasznos eszköz lehet.

12.3. Alapvetések a változásmenedzsmentről

„Nem csak az a kérdés, hogy kell-e változni és változtatni, hanem szakirodalmi tapasztalatok szerint, nem csitul a vita abban a kérdésben sem, hogy mi a változásmenedzsment?”

Farkas Ferenc (2006)

A változásmenedzsment gyökere Kurt Lewin és a társai munkájában található a 20. század közepén, de a témát, mint egy önálló ágat a nyolcvanas években ismerték el. Definiált fókusz a „modern vezetési stílusok”, kiegészítve a tudatosan tervezett „változási tervek”-kel és „változási programok”-kal (pl. Kotter modellje vagy GE-nál a CAP stb.). Ez a kombináció a sikeres szervezeteket képessé tette arra, hogy a változás dimamikájából profitáljanak, szemben a magasabb válság költségekkel, piaci pozíció elvesztésével, belső konfliktusok emelésével.

A változásmenedzsment mint egy tudatos metódus használata a változás folyamatának tervezését-monitorozását, az innováció felkarolását jelenti. Az ágazat terjesztésének alkalmazását tekintve 2003 és 2011 között 34%-ról 72%-ra nőtt a nagyvállalatoknál az alkalmazása (ref. Prosci, IBM and McKinsey benchmarkok).

Az állami és közszférában sokkal lassabb a koncepció alkalmazása. Gyakoribb a 'reform' terminológia használata a gazdaságpolitikában és ebben a szektorban. A reform viszont Tinbergen (1932)⁴ alapján egy mély transzformálást igényel, mely a rendszer alapvető céljait és a rendszer alapfilozófiáját definiálja át (jóléti szolidaritás helyett a jóléti gazdaság célózása). A reform nem csupán **kvalitatív** változtatás, mint pl. egy újabb adófajta vagy egészségügyi hozzájárulás típusának vagy betegségkezelés eljárásának a bevezetése, és nem is csupán **kvantitatív** változtatás, mint pl. az adó százalékának változtatása, ágyszám változtatása, finanszírozott volumen korlátok változtatása, finanszírozott HBCS pontok, súlyok változtatása. Az említett jellegük miatt egyre gyakoribbak a sikertelen reformok, főleg a közegészségügyben.

Szakértők által elismert tény, hogy a szervezeteket rendszernek kell tekinteni, ha azokat eredményesen akarják vizsgálni. Ennek oka, hogy a kontextusból kiragadott esetek megváltoztatása illeszkedési zavarokhoz vezethet. Ha elemekre bontjuk a rendszert, az a veszély fenyeget, hogy elfelejtődik a szervezet változás dinamikája. A változásmenedzsment során nagyon fontos figyelembe venni, hogy az alrendszerek hogyan hatnak egymásra, illetve milyen a környezet és a rendszer közötti összhang.

A változás az ember, szervezet, iparág, piac vagy alrendszer életciklusa során történik meg. Az élet dinamikus környezetében az említett életciklusok hatással vannak egymás sorsára. Ezek a hatások néha gyorsító, néha lassító jellegűek. A változások a rendszer cselekvői számára vélt pozitív vagy negatív hatással bírnak az általuk definiált célokhoz képest. Ugyanakkor a változásban érintett cselekvők számára a folyamat gyakran a tanulás jutalmával jár, mely az egyén számára a következő ciklusokban, illetve az egyéb adott alrendszeren kívüli környezetekben hasznosítható.

Tanulásuk során mind az egyéneknek, mind a szervezeteknek vagy az alrendszereknek több lehetőségük adódik ahhoz, hogy előre láthassák a változás keletkezését illetve a különböző, egymásra hatással lévő kontextusok változásait, felkészülve a következményeire. A tanulás jutalmának velejárója olyan rálátás létrejötte, valamint olyan készségek elsajátítása, mellyel a kívánatos változást elő lehet idézni. E változtatások célja 'prevenziós', 'felgyorsító', 'lelassító' tartalommal vagy 'átformáló', 'átalakító' jelleggel bír. Mélyebb változásokhoz, mint az 'átformáló', 'átalakító' változások (az ún. másodfokú változás vagy morfogenetikus transzformálás) úttörésre képes, a megszokott normákon és jogszabályokon kívül gondolkodni tudó, innovátor személyekre van szükség, akik a szervezet globális rendszerét használva a külső környezet változtatását is képesek megvalósítani. Ezek az ún. 5. szintű, posztkonvencionális vezető személyiségek (level 5 leader) A változásvezetés képessé teszi a szervezetet az úttörésre. Folyamatosan stratégiai irányban tartja a változás folyamatát, egy vízió mentén, közös irányba mobilizálja az érintetteket és erőforrásokat bevonva a közösséget. Globális hatást gyakorol a szervezet belső és külső rendszerére (evidenciával standardokra, jogszabályokra hatást gyakorol a belső változási tervek támogatására.) A változásvezetés az állami egészségügyben még kevésbé ismert. A hiánya magyarázza a változási tervek és reformprogram bukásának fő okát Magyarországon. (A változás hősei nem feltétlenül magas rangú személyek.)

Egy alrendszeren vagy egy szervezeten belül akkor kívánatos a folyamatok megváltoztatása, amikor a fenn-

⁴ Lásd pl. in ACOCELLA (Foundations of Economic Policy: Values and Techniques, Cambridge 1998)

tartható innováció kapacitásteremtéshez vezet. Ehhez viszont elengedhetetlen egyfajta globális vízió és stratégiai hozzáállás.

12.4. Háttér: Aravind mint egy folyamatosan átalakuló, tanuló rendszer a jóllét érdekében

A változásvezetés egyik alaptémája a stratégiai változtatás előidézése. Ehhez viszont egy nyílt, a környezetével élő kapcsolatot ápoló és arra megfelelően reagáló szervezetre van szükség. Tudatos változásmenedzselés programokkal a szervezetek, rendszerek és alrendszerek az érettségük során képesek egy tanuló rendszerré válni. A tanuló rendszer egy olyan rendszer vagy szervezet, mely képes a belső-külső változásokat a maga javára fordítani. Egy ilyen rendszer egyfajta stratégiai menedzsmet rendszerrel rendelkezik (lsd. lent). E rendszerek, tanulásuk során használva a változásvezetés szerepköröket, a terveken túl menően gondolkodva képesek időben célokat kitűzni, a teljesítményi indikátorokat a víziójuk (idealizálódott imázs) és a missziójuk érdekében (az érintettek számára unikális értékajánlat-hozzáadott érték) folyamatosan igazítani.

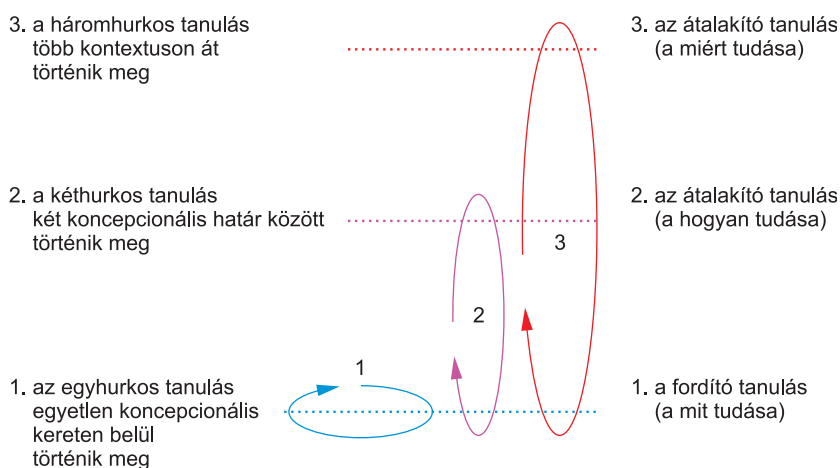
Ennél a rendszernél a vízió-misszió kommunikálása, a stratégiai irány definiálása – mint például döntések arról, hogy milyen területeken kell jelen lenni, kikkel hogyan együttműködni, akár versenyezni – a vezetési szerepkörhöz tartozik. A kormányzás által definiált protokollok, jogszabályok, standard működési procedúrák alapján a változási programok bevezetése és monitorálása a me-

nedzsmet szerepkörhöz tartozik. Ezek a programok elsősorban az érintettek orientációjával és tréningjével kezdődnek.

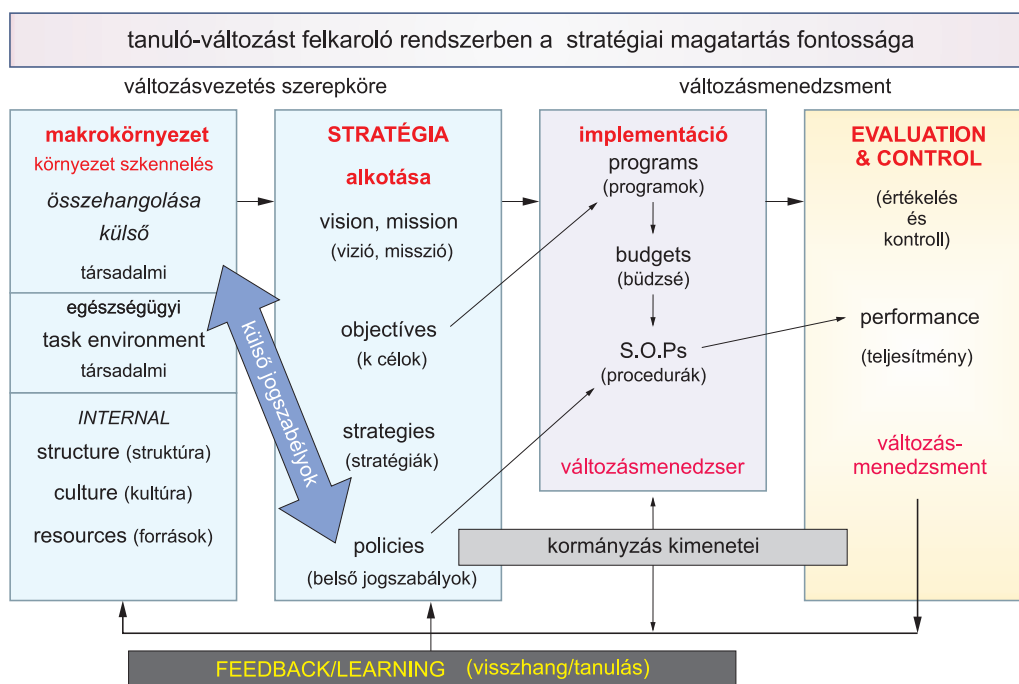
A Wheelen and Hunger (2005) katalizátor kormányzási modellje (catalyst governance) egy kezdeményező modell, mely a külső-belső bizalom létrehozásával és a közösségi tudatosság fejlesztésével az érintettekkel együtt olyan megoldásokat hoz létre, melyek a negatív külső korlátozó hatásokat felülírják a vízió megvalósítása és a stratégiai fenntarthatóság érdekében. A tanulás kapacitásteremtés során három érettségi szint vizsgálandó:

1. *Egyhurkos tanulás*: (mit tegyünk elemzése) feladatorientált és specialista hozzáállás egy bizonyos szakmakultúra kontextusban.
2. *Kéthurkos tanulás*: (hogyan tegyünk elemzése) interkulturális és interdiszciplináris tanulás kapacitásának megjelenése. Know-how, technology transfer jellemzőivel.
3. *Háromhurkos* (miért tegyünk elemzése). Vízió vezérelt, globális megközelítés. Fenntartható innováció kapacitása, Generáció-, kultúra- és szakmafüggetlen

A jelenlegi Aravind szemgondozó rendszer, illetve az alapítójának, dr. V-nek történetéről szóló esettanulmány célja rávilágítani arra, hogy a változásvezetés, illetve a katalizátor kormányzás milyen kritikus szerepet bír a sikeres másodfokú változásban, avagy a morfogenetikus rendszer transzformálásában a vélt szűkös forrás vezérelt egészségügyi környezetben. Annak ellenére, hogy az egészségügyi szektorban például a klinikai kormányzás szerepe több mint harminc éve ismert, és az alapelvei hasonlóak, a gyakorlatban egyre inkább protokollvezérelt, mint stratégiavezérelt incidensekkel lehet találkozni.



12.1. ábra. A tanulók, szervezetek háromhurkos tanuláskapacitása



12.2. ábra. Wheelen and Hunger alapján: A tanuló és a változást felkaroló rendszerben a stratégiai magatartás fontossága

12.4.1. Monitoring összképe a vízió, misszió alapján

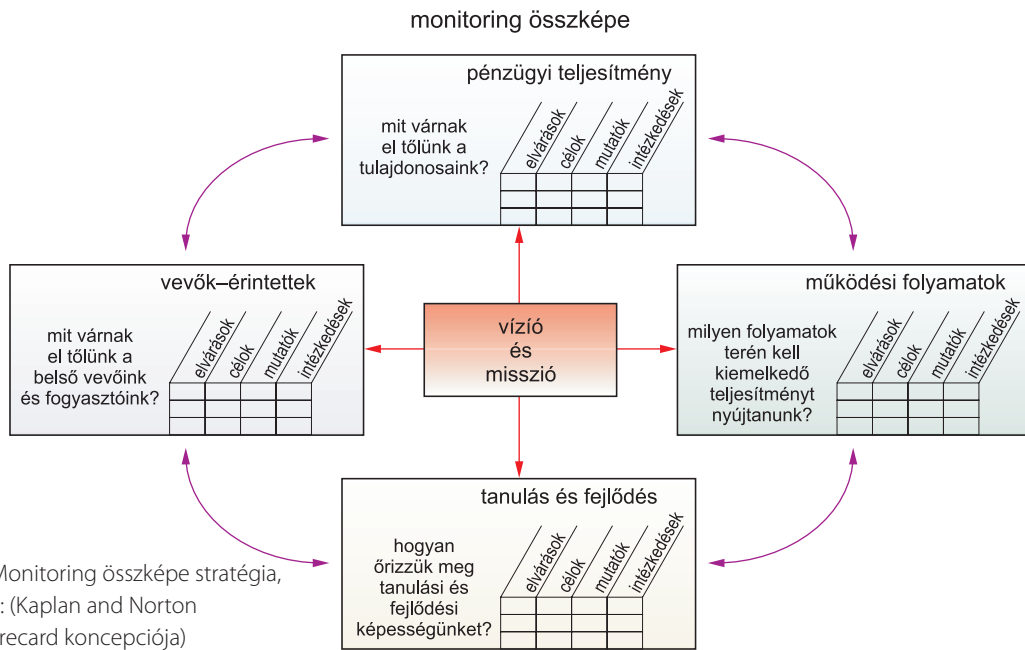
A tanuló rendszereknél, mint például az Aravind, a teljesítményt – minden funkció teljesítményének végkimenetét (a végrehajtott program és tervek, beleértve a változási programok és tervek kimenetét) – nem a kitűzött célok, hanem elsősorban a vízió, misszió alapján mérik fel. Ide tartoznak mind a kvalitatív, mind a kvantitatív indikátorok egyetlen egy pontrendszer alapján (Balanced Scorecard). A hagyományos indikátorok fő területei:

- a. **Pénzügyi**, mint pl. befektetésre jutott bevétel és nettó hozam
- b. **Kormányzás, piacorientáció:** részvétel alapú – katalizátor kormányzás miatt javított a vevők-páciensek és az egyéb érintettek elégedettségén (minőségmegőrzés, személyre szabott szolgáltatás és kommunikáció, bizalom teremtés, panaszok és komplikációk számának csökkenése, elvárások felmérése és figyelembe

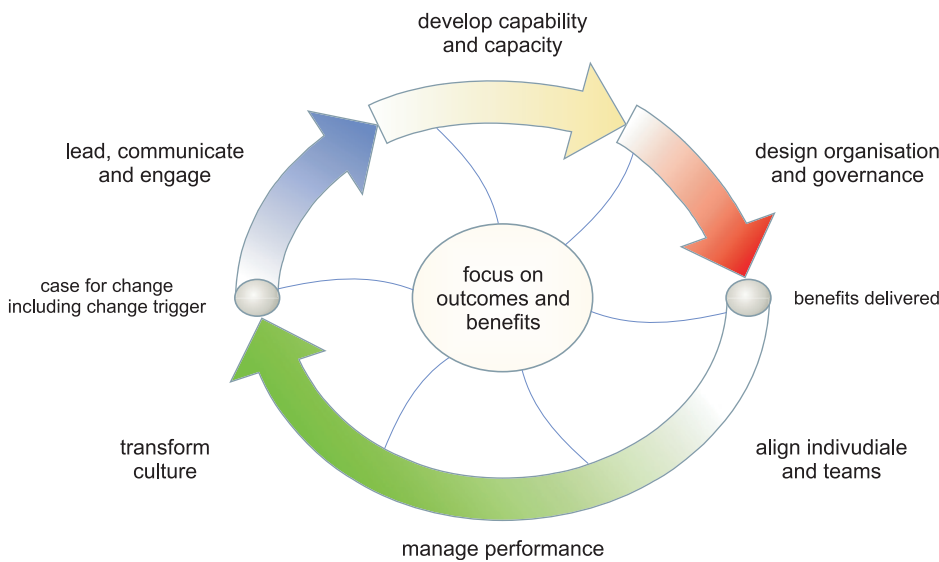
vétele, beteg–orvos–család bevonása a folyamatokba).

- c. **Működési Folyamatok, produktivitási** ráta és termelékenység, logisztikai fejlesztés.
- d. **Tanulás és fejlődés:** Az életciklusban a korábbi pozícióhoz képest az összenszisztemnek a környezeti és társadalmi érzékenysége és tudatossága, átláthatósága (rendszer gondolkodás vs. feladatközpontúság). Az újabb ötleteknek száma, azok szervezeten belüli diverzitás kompozíciója és tartalma (mennyire termék, technológia, dizájn alapú?). Mérhető technikai és társadalmi tudás, készség, kompetencia. Piacosítható kutatás és fejlesztéskimenetek, vállalkozó attitűd. A változási programok bűdzsé allokációjához fontos figyelembe venni az életciklust és az érettségi szintet, hiszen a kezdeti fázisnál jelennek meg a legmagasabb költségek. Az egészségügyben a WHO és az OECD által definiált vízió képviseli a követendő irányt.

* Szerző Wheelen and Hunger (2005) alapján „Strategic Management and Business Policy” Prentice Hall; 10 edition (October 20. 2005.)

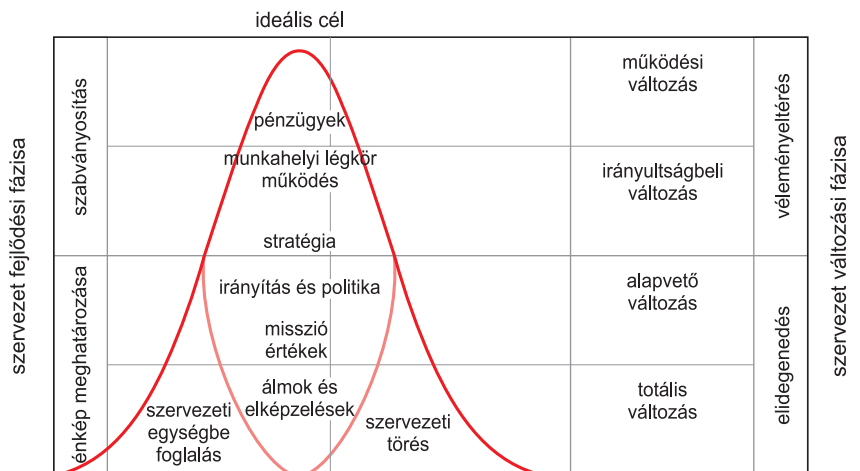


12.3. ábra. Monitoring öszsképe stratégia, vízió-misszió: (Kaplan and Norton Balancedscorecard koncepciója)



12.4. ábra. Első lépés a kapacitásteremtés és a változás szervezése

Want-féle modell (1995)



12.5. ábra. WANT és a stratégia

12.4.2. Az Aravind sikere a jólét alapú eü. kontextusában: a rendszerszemlélet megjelenése

Az Aravind Szemészeti Kórház egy **decentralizált**, de ugyanakkor integrált szervezeti növekedési modellt követve, mint például a McDonalds franchising rendszere, 11 ágygal indult 1976-ban. Ma a világ legnagyobb szemsebészete az összes szemsebészetre vetített közel 7 százalékos részesedésével. A mennyiség vonatkozásában ez 30 év alatt több mint 2,4 milliót jelentett, mielőtt az Aravind alapító vezetője, Dr. Govinda Venkataswamy (Dr. V.) meghalt 2006. júliusban. (Dr. V. több mint 100 000 műtétet személyesen végzett el.)

Rendkívül meglepő, hogy az Aravind a világ egyik legszegényebb régiójában maradt pénzügyileg erős, és egyre növekszik. Az Aravind egy változást felkaroló, a változtatást kezdeményező tanuló rendszer. Fenntartható innovációkapacitással rendelkező Aravind az innováció mindig legolcsóbb és a legkifizethetőbb. Az eredmények miatt az Aravind tanulmányozásra érdemes eset az egészségügyi vezetők, irányítók és irányelv kialakítók számára, különösen akkor, ha a meghatározott kereteken belül és a Common Wealth Fund Commission for High Performance Healthcare rendszerek céljai alapján vizsgálják⁵

Ez a jólét vezérelte szervezet kormányzási (Governance) modell a jólét megvalósítását a „hosszabb, boldogabb, produktívabb életévek” alapján méri fel a következő 4 dimenzió optimalizálásának használatával. Értékes lehet az Aravind átvizsgálása is a modell alapján⁶:

- Kormányzás:** magas minőségű, biztonságos, páciensközpontú, koordinált gondozás (prevenció+utógondozás folyamatokat beleértve). Rendelkezik több kiválósági díjjal. A szatelit klinikák segítségével folyamatosan végez szűréseket. Az IT infrastruktúrát használva klinikák között távvitet és előkészítő megbeszélések zajlanak. A rendszer transzfert biztosít a falvak és a központok között. A szükséges utókezeléseket is szisztematikusan figyelemmel kísérik. A szatelit klinikák a prevenció–promóció feladatokat koordinálva, a helyi gondozó szervezetekkel, a családi orvosokkal hajtják végre.
- Pénzügyi:** Hatékony forráshasználat és bevétel gyártása.

Érett szemlélet és rendszerelmélet. Az orvosok nem kapnak több fizetést.

Eltérően más non-profitól, az Aravind nem függ a donoraitól, önfinanszírozásra képes. Az éves minimum nettó nyeresége 7 900 000 \$, a bevétele 20 millió dollár. A számok messzemenően versenyképesek a nyereségorientált rendszerekkel is.

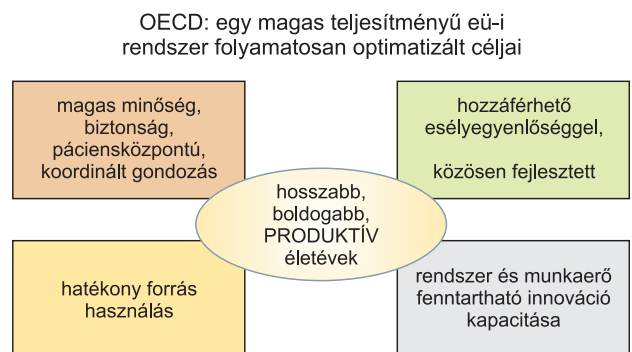
- Tanulás és fejlődés** (innovatív, rendszerszemléletű egyének és szervezet): igazságos, hozzáférhető, esélyegyenlőséget biztosító, közösséggel együtt fejlesztett (közösséggel, családokkal, betegekkel, orvosokkal, nővérekkel stb.).

A világon a vak emberek negyede Indiában él, és minden évben legalább 4 millió indiai szürkehályogban betegszik meg. A betegek többsége nagyon szegény. A kezelés ingyenes vagy nagymértékben támogatott. A jómódúak fedezik a szegények beavatkozásait is.

- Működési folyamatok:** rendszer és munkaerő, fenntartható termelékenység és innovációkapacitás.

Az Aravind-skála és a termelékenység figyelemre méltó. Az Aravind orvosai évente 2000 műtétet hajtanak végre, szemben az országos átlag 400-zal.

Futószalagos műtét megközelítésre építve az Aravind a nonprofit hálózat keretében öt kórházat, egy kutatóintézetet, múlencsegycsapat, szembankot, kutatóközpontot és képzési intézetszekciókat menedzsel. 1976–2010 között 29 millió beteget kezelt, és 3,6 millió szemműtétet hajtott végre, így a világ legnagyobb és legtermékenyebb szemellátó csoportja.



12.6. ábra. Jólét a központban Schoen (2007) Common Wealth Fund alapján⁷

5 Lásd pl. Davis K. (2005) „Toward A High Performance Health System: Health Affairs”, 24, 5 (2005):1356–1360.

6 Lásd pl. <http://www.forbes.com/global/2010/0315/companies-in-dia-madurai-blindness-nam-family-vision.html>

7 Szerző Goolosorkhi K. Schoen (2007) alapján, lásd l. <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/chart-cart/> vagy <http://archive.ahrq.gov/about/annualmtg07/0928slides/schoen/Schoen-1.html>



12.7. ábra. Az Aravind siker titka – a jóllét és páciensközpontúság

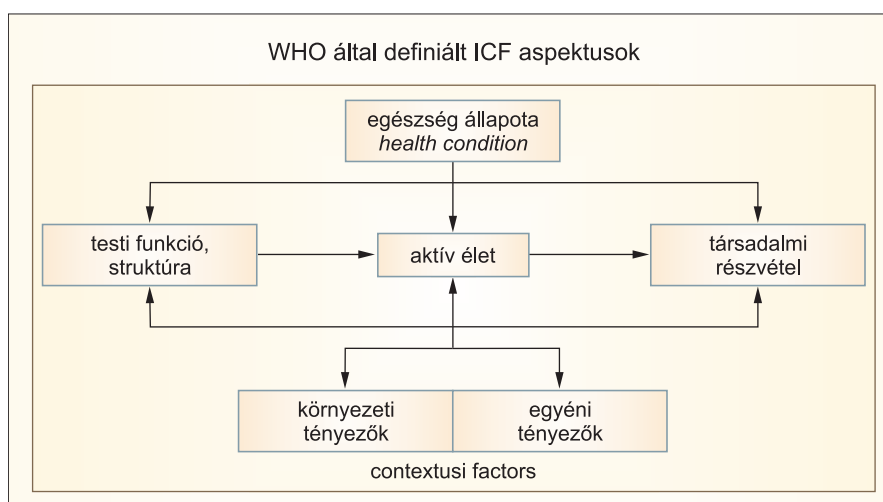
Az Aravind a világpolgárok általános egészségéhez és jólétéhez való hozzájárulásának értéke még nyilvánvalóbbá válik, ha megnézzünk néhány egyszerű statisztikai adatot a WHO „Vision 2020: Right to Sight” kampányában, amelynek a célja, hogy felhívja a figyelmet a vak-ság jelentőségére a termelékenység csökkenése és a társadalom által viselt magas költségek szempontjából. A kampányt alátámasztó tanulmányok becslése szerint megközelítőleg 50 millió ember szenvedett vak-ságban 2000-ben. Ugyanezek a tanulmányok azt sugallták, hogy évente 8–10 millió ember vakul meg. Másrészt a vakok közül évente 6–8 millió ember hal meg, így a vak lakosság nettó növekedése 1–2 millió. Érdemes megemlíteni, hogy a világon a várható életkor növeke-

désével a vakok száma szintén növekszik, mivel többen élnek túl a 60 éves életkort. Egy Indiában folytatott másik tanulmány szerint az 1 millió vak ember évente 4 millió dollár terhet jelent.⁸

WHO által definiált az egészségügyi rendszerek általános funkcióképesség javítási céljai, (jóllét érdekében) az ICF alapján az Aravind a szükségtelen vak-ság megszüntetéséről szóló missziójával egyértelműen a jóllétet szolgálja.

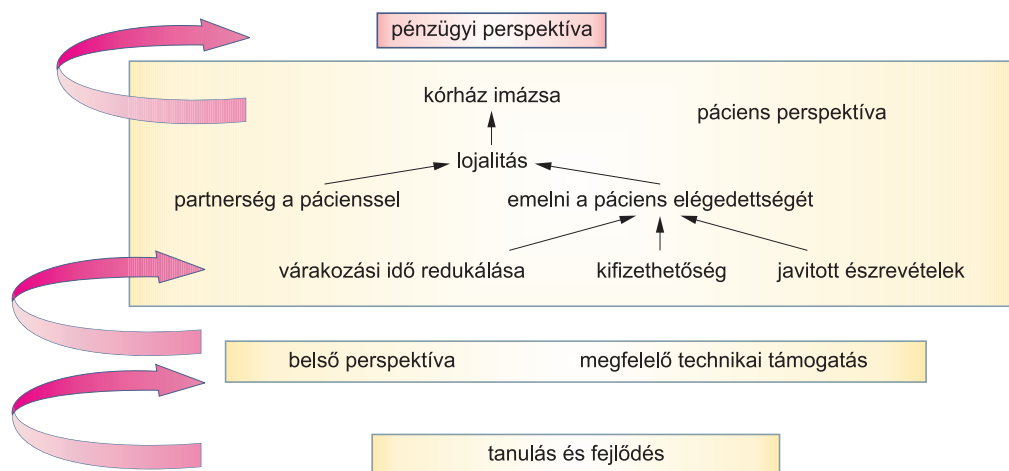
Az Egészségügyi Világszervezet által megalkotott „Funkcióképesség, fogyatékos-ság és egészség nemzetkö-

⁸ Lásd pl. <http://www.owsp.org/organizations/vision-2020>



12.8. ábra. A WHO által definiált aspektusok (International Classification of Functioning)

WHO (2002): Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. ICF, Geneva. 9. o.



12.9. ábra. Az Aravind stratégiai térképe

zi osztályozása” (2001) az egészséggel kapcsolatos perspektívákat összefüggésükben tekinti, figyelembe véve a jólléti állapotot, azaz az egészség biológiai (funkcióképesség és fogyatékoság), egyéni és társadalmi (kontextuális tényezők) aspektusait. Célja, hogy egységes és standard keretet adjon az egészség és az azzal kapcsolatos állapotok jellemzésére. Megkülönbözteti a testi funkciókat és struktúrákat, valamint a tevékenységeket és a részvételt. Az osztályozás lehetővé teszi annak megállapítását, hogy egy egyén valamilyen betegséggel milyen cselekvésekre képes. Leírja a funkcióképességet és a fogyatékoságot mint gyűjtőfogalmat (károsodások, tevékenységek akadályozottsága, részvétel korlátozottsága).⁹

12.5. Változásmenedzsment/változáskezelés

A *változásmenedzsment* megfogalmazható a munkakörnyezetükben az átalakítás kezeléséről szóló aktivitásként, illetve az egyének, csapatok és szervezetek kívánt állapotának eléréséhez használt megközelítésként (lásd Kotter 2011 példáját).¹⁰ A változáskezelés erősíti a szervezet kapacitását abban, hogy pontosan tervezze meg és nyomon követhesse a változási folyamatot a változási tervekkel ismertén együtt járó selejt, átdolgozás, konfliktus és magas költségek minimálisra csökkentése érdekében. Másrészt a *változásvezetés-irányítás* jövőképet hoz létre, és nagymértékben mozgósítja a szervezetet egy új irány felé, befolyásolva a szervezeti kultúrát és pa-

radigmaszintű (főleg a rendszerszemlélet megjelenését) átmenetet elindítva.

Beer és Nohtia¹¹ két változási archetípust írnak le annak alapján, hogy a vezetők miben látják a változás okait. Az „E” (Economic) típusú alapja a gazdasági érdek, az „O” (Organizational) típusú a szervezet képességei. Az „E” típusúval gyakran jár együtt (egy karizmatikus hozzáállással) a drasztikus létszámcsökkentés és az átalakítások. A változások mércéje a részvénygazdák, állami vagy privát donorok és befektetők elégedettsége, materiális javak megszerzése és a tulajdonban lévőknek a stabilizálása. Ez az eljárás az USA-ban gyakori (az ún. prekonvencionális objektív-mechanisztikus paradigma szintje). Az „O” típusú módszer célja, hogy az egyéni és szervezeti tanulás által fejlesszék a szervezeti kultúrát és az emberek képességeit. Ez az európai és ázsiai térségben gyakrabban alkalmazott eljárás (az ún. konvencionális, organikus szubjektív paradigma szintje). A rendszerszemlélet alapján a *két elmélet együttes alkalmazása* vezet sikerhez, melyben sem az alkalmazottak, sem a külső érintettek, sem a környezet javai nem sérülnek.

A változás lehet kicsi vagy nagyobb. Kis változás egy vezetőváltás. A nagyobb változás ugyanakkor kihat az egész szervezet rendszerére.

A változás sebessége alapján lehet ún. big bang, próba vagy párhuzamos futtatás modellje. A big bang módszer a leggyorsabb. Ebben az esetben a szervezetek rövid idő alatt térnek át egy teljesen új rendszerre. A próbatípus esetében először csak egy szervezeti egységen belül alkalmazzák a változásokat, majd az eredmények alapján döntenek a folytatásról. A párhuzamos futtatás esetében egy ideig a régi és az új elemek együtt vannak jelen a rendszerben.

9 Waddell, G.: Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin* 2006; 1–15. DOI: 10.1093/bmb/ldl008 <http://bmb.oxfordjournals.org/cgi/content/full/ldl008v1>

10 Kotter, J. (July 12. 2011). „Change Management vs. Change Leadership – What’s the Difference?” *Forbes*, December 2011.

11 Beer and Nohtia (2000), *Cracking the code of Change* HBR 2000

A változás típusa szerint lehet a korábban említett E-elmélet (Economic Value), amely a gazdasági értékeken alapszik, a másik az O-elmélet (Organizational Capability), amelynek alapja a szervezeti kapacitás. Fontos figyelembe venni a paradigma szintjét (mechanisztikus, organikus, szisztematikus) a folyamat során. Kotter és Schlesinger szerint 4 dolgot kell megvizsgálni a lassú vagy gyors változás közötti stratégiai választáshoz: 1. Az ellenállás előre jelezhető mértéke és formái. 2. A kezdeményező és az ellenállók pozíciói, különös tekintettel hatalmukra. 3. A változás megtervezéséhez szükséges lényeges információval rendelkező személyek, akiknek az erőfeszítéseire számítunk a változás megvalósítása során. 4. A változás tétje.

Chin és Benne a változás megvalósításának módjára 4 változásvezetési stratégiát írnak le: normatív-reedukatív, racionális-empirikus, erőviszonyok által meghatározott, akciócentrikus. Ezek a folyamatban felváltva alkalmazhatók.

12.5.1. A változások fajtái

A változásnak két alapvető fajtáját különböztetjük meg (Bartunek, Moch 1987, 1994; Levy 1986; Lyddon 1990; Mink et al. 1993; Tranfield, Smith 1990; Watzlawick et al. 1990).

Az **elsőfokú** vagy **morfostatikus változás** az adott rendszer működési módjának (beállításának, munkapontjának, üzemmódjának) megváltozása, miközben a rendszer felépítése (morfológiája) változatlan marad (statikus). A **másodfokú** vagy **morfofenetikus változás** viszont a rendszer felépítésének a megváltozása, a régi helyett egy új, másfajta felépítésű (morfológiájú) rendszer létrehozása (genezise). Az irányítás morfostatikus változásokat idéz elő, míg az átszervezés morfofenetikus változás. A vezetés mindkét fajta változáshoz fontos.

Minden szervezeti változásnak vannak a szervezeti struktúrákat érintő változói és humán aspektusai. Ezek meghatároznak egy változásvezetési stílust. A szervezeti struktúrákat érintő változásnak fontos a kiterjedése, mélysége, sebessége és típusa.

Kiterjedése alapján egy változás radikális (minden szervezeti jellemzőt érintő), vagy inkrementális (néhány szervezeti jellemzőt érintő) lehet. A radikális, melyet a felső vezetés irányít, a hierarchia minden szintjére látványosan és gyorsan kihat, az inkrementális – amit az alsóbb vezetők irányítanak – egy vagy néhány hierarchikus szinten megy csak végbe lépésként. A radikális célja a külső alkalmazkodás és új konfigurációk, az inkremen-

tális célja a külső alkalmazkodás és a belső illeszkedés fejlesztése.

12.5.2. Legismertebb modellek-elméletek

- McKinsey 7S modellje
- Kotter's 8 lépés modellje
- Lewin változás modellje
- Bridge átalakulások modellje
- Prosci ADKAR modellje : projekt kormányzás
- Change Management Body of Knowledge (CMBOK)
- Business Excellence Framework (üzleti excellencia modellje)
- Australian Quality Standards (AQS)
- Cranfield Benefits Realization
- Skills For the Information Age (SFIA)
- Management disciplines (menedzsment diszciplínák)
- Vezetők szerepe a több dimenziós paradigmaváltásban: pl. Nadler & Nadler, Conger, Spreitzer & Lawler, Bainbridge, Dean

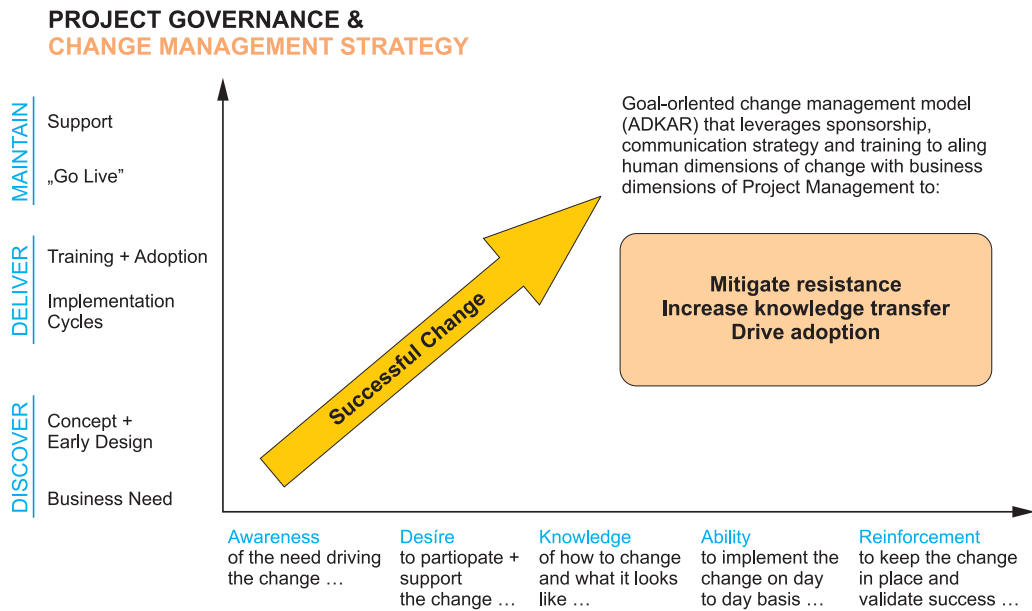
12.5.2.1. A KORMÁNYZÁS ÉS A VEZETÉS KIEMELT MEGJELENÉSE

Christina Dean (2009) hozta létre RIMER módszertanával az Ausztrál Nemzeti Kompetencia Szabványokat a szervezeti változáskezelésre vonatkozóan, illetve a szakterületi (OCM) diplomát. *RIMER Managing Successful Change*¹² (RIMER sikeres változáskezelése) című könyvében hivatkozik a legújabb vívmányokra, amelyek átfogó módszertannal egyeztetik és integrálják a különböző megközelítéseket a változáskezelésbe.

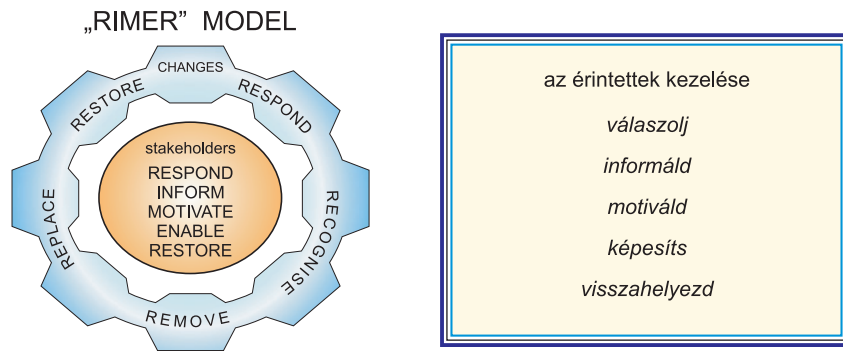
Dean (2009) következtetéseinek összefoglalása figyelhető meg a 12.12. ábrán. Ezek a következtetések hasznos receptet adnak a változásprogramok sikeres tervezéséhez és megvalósításához mind makro- (rendszerre kiterjedő), mind mikro- (szervezetre kiterjedő) szinten. Érdemes megemlíteni, hogy a változáskezelés kritikussai, például maga Kotter is, hangsúlyozzák, hogy a változási folyamat összetettségét csak akkor lehet megfelelően kezelni, ha a változáskezelés és *változásirányítás* együttműködve éri el a teljes rendszer bevonását a megfelelő változási folyamatba.

A programoknál és a változási projekteknel fontos figyelembe venni a kompetenciatervezést, az érintettek ellenállásának okait, szintjeit és a motivációjukat (kormányzás fontos szerepe), a változás-változtatás hatását

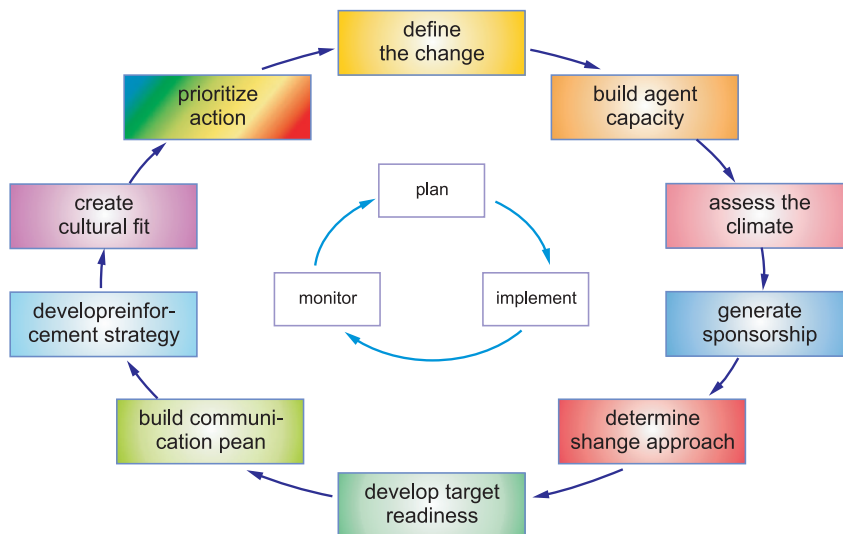
12 Lásd pl. <http://australasianleadership.com/change-management-2/uniforte/>



12.10. ábra. ADKAR modelljében megjelenik a változási projekt és a kormányzás fontossága az érintettek összehangolásához



12.11. ábra. Dean (2009) Rimer modellje – Uniforte Pty



12.12. ábra. Dean 2009 javaslata a változásmenedzsment generikus térképéről

a struktúrára és a belső jogszabályokra, illetve a működési jogszabály rendszerére: (pl. decentralizáció, recentralizáció, integráció), a jelen organikus szokásokra és a szervezeti paradigmatudományra (a rendszerszemlélet és kultúrafejlés szükségletére).

Dean (2009) erőfeszítéseivel összhangban Holman, P és társa (2007)¹³ *a teljes rendszerkötelezettség fontosságán elmélkedett, a „szervezeti irányítás” szerepére utalva a belső és külső érintett felek közös küldetés és jövőkép felé terelésében.*

A vezető szerepköre és döntései alapvetően befolyásolják a változás sikerességét, illetve a környezet és a szervezet illeszkedését. Létezik reaktív (a környezeti változásokhoz alkalmazkodó), kezdeményező (a várható környezeti változásoknak elébe menő) és proaktív (a környezeti feltételrendszert megváltoztatni akaró) hozzáállás.

12.5.2.2. A VÁLTOZÁS-ELŐKÉSZÍTÉSI PROGRAMOK ÉS FOLYAMATOK

Három szakaszt különböztetünk meg:

- Szervezeti elemzés: feltárni a jelenlegi helyzetet, a problémákat és a problémákhoz vezető okokat.
- A szükséges változásokhoz fontos tényezők elemzése.
- Változtatási stratégia és taktika kidolgozása, akcióterv készítése.

A probléma-megoldási folyamatban – mely lehet egyéni és csoportos is – az optimális megoldási lehetőséget kell választani. A megoldás szakaszai:

- a szervezeti probléma leírása
- a célkitűzések kidolgozása
- a siker kritériumainak felállítása
- információk gyűjtése
- a legkedvezőbb lehetőség kiválasztása
- intézkedési terv kidolgozása
- az intézkedések végrehajtása
- az eredményesség ellenőrzése

12.5.3. A VÁLTOZÁS VEZETÉSE: INNOVÁCIÓ ÉS VERSENYELŐNY MEGSZERZÉSE MINT EGY FONTOS ELEM

A versenyelőny innováció alkalmazásával és a változások tudatos és folyamatos hasznosításával való elérésének szükségessége olyan, a témával kapcsolatos írásokra vezethető vissza, mint amelyet Rogers írt, már a 60-as években. Az 1980-as években azonban az innovatív tanácsadó cégeknek és a Fortune 50 körébe tartozó első alkalmazóknak köszönhetően a változáskezelés újabb elismerési szintre került olyan tudományágként, amely az új programok hatékonyabb és hatásosabb megvalósításához járul hozzá. Ezeknek a kölcsönhatásoknak az eredményei közé tartoznak az olyan korai változáskezelési modellek, mint a CAP (a GE változástgyorsítási folyamata) és a Kotter nyolclépéses változásirányítási folyamata.¹⁴ Csak a 2000-es években lett olyan körben és mértékben elfogadva a tudományág, hogy a változás hasznosításához szükséges szaktudások közé sorolták az innováció által vezérelt korban, valamennyi iparágban, a 21. század küszöbén. A „módszeres megközelítés” széles körben 2003 és 2011 között terjedt el, amikor 34%-ról 72%-ra ugrott az IBM, a Prosci és a McKinsey által használt referenciák alapján.¹⁵ Ez a váltás járult hozzá ahhoz is, hogy a változáskezelés belső szaktudássá vált, és már nem külső tanácsadókat kértek fel erre. Másrészt a *változásirányítás*, ami mélyebben foglalkozik a változással és annak irányával, túllépve a változások tervezésének és megvalósításának pusztá ellenőrzésén, láthatóan továbbra is kevésbé megértett és alkalmazott terület a szervezetirányítás világában. Ez a terület bizonyítottan még kevésbé elismert a közzsférában, mindenekelőtt az egészségügyi ágazatban.

Rendkívül nagy figyelmet kap a kulturális környezet, a vezető *‘személyes jellemvonása’*, valamint a vezető *‘vezetési stílusa’* közötti kapcsolat¹⁶. Mindemellett, még ha eset alapúnak is látszik a megfelelő „vezető–környezet kapcsolat” elérése, általánosságban elmondható, hogy a teljes rendszervezetési kapacitást – jobb kifejezéssel

14 Lásd pl. <http://www.kotterinternational.com/the-8-step-process-for-leading-change/>

15 Lásd: <http://www.prosci.com/change-management/change-management-history/> and ACMP: Association of Change Management Professionals

13 Holman P, Devane T, Cady S (2007): The Change Handbook – The Definitive Resource on Today’s Best Methods for Engaging Whole Systems, 2007. By Berrett-Koehler Publishers.

16 Lásd pl. Kotter International – Management vs. Leadership. „Kotter International – Home.” <http://www.kotterinternational.com/KotterPrinciples/ManagementVsLeadership.aspx>

élve: GEOCENTRIZMUS – élvező, ún. *‘poszt-konvencionális’ személyiségek*, akik képesek a jövőbe tekinteni és vezetni különböző szakterületeken és környezetekben, végezetül képesek lesznek arra, hogy elérjék a kívánt kapcsolatot a környezet paradigmájától és érettségétől függetlenül. A változás sikere érdekében a poszt-konvencionális vezetők újabb kölcsönhatási környezetet hoznak létre, amely hatással van a szervezetükkel társadalmi vagy ipari szinten kölcsönhatásban álló nagyobb rendszerek normáira, filozófiájára, megközelítésére, műveleteire/mechanizmusára és eredményeire. A gazdasági és közösségi irányelvek kialakítói „reformként” utalnak erre az alapvető változásra. Nyilvánvaló, hogy a változás folyamatát támogató változás érdekében a változás-irányítási programok azoknak a poszt-konvencionális vezetőknek a kiszűrésére, kiválasztására és toborzására fognak összpontosítani, akik cserébe a szóban forgó környezet építésén fognak dolgozni, hogy a résztvevők átalakítási „szerepét” és „céljait” a teljes rendszerváltás irányába tereljék. A változáskezelési programok másik célja a szabványok, eszközök és keretek kialakítása.

12.5.3.1. PARADIGMA ÉS A VÁLTOZÁS: A HÁROM ARCHETÍPUS

Fontos hangsúlyozni, hogy egy szervezet, egy nyílt rendszer, át- vagy kialakításakor figyelembe kell venni a környezeti kontextust. Tehát egy bizonyos feltételrendszer mellett alkalmazott eredményes vezetési, illetve szervezési alternatíva nem feltétlenül megfelelő egy más környezeti (politikai, jogi, gazdasági, társadalmi stb.) kontextusban. Az általunk vélt szűk vagy nagy interakciós környezet jelenthet lehetőséget és veszélyt is. Az interakció módszere az egyén és a társadalom paradigmátípusától függ.

A paradigma kultúra, múlt-jelen-jövőhöz való viszonyulásunk, környezethez való viszonyulásunk, mely egyben a nem iskolázott és az iskolázott filozófiánk, nevelésünk és habitusaink eredménye (az általunk vélt biológiai és szociopszichológiai valóság). A paradigmánk legjobban a szerepdefiniáláskor jelenik meg egy társadalmi vagy intézményi környezetben. Ide tartozik a céljainkhoz való viszonyulásunk (vízió, misszió), valamint a jövőhöz, illetve a fejlődéshez való aktív kapcsolódásunk. A paradigma feltérképezéséhez három archetípus vizsgálendő meg:

A **mechanisztikus**-objektív paradigma (**E** archetípus) értelmében az egyén a saját sorsát definiálja és irányítja. Követeli, hogy tisztelettel és hálával fizessék ki a szerződött összeget, különben jogi, illetve egyéb legális úton harcol a jogaiért. Az egyén dolga tanulni és gondos-

kodni magáról. Ezen értelmezési keret szerint a rendszer adott, de nem marad ilyen formában. A hierarchia, struktúra előre definiált, de átalakítható. A teljesítmény jelentése: lelkiismeretesen és maximálisan megfelelni a definiált standardoknak, de új standardokat is képes az egyén létrehozni, a megfelelés egy oda-vissza koncepció. Az egyén elvárása, elfogadva az instabil környezet dinamikáját, a méltó szerződés, mely védi az általa megfogalmazott elvárásokat. (**egocentrikus szerep pre-konvencionális szint**). Ez a típus „érett”, valamint „éretlen” típusokkal rendelkezik. Az éretlen (E) típusnál pl. az informális gazdaság az egyén céljainak a szolgálatában van.

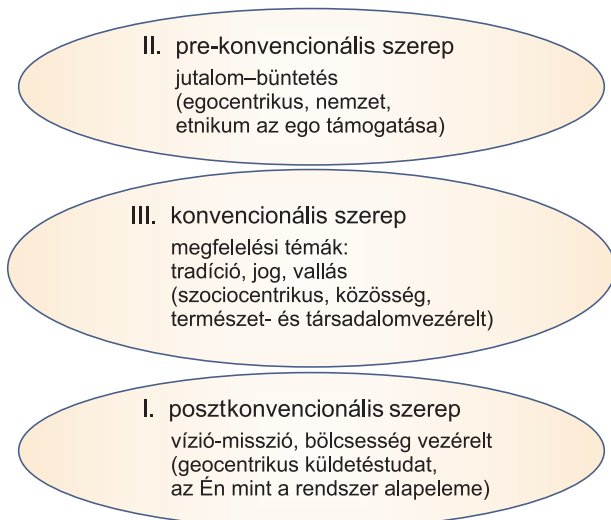
Az **organikus**-szubjektív paradigma (**O** archetípus) értelmében az egyén a múlt, a tradíció, a környezet, a társadalom végterméke. Felfogása szerint tisztelettel és hálával tartozik mindegyiknek. A nagy rendszer adott és örökölt, és abban az egyén nem döntő tényező. Eszerint a hierarchia külső, és előre definiált. A teljesítmény jelentése: lelkiismeretesen és maximálisan megfelelni a definiált standardoknak, mind a főnök felé, mind a vevő (páciens), mind a család, mind a társadalom és környezet felé. Az egyén elvárása a minimum stabilitás, tisztelet, biztonság, a hála és a túlélésben segítség a család, csapat, szervezet és a társadalom részéről. Amennyiben ezeket nem nyeri el, saját megközelítése szerint az már a sors akarata (**szakma, régió, szociocentrikus szerep, konvencionális érettségi szint**). Ez a típus „érett”, valamint „éretlen” típusokkal rendelkezik. Az éretlen (O) típusnál pl. szent a társadalmi szimbólum és kötelező annak tisztelete. A társadalmi megjelenés nem egyezik a belső renddel.

Fontos: mindkét típusnál létezik az átalakuló fázis, ahol az egyénnél vagy a szervezetnél egy kevert viszonyulást lehet tapasztalni az érett/éretlen rendszerszerep x célok x sorssal kapcsolatban. A magyar egészségügyi szektorban jellemzően a sors és a rendszerrel való viszony az „éretlen O típusú”, de a szerepcél az éretlen E típusként jelenik meg (lásd 12.24. ábrát)

A **szisztemikus** önmegvalósítási paradigma szerint a hierarchia pillanatnyi és a globális össztársadalmi célra összpontosított. A környezettel való viszony nem hierarchikus, minden egyén egy kezdeményező, vezető és unikális értékteremtő (innovátor), tehát abszolút értelemben mindenkinél a hierarchia önmagától kezdődik. Ezen koncepció alapján a múlt-jelen-jövő ugyanannak a valóságnak a fázisai, így az egyén szerepe nem változik az időben. A teljesítmény jelentése: az önértékelés a legfontosabb, de tartalmában létezik az optimális környezeti elégedettség. Hasonlít a „mindenki egyért és egy mindenkiért” mottóra. Az egyén elvárása az all win

(mindenki nyer), no lose. Minimum one win (minimum egy nyer), no lose (senki sem veszít).

Geocentrikus szerep. Posztkonvencionális szint



12.13. ábra. Kohlberg alapján a logika vs. morális érettség szintjei

12.5.3.2. A VÁLTOZTATÁS AKADÁLYAI: A VEZETŐ HIÁNYA, AZ ALULRÓL SZERVEZŐDÉSI FOLYAMATOK HIÁNYA, AZ ÉRINTETTEKSEL VALÓ KOALÍCIÓ HIÁNYA

A sikeres változáshoz, illetve változtatáshoz mind a menedzsmet, mind a vezetői szerepkészségekre és feladatkörökre szükség van. A vezető és menedzser fogalmát fontos megkülönböztetni, ugyanis nem feltétlenül ugyanaz a személy látja el a két feladatot. Egyes vélemények szerint a hatékony menedzsmet számára szükséges a jó vezetés, más nézőpont alapján a menedzsmet

az eredményes vezetés része. A menedzser feladata a projekt előkészítése, a döntés és a tervezés. A vezetés részei a csapatmunka, a kommunikáció, a feladatkiosztás és a kontroll. A vezetési szerepkörhöz tartozik a struktúrabeli, integrált-decentralizált kormányzás. Kiemelendő kritérium a tanulószervezeti kultúra kialakítása, illetve egy geocentrikus vízió létrehozása a belső és külső hálózatokban rendszerbeli, szervezeti és egyéni szinten. Lényeges a kvalitatív, kvantitatív és kevert teljesítmémmérők használata a bemeneteknél, a kimeneteknél és a folyamat során is, valamint a monitoring és feedback rendszerek kiépítése és alkalmazása.

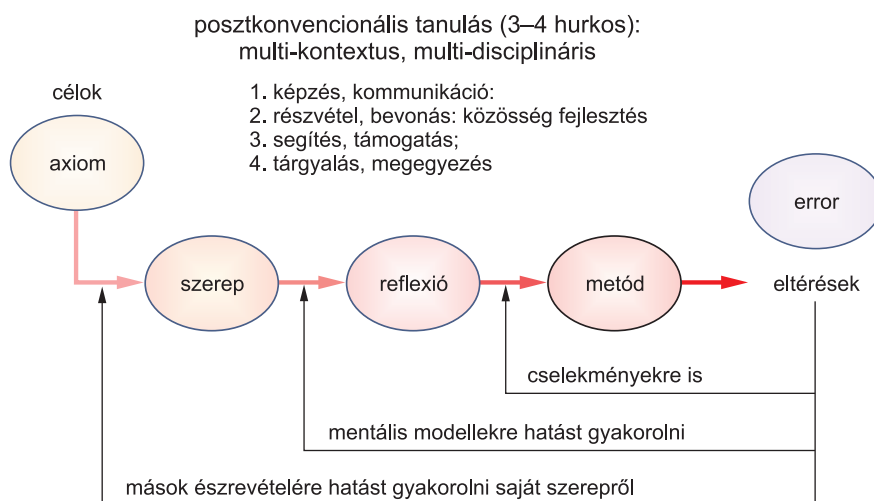
„A vezetés olyan tevékenység, amely – a kommunikációs folyamatra támaszkodva – meghatározott cél (célok) érdekében befolyásolja az emberek közötti kapcsolatokat és az emberi magatartásokat (Bayer J. 1995).”¹⁷

Kotter szerint a következő szempontokat kell figyelembe venni a változásvezetéshez:

- A változás halaszthatatlanságának érzékeltetése
- A változtatást irányító csapat létrehozása (erős koalíció)
- A vízió jó közvetítése
- Az alkalmazottak felhatalmazása
- Rövidtávú sikerek megünneplése
- Intézményesíteni az új megoldásokat

A Harvard Business Review változásmenedzsmet szekciójában publikált a „Változás létrehozásához vezetésre van szükség, nem pedig autoritásra” című cikkében Satell

17 Bayer J.: Vezetési modellek – vezetési stílusok. Vinton, Budapest, 1995.



12.14. ábra. Háromhurkos tanulás és a posztkonvencionális cselekvés hatása a paradigmára

G. (2014) két érdekes, sikertelen, felülről szerveződő változási kezdeményezésre hívta fel a figyelmet. Az első az 1850-es években Semmelweis Ignácé volt, amikor bevezette a szigorú „kézmosás rezsimit” a gyermekágyi lázzal való közvetlen kapcsolata miatt (childbed fever). A másik pedig John Antiocho, a BlockBuster házi videokölcsönzési hálózat volt ügyvezető igazgatójának története 2005-ből. Ő – reagálva az ’online streaming’ helyettesítő trendvezető új belépők stratégiájára (mint pl. NETFLIX vagy REDBOX) – kezdeményezte az előfizetési koncepciót, valamint az online streaming szolgáltatáshoz való csatlakozást. A két példa hasonlóan sikertelen volt. Semmelweis a higiénia hiánya miatti fertőzésben halt meg a műtétje után. Antiocho kirúgták, és cége 2010-ben csődbe ment. A két példánál látható, hogy a változtatást indító vezető, feltaláló rendelkezett ugyan mind magas erőpozícióval, mind a szükséges, teljes körű információval, de nem fordított elég figyelmet az együttműködési stratégiára.

12.5.3. A változáshoz való viszony dimenziói Kotter alapján

A megfelelő attitűd fontos az elkötelezettség kialakításához. Az ellenállás hátterében a következő okok állhatnak:

- *Ellenérdekltség:* minden változás során vannak olyan érintettek, akik a változás miatt hátrányokat fognak elszenvedni.
- *Meg nem értés, félreértés:* a munkatársak félreértik, nem értik, nem ismerik a változás lényegét, okát. Emiatt egy számukra kedvező változásnak is ellenállnak.
- *Eltérő értékelés:* egy-egy szakterületen másként látják a problémákat, eltérő következtetéseket vonnak le.
- *Félelem:* a munkatársak azért is ellenállnak, mert félnek attól, hogy a változás generálja új követelményeknek nem tudnak majd megfelelni.

12.5.3.4. SZÜKSÉGES VEZETŐI KOMPETENCIÁK – AZ ÖTÖDIK SZINTŰ (LEVEL 5) VEZETŐK SZEREPE

A változásmenedzsment szakirodalmában egyre több kutatás hivatkozik a változtatás eredménytelenségére, a kívánt-elvárt gazdasági kimenetekhez képest. Ennek alapvető okait a legtöbb kutatás a korábbi autoriter, erőközpontú vezetési szemléletben látja.

Ashton, J. (2009) „A közegészségügy jövője” című cikkében – hivatkozva az angol National Health Systemnél (NHS) történő „patológiai addikcióként ismétlődő” állan-

dó reorganizálásra – hangsúlyozza, hogy ott is hasonló okok miatt nem tudott másodfokú, mély transzformálás megvalósulni. Így a változtatás nem ért el a paradigma-átalakulási szintre, mivel az alulról szerveződő kezdeményező koalíciós elem¹⁸ hiányzott, a közösség részvétele elmaradt.

Jellemzően, a magyar példákra hivatkozva Saltman és társai (1997), Schultz (2003), Szócska és társai (2005), Gaál (2011) által levont következtetések az egészségügyi reformok sikertelenségének problémájáról szólnak, amelyek célja a változáskezelést hasznosító rendszer és a társadalom jólétét folyamatosan szolgáló irányítási minőségek elérése volt.

A sikeres vezetők jellemzői:

1. A közös munkára való képesség
2. Felelősségvállalás már fiatalon
3. Eredményességre törekvés
4. Vezetői tapasztalatok fiatal korban
5. Sokféle funkcióban szerzett tapasztalatok
6. Tárgyalási készség
7. Kockázatvállalás
8. Ötletesség

Quinn és társai (1996) a vezetést és a menedzsment kompetenciaként írják le (Quinn és társai 1996). Ez alapján látható, hogy egy egyén az élet több területén is bírhat kompetenciákkal, amelyek egy adott feladat elvégzéséhez szükségesek. Ugyanakkor ismert, hogy vannak olyan kompetenciák is, amelyek egy adott korra, társadalmi közegre érvényesíthetőek. A 2013 Strategy & Katzenbach Központ kutatása szerint a változási programok és tervek 54%-a sikertelen. Az egyik fő ok a megfelelő kompetenciák hiányossága a változási csapatnál. Fontos tudni, a változás levezetése 10–30%-ban menedzseri tevékenység – szerepkör, 70–90%-ban vezetői szerepkör (Quinn alapján).

- **Facilitátor:** konfliktuskezelés, csapatépítés, részvételnövelés a közös döntéshozatalban.
- **Mentor:** beosztottak fejlesztése, hatásos kommunikáció, önmaga és mások megértése.
- **Innovátor:** változás kezdeményezése, kreatív gondolkodás, változással való együttélés.
- **Bróker:** alkupozíció teremtése, szerződés és elkötelezettség, sikeres ötlet kommunikálása.

18 Ashton J (2009): The future of public health: vision, voice and practice. Perspectives in Public Health, 1 January, Vol 129, No 1. 20, 21. (Lásd még Kickbusch I.: Help! Where is the European community? Journal of Epidemiology and Community Health, 2008; 62: 186.)

Collins ötödik szintű vezetőnek hívja a legérettebb vezetői kompetencia kombinációját. Az ilyen vezető egyszerűen lenyűgözően szerény és eltökélt, ambíciója elsősorban a szervezetre és nem saját magára irányul. Kohlberg L. megfogalmazását használva egy ötödik szintű vezető egy posztkoncepcionális, geocentrikus szemléletű személy.

Meg kell különböztetni a leadert és a menedzsert. A leadernek követői vannak, ők a csoportcélokat, érzelmi kötődést és az érdekközösséget tartják szem előtt, míg a menedzsernek beosztottjai vannak, és ők a feladatokat, utasításokat tartják prioritásnak. A változásvezetésben a leader szerepe kiemelendő.

Conner szerint a változtatásban érintetteknek 4 tipikus csoportja van: védnök, ügynök, célpont, szószóló. A védnökök (szponzor) formális hatalommal bírnak a változtatás legitimitására, szankcionálására. Döntéshozók a változásban, ismertetik a prioritásokat, és támogatást nyújtanak a sikerhez. Felelősek a változtatáshoz szükséges feltételek megteremtéséért, a határidő és a pénzügyi keret betartásáért. Az ügynökök (agent) informális hatalommal rendelkeznek, és a gyakorlati kivitelezéséért felelnek. Esetükben fontos a problémaelemző, tervező és megvalósító képesség. A célpontok (target) azok az emberek vagy csoportok, akiknek képzésre van szükségük, hogy megértsék a változást, be kell őket vonni a folyamatba. A szószólók (advocate) nem rendelkeznek hatalommal, de változást szeretnének. Támogatót kell

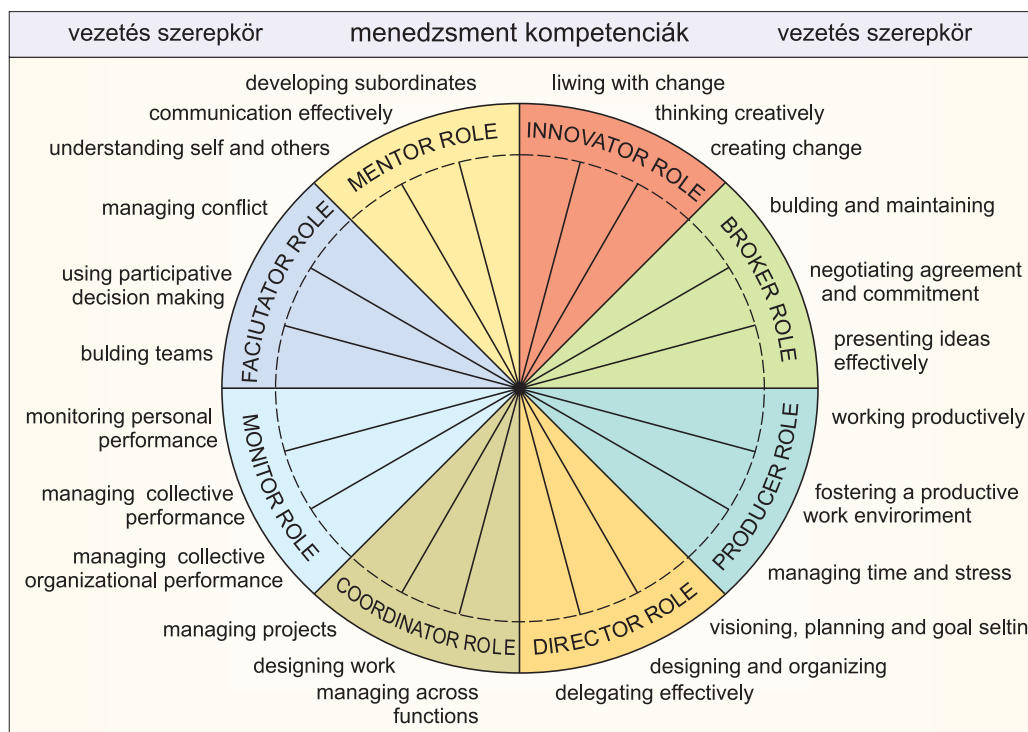
találniuk. A változás kezdeményezői a védnökök, illetve a szószólók lehetnek.

„Fostering public health leadership” (Közegészségügyi irányítás támogatása) című cikkében Koh és Jacobson azt hangsúlyozza, hogy a közegészségügyi vezetőknek túl kell lépniük a társadalommal való törődés és a gyógyulási folyamat segítésének végső küldetése iránti pusztán szenvedélyen, arra utalva, szavaikkal élve, hogy „... kifinomult, taktikai vezetési technikákat kell kidolgozniuk, amelyek túllépnek az egyetlen szervezet irányításán”.

Miközben megállapítják a közegészségügyi vezetők közötti megkülönböztetés alapját az érdekelt felek irányításával kapcsolatban, kijelentik, hogy:

„A társasági igazgatóság szobájától eltérően a közegészségügyben ritkán van egyetlen asztal, ahol a felelőség-áthárítás megáll. Ezért rendkívül fontos a vezető hajlandósága és képessége arra, hogy csapatépítő vagy akár háttérben álló szürke eminenciás legyen, aki több, gyakran tartózkodó partnert igyekszik összehozni és folyamatosan összetartani.”

Megállapításaikat összefoglalva: továbbra is azt javasolják, hogy „Azok, akik sikerrel eveztek ezeken a vizeken (az érdekelt felek változás felé terelésében), tapasztalt változásügynökként oszthatják meg meglátásaikat, és oktathatják azokat, akik egyébként elszigetelve dolgoznak, így újabb szolgáltatást nyújtanak szolgáltatás-központú szakmánkban.”



12.15. ábra. Menedzsmet kompetenciák és vezetői szerepkörök. Quinn és Mtsai (1996)

Quinn RE et al. (1996): *Becoming a Master Manager: A Competency Framework*. New York, John Wiley and Sons. 1996. 16. o.

A szóban forgó cikk fő következtetéseként azt vitatják, hogy nem valósult meg a szükséges szinten a vezetőség kapacitásépítése azzal a céllal, hogy támogassák az abban tárgyalt változásügynökök minőségét.

Mountford és Webb (2009) a kórházi orvosok szintjén hívta fel a figyelmet a vezetés és irányítás támogatásának fontosságára, szemben azzal a megközelítéssel, amit számos rendszer alkalmaz az adminisztráció és a betegápolás különválasztásával, ahol az első a vezetőség közvetlen feladata, a második pedig a kórházi orvosoké. A szerzők utalnak a tanulás és innováció fontosságára, ami az irányítási kompetenciák támogatásától a kórházi orvosok szintjére ér el. A szerzők három fontos területen keresztül egyszerűsítették le a kiválasztást, nyomon követést és a támogatást. Ezekre kell figyelmet fordítani a kompetencia szóban forgó dokumentum szerinti felmérésében:

- a) Általános azonosság: az élvonalban álló legjobb kórházi orvosok, akik kiváló betegellátást biztosítanak és tökéletesítenek. Magas szintű közvetlen kapcsolat a betegekkel
- b) Az erő forrásai: szenvedélyes elkötelezettség a kórházi munka iránt, szavahihetőség a munkatársak számára. Közelség a betegekhez és a realitásokhoz. A fejlesztési lehetőségek meglátása
- c) Kiválasztott irányítási gyakorlat és szükséges ismeretek: a rendszerek és minőségfejlesztési technikák, pl. a folyamat feltérképezésének, működés fejlesztésének megértése. Kezdeményezőképeség és alkalmasság megfelelő csapatmunkára.

A csapatba épülés fontosságára hívták fel a figyelmet Bhatia, Meredith, Riahi (2009) írásai a „Managing the Clinical Workforce” (a kórházi munkaerő irányítása) című cikkükben, amely átfogóan tanulmányozza a munkaerő és mobilitásuk irányításának megközelítéseit. Arra a következtetésre jutottak, hogy a rendszer valamennyi szintjén komoly hiányosság áll az irányelv kialakítási erőfeszítések mögötti stratégiai megközelítés alkalmazásában a munkaerő mobilitásának megközelítése tekintetében (lásd még: Goolesorkhi 2012). A javaslatokban nagyobb figyelmet kapott a stratégiai irányítási folyamat alkalmazása, illetve a „stratégiai” szerepek létrehozása és támogatása a rendszer mikro- és makroszintjein. Dumon és Zurn (2007) szintén meg lett említve.

Ashton, RJ. (2009) azzal érvel, hogy „*Láthatóan gyökeret vert a paradigmaváltás olyan egészségügyi rendszerek irányában, amelyek a tágabb közegészségügyi rendszerbe ágyazódnak az általuk elfoglalt helyet logikusan értelmezve*”. Azzal folytatja, hogy kritizálja az Egyesült Királyságot és azt a megközelítést, amit az angol egészségügyi NHS

rendszer alkalmaz a változások kezdeményezése, tervezése és megvalósítása terén: „*valami elveszett, és a nagy volumenű átalakulás lehetősége, ami jobbá tenné a szegények és a peremre szorultak életét, úgy tűnik, gyakran kicsúszik a kezünk közül. A célok, jelzők túltengése, a fentről lefelé irányított teljesítés és a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat átszervezése iránt két-három évente tanúsított kóros ragaszkodás nem segített, ez egy olyan szervezeti Tourette-szindróma, ha úgy tetszik, amelyben minden nehézségre úgy reagálnak, hogy áttologatják a bútorokat. Maga a célkultúra így fogalmazható meg: a cél eltalálva, de a célpont nincs meg*.” A változásprogramokhoz kapcsolódó tartalomterv tervezése és megvalósítása szintjén elmélkedik Thacher, D (2005), Hajer és Wagenaar „*Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*” (Tanácskozó irányelvelemzés: irányítás megértése a hálózati közösségekben) című könyve (New York, Cambridge University Press. 2003). Eszerint négy vitaszint különböztethető meg a közszférában: (1) változás a társadalmi szervezetben, amely (2) befolyásolja azt a módot, ahogyan a közösségek felfogják és kezelik a közös problémákat, ez pedig (3) az irányítás központjába helyezi a párbeszédet és a megegyezést, és ezért (4) az irányelv elemzésének következtető formáját igényli – ez egy kifinomult művelet, aminek a célja a meggyőzés¹⁹. Mindezzel összhangban a változás környezetével foglalkozó, tovább mélyített elgondolások a változást megkönnyítő közösségi hálózatok építésének és irányításának fontosságát fejtették ki. Ezen a téren egy korai tanulmányt adott ki a Wayne Állami Egyetemi Nyomda Silversman (2004) megbízásából „*Community-Based Organizations: The Intersection of Social Capital and Local Context in Contemporary Urban Society*” (Közösségi alapú szervezetek: a társadalmi tőke és a helyi környezet találkozása modern városi közösségekben) címen.²⁰ A könyv elismeri a helyi érdekelt felek értékét és szerepüket a változás folyamatában, ugyanakkor megpróbálja felhívni a figyelmet arra a tényre, hogy a támogató közösségek általában rossz eredményt érnek el a társadalmi tőke tekintetében, ha megfosztják őket a pénzügyi, fizikai, emberi és kulturális tőkétől (amit Light említ). Ugyanakkor úgy érvel, hogy oximoron áll fenn, ami azt jelenti, hogy a társadalmi tőke lényegét tekintve nem hatékony a közösség gazdaságfejlődése szempontjából (amit Stoecker hangsúlyozott). Ezeket figyelembe kell venni a változásprogramok tervezése és megvalósítása során.

19 Lásd pl. The future of public health: vision, voice and practice. Ashton, RJ: Perspectives in Public Health. 2009. 129: 20.

20 Detroit, MI: Wayne State University Press, 2004.

12.6. Változásvezetési taktikák

A változásvezetési taktikák egy stratégia konkrét megvalósulását segítik. Zaltman–Duncan rendszere sorban a szervezeten kívüli támogatóinak szempontjából elemzi a különböző módszereket, a Nutt-rendszerhez a változás vezetőjének szempontjából írja le a taktikákat.

A Zaltman–Duncan-féle változásvezetési taktikák:

- Rásegítő taktika. A változás kezdeményezői, vezetői felkarolják az érintettek önkéntes változási szándékát, és segítik a véghezvitelt. (anyagi erőforrások, akadályok elhárítása stb.)
- Felvilágosító-oktató taktika. Azon a feltételezésen nyugszik, hogy ha az emberek racionálisan belátják a változás szükségességét, akkor elkötelezetté válnak és önállóan végre is hajtják azokat.
- Manipulatív taktika. A vezetők az érintettek változáshoz való érzelmi és tudati viszonyulásával igyekeznek manipulálni a változás kívánatosságának irreális felnagyításával, míg a negatív aspektusokat igyekeznek háttérbe szorítani.
- Hatalmi taktika. Kényszerítéssel éri el a változásokat.

Nutt-féle változásvezetési taktikák:

- Beavatkozási taktika. A vezető egy személyben kezdeményezi és vezeti be a változásokat.
- Részvételi taktika. A vezető kezdeményezi a változást, előírja az elvárásokat, a folyamatot azonban egy erre létrehozott csoport tartja kézben.
- Szakértői meggyőzésen alapuló taktika. A vezető felkért külső szakértőket alkalmaz.
- Kényszerítő taktika. A vezető az elkészített tervét hatalmi eszközökkel fogadtatja el.

12.7. Szervezeti kormányzás (irányító rendszer) szerepe

A változáskezelők és főként a változásvezetők igyekeznek a belső és külső érintett felekkel közösen elérni az átmenetet és az átalakulást, mindenkit áthatva az új jövőképpel és küldetéssel. Ezeket a tevékenységeket nevezzük „szervezeti irányításnak”. Speer (2012) az alábbiak szerint jellemzi a részvételen alapuló irányítási mechanizmusokat:

„Bevonják az állampolgárokat a közpénzek közösségek közötti felosztásáról szóló döntések meghozatalába, a közérdekű politikák kialakításába, illetve a kormányzati kiadások figyelésébe és értékelésébe.”

A „érdekelt felek bevonása kezelésének” az a célja, hogy a szervezetek jövőképét és küldetését szélesebb körben értse meg és fogadja el az összes érintett csoport. A szervezeti irányítás „katalizátoros” megközelítésének részét képezi az érdekelt felek bevonásának kezelése, amely növeli az érdekelt felek kötelezettségvállalást nem csak azért, hogy teret hagy nekik, hanem azzal is, hogy növeli részvételi kapacitásukat a közös politika kialakításban. A részvétel több a szavazati jog megadásánál és a megállapodások megkötésekor a formai jelenlétnél. A részvétel elsődleges célja az, hogy a résztvevő hasznosítani tudja a hivatalos és jogi lehetőségeket, valamint a közösség belső, nem hivatalos lehetőségeit a közös küldetés érdekében.

Emellett a részvételen alapuló irányítás célja az, hogy a résztvevő részt vegyen a működési kiválóság elérésében, a szervezetek küldetésének és jövőképének módszeres megvalósítása pedig a „szervezeti irányítás” körébe tartozik. A protokollok, irányelvek és a szervezeti felépítés, a szintek és az Experience bevételi modell azt mutatják, hogy az irányítás akkor működik a legjobban, ha egyidejűleg közelítik meg fentről és lentől. Mivel az irányítás lényege az érintett felek közötti hasznos kölcsönhatás növelése és intézményesítése, minden, ami hidakat épít a funkciók és egységek, osztályok és régiók között, hozzájárul a jobb irányításhoz. A vállalkozó irányítási szervek létrehozására tett formai erőfeszítéseket össze kell vonni a helyi szintű erőfeszítésekkel a szervezeten belüli kommunikáció növelése érdekében. A gyakorlati közösségek, fókuszcsoportok, közösségi hálózatépítés és számos egyéb, az érintett felek közötti kapcsolatokat erősítő gyakorlat olyan kultúrát hoznak létre, amely az irányítást támogatja.

12.8. Decentralizáció mint a kormányzás alaptémája

Centralizáció esetében a döntési hatalom központi szintű, decentralizáció esetében pedig az alacsonyabb szinteken (régió, megye, város vagy község) valósul meg. A Világbank meghatározása alapján a decentralizáció egy olyan jelenség, „amelyben hatáskörök és/vagy erőforrások helyeződnek át a központi kormányzattól az alacsonyabb szinten lévő önkormányzatokhoz, ami a központi kormányzat hatásköreinek átutalásától – dekoncentráció – a teljes privatizációig terjedhet.” A szakirodalom 4 decentralizáció-típust ír le: *dekoncentráció*, *delegáció*, *devolúció*, *privatizáció*. A centralizációt az *átlamosítás*, *központosítás*, *a privát szektorban összeolvadás*

és felvásárlás jellemzi. Olyan modellek, mint a *kihelyezés*, abban az esetben, ha kizárólagossággal rendelkeznek, vagy a *licenclés – franchising* alá tartoznak, vagy közepes centralizációnak minősülhetnek ugyanúgy, mint a *kevert vállalatok*. Az Európai Unió által támogatott *projekthálózati vagy klaszter* modellek, hasonlóan, mint az agglomerációk, konglomerációk, szövetségek, alacsonyabb szintű centralizációval rendelkeznek. E formáknál az alacsony fix költségek gyors reakcióképessége nagy előny, viszont ezeknél a kontextusoknál elengedhetetlen a fent felvázolt gyakorlati közösség építése.

A fenntartható innovációkapacitáshoz olyan közösségek létrehozására van szükség, melyek minden társadalmi réteg bevonását szem előtt tartják a közös misszió érdekében (családok, kis- és középvállalkozások, nonprofit és az állami szektor stb.). Ehhez viszont az említett hálózatos integrált, de decentralizált rendszerre van szükség (több döntés autonómia, de hasonló célokért küzdő). A decentralizáció akkor vezet sikerhez, ha egy részvétel alapú katalizátor kormányzás támogatásával, magas érintett központú célok kommunikációjával, megfelelő változási programok révén, egy tanuló stratégiai menedzsment rendszeren belül és nem utolsósorban egy posztkonvencionális, azaz ötödik szintű vezető irányításával valósul meg.

Az állami rendszerekben a „*decentralizáció*” (döntéshozatal jogosultságának átadása több érintettnek) gyakran a kormányzás alaptémájaként jelenik meg. Jellemzően ott, ahol a taktikai változási célok a „*jólét*” megvalósítását szolgálják, (a többség számára hozzáférhető szolgáltatás biztosítása) inkább a „*centralizáció*” és „*recentralizáció*” körül épülnek fel. A WHO által felkarolt jóllét gazdaságban viszont a kormányzás és a változásvezetési témák egy fajta „*decentralizált*”, de ugyanakkor „*integrált*” irányítást követnek. A fenti cél miatt a szolidaritás inkább a standardizált normákat figyelembe véve egyfajta „*normatív*” receptúra mentén igyekszik egy „*fair*” szolgáltatás-forrás allokációt biztosítani mindenkinek. Gyakori az a koncepció, hogy a centralizált állami rendszerek etikusabb, átláthatóbb módon, biztosítva a megfelelő minimum minimumot segítik a jólét megvalósítását.

A változásmenedzsment az állami szférában, legjobb esetben a fenti célokban tud segíteni, szervezeti szinten. (változás kezelése). Bár szükséges és elengedhetetlen a centralizáció a fejlődés első szakaszaiban, a továbbiakban a decentralizáció az, ami az innováció kapacitás révén garantálja a fenntarthatóságot.

Miközben Dreschler (2000) kifejtette az irányítás fontosságát az áttörő megoldás elérésében, amivel a decentralizáció dilemmája megoldható a közszférában, a

FINMOUSE-listát javasolta a magáncégekre átruházandó aspektusokról meghozandó nehéz döntésekhez.

- **Finance** (pénzügy) – a költségvetés, elszámolás és ellenőrzés átlátható módon, hatékonyan és költséghatáshoz kapcsolódóan történik?
- **Incentives** (ösztönzők) – az egység kap, támogatja és rendelkezésre bocsátja-e legjobb tagjait az állam által biztosított speciális ösztönzőkkel? (állás biztonsága, támogatás, presztízs)
- **Niceness** (kedvesség) – van-e olyan dolog, amivel javítható az állampolgár elégedettsége és ellenőrzése pénzügyi vagy egyéb problémák okozása nélkül?
- **Minimal State** (legalább állami) – a feladatot nem végzi jobban vagy ugyanúgy nem állami cég?
- **Output-Orientation** (teljesítményorientáció) – a feladat teljesítését a teljesítménnyel mérik, figyelembe véve azt is, hogy a túlzott ellenőrzés többbe kerül, mint a megtakarítás, mégis könnyen megakadályozhatja a közszolgáltatási erkölcs fejlődését?
- **Unit Size** (egység nagysága) – a hierarchiában részt vevő egységek elég kicsik az emberségeséghez és a felügyelethez, de elég nagyok a túlzott bürokrácia elkerüléséhez?
- **Subsidiarity** (szubszidiaritás) – a hierarchiában legalsóbb funkcionális egység elvégzi a rábízott feladatot?
- **Effectiveness** (hatékonyság) – a demokrácia és a Rechtsstat követelményeit tekintve (üzletileg) hatékonyan végzik a feladatot és építik fel a hivatalt?

Füzesi és társai (2005) elmélkedik a magyarországi sikertelen esetről (lásd még: Goolesorkhi, 2012):

„A decentralizáció pártok közötti ügy: bármilyen kormányzati szándék kudarcba fullad helyi elfogadás és támogatás hiányában. A magyar egészségügyi rendszer megfigyelése során eddig nem sikerült tökéletes megoldást találni a jelenlegi problémákra.” Azt javasolták, hogy figyelmet kell fordítani az ‘élvekre’ (azok a filozófiák, amelyekre a rendszer épül) és a ‘nem rendszerszintű jellemzőkre’ (amelyek nem közvetlenül a rendszerből származnak, tehát a kormányon kívüli egyéb érdekelt felek szerepe) a későbbi döntéshozatal elősegítésére. Az ilyen alulról felfelé szerveződő folyamatok sikere és a rendszeren belüli szinergia létrehozása ugyanakkor nagymértékben támaszkodik a humántőke lehetőségekre, főleg egyéni szinten. (Lásd még például: Szirmai 2005, 2010: az egészségügyről-egészségügyi oktatásról és fejlesztésről.)

12.9. Az Aravind és a siker titkai

12.9.1. Vakság Indiában és az erőfeszítés fontossága

A különböző becslések szerint Indiában kb. 12 millió ember mindkét szemére, további 8 millió ember pedig az egyik szemére vak. Kb. 36 millió ember gyengén látó (őket kellően kell figyelemmel kísérni és ápolni). A megyék között a vakság gyakorisága jelentős mértékben eltért. Például az 50 éves vagy annál idősebb korcsoportban (ez a csoport az összes vak 90%-át, a teljes lakosság kb. 16%-át teszi ki) a vakság 4,3% volt Keralában, illetve 13,7% Karnatakában. A vakság leggyakoribb oka a szürkehályog, aminek aránya 62,6% volt, ezt követte a korrigálatlan fénytörési hiba (19,7%). A két szemre kiterjedő vakság többi fontos okai közé tartozott a glaukóma (5,8%) és a hátsó szegmens elváltozása (4,7%).²¹

A szürkehályog olyan állapot, amelyben a szemlencse átlátszatlaná válik. A degenerálódás progresszív, és öt-tíz év alatt alakul ki. Korábban a műtéti eljárás során a többé vagy kevésbé teljesen átlátszatlaná váló (megért) lencsét eltávolították, és egy vastag, pozitív teljesítményű szemlencse (aphakic üveg) helyettesítette a természetes lencsét. 2003-ban az Indiában elvégzett szürkehályogműtétek kb. 40 százaléka még mindig ilyen hagyományos típusú volt. A korszerű technika eredményeként azután apró, mesterséges lencsét, ún. intraokuláris lencsét (IOL) ültettek be a szembe az eltávolított lencse helyére. Az IOL műtétek eredményeként kevesebb kórházi fekvésre volt szükség, gyorsabbá vált a műtét utáni gyógyulás, és gyorsabban állt helyre a látás (egy héten-tíz napon belül). További fejlesztés eredménye volt, hogy az IOL lencsék már összehajtható anyagból is rendelkezésre álltak. Ezeket a lencsét „összehajtogatták”, és egy kis nyíláson keresztül a szembe helyezték, ahol azután az „kinyílt”. Ezeknél a lencsénél kisebb bemetszésre volt szükség, és ezért rövidebb volt a gyógyulási idő, mint a nem összehajtható lencsék esetében. Szintén rendelkezésre álltak olyan multifokális lencsék, amelyek mind a távol- mind a közellátást javították.

A sebészet másik fontos fejlesztése a szemlencse mag ultrahanggal elfolyósított eltávolítása, amely során az átlátszatlan, természetes szemlencsét ultrahangos sugárral porlasztották, majd szívással eltávolították. Ezután a szokásos módon helyzeték be az IOL lencsét. Ez a tech-

nika lehetővé tette a beteg számára, hogy a műtét után két-három napon belül hazatérjenek.

Az IOL beültetése a sebészek mikrosebészeti, haladó képzését tette szükségessé, és mindig mikroszkóp alatt végezték a műtétet (szemben a hagyományos műtéttel, ami nem igényelt mikroszkópot). Képzett kezekben az IOL és IOL nélküli műtétek elvégzéséhez szükséges idő nem nagyon tért el, ahogy az esetírók látták: kb. 12–15 percig tartott maga a műtét (nem beleszámítva az előkészítést, a műtét utáni kötözést stb.) A phaco sebészet szakképzett orvosokat és speciális, költséges berendezéseket igényelt (a jó minőségű phaco berendezés költsége 600 000 rúpiánál kezdődött).

A glaukóma volt a vaksági probléma harmadik általános oka. A szem elülső kamrájában folyamatosan kering egy folyadék (csarnokvíz), ami elfolyik. Ha a folyadék nem tud elfolyni, nyomás lép fel a szemben, és ha az túl nagy, károsíthatja a retinát és a látóideget. A szürkehályoggal ellentétben a glaukóma a látás csöndes gyilkosa. A betegnek nincsenek tünetei, vagy nem kap figyelmeztetést. A cukorbetegség hajlamosak voltak a glaukómára. Míg a szürkehályog általában a korosodással jelentkezett, a glaukóma bármilyen korban támadhatott. Alattomos természete miatt a rendszeres ellenőrzés volt az egyetlen megelőző lehetőség.

Évente kb. 3,7 millió szürkehályogműtét végez el kb. 9000 szemsebész Indiában. Tamilnáduban (a lakosság száma a 2001-es népszámlálás szerint: 62 110 839) 370 031 szürkehályogműtét történt el 2001-2002-ben. Az állami kórházakban ezeknek 7,17 százalékát, 10,16 százalékot szemtáborokban végeztek el, 7,86 százalékot magánklinikákon, a többit (74,82 százalék) pedig non-profit szervezetekben (az AEH az utolsó kategóriába tartozik).

Az AEH mellett Tamilnáduban volt a többi jelentős szemkórház, és az évente ott elvégzett műtétek száma az Aravind Szemészeti Rendszer által megadott információk szerint:

Sankara Nethralaya, Chennai: Joseph Szemkórház, Tiruchirapalli: Sankara Szemtársaság, Coimbatore: K. G. Szemkórház, Coimbatore: 25 000, 27 000, 30 000, 6000.

12.9.2. Dr. V. mint az iparág változásvezetője (az alappillér)

Dr. V. rendelkezett a változásvezetéshez szükséges kapacitásokkal és kompetenciákkal (*mentor, facilitátor, innovátor*).

1918-ban született egy kis faluban Madurai mellett, egy meglehetősen jómódú gazdálkodó fiaként. Vidé-

21 Lásd pl. Prahalad (2004): The Aravind Eye Care System: Delivering the Most Precious Gift. The Fortune at the Bottom of the Pyramid. Wharton Publishing, Aravind Eye Care System (2001).

ki környezetben nőtt fel, és helyi iskolákban és főiskolákon tanult. 1944-ben végezte el az orvostudományi egyetemet, 1945-ben került az Army Medical Corps céghez, és 1948-ban felmondtak neki ízületi gyulladás miatt. Szilárd kitartásának és nagy akaraterjének köszönhetően nem csak, hogy újra írni kezdett, de bálni is tudott a sebészeti szikével. Ezután szemsebészként került kormányzolgálatba. Végezetül az Állami Madurai Orvosképző Főiskola Szemészeti Karának vezetője lett 1956-ban. Szolgálatát alatt Dr. V. állami szintű programokat irányított, elsőként 1961-ben a vakok leküzdésére mobil szemtáborok létrehozásával. A távoli falvakban élő falusiakat mobil szemtáborokkal érték el, ahol szemüket megvizsgálták, diagnosztizálták és kezelték. 1965-ben Dr. V. először látogatott az Egyesült Államokba, hogy részt vegyen egy, a vakok rehabilitálásáról szóló konferencián. Ezen a New York-i konferencián kötött életre szóló barátságot Sir John Wilsonnal, a Royal Commonwealth Society for the Blind alapítójával (amely most Sight Savers International néven ismert). Ez a szervezet támogatta az indiai szemtáborokat. Dr. V. és Sir John Wilson az akkori indiai miniszterelnökhöz, Indira Gandhi asszonyhoz utazott, hogy támogatást kérjen a vakok megfékezésére célzó nemzeti szervezet számára. Dr. V. közben elkísérte a Tamilnádu akkori fő miniszterét, Karunanidhi urat is szemkezeléséhez, és utóbbi támogatta a kormány által szponzorált szemtáborokat Tamilnádu egész területén Dr. V.-vel az élen. Már visszavonulása előtt Dr. V. felügyelte a szemtáborok növekvő hálózatát egész Tamilnáduban, barátok és pártfogók hálózatát hozta létre India-szerre, akik együtt éreztek vele a jó minőségű, megfizethető szemkezelés iránti szenvedélyében.

Dr. V.-re nagy hatással volt Mahatma Gandhi és Sri Aurobindo Ghosh, a bölcs filozófus, aki a híres áramot alapította Puducherryben. Dr. V-t áthatotta az az erős vágy, hogy adjon a közösség számára (ahelyett, hogy elvegyen tőle). Az Aravind Szemkórház nevében az Aravind szó Sri Aurobindo tiszteletére lett kiválasztva.

12.9.2.1. DR. V. ÉS A NÖVEKEDÉSI SZAKASZ

Dr. V. egy szerény kórházzal kezdte, amit saját megtakarításából és részben kormányzati támogatással hozott létre a szemtáborok szegény betegein végzett szürkehályogműtétekre. Kezdetől fogva az volt az elv, hogy lesznek fizető, és lesznek nem fizető betegek. A fizető betegeknek csak méltányos árat számítanak fel. Aravind Eye Care System (2001). „Promises to Keep.” Aravind Eye Care System, Madurai, 2001.

A kormány támogatása részleges volt olyan értelemben, hogy a szemtáborok szegény betegein végzett műtétekért fizetett összeg meglehetősen elmaradt a város 3 kórházának összes működési költségétől. Nem lehettek olyan „ötcsillagos” betegek, akik a szegények elől vették volna el a támogatást. Dr. V. biztos volt abban, hogy nagy teljesítőképesség és volumen szükséges, ha a kórház életképes akar maradni, és többlet van szükség a bővülés finanszírozására.

Valójában a kórház kezdetektől fogva többletet termelt, és ezt a létrehozott többletet felhasználva egy éven belül, 1977-ben egy 30 ágyas kórházat lehetett megnyitni. 1978-ban kizárólag nem fizető betegek számára 70 ágyas kórházat építettek. A meglévő fizető kórház épülete 1981-ben nyitott meg 250 ágygal és 7500 m² területen, öt szinten. Kezdetben szürkehályogműtéteket végeztek elsősorban, de fokozatosan más olyan szakterületekkel egészültek ki, mint a retina, szaruhártya, glaukóma, gyermekszemgyógyászat, neuro-szemgyógyászat, uvea, gyengelátás és szemüreg. A berendezések tekintetében sohasem kötöttek kompromisszumot: a legjobb minőséget vásárolták, és sokat közülük importáltak. Ugyanakkor a várótermek és vizsgáló helyiségek (beleértve az orvosi szobákat is), csak a praktikusságot szolgálták.

Dr. V. lányát, Dr. G. Natchiart, férjét, Dr. Namot (akik a Govel Trust tagjai is voltak), Dr. Nam nővérét és annak férjét, akik akkoriban szemorvosként mind a madurai-i állami kórházban dolgoztak, Dr. V. meggyőzte, hogy lépjenek be a kórház felállításának legelső fázisaiban. Az évek során más családtagok (valamennyien orvosok) is csatlakoztak a különböző szakterületek vezetőiként. Többen közülük (köztük Dr. V., Dr. Nam és Dr. Natchiar) az Egyesült Államokban kaptak képzést, és elismert sebészként voltak híresek.

1984-ben egy új, 350 ágyas ingyenes kórház nyílt meg, amely kizárólag nem fizető betegeket kezelt Maduraiban. Az épület felső emeletén kaptak elhelyezést a nővérek. Az Aravind kezdetektől fogva alapmodellként alkalmazta azt az elvet, hogy egyetlen műtétet sem végeztek a szemtáborok helyszínén, ami akkoriban általános gyakorlat volt. Minden beteget megvizsgáltak a táborokban, és a műtetre szorulókat a fő kórházba vitték. A szemtáborok betegei kivétel nélkül szegény betegek voltak, kezelésük pedig „ingyenes” volt olyan értelemben, hogy a betegeknek nem kellett fizetniük a műtétért. Az intraokuláris lencsék költsége azonban még így is magas volt, és 1992-től az intraokuláris lencséket az új Aurolab gyártóüzemből szereztek be, amelyet azzal a céllal hoztak létre, hogy megfizethető áron gyártsa ezeket. A lencsék használata kb. 500 rúpiára csökkentette az

intraokuláris lencsét alkalmazó szürkehályogműtétek költségét (ami lényegében az intraokuláris lencsék, speciális varratok és gyógyszerek költségét fedezte). Intenzív tanácsadással és egészségügyi oktatással módszeresen támogatták az intraokuláris lencsék alkalmazását mind a szemtáborokban, mind az alapkórház nem fizető betegei körében. Mind a tábori, mind a kórházi nem fizető betegeknek 500 rúpiát kellett fizetniük az intraokuláris lencse műtétekért, de méltányos esetekben a járóbetegosztály vezető orvosa eltekinthetett ettől. Később, 1995-ben, amikor az indiai kormány szürkehályogvakság ellenőrzési programot indított a Világbank finanszírozásával, és támogatást kínált a tábori betegeknek, a tábori betegeknek nem kellett kifizetniük ezt az összeget. Az ágyszám fokozatosan emelkedett a jelenlegi 1468 ágyra (1200 ingyenes és 268 fizető) a madurai kórházban. 2003-ban az öt Aravind Szemkórházban összesen 3649 ágy volt, ezek közül 2850 volt ingyenes és 799 ágy volt fizető.

12.9.2.2. A KÓRHÁZAK FEJLŐDÉSE SZEMÉSZETI RENDSZERRÉ

Bár kezdetben a Govel Trust a kórházak építésére és a szegényeknek biztosított műtétekre összpontosított, hamarosan világossá vált Dr. V. számára, hogy a szükségtelen vakság megszüntetésére irányuló céljuk eléréséhez több más tevékenységet is be kell vezetni. Ezért idővel ezeket a tevékenységeket kibővítették, és az Aravind Szemkórházak Aravind Szemészeti Rendszerré nőtték ki magukat. Az Aravind Szemészeti Rendszernek számos részlege van, amelyeket a későbbiekben mutatunk be. A fő részlegek: Aurolab, a gyártóüzem, amelynek elsődleges célja, hogy intraokuláris lencsákat gyártson; az Lions Aravind Institute of Community Ophthalmology (LAICO) elnevezésű oktató központ; az Aravind Medical Research Foundation elnevezésű szemészeti kutató központ; az Aravind Centre for Women, Children and Community Health elnevezésű, nőkkel és gyermekekkel foglalkozó kutató központ; és a The Rotary Aravind International Eye Bank elnevezésű nemzetközi szembank. Ezeket a központokat a későbbiekben mutatjuk be részletesebben. A központok valamennyi tevékenysége a szükségtelen vakság megszüntetésére irányuló fő küldetéshez kapcsolódott.

12.9.3. Visszatekintés az Aravind Szisztemikus Paradigmájára – sikerpillér (2)

Az Aravind az individuumokért és a közösségért jött létre, és az individuumok és a közösség segítségével fejlődik 1976 óta. Az OECD és WHO jólléti célokhoz kompatibilis vízióval rendelkező, intergenerációs, háromhurkos tanulás és fenntartható innovációs kapacitással rendelkezik. Stratégiáját egy teljes körű monitoring rendszer mutatja.

Geocentrikus misszióért jött létre, és ugyanakkor képes decentralizált módon a helyi adottságokra és szükségletekre reagálva, személyre szabott szolgáltatást nyújtani minden érintett számára. Magas **társadalmi felelőssége** a **katalizátor kormányzásnak** köszönhetően egy gazdaságilag fenntartható bázisra támaszkodik. A közösséggel együttműködve, kifizethető szolgáltatásokat és termékeket nyújt a szűrési fázistól az utógondozásig. Decentralizált és interációra képes szervezeti modelljének köszönhetően, az Aravind rendszere multidiszciplináris, privát és állami partnerekkel is együttműködik lokális, regionális és globális szinteken.

Minden iparági résztvevőt partnerként tekintve, vélt versenytársainak is rendszeresen nyújt segítséget, kapacitást, információt és tudást.

Nevét Sri Aurobindo, a neves indiai filozófus után kapta. Az Aravind missziója a szükségtelen vakság felszámolása. (Lásd WHO *Right to Sight Vision 2020*.) Indiában a 2 millió vak ember költsége 8 millió USD/év. Az Aravind ma a világ legnagyobb, legtermelékenyebb és gazdaságilag a legstabilabban fejlődő szemkórház-rendszere. Éves teljesítménye 4-szerese a világ átlagának. A Mc Donald's koncepciója, standard-decentralizált modellje alapján hozták létre azzal a filozófiával, hogy *kultúrától függetlenül taníthatók az emberek a közös cél érdekében*.

(1) A termelés innovációt tekinti a siker egyik legfontosabb alappillérenek, a következő mottóval:

„Látszólagos akadályokat és előnyteleniséget lehetőségre váltani, kifizethető költségekkel, önfinanszírozó, magas minőségű saját termékekkel támogatni a szükségtelen vakság elleni kezdeményezéseket.”

Az Aravind a legmagasabb minőségű lencsákat gyártja és exportálja 120 országba. Hatékonyságát mutatja, hogy egy lencse ára az import árhoz képest 1/40 rész.

(1.a) Működési indikátor folyamat dizájn innováció: produktivitás. Az *Eye Bank* szatelit szűrés- és prevenció rendszer segítségével 1,4 millió embert látnak el évente. Éves szinten 200 000 szemope-



Backward Integration

Mission & Objectives

- Produce quality products
- Provide at affordable cost
- Support avoidable blindness effort
- Self sustain and grow

In eighties all surgical consumables were imported & expensive

Aurolab was started in 1992 to produce intraocular lenses (IOLs)

Turning apparent disadvantages into realized opportunities

A WHO Collaborating Centre for the Prevention of Blindness

12.16. ábra. Az Aurolab missziója

rációt végeznek. Egy szemorvos az Aravindnál átlagosan tízszer (2000) annyit operál, mint egy más orvos másutt (220).

(2) Katalizátor kormányzás: univerzális, esélyegyenlőséggel bíró kormányzás (Governance).

A szolgáltatásuk több mint 50%-a ingyenes (*sze mélyre szabott döntések*). Egy tehetős beteg 2 másik szegényebb betegért fizet. A magas betegszám miatt nemcsak nullszaldóság, hanem profitot is termelnek, amit saját fejlesztésükre fordítanak. Minőségük: ISO9001/ CE Mark/US FDA approved. Az Aravind több éve minőségi díjnyertes. Konceptcionális modellje és termékei az USA-ban is egyre népszerűbbek.

(3) Prevenció és utógondozás: szatelit klinikák videokonferenciával.

A szűrést ingyenesen végzik, az útiköltséget és a bent fekvést térítik a betegnek. A kórház proaktívan keresi a betegeket a szatelit klinikákon keresztül. A kezelt betegek 50%-ának ingyenes az utóvizsgálat.

(3.1.) Közösségépítés, kapacitásteremtés, rendszerfejlesztés: LAICO koncepciója

A modell fenntartásához kulcsszerepet játszanak a lokális közösségek. Pl. egy sebésznek 4 jól képzett paramedikus segít. Ennek köszönhetően az orvos kapacitása magasabbra nő. Az Aravind egy oktató rendszer is, mely proaktívan kiszűri a potenciális paramedikusokat, és ingyenesen képezi őket.

(3.2.) Posztkonvencionális vezetés hatására közös vízió, misszió.

Regrutációs elveinek alapja a küldetése. Az Aravind nem fizet többet az orvosainak, mint más kór-

teljes körű spektrum		Aravind Páciens költségstruktúrája	
• konzultáció			
szegényeknek:		Rs. 0 (free)	
fizető pácienseknek:		Rs. 50/US \$ 1(3 hónapra valid)	
• szürkehályog műtét:		-70% (összműtétékből)	
53% szegényeknek:		Rs. 0 (-Rs. 250)	
22% támogatott ár:		Rs. 750 (15 \$)	
25% { szokásos ár:		Rs. 3 500–6 000	
Phaco Surgery:		Rs. 6 500–12 000	
kifizethető árak a közepes jövedelmű réteg számára			

12.17. ábra. Az Aravind páciensek költségstruktúrája

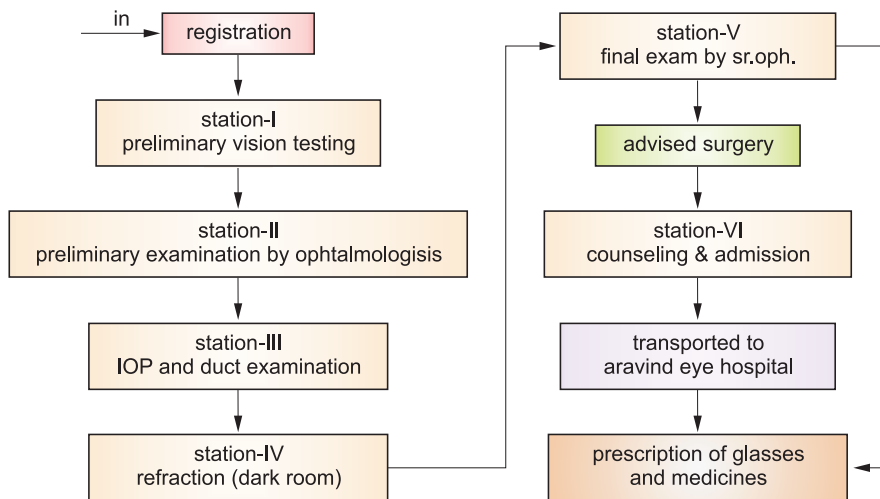
házak, de népszerű, mert a tapasztalat lehetősége nagyon hasznos.

Magas „szisztemikus piacorientáció” az Aravindnál

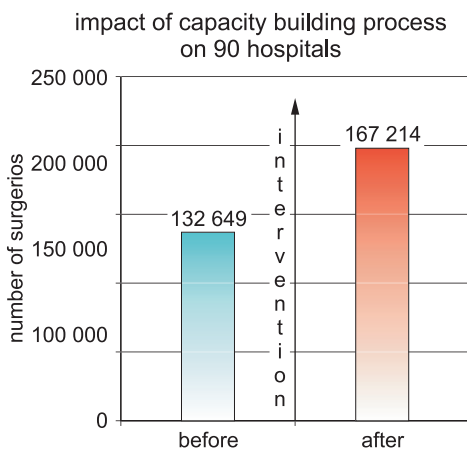
Megállapítható, hogy az Aravind rendszere magas érintett (stakeholder) központúsággal rendelkezik. Hasonló érintett piacorientált szervezetek és rendszerek reagálva az orvos, páciens, családok, társadalom igényeire, töre-

kednek az érintettek elégedettségének optimalizálására. Az Aravindnál a munkateher szintje nagyon magas, ezért is nagyon kiemelten fontos számukra az orvosok lelki, mentális és fizikai épségének fenntartása.

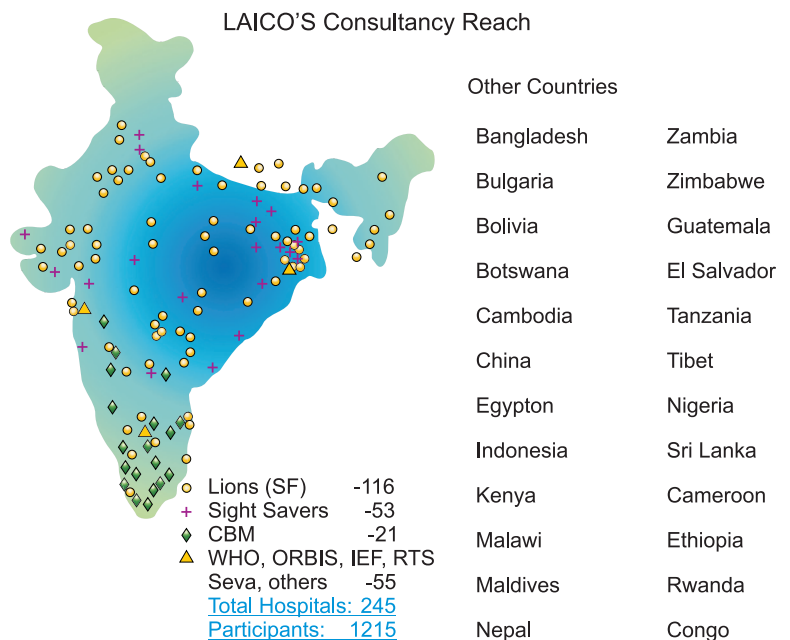
Az orvosok, nővérek gondozása egy mentor dolga, akik missziójukat az indiai és a globális polgárok életminőségének javításában látják.



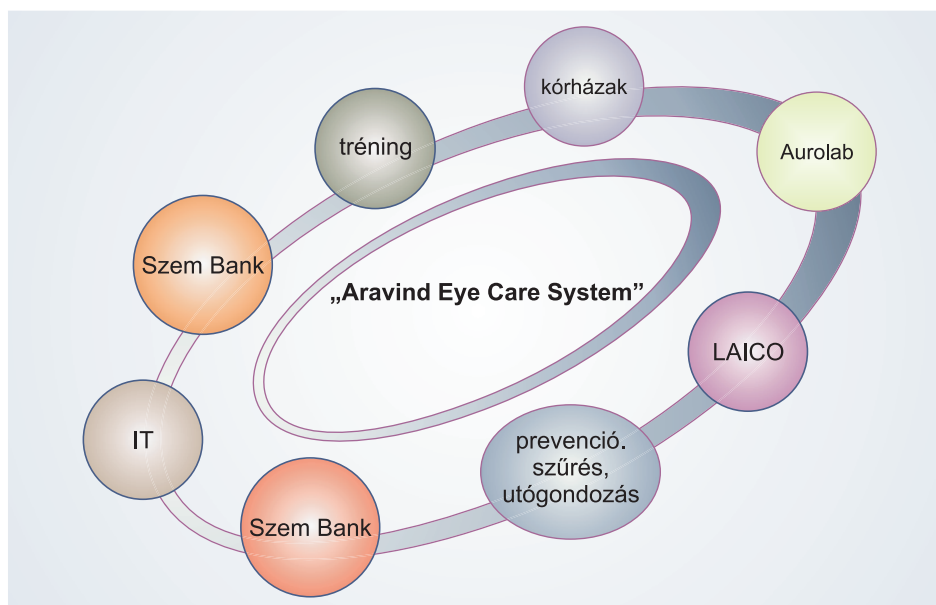
12.18. ábra. A páciens szűrési folyamata szatelit klinikákon



12.19. ábra. A LAICO kapacitásteremtés hatása



12.20. ábra. A LAICO tanácsadás terjesztése



12.21. ábra. Az Aravind rendszer elemei

Irodalom

- ACOCCELLA (1998) Foundations of Economic Policy: Values and Techniques (Cambridge, 1998).
- Aravind Eye Foundation. Aravind Eye Foundation. <http://www.aravindeyefoundation.org/>
- Aravind Eye Care System. Aravind course offerings (PDF).
- Aravind Eye Care System. Clinical quality assessment at Aravind eye hospitals (DOC).
- Ashton, J (2009): The future of public health: vision, voice and practice. Perspectives in Public Health, I January 2009. Vol 129 No 1. 20–21.
- <http://australasianleadership.com/change-management-2/uni-forte/>
- <http://www.forbes.com/global/2010/0315/companies-india-madurai-blindness-nam-familys-vision.html>
- Bayer (2005): Vezetési modellek – vezetési stílusok. Vinton, Budapest, 1995.
- Beer and Nohtia (2000): Cracking the code of Change HBR 2000.
- Burpee (2013): Change roles and maturity cycle illustration <http://matthew.burpee.ca>
- Conner, Daryl (1993): Managing At the Speed of Change. Random House. Davis K. (2005) Toward A High Performance Health System: Health Affairs. 24, no. 5 (2005):1356–1360. Detroit, MI: Wayne State University Press, 2004.
- Farkas F. (2006): A változásmenedzsment kritikus pontjai. Vezetéstudomány. 2006, 37. 12–21..
- Halamka (2008): Embracing change. (Thought Leaders.) Health Management Technology (Magazine/Journal), December 1, 2008. Nelson Publishing Volume: 29 Issue: 12. 32(2).
- Holman, P, Devane, T, Cady, S (2007): The Change Handbook: The Definitive Resource on Today's Best Methods for Engaging Whole Systems. 2007. Berrett-Koehler Publishers
- <https://hbr.org/2008/07/choosing-strategies-for-change/ar/1>
- <http://www.kotterinternational.com/the-8-step-process-for-leading-change/>
- <http://www.kotterinternational.com/KotterPrinciples/ManagementVsLeadership.aspx>
- <http://www.owsp.org/organizations/vision-2020>
- <http://www.prosci.com/change-management/change-management-history/>
- <http://www.aravind.org/getinvolved/participateInOutreach.aspx>
- <http://www.aravind.org/communityOutreach/primaryeyecare-centres.aspx>
- <http://www.icmrindia.org/casestudies/catalogue/Business%20Strategy2/Dr%20V%20of%20Aravind%20Eye%20Hospital.htm>
- <http://www.socialinnovationexchange.org/ideas-and-inspiration/methods-and-tools/features/co-production-toolkit>
- <http://www.neweconomics.org/>
- <http://www.healthcareitnews.com/news/5-ways-cleveland-clinic-improved-its-patient-engagement-strategies>
- Kaplan, R, Norton, D (1996): The balanced scorecard. Harvard Business Press.
- Kaplan, R, Norton, D (2001): The strategy focused organization, Harvard Business Press
- Kickbusch, I: Help! Where is the Europea community? Journal of Epidemiology and Community Health, 2008; 62:186.
- Kotter and Schlesinger (2008): Choosing Strategies for Change. HBR July-August 2008.
- Kotter, J (July 12, 2011): Change Management vs. Change Leadership – What's the Difference? Forbes, December 2011.
- Nazanin, K (2010): <http://www.forbes.com/global/2010/0315/companies-india-madurai-blindness-nam-familys-vision.html>
- Parse, RR (2003): Community: A human becoming perspective. Boston, Jones and Bartlett.

- Prahalad (2004): *The Aravind Eye Care System: Delivering the Most Precious Gift*. In *The Fortune at the Bottom of the Pyramid*. N J, Wharton Publishing.
- Quinn, RE et al. (1996): *Becoming a Master Manager: A Competency Framework*. New York, John Wiley and Sons, 1996. 16.
- Satlman, Bankauskaite, Vrangbaek (2002): *Decentralization in Healthcare*. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf
- Schoen (2007): AHRQ <http://archive.ahrq.gov/about/annualmtg07/0928slides/schoen/Schoen-3.html>
- Senge (1990): *The fifth discipline: The art & practice of the learning organization*. New York, Doubleday Currency.
- Waddell, G: Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin*, 2006. 1–15. DOI: 10.1093/bmb/ldl008
<http://bmb.oxfordjournals.org/cgi/content/full/ldl008v1>
- Wheelen and Hunger (2005): *A Strategic Management and Business Policy*. Prentice Hall, 10 edition, October 20. 2005.
- WHO (2002): *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health*. ICF, Geneva. 9.
- World Health Organization: Definition of health. <http://www.who.org/aboutwho/en/definition.html>.
- Woude and Letcher (2005): *Becoming a Living-Learning Organization*. *Nurs Sci Q*, 2005. 18–24.
<http://www.businessballs.com/changemanagement.htm>
- Zaltman, G & Duncan, R (1977): *Strategies for planned change*. New York, Wiley.

13. Közbeszerzések és eljárásrendek hatása a TIOP projektek végrehajtására

DONKÁNÉ VEREBES ÉVA

13.1. A közbeszerzési eljárások bemutatása a projektek megvalósításában

Tanulmányunk célja az Európai Unió forrásból támogatott hazai egészségügyi infrastrukturális fejlesztések közbeszerzési eljárásainak értékelése volt.

13.1.1. A vizsgálatba bevont eljárások száma és köre

A közbeszerzési eljárások vizsgálata a felkérés alapján a TIOP-2.2.2C, a TIOP-2.2.2, a TIOP-2.2.4 a TIOP-2.2.5 és a TIOP-2.2.7 azonosítószámú pályázati konstrukciók 352 db közbeszerzési eljárására terjedt ki. A vizsgálatra átadott adatok minősége felhívja a figyelmet arra, hogy a kedvezményezett körben érdemes lenne központi ellenőrzés alá vonni az egészségügyi pályázatok archivált dokumentumait, mert az esetleges uniós ellenőrzések komoly hiányosságokat állapíthatnak meg.

A vizsgálatra megkapott eljárások közül 24 esetben nem volt megállapítható a közbeszerzés típusa, így a további vizsgálatból ezeket kizártuk. Az adatok hiányossága minden esetben feltüntetésre került az adott szempont szerinti vizsgálatnál. Az extrém magas adat

értékek esetében az adathiba – amennyiben valószínűsíthető volt – az adatok szöveges elemzésénél jelzésre került.

A részletes vizsgálatba végül bevont 328 darab közbeszerzési eljárás alapvetően három fő csoportba sorolva került elemzésre:

- Az uniós értékhatárt elérő értékű közbeszerzési eljárások, melyek minden esetben előzetesen minőségbiztosított eljárások.
- Előzetesen minőségbiztosított, nemzeti eljárásrend szerint lefolytatott közbeszerzési eljárások.
- Utóellenőrzött, nemzeti eljárásrend szerint lefolytatott közbeszerzési eljárások.

A fenti tagolást az indokolja, hogy a vonatkozó jogszabályok előírásai szerint a felsorolt kategóriák esetében eltérő hosszúságú átfutási idővel kell számolni a projekt megvalósítás során.

A közbeszerzési törvény 10.§ (1) a) pontjában meghatározott közösségi értékhatárt elérő, valamint a 300 millió Ft-os értéket meghaladó, nemzeti eljárásrend szerint lefolytatott építési tárgyú beszerzések esetében a 2007–2013 programozási időszakban az Európai Regionális Fejlesztési Alapból, az Európai Szociális Alapból és a Kohéziós Alapból származó támogatások felhasználásának rendjéről szóló 4/2011 (I. 28.) kormányrendelet

13.1. táblázat. A vizsgált eljárások pályázati kiírás és eljárástípus szerinti megoszlása

Megnevezés	Uniós (közösségi) értékhatárt elérő	Nemzeti eljárásrend szerint lefolytatott				Nem állapítható meg az eljárásrend	Összesen
		Összesen	Előzetesen minőség-biztosított	Utóellenőrzött	Nincs információ a minőség-biztosításra vonatkozóan		
TIOP-222C	13	1	0	1	0	2	16
TIOP-222	12	34	5	24	5	2	48
TIOP-224	63	131	21	106	4	2	196
TIOP-225	7	13	3	10	0	3	23
TIOP-227	48	6	2	4	0	15	69
Összesen	143	185	31	145	9	24	352

is összetett előzetes minőségbiztosítási intézkedéseket követel meg 39/B-45. paragrafusában.

A közösségi értékhatárt elérő beszerzések esetében egyes (a törvényben nevesített) kivételektől eltekintve nyílt eljárást szükséges alkalmazni.

A fentiek miatt a mind a közösségi értékhatárt, mind a nemzeti értékhatárt elérő nyílt közbeszerzések eljárások időigénye hosszabb, mint a más eljárásoké. A komplex minőségbiztosítási folyamat miatt több részfolyamat esetében is keletkezhet késedelem.

13.1.2. A közbeszerzési eljárások kritikus szerepe a projekt megvalósításban

A Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program 2. prioritásának vizsgált projektjei esetében a megvalósítás „Achilles-sarkának” a közbeszerzési eljárások bizonyultak. Ezek közül tipikusan a kivitelezési és eszközbeszerzési tárgyú beszerzések zavarai vezettek a projektmegvalósulás problémáinak jelentős részéhez:

- Az eljárások elhúzódása, módosítása, esetleges megisméltése a projekt megvalósítási idejének megnövekedésével járt.
- A hosszabb megvalósítási idő és az eljárások megisméltése már önmagában többletköltségekkel járt.
- A forráshiány miatt megisméltelt közbeszerzési eljárások esetében a Kormányhatározatokkal biztosított fedezetbiztosítás gyakorlatának kialakítása miatt a projektek megvalósítás költségei az eredeti pályázati szerződésben jóváhagyott költségvetési összeghez képesti jelentős mértékben megnövekedtek.

A fentiek bemutatására jelen fejezetben értékelésre kerül a közbeszerzések helye a projektmegvalósítás folyamatában, a közbeszerzési eljárások időigénye és a késedelmek okai. A jövőbeni beszerzések gyorsítása érdekében ajánlások kerülnek megfogalmazásra.

13.1.3. A közbeszerzések helye a projektmegvalósítás folyamatában

A TIOP-2-es prioritásának vizsgált projektjei esetében jellemzően számos nagy értékű, összetett közbeszerzési eljárást volt szükséges lefolytatni, melyek közül több kötött sorrendű folyamathoz tartozik. A beszerzések késedelme az egész projektmegvalósítás nagymértékű késedelmével járt.

Ilyen folyamatsor a kiviteli tervek elkészítése – kivitelezés egymásra épülése, melyek esetében (egyes különleges esetektől eltekintve) általában két közbeszerzési eljárást kell lebonyolítani. A kivitelező beszerzésének megindításához elengedhetetlen a kiviteli vagy minimum tendertervek rendelkezésre állása. A két beszerzés sikeres vagy sikertelen lebonyolítása alapvetően meghatározza a beruházási projektek hosszát, a rendelkezésre bocsátott tervek minősége pedig hatással van a kivitelezői közbeszerzések sikerére, az eljárás időtartamára.

A vonatkozó jogszabályok szerint viszonylag alacsony határidőkkel kell számolni, még akkor is, ha az előzőekben tárgyalt egymásra épülő folyamatok esetén a határidő összeadódik.

Az előzetes minőségbiztosításra a 4/2011 (I. 28.) Kormányrendelet 17 napot ad a közreműködő szervezeti feladatokat ellátó szervezeteknek és 17 napot a – jelenleg – a Miniszterelnökség felügyelete alatt működő Közbeszerzési Felügyeleti Főosztálynak (KFF). Utóbbi eljárási határidőt egy alkalommal 7 nappal meg lehet hosszabbítani, így az előzetes minőségbiztosítás elvileg nem tarthatna 41 napnál tovább.¹

A minőségbiztosítást követő nyílt eljárás időigényével együtt a teljes folyamat nem lehet hosszabb 126 napnál, építési tárgyú beszerzés esetén pedig 156 napnál, azaz körülbelül négy-öt hónapnál. Az infrastruktúra fejlesztés pályázatok esetében minimum három – kiviteli terv, kivitelező, eszközbeszerzés – nyílt eljárással került beszerzésre a megfelelő szolgáltatás és áru szállítás, melyek egymás utáni lebonyolításának elméleti időigénye több mint egy éves munkavégzést jelent a közbeszerzést bonyolítók számára. A vizsgált három pályázati kiírás esetében a pályázati útmutató legfeljebb 36 hónapos projektmegvalósítási időszakot tesz lehetővé, **így a kiviteli tervek elkészítésére valamint a kivitelezésre összesen legfeljebb 2 év áll rendelkezésre, ami a részhatáridők teljesülése esetén is feszített tempójú munkavégzést követel meg, különösen a folyamatsor végén lévő kivitelezés esetében.**

A kivitelezés megkezdésének idejét az alábbi intézkedésekkel lehetséges előrehozni:

- A kiviteli tervek készítőjének kiválasztása már a pályázati időszakban feltételes közbeszerzési eljárással történik – ezáltal 2-4 hónappal rövidülhet a kivitelezés előkészítése (attól függően, hogy szükség van-e előzetes minőségbiztosításra).

¹ A 4/2011-es (I. 28.) kormányrendelet szerint a kedvezményezettnek 40 nappal az ajánlati felhívás tervezett megjelenítése előtt kell benyújtania minőségbiztosításra a közbeszerzési dokumentációt – vagyis a jogszabály részhatáridői (41 nap) nincsenek összhangban ezzel a rendelkezéssel.

13.2. táblázat. A közbeszerzési eljárások jogszabály szerinti időigénye nyílt közbeszerzési eljárások esetén

Megnevezés	Folyamat	Időigény
Nyílt közbeszerzési eljárás	Közreműködő szervezet minőségbiztosítása	17 nap
	KFF minőségbiztosítás	17 + 7 nap
	Megjelentetéstől az ajánlattételig tartó időszak	291 – 45 nap
	Ajánlatok értékelése, eredményhirdetés	Legfeljebb 30 nap, építési tárgyú beszerzés esetén legfeljebb 60 nap
	Szerződéskötési moratórium	nap (a támogatási szerződés hosszabb időtartamot határozhat meg)

- A kivitelező készíti a kiviteli terveket, ezáltal egy közbeszerzéssel kevesebbre van szükség, ugyanakkor a beszerzés előkészítése hosszabb lehet. Ezáltal 6-8 hónappal rövidülhet az előkészítés, viszont magas a kockázata annak, hogy tervek és kivitelezés közötti kontroll nem működik. Ezt a megoldást akadályozzák az engedélyes tervekhez kötődően megszerzett szerzői jogok is.

Az eszközbeszerzések terén némileg nagyobb a kedvezményezett mozgásteret, az eszközök szállítása tipikusan a kivitelezési munkálatok végén esedékes, ugyanakkor az eszközszállítások nem megfelelő időzítése a megvalósítás csúszásával járhat. **Ez különösen a beépítendő eszközök esetében okozhat komoly gondot, mivel a késedelmes szállítás miatt a kivitelező akadályközléssel élhet, és a beruházás leállhat.** Ehhez kapcsolódó speciális problémaforrás, hogy a kiviteli terveket nem egy esetben a kivitelezési munkák során kell összhangba hozni a beépítendő eszközök időközben megváltozó technikai paramétereivel, ami a vállalási szerződések módosításával járó minőségbiztosítási lépések miatt a késedelmek „ördögi körét” indíthatja be.

A továbbiakban bemutatásra kerül, hogy az értékelésre rendelkezésre bocsátott közbeszerzési eljárások esetében milyen típusú és mértékű késedelmek történtek.

13.2. A közbeszerzési eljárás típusainak késedelmei

13.2.1. Az uniós értékhatárt elérő értékű eljárások

A 143 uniós értékhatárt elérő értékű eljárás közül 140 esetben ismert az eljárások tárgya, ezek 28%-a építés-kivitelezés, 66%-a gép-műszer, 3%-a projektmenedzsment szolgáltatás és 3% tervezői szolgáltatás beszerzésére irányult.

Az uniós értékhatárt elérő értékű, nyílt közbeszerzési eljárások minden szakaszának átlagos végrehajtási ideje megengedhetetlen mértékben meghaladta a jogszabályban megfogalmazott időkereteket.

- A vizsgált eljárások esetében az előzetes minőségbiztosítások átlagos időigénye közel négyszeresen haladta meg a jogszabályban előírt – legfeljebb 41 napos – időtartamot.
- A közbeszerzési eljárások hossza az uniós eljárásrend szerinti eljárásoknál különösen magas, átlagosan körülbelül 30 nappal haladja meg a jogszabály szerinti maximális 115 napos időtartamot. Elsősorban a hiánypótlások, módosítások, valamint a vitarendezések nagy száma, illetve egyéb szerződéskötési problémák játszottak szerepet.

13.3. táblázat. Az uniós értékhatárt elérő értékű eljárások átfutási ideje

Pályázati kiírás	Vizsgált minőségbiztosítás, darabszám	A minőségbiztosítás átlagos időigénye (nap)	A minőségbiztosítás idejének terjedelme (nap)	Vizsgált közbeszerzések darabszáma	A közbeszerzési eljárás időigénye (nap)	A közbeszerzési eljárás időigényének terjedelme (nap)
TIOP-2.2.2.C	13	176	13-406	8	158	108-222
TIOP-2.2.2	5	41	13-257	12	110	24-184
TIOP-2.2.4	40	94	4-384	39	156	44-259
TIOP-2.2.5	5	165	43-245	3	142	93-182
TIOP-2.2.7	41	225	20-552	26	146	44-376
Mindösszesen/ Átlagosan	104	155	-	88	147	-

A projektmegvalósítás során kulcsszerepet játszó uniós értékhatárt elérő értékű közbeszerzési eljárások és előzetes minőségbiztosításuk átlagos időtartama mintegy 6 hónappal hosszabb, mint amire a kedvezményezettek előzetesen számíthattak. Ez komoly mértékben veszélyeztette az ütemezett projektmegvalósításokat. A kérelem TIOP-2.2.7-es projekteknél a legnagyobb mértékű, ezek esetében az előzetes minőségbiztosítás és a közbeszerzés átlagos időigénye nagyjából egy év. E projektek a 2007-2013 évek közötti fejlesztések legnagyobb értékű egészségügyi beruházásai voltak, ahol különösen megengedhetetlen lett volna az adminisztrációs eljárások miatti késlekedés. A minőségbiztosítás – jelentős kedvezményezetti szórás mellett – öt és félszeresen hosszabb időtartam alatt történt, meg mint az elvárható lett volna, és esetükben a legmagasabb arányú az eredménytelen közbeszerzési eljárások száma is (12. táblázat). (A közbeszerzések eredménytelenségi okainak vizsgálata ezen elemzés keretei között nem történhetett meg, de ha a beruházások elhúzódásának valós okait akarjuk feltárni, akkor ezen pályázatok végrehajtásának objektív értékelését is el kell végezni. A fenti értékelés alapján érdemes ezen a területen kezdeni a határidők csúszásának oki feltárását! Érdekes lehet a vizsgálatot a projektmenedzsment feladatok ellátók szerinti részletezésben végezni!)

13.2.2. A nemzeti eljárásrend szerint lebonyolított eljárások

A 185 nemzeti eljárásrend szerint lebonyolított közbeszerzési eljárás 25%-a építés-kivitelezés, 25%-a eszközök, 43%-a projektmenedzsment-szolgáltatás, 4% tervezői, 2%-a műszaki ellenőri és 1%-a nyilvánosságot biztosító szolgáltatások beszerzésére irányult.

A nemzeti eljárásrend szerint lebonyolított közbeszerzési eljárások esetében az egyes eljárászakaszok átlagos végrehajtási ideje jelentős mértékben meghaladta a jogszabályban megfogalmazott időkereteket.

- A vizsgált eljárások esetében – ahol sor került rá – az előzetes minőségbiztosítások átlagos időigénye két és félszeresen meghaladta a jogszabályban előírt – legfeljebb 41 napos – időtartamot.
- A közbeszerzési eljárások átlagos hossza különösen az összetettebb, előzetesen minőségbiztosított (tipikusan nyílt) eljárások esetében magas, a 85–115 napos jogszabályban meghatározott eljárási idő közelében jár. Az utólagosan minőségbiztosított, nem nyílt eljárások esetében a közbeszerzési eljárások átlagos hossza lényegesen alacsonyabb, mintegy 2 hónapos.

Az egyes pályázati kiírások esetében. – a viszonylag kis elemszámú TIOP-2.2.5-ös projektek közbeszerzéseinek alacsonyabb átlagos minőségbiztosítási idején, valamint a négy TIOP-2.2.7-es projektekhez köthető közbeszerzési eljárás alacsonyabb átlagos időigényén kívül nincsenek lényeges különbségek sem a minőségbiztosítás időtartamában, sem a közbeszerzési eljárások időigényében

Összességében megállapítható, hogy a nemzeti eljárásrend szerint lebonyolított beszerzések átlagos időigénye (a nyílt eljárások kivételével) rövidebb, mint a közösségi értékhatárt elérő eljárásoké, amennyiben azonban az eljárás előzetes minőségbiztosítása köteles, annak hossza az uniós eljárásokéhoz hasonlóan – jelentős kedvezményezetti szórás mellett – többszörösen meghaladja a jogszabályban meghatározott maximumot. A közbeszerzési eljárások részletesebb vizsgálatát mindenképpen érdemes tovább elemezni.

13.4. táblázat. A nemzeti eljárásrend szerint lebonyolított eljárások átfutási ideje

Pályázati kiírás	Vizsgált előzetes minőségbiztosítás, darabszám	A minőségbiztosítás átlagos időigénye (nap)	A minőségbiztosítás idejének terjedelme (nap)	Vizsgált közbeszerzések darabszáma	A közbeszerzési eljárás időigénye (nap)	A közbeszerzési eljárás időigényének terjedelme (nap)
TIOP-2.2.2.C	0	nr	nr	0	nr	nr
TIOP-2.2.2	3	115	18–183	22	64	35–200
TIOP-2.2.4	16	105	4–384	100	68	11–207
TIOP-2.2.5	3	84	43–118	8	63	42–103
TIOP-2.2.7	2	106	48–164	4	48	29–81
Mindösszesen/ Átlagosan	24	104	-	134	66	

13.3. Az előzetes minőségbiztosítási eljárások értékelése

13.3.1. Az eljárások időtartama szerinti vizsgálat

174 előzetesen minőségbiztosított közbeszerzési eljárás kapcsán 128 esetben volt lehetséges a kedvezményezett érdemi információja alapján a teljes minőségbiztosítási folyamat időigényének vizsgálata.

A minőségbiztosítási folyamatoknak mindössze 16%-a zárult le a jogszabályban előírt 41 napos határidőn belül. Megengedhetetlen eljárási időnek minősítjük a 80 napon túli – jogszabály kétszeres határideje szerinti – végrehajtást, amelyben az eljárások 61%-a részesült. A minőségbiztosítási eljárások hosszának közel azonos eloszlású kategóriáiban 200 napot meghaladó ügyintézésben részesült a tenderek 23%-a. Az okok vizsgálatára jelen megbízás keretei között nem volt lehetőség.

Az előzetes minőségbiztosítási folyamat késedelme a beszerzésekkel érintett pályázati összegek 68%-a esetében gátolta az időben történő szerződéskötést, igaz a legextrémebb késedelmek viszonylag kisebb összegeket érintettek.

13.3.2. Az eljárások tárgya szerinti vizsgálat

Igen komoly különbségeket mutat az előzetes minőségbiztosítási folyamat átlagos hossza, ha a közbeszerzések tárgya szerint vizsgáljuk a 124 értékelhető információval rendelkező eljárást.

A kisszámú (összesen 4 db, egy kivétellel nyílt eljárás keretében megvalósuló) menedzsment és tervezési tárgyú közbeszerzés esetében a minőségbiztosítás átlagos időtartama a jogszabályban meghatározott maximumértékek közelében vannak. A kivitelezési tárgyú és az eszközbeszerzések esetében egyaránt rendkívül magas az eljárás időtartama. Az eszközbeszerzések átlagos 190 napos minőségbiztosításának nincs elfogadható szakmai magyarázata.

Ennek lehetséges okai:

- Bár a rendelkezésre álló statisztikák nem adtak idevonatkozóan információt, de a minőségbiztosítási folyamat nem minden esetben „folyamatos”. A közreműködő szervezet által elvégzett „első fázist” követően a kedvezményezettnek kell a dokumentációt megküldeni a KFF részére. Egyes esetekben erre csak jelentős késéssel kerül sor, melynek okait érdemes lenne külön vizsgálni ahhoz, hogy a következő időszak hasonló projektjeinek bonyolításában hasznos információt nyújtsanak.
- Az eszközbeszerzések összetettsége, „csomagokra osztása” miatt a minőségbiztosítóknak potenciálisan ezzel a beszerzéstípussal kapcsolatban lehet a legtöbb kérdésük, észrevételük.
- Szintén többnyire az eszközbeszerzéseknél jelentkező probléma, hogy a hatályos támogatási szerződésben szereplő eszközlistának összhangban kell lennie a támogatási szerződés szerint közbeszerzendő eszközlistával. A két dokumentum ügyintézési folyamata általában nem egy időben történik, az egymástól független eljárásrend miatt. Az egyes kötelező eljárási lépések nem érnek össze, így megakad a közbeszerzési folyamat.

13.5. táblázat. A közbeszerzési eljárások mennyiségének és az érintett pályázati előirányzatok megoszlása a minőségbiztosítás tényleges időtartama szerint

Minőségbiztosítás időtartama, nap	Tenderek száma, db	Tenderek megoszlása, %	A tenderek nyomán megkötött szerződések		
			Száma	Nettó értéke (millió Ft)	Az érték megoszlása, %
41 nap vagy kevesebb	20	16	16	24 903	32
42–80	29	23	21	29 898	39
81–120	13	10	9	2 877	4
121–160	24	19	16	3 713	5
161–200	12	9	10	8 839	11
200 feletti	30	23	24	7 142	9
Összesen	128	100	96	77 372	100



13.1. ábra. Az előzetes minőségbiztosítások átlagos hossza a beszerzés tárgya szerint

13.3.3. A beszerzések értéke szerinti vizsgálat

A táblázat eredményei megmagyarázhatatlanok. A leg-hosszabb átfutási idők a kisebb értékű beszerzések előzetes minőségbiztosítási folyamatára voltak jellemzőek. A legnagyobb értékű beszerzések esetében kisebb az átlagos átfutási idő. A magyarázat egyrészt abban áll, hogy a nagyobb értékű eljárások minőségbiztosítása könnyebben kaptak kiemelt figyelmet minden szereplő részéről, ezek esetében jobban sikerült az idő átlagát javító „soron kívüliséget” elérni.

13.3.4. A pályázati konstrukciók szerinti vizsgálat

Az egyes pályázati konstrukciók beszerzéseinek eltérő elemszáma megnehezíti az előzetes minőségbiztosítási hosszának pályázati konstrukciónként történő összehasonlítását, de feltűnő trendként írható le a TIOP-2.2.2.C és a TIOP-2.2.7-es pályázati konstrukciók

beszerzéseinek különösen magas átlagos minőségbiztosítási időtartama.

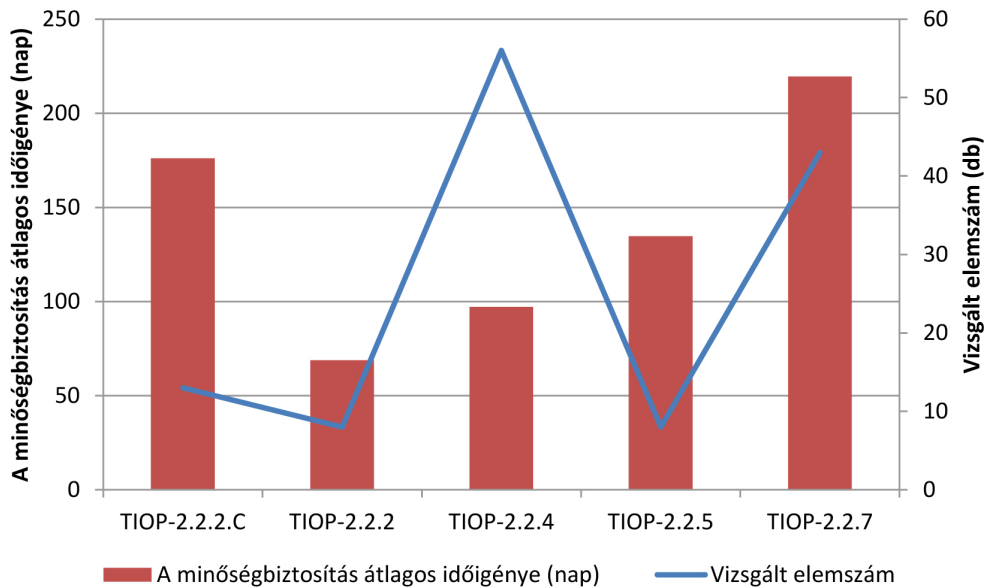
Ennek lehetséges magyarázata, hogy a 13.1. táblázat alapján ennél a két konstrukciónál a legmagasabb a közösségi értékhatárt elérő nyílt eljárások aránya: Valószínűsíthetően nyújtotta az eljárás időtartamát az is, hogy az adott programozási időszak kezdetén megjelenő TIOP-2.2.7-es pályázat beszerzései esetében a kedvezményezett kör tapasztalatlanságát felülmúlta az intézményrendszer ismeret hiánya és gyakorlatlansága.

13.3.5. A minőségbiztosítás éve szerinti vizsgálat

Az előzetes minőségbiztosítási folyamat átlagos hossza valamennyi vizsgált évben jelentősen meghaladta a jogszabályokban meghatározott határ-időket. A vizsgált időszakban két jogforrás írta elő kedvezményezettek minőségbiztosítási kötelezettségét. 2011. február 9-től a minőségbiztosítás folyama-

13.6. táblázat. A minőségbiztosítások átlagos hossza a beszerzés nettó értéke szerint (nap)

A beszerzés nettó értéke	Vizsgált elemszám (db)	Az előzetes minőségbiztosítás átlagos hossza (nap)
50 millió Ft -nál kisebb	19	173
50–99 millió Ft	13	156
100–499 millió Ft	35	164
500–999 millió Ft	8	75
1000 millió Ft és nagyobb	21	112
Összesen	96	146

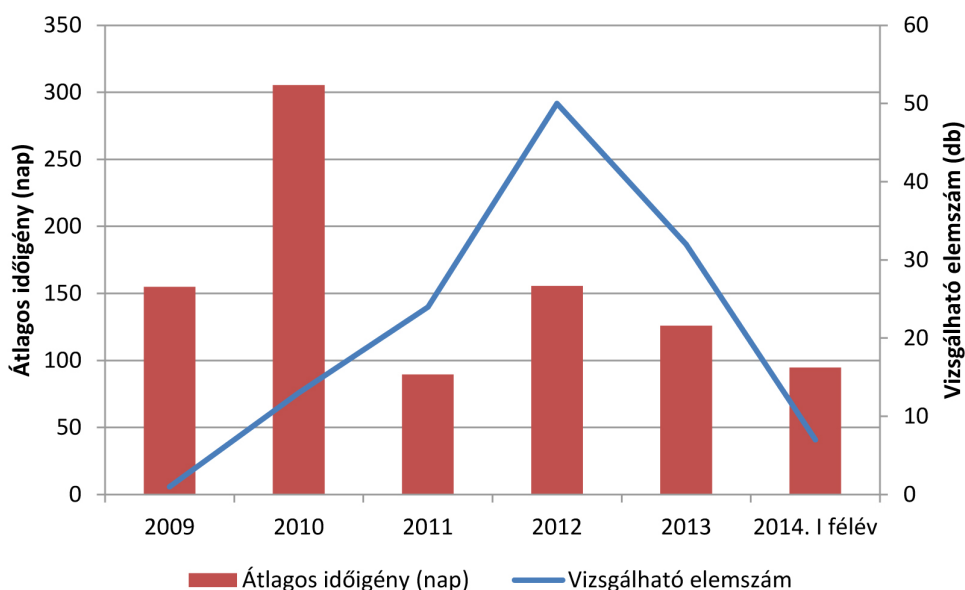


13.2. ábra. A minőségbiztosítás átlagos hossza pályázati kiírásonként

tot a 4/2011 Korm.rendelet szabályozza, míg ezt megelőzően a 16/2006. (XII. 28.) MeHVM-PM együttes rendelet állapított meg eljárási határidőket. A rendeletváltozás a minőségbiztosítás eljárási határidejét határozta meg, amelyben fellelhető a jogalkotó azon felismerése, hogy az ellenőrzési folyamatot mindenképp szabályozni és gyorsítani szükséges a sikeres projektmegvalósítás érdekében. A 2009-es év egyetlen megkezdett minőségbiztosításának igen magas értékéből még nehéz bármilyen általános trendre következtetni, és a 2010-es év igen magas értékei is egyetlen kórház több részre bontott eszközbeszerzésének extrém hosszú minőségbiztosítási

tási eljárásainak köszönhetőek². Ugyanakkor a 2011-es évtől kezdődően az előzetes minőségbiztosítások átlagos hossza együttmozog a minőségbiztosítások számával, a minőségbiztosítások számában is csúcsot jelentő 2012-es évben az átlagérték kiugróan magas. 2014-ben csupán néhány minőségbiztosítási eljárás történt, de az eljárások átlagos minőségbiztosítási ideje nem csökkent jelentős mértékben.

² Mivel az említett esetben a minőségbiztosítási szakasz jelentősen átfed a közbeszerzési eljárással, felmerülhet a beszerzés szabályosságának, illetve az adathibának a kérdése is.



13.3. ábra. A minőségbiztosítások átlagos hossza a megkezdés éve szerinti bontásban

A trend arra utal, hogy a fix kapacitásokkal rendelkező pályázatkezelői intézményrendszer nem tudta a jogszabályok szerinti határidők betartásához szükséges módon kezelni a növekvő számú közbeszerzési eljárást. Különösen az ellenőrzési oldalon járt komoly késedelemmel a növekvő számú közbeszerzések kezelése

A 2012-es év magas értékei nem függetlenek az ebben az évben végbemenő intézményrendszeri átalakulásoktól, ahogy a 2014-es, lassuló ellenőrzést mutató adatok sem függetlenek a Közbeszerzési Felügyeleti Főosztályon és a közreműködő szervezetnél szervezeti változásoktól. (Valószínűsíthető, hogy a 2014 év második felében sem volt kedvezőbb a helyzet.)

13.3.6. Ajánlások a minőségbiztosítási folyamattal kapcsolatban

A rendelkezésre álló információk alapján a következő ajánlásokat lehet megfogalmazni a minőségbiztosítási folyamattal kapcsolatban:

- A minőségbiztosítási folyamat az esetek többségében – de különösen az eszközbeszerzési tárgyú közbeszerzési eljárások esetében – jóval tovább tart, mint amivel a kedvezményezettek a jogszabályi határidők alapján számolhatnak. El kell érni a jogszabály időtartam szerinti teljesítést, és a szankcionálást ki kell terjeszteni a pályázói körön kívül a pályázat kezelői körre is.
- A szükséges erőforrások biztosítására olyan külső erőforrások bevonásának lehetőségét kell kialakítani, amelynek tevékenysége magas szakmai színvonalat képvisel és garantáltan biztosítani képes az összeférhetetlenség szabályait. (Az elmúlt években nem egy esetben ugyanaz a partner a minőségbiztosító a közreműködő szervezetnél, mint aki a pályázat előkészítője, a közbeszerzési eljárás szakmai tartalmának specifikáció készítője volt.)

- Az ÁEEK-nek, mint kedvezményezettnek saját hatáskörben lenne szüksége olyan minőségbiztosítás kialakítására melynek feladatrésze lehetne az egyes eljárásrendek szerinti határidők és eljárások ellenőrzése.
- Lényeges minőségi változás történhetne, ha mind a kedvezményezetti, mind a pályázat kezelői körben csak megfelelő szakmai tapasztalattal rendelkező munkatársak dolgoznának. Ennek biztosításához érdemes lenne kialakítani a továbbképzési rendszert, mert ma az egészségügyben még mindig hiányzik az ilyen irányú tudás és tapasztalat.

13.4. A közbeszerzési eljárások lefolytatása

13.4.2. A közbeszerzési szakaszok vizsgálata

A közbeszerzések esetében elsősorban az uniós értékhatárt elérő értékű (többnyire nyílt) eljárások esetében tapasztalható, hogy az ajánlati felhívások megjelentetésétől a szerződéskötésig jelentősen hosszabb idő telik el a jogszabályban meghatározott 85–115 napnál. A rendelkezésre álló adatok alapján részletesen vizsgáltuk, hogy az eljárás pontosan mely szakasza járul hozzá a késedelmekhez:

Az eredményhirdetéstől a szerződéskötésig eltelő időszak átlagos hossza mintegy 2–2,5 szerese a 10 napos szerződéskötési moratóriumnak,³ de ez összességében kis mértékben járul csak hozzá a közbeszerzési eljárások elhúzódásához. – Itt szükséges megjegyezni, hogy a vizsgált TIOP pályázatok támogatási szerződésai az alább idézett kikötést tartalmazták:

³ A közösségi értékhatárt elérő eljárásoknál egyetlen kiugró érték okozza a 37 napos átlagértéket.

13.7. táblázat. Az egyes eljárási szakaszok átlagos hossza

Eljárás csoport	Ajánlattételi szakasz		Az ajánlatok értékelésének hossza (az eredményhirdetésig)		Az eredményhirdetéstől a szerződéskötésig tartó időszak	
	Vizsgált darabszám	Átlagos hossza (nap)	Vizsgált darabszám	Átlagos hossza (nap)	Vizsgált darabszám	Átlagos hossza (nap)
Közösségi értékhatárt elérő	111	57	114	69	97	37
Nemzeti eljárásrend szerinti (előzetes minőségbiztosítással)	26	39	23	58	20	25
Nemzeti eljárásrend szerinti (előzetes minőségbiztosítás nélkül)	129	19	133	24	127	22

„Kedvezményezett a közbeszerzési eljárásban a szerződéskötés időpontját úgy köteles megadni, hogy az nem lehet az eredményhirdetést követő naptól számított tizenötödik napnál korábbi időpontban”- amely előírás betartása magyarázatot adhat a késedelem egy részére.

Ugyanakkor az ajánlatok benyújtására rendelkezésre álló időszak átlagos hossza az előzetesen minőségbiztosított nemzeti eljárásrend szerinti valamint az uniós értékhatárt elérő értékű közbeszerzési eljárások esetében jelentősen meghaladja a jogszabályban előírt 45 napot. (Az ajánlattételi időszak meghosszabbítására a jogszabály szerint korlátozott mértékben lehetőség van.)

Az ajánlatok benyújtásától az eredményhirdetésig tartó eljárás szakasz az utólagosan nem minőségbiztosított nemzeti eljárásrend szerinti eljárások kivételével valamennyi eljárástípus esetén igen hosszú, **az uniós értékhatárt elérő értékű beszerzések esetében csak az eljárások 30%-ánál került sor az eredményhirdetésre a jogszabályban előírt 30, illetve építési tárgyú beszerzés esetében 60 napon belül.**

13.4.2. Közbeszerzések tárgya szerinti vizsgálat

Az előbbieken vizsgált eljárási szakaszokat érdemes a közbeszerzések tárgya szerint is részletes elemzésnek alávetni:

A közbeszerzések tárgya alapján vizsgálva az egyes eljárási szakaszok hosszát, különösen az eszközbeszerzési és az építési tárgyú beszerzéseknél találkozhatunk hosszú átlagos átfutási idővel. (A tervezési szolgáltatásra irányuló beszerzések átlagos szerződéskötési ideje egyetlen kiugró érték miatt extrém magas.) Mindez hatványozottan igaz a közösségi értékhatárt elérő eszközbeszerzési és kivitelezési eljárásokra:

Az ajánlattételi szakaszok elhúzódásának számos indoka lehet, ezek közül kiemelendő a közbeszerzési eljárások módosítása, ideértve az ajánlattételi határidő módosítását is. A módosítások aránya viszonylag alacsony a TIOP – 2.2.5 (5%), a TIOP-2.2.4 (9%) és a TIOP-2.2.2 (10%) esetében, valamivel magasabb a TIOP-2.2.2C (23%) esetében, míg a TIOP-2.2.7 esetében az eljárások közel 44%-ánál volt szükség kiegészítő tájékoztatás adására, illetve a részvételi és ajánlati feltételek pontosítására, nyolc eljárás esetében többször is. Utóbbiak három kivétellel mind eszközbeszerzésre irányuló és kivétel nélkül előzetesen minőségbiztosított közbeszerzési eljárások voltak.

13.8. táblázat. Az egyes eljárási szakaszok átlagos hossza a beszerzés tárgya szerint

Megnevezés	Ajánlattételi szakasz		Az ajánlatok értékelésének hossza (az eredményhirdetésig)		Az eredményhirdetéstől a szerződéskötésig tartó időszak	
	Vizsgált darabszám	Átlagos hossza (nap)	Vizsgált darabszám	Átlagos hossza (nap)	Vizsgált darabszám	Átlagos hossza (nap)
Menedzsment	74	19	76	16	78	19
Tervezés	9	18	8	32	8	94
Eszközbeszerzés	105	47	109	62	95	25
Építés	72	44	73	54	60	26
Műszaki ellenőr	2	18	2	20	2	15
Kommunikáció	2	16	2	12	1	22

13.9. táblázat. Az egyes eljárási szakaszok átlagos hossza a beszerzés tárgya szerint a közösségi értékhatárt elérő közbeszerzési eljárások esetében

Megnevezés	Ajánlattételi szakasz		Az ajánlatok értékelésének hossza (az eredményhirdetésig)		Az eredményhirdetéstől a szerződéskötésig tartó időszak	
	Vizsgált darabszám	Átlagos hossza (nap)	Vizsgált darabszám	Átlagos hossza (nap)	Vizsgált darabszám	Átlagos hossza (nap)
Menedzsment	3	29	3	17	3	19
Tervezés	3	12	2	12	3	224
Eszközbeszerzés	71	59	75	74	62	23
Építés	31	65	33	65	28	32

13.4.3. Egyéb késedelmet kiváltó tényezők a közbeszerzési eljárások lefolytatásában

Az eljárás eredményének időben történő kihirdetését, illetve a szerződéskötést késleltethetik a Közbeszerzési Döntőbizottság eljárásai és döntései.

Figyelemreméltó, hogy valamennyi esetben előzetesen minőségbiztosított (tehát tipikusan nagyobb méretű, összetett) beszerzések esetében indult eljárás. Az eljárások számaránya a TIOP-2.2.4-es és 2.2.7-es kiírások esetében meglehetősen magas értéket ér el, ugyanakkor az elmarasztaló döntésre és bírságolásra csak, összesen 5 esetben került sor. A bírságok értéke 120 ezer és 2 millió Ft körül szóródott.

A közbeszerzési eljárások késedelmői nem kizárólag a felsorolt tényezőkre (KDB eljárás, ajánlati felhívások) vezethetők vissza, **vélhetően az egyes eljárási lépéseknél a kedvezményezett és a munkaszervezetek késedelmői is hozzájárultak a hosszadalmas beszerzési folyamathoz.**

Külön problémát jelent, ha a kedvezményezett azért nem tud eredményt hirdetni egy adott eljárásban, mert a keletkezett költségnövekményével kapcsolatban nincs elegendő fedezet és a pályázatkezelő intézményrendszer nem tud elég gyorsan reagálni a helyzetre. (Késve meghozott forrásnövelési döntés, késve jóváhagyott átcsoportosítás, szerződésmódosítás.)

A közbeszerzési eljárásokhoz kapcsolódóan felmerülő egyéb problémák:

- Az eljárás visszavonása és/vagy eredménytelensége
- A megkötött vállalkozási szerződések módosításai

A visszavont eljárások száma viszonylag csekély.

A visszavonás indoka több esetben az ajánlati feltételek változtatása volt, más esetekben pedig az ajánlatkérői stratégia módosulása.

Az eredménytelen eljárások aránya a visszavonásokénál természetesen nagyobb.

Az eredménytelenség aránya meglehetősen magas, és jelentős részben nagy értékű, kivitelezési vagy esz-közbeszerzési tárgyú nyílt eljárások érintettek, a siker-telenség oka leggyakrabban az ajánlati árakhoz képesti forráshiány. Az eredménytelen eljárások veszélyeztetik a projekt megvalósítását, a megismételt közbeszerzési eljárások révén ellehetetlenül a határidőre történő befejezés, illetve az ajánlattevőket is a magasabb árszint kialakítása felé tereli az esetleges többletforrások bevonása.

A vizsgált eljárások közül 6 db menedzsment és egyéb szolgáltatás beszerzésére irányult, 1 db pedig tervezési feladatok elvégzésére, egy esetben pedig nem volt megállapítható a beszerzés tárgya. A visszavont eljárások többsége viszonylag gyorsan lezárult, így az

13.11. táblázat. A visszavont közbeszerzési eljárások száma és aránya

Pályázati konstrukció	Vizsgált darabszám	Visszavont eljárás (db)	Visszavont eljárás részaránya (%)
TIOP-222C	13	0	0,0
TIOP-222	41	1	2,4
TIOP-224	163	3	1,8
TIOP-225	18	0	0,0
TIOP-227	54	3	5,6
Összesen	289	7	2,4

13.12. táblázat. Az eredménytelen közbeszerzési eljárások száma és aránya

Pályázati konstrukció	Vizsgált darabszám	Eredménytelen eljárás (db)	Eredménytelen eljárás részaránya (%)
TIOP-222C	13	1	7,7
TIOP-222	41	6	14,6
TIOP-224	163	9	5,5
TIOP-225	18	1	5,5
TIOP-227	54	8	14,8
Összesen	289	25	8,7

13.10. táblázat. KDB eljárással érintett beszerzések

Pályázati konstrukció	Vizsgált darabszám	KDB eljárással érintett (db)	KDB eljárással érintett aránya (%)	KDB eljárással érintett minőségbiztosított beszerzés (db)
TIOP-222C	13	0	0,0	0
TIOP-222	41	2	4,9	1
TIOP-224	163	11	10,4	11
TIOP-225	18	0	0,0	0
TIOP-227	54	8	14,8	8
Összesen	289	21	7,2	20

esetleges megismétlésük nem hátráltatta számottevően a projekt megvalósítását. 17 db eredménytelen eljárás tárgya építés és eszközbeszerzés volt, ezek esetében jellemzően igen hosszú volt mind az előzetes minőségbiztosítás, mind a közbeszerzési eljárás is. Így nemcsak a közbeszerzési eljárás megismétlése késleltette a megvalósítást, de az elhúzódó eredeti eljárás is.

A 17 darab eredménytelen építési és eszközbeszerzési eljárás érintett projektjeinél igen jelentős a költség-növekmény: **a projektmegvalósításra szánt összeg összesen 5,9 milliárd Ft-tal nőtt meg, ami az érintett 4 projekt eredeti költségvetésének 24%-os megnövekedését jelenti.** Az eszközbeszerzések esetében ez a tendencia esetenként szintén tetten érhető, ugyanakkor gyakoribb, hogy a kedvezményezettek az építési költségek növekedésére az eszközlisták kurtításával (vagyis költségcsökkentéssel) reagáltak, ami változás bejelentések és szerződésmódosítási kérelmek formájában tovább lassíthatta a projektmegvalósítást.

13.4.4. A közbeszerzések bírálati szempontjai

A kedvezményezettek a közbeszerzési eljárások során többféle értékelési szempontot alkalmaztak és eltérő mértékben súlyozták az egyes értékelési szempontokat.

Az ebből a szempontból vizsgálható 160 db közbeszerzési eljárás közel felénél (46%-ánál) pusztán az ajánlati ár döntött, 6%-ánál pedig az összességében legelőnyösebb ajánlat (a súlyok megjelölése nélkül), ismert súlyozott értékelési szempontok alapján a vizsgálható eljárások 48%-a esetében történt döntés. A beszerzés tárgya szerint az építési és eszközbeszerzési tárgyú eljárások esetében jóval nagyobb arányban volt jellemző a szempontok súlyozása alapján történő döntés, mint a szolgáltatások beszerzése esetében. Az egyes pályázati konstrukciók esetében nem figyelhetőek meg jelentős különbségek a súlyozás elterjedtségében.

Amennyiben a döntés az értékelési szempontok súlyozása alapján történt, a szempontok között valamilyen esetben helyet kapott a vállalási ár, és az esetek csaknem háromnegyedében a jótállásra adott vállalás. A kötbér és a teljesítési az esetek valamivel több, mint harmadában szerepelt, az egyéb szempontok pedig az eljárások kevesebb, mint ötödében. A súlyozást az egyes pályázati konstrukciók szerint vizsgálva kiemelkedik gyakoriságával a TIOP-2.2.4-es projektek közbeszerzései a kötbér, a TIOP-2.2.5-ös projektek beszerzései esetében az egyéb szubjektív szempontok, a TIOP-2.2.2-es eljárások esetében pedig a teljesítési határidő magas figyelembevételi aránya. Az egyes értékelési szempontok egymáshoz viszonyított súlyát vizsgálva megállapítható, hogy legtöbb esetben döntő az ajánlati ár súlyfőlénye,

13.13. táblázat. Súlyozott értékelési szempontok gyakorisága a vizsgált közbeszerzési eljárások esetében

Megnevezés	Vizsgált elemszám	A legalacsonyabb összegű ellenszolgáltatás döntött		Az összességében legelőnyösebb ajánlat döntött (súlyszám ismeretlen)		Súlyozott értékelési szempontok alapján született döntés	
	Darab	Darab	Százalék	Darab	Százalék	Darab	Százalék
TIOP-222C	4	0	0	1	25	3	75
TIOP-222	27	14	52	2	7	11	41
TIOP-224	74	31	42	6	8	37	50
TIOP-225	11	6	55	0	0	5	45
TIOP-227	44	22	50	0	0	22	50
Összesen	160	73	46	9	6	78	48

13.14. táblázat. A súlyozott értékelési szempontok előfordulási aránya a vizsgált közbeszerzések esetében

Megnevezés	Súlyozott értékelési szempontok alapján született döntés összesen (darab)	Ajánlati ár		Jótállás		Kötbér		Teljesítési határidő		Egyéb objektív szempont		Egyéb szubjektív szempont	
		Darab	%	Darab	%	Darab	%	Darab	%	Darab	%	Darab	%
TIOP-222C	3	3	100	3	100	0	0	0	0	2	67	1	33
TIOP-222	11	11	100	11	100	0	0	8	73	0	0	0	0
TIOP-224	37	37	100	22	59	21	57	14	38	6	16	6	16
TIOP-225	5	5	100	5	100	0	0	0	0	0	0	3	6
TIOP-227	22	22	100	17	77	8	36	6	27	6	27	5	23
Összesen	78	78	100	58	74	29	37	28	36	14	18	15	19

de 4 esetben előfordult, hogy nem érte el az ár súlya az 50%-ot, ami megnövelhette a nyertes ajánlat vállalási árát, és a szubjektív döntés meghozásának valószínűségét.

13.5. Szerződésmódosítások

A közbeszerzési eljárásokhoz kötődő további „konfliktusforrás”, hogy a 4/2011 (I. 28.) Korm. rendelet alapján a közbeszerzési eljárások nyomán megkötött egyes vállalkozási szerződések módosításához is szükséges a támogató (A KSZ és a KFF) jóváhagyása, annak érdekében, hogy a módosítás ne változtathasson utólag az ajánlat-tételi feltételeken. A jóváhagyás nem egy esetben hozszadalmos procedúra, így a projektvégrehajtás további késedelmét okozhatja.

2014 nyaráig a vizsgált beszerzések közel ötöde volt érintett szerződésmódosítással, ezek mindegyike a tipikusan **nagyobb értékű** eszközbeszerzési vagy kivitelezési tárgyú **szerződéseket érintette. Ebben a körben a módosított szerződések aránya megközelíti a 30%-ot.**

A leggyakoribb szerződésmódosítási ok a teljesítési határidő módosítása, ami nem egyszer éppen a beszerzések időbeli csúszása miatt válik szükségessé.

13.6. Ajánlások a közbeszerzési eljárások lebonyolításával kapcsolatban

Általánosságban megfontolandó az egyes közbeszerzések kapcsán, hogy:

- A fenntartónak érdemes lenne monitoroznia a folyamatban lévő eszközbeszerzési és kivitelezési tárgyú beszerzések lebonyolítását, ugyanis jelentős késedelmek tapasztalhatóak ezek ajánlattételi és értékelési szakaszaiban, különös tekintettel az uniós értékhatárt elérő értékű beszerzésekre.
- Az eredménytelen eljárások nagy értékű beszerzéseknél tapasztalható magasabb aránya komoly késedelmeket okoz a projektmegvalósítás folyamatában. A megismételt kivitelezési eljárások esetében tapasztalható jelentős költségnövekmények tervezési hibákat valószínűsítenek, illetve egyes esetekben vélhetően arra serkentik az ajánlattevőket, hogy növeljék az ajánlati árát. Ennek megfelelően a jövőben – a korábbi jó példákra építve – ajánlott a tervezési folyamat (illetve az ajánlati fel-

hívások megjelentetése) előtt fenntartói szinten ellenőrizni a kedvezményezettek kivitelezésre vonatkozó költségbecsléseit és ajánlati felhívásait.

- Mérlegelni érdemes, hogy kiélezett finanszírozási helyzetben (pl. forráshiány miatt megismételt eljárások esetében) érdemes-e több, súlyozott értékelési szempontot alkalmazni. Ha a súlyozással a magasabb árát kínáló ajánlati kerülnek jó pozícióba, akkor le kell mondani az egyéb szempontok értékeléséről vagy változtatni kell a súlyozáson az ajánlati ár javára. Erre vonatkozóan érdemes lenne fenntartói szinten ajánlást kiadni.
- Ha egy kivitelezési tárgyú közbeszerzési eljárás nagymértékű késedelmet szenved, érdemes mérlegelni, hogy a jelenlegi eljárás tapasztalatait felhasználva nem érdemes-e még az ajánlattételi határidőt megelőzően visszavonni. Az eredménytelen kiviteli tárgyú eljárások jelentős részénél tapasztalható volt, hogy mind a minőségbiztosítás, mind az eljárás rendkívül hosszúra nyúlt – az ajánlatkérő ebben az esetben időt takaríthatott volna meg az ajánlatkérés visszavonásával.

Beszerzés tárgya szerint tett ajánlások:

■ Projektmenedzsment:

A pályázatok felhívásai szerint megfelelő projekt-személyzetet a pályázat megvalósítási szakasza alatt folyamatosan biztosítani kell.

A projektszervezet felállítására, a szervezettel szemben támasztott legfontosabb követelményekre az egyes pályázatok pályázati útmutatói részletes tájékoztatást adnak. Az útmutatók meghatározzák, hogy a megvalósítás alatt kiket és milyen jogviszonyban kell, illetve lehet foglalkoztatni. A legtöbb TIOP pályázatnál előírás volt, hogy a projektmenedzsment kizárólag munkaviszonyban, közalkalmazotti, köztisztviselői jogviszonyban lehet alkalmazni.

A menedzsmenti szervezet tagjaival szemben állított pályázati követelmények a kórházakat a külső „kiszervezett” menedzsmenti szolgáltatók irányába terelték, mivel foglalkoztatotti, alkalmazotti körben megfelelő referenciával, tapasztalattal rendelkező projektszemélyzet nem volt biztosítható.

A fenti, projektmenedzsmenttel szemben támasztott követelmény és a megfelelő projektszemélyzet hiánya csak ún. vegyes projektmenedzsmenti szervezet létrehozását eredményezhette. A vegyes projektmenedzsmenti szervezet előnyeiről-hátrányairól nem e fejezetben számolunk be, jelen téma keretében csupán azt kívánjuk hangsúlyozni, hogy a felelősségi kér-

dések lehatárolását nehezíti meg a projektszervezet ilyen felállítása.

A projekt időszak elhúzódása kedvezőtlen hatást és bizonytalanságot okozott a projektmenedzsmenti szolgáltatóknál. A projekt tervezéskor gondolt megvalósítási időtartamok – többnyire a közbeszerzési eljárások elhúzódása miatt – többszöri Támogatási szerződésmódosítások következtében jelentősen megnyúltak. Amennyiben a menedzsmenti szolgáltatók szerződésének vége határozott fix időpontban került meghatározásra, abban az esetben a lejárt szerződés helyére új szolgáltató beszerzése vált szükségessé. Többszöri egymás utáni 3-4-6 hónapos támogatási szerződés módosítások közbeszerzési szempontú kezelése a rugalmatlan és hosszú közbeszerzési folyamattal nehézségekbe ütközik. Szintén nehézségekbe ütközik az egybeszámítási szabályok értékelése, hiszen a korábbi „beszerzési igény” definícióját projektszintű tervezés váltotta fel.

Amennyiben a menedzsmenti szolgáltató szerződésének hossza olyan módon került meghatározásra, hogy a „projekt végéig” köteles a szolgáltatást ellátni, abban az esetben viszonylag hosszabb ideig megoldott a szolgáltatás biztosítása. Mivel egy profitorientált gazdasági szereplő nem kötelezhető egyoldalúan a TSZ hosszabbítások révén folyamatosan nyúló szolgáltatás teljesítésére, ezért ezen szerződések egy idő után a szolgáltató részéről felmondásra kerülhetnek, hiszen a menedzsmenti szolgáltatás szerződéses szempontból vegyes kötelelem, amelyben álláspontunk szerint a megbízási gondossági kötelelem jelenik meg hangsúlyosan- így a szerződés a megbízási szerződések általános szabálya szerint felmondással megszüntethető. Ezen szerződés felmondások általában elszámolási vitában végződnek.

Fenti problémákból látható, hogy a projektidőszak elhúzódása jelentős bizonytalanságot és több problémát okoz a menedzsmenti szolgáltatások biztosítása terén, amely elhúzódás kezelésére megfelelő.

Javaslatunk szerint a szerződés hatályának végét célszerűbb fix időpontként megjelölni. Ezen fix időpont pesszimista tervezési módon kerüljön megállapításra – legrosszabb forgatókönyv elve – a szerződésben megteremtve a lehetőséget a Megrendelő részéről felmondási jog gyakorlására, amennyiben a Támogatási szerződésben vállalt feladatok előbb teljesülnek.

■ Kiviteli terv elkészítése:

A kiviteli tervek beszerzésére a TIOP pályázatok körében leginkább elterjedt megoldás a szerzői jogi jo-

gosultságra hivatkozással nyílt verseny mellőzésével lebonyolított hirdetmény közzététele nélküli meghívásos eljárás gyakorlata. Ezen beszerzés időigénye rövid, ellenérdekű fél hiányában az eljárás elhúzódnak veszélye kicsi. Az eljárások lebonyolításánál meg kell jegyezni, hogy a Támogatási szerződések az alábbi rendelkezést tartalmazzák a szerzői jogok vonatkozásában:

„Amennyiben a Kedvezményezett a projekt keretében közbeszerzési eljárás lefolytatására köteles, a Kedvezményezett köteles a közbeszerzési eljárás lefolytatása során az ajánlati felhívásban, illetve a nyertes ajánlattevővel megkötött szerződésben kikötni, hogy a teljesítés során keletkező, a szerzői jogi védelem alá eső alkotáson a Kedvezményezett területi korlátozás nélküli, kizárólagos és harmadik személynek átadható felhasználási jogot szerez. Köteles továbbá biztosítani, hogy a szerződés alapján a Kedvezményezett jogot szerezzen az alkotás (terv) átdolgozására.”

A közbeszerzések lebonyolítása során fenti szakasz érvényesülésére különböző megoldások születtek, ezek legtöbbször lényege, hogy a tervező a fenti vagyoni jogokat csak az épület kivitelezésének befejezésével – sikeres átadás átvételi eljárás – adja át, hiszen a projektmegvalósítás alatti bármilyen további tervezés „jövedelem termelő” képességéről nem kíván idő előtt lemondani.

Ezen eljárásokra vonatkozó magyar közbeszerzési joggyakorlatot tiszteletben tartva jelezni kívánjuk, hogy rendszerszinten kezelendő jelenségről van szó.

■ Gépek és műszerek beszerzés

A gép- és műszerbeszerzések tekintetében az orvostechikai eszközöket csoportosíthatjuk aszerint, hogy egyszerű „dobozos”, polcos termékekről van szó, vagy beszerzésük gyártói kapacitás függvénye, és gyártásuk jellemzően csak szerződéskötést követően fog megkezdődni. A beszerzéseink utóbbi csoportjába tartozó termékek nagy értékű, telepítés-igényes berendezések, ezért ezek beszerzésénél külön szempontok kialakítására törekedtünk.

Polcos termékek:

A TIOP pályázatokban szereplő gép- és műszertermékek darabszámát tekintve a legnagyobb csoportnak tekintendők jellemzően ide tartoznak a százezer forintot el nem érő kézi műszerektől kezdve a tízmillió forintos értékhatárt meghaladó lélegeztető gépekig minden.

Ezen eszközök gépek tekintetében pályázati megvalósítási problémaként jellemzően pusztán beszer-

zésük meghiúsulása okoz gondot beüzemelésük nem jelent külön nehézséget.

A fenti eszközök beszerzése tekintetében az általános „jó gazda” szemlélet, a pontos projekt-előkészítés és részletes gép műszer specifikáció adhat biztonságot a közbeszerzés lebonyolítása során.

Az eszközbeszerzések tervezésénél és lebonyolításánál javasolt orvostechnológus szakértő bevonása, hiszen közbeszerzési felhívásnak megfelelő specifikáció elkészítésére a kórházaknak általában nincs megfelelő személyzete. Ugyanez vonatkozik a közbeszerzés bíráló bizottsági tagjainak kijelölésére, mivel a Kbt. rendelkezésnek megfelelően a közbeszerzés tárgya szerinti szakértelem biztosítása ajánlatkérő feladata.

A közbeszerzési pályázatok lebonyolítására – azok részekre történő bontására, az egyes részekhez tartozó csomagok tartalmára értékelési szempontrendszerre vonatkozóan általános iránymutatást adni nem lehet azt csak a konkrét beszerzési igény és a projekt-terv ismeretében közbeszerzési szakértő és a kórház egyéb beszerzési igényének definiálása mellett lehet meghatározni. Ezen részekről csak pár inkább gondolatébresztőnek szánt megjegyzést kívánunk adni.

Becsült érték meghatározása: Mivel a TIOP pályázatok tervezése és megvalósítása között jelentős idő telt el, és ezen időszak nem szűkölködött a gazdasági szereplőket befolyásoló tényezőktől (többszöri ÁFA változás, jelentős árfolyam ingadozás) ezért új beszerzés indítása előtt javasolt indikatív árajánlatok alapján az eredetileg tervezett becsült érték felülvizsgálata – és az indikatív árajánlatnak megfelelő intézkedések kezdeményezése – eszközlista, specifikáció felülvizsgálata, költségvetés módosítás – TSZ módosítás.

Becsült érték megjelenítése: a közbeszerzés becsült értékének megjelenítése – az egyes részek becsült értékének megjelenítése- jó iránymutatást ad Ajánlattevők részére, elkerülhető vele a becsült értéktől jelentősen eltérő ajánlatok értékelése, ezáltal ajánlatkérő felesleges munkája.

Eszközlista, specifikációk: A tervezési és megvalósítási szakasz közötti jelentős időintervallum nemcsak a becsült értékekre volt hatással, hanem ezen időszak alatt a technikai fejlődés sem állt meg, így egyes termékek forgalomból történő kivonása, technikai avulása következett be az időmúlással. Különösen igaz ez az informatikai, telekommunikációs termékeknél, így ezen termékek körénél új közbeszerzés kiírása előtt kifejezetten javasolt, a többi termékénél pedig hosszabb idő eltelte esetén ajánlatos a specifikációk felülvizsgálata annak érdekében, hogy elkerülhető legyen a már

forgalomból kivont vagy technikailag elavult termék felhívásban való megjelenítése.

Részekre történő ajánlattétel: a beszerzendő eszközök szakmai (rendeltetési cél) szerinti megbontását célszerűségi szempontként javasoljuk figyelembe venni. A részekre történő ajánlattétel megengedésével elkerülhető, hogy a teljes beszerzés meghiúsuljon, ezáltal a projekt megvalósítását is veszélyeztetve. Amennyiben a meghirdetett részek közül egy vagy több esetben nyertes hirdethető, azon területeken a megvalósítás ütemterv szerint folytatható, míg az eredménytelen rész tekintetében új eljárásra van szükség. A megfogalmazásban elsősorban a rendeltetési cél, szakma szerinti használati helyet – pl. központi műtő, radiológiai berendezések – tekintjük döntőnek, ezáltal megteremtve annak lehetőségét, hogy a beszerzés teljes körűen és egységesen valósuljon meg a pályázatban megfogalmazott céloknak megfelelően. Ha ezen szempont szerint folytatjuk le beszerzésünket, elkerülhetőek a kompatibilitásbeli problémák és az egyes vállalkozók (szállítók) „egymásra mutogatása” is.

A részekre történő ajánlattétel megengedése ellen hat, hogy a Döntőbizottság előtti eljárás indítás díja a becsült érték %-ában van meghatározva egyes vélemények szerint az egyetlen részből álló közbeszerzés esetén ezen díj kellően magas ahhoz, hogy elkerülhető legyen a „rosszindulatú”, csak az eljárás elhúzására vonatkozó kérelmek sokasága.

Értékelési szempontrendszer: a közbeszerzési törvény és a KSZ korábbi ajánlása szerint mindenképp objektív elemeken alapuló szempontrendszer kialakítása szükséges, ezen termékek körénél az ajánlati ár mint kizárólagos értékelési szempont javasolt.

■ Telepítés-igényes, nagy értékű berendezések

Korábban részletesen ismertettük, hogy az eszközbeszerzési eljárás késedelme, meghiúsulása kihatással van a kivitelezési folyamatra, mert egyes telepítés-igényes gépek (MR, CT, radiológiai eszközök stb.) esetében a gépészeti elektromos, de néha akár az építészeti, statikai tervek sem készíthetők el végleges formájukban a beépítendő gépek típusának, telepítési terveinek hiányában. Optimális esetben – a kivitelező ilyen optimális esetre kalkulál – ezen gépek típusa, telepítési terve a kivitelezés aktuális fázisában rendelkezésre áll, azaz tervezői munkaráfordítással a telepítési tervek ismeretében, a szükséges helyeken fedvénytervek készíthetők, és a kivitelezés folytatható. Probléma akkor jelentkezik, ha a gépek típusa nem ismert, mert a közbeszerzési

eljárás még nem zárult eredménnyel, mert ekkor a beruházó vagy leállítja a beruházás érintett szakaszának kivitelezési munkáit, vagy a tervező által a kiviteli tervekben szerepeltetett (fiktív), de pontos géptípusra tervezett munkák elkészülnek, ez viszont azt a veszélyt hordozza magában, hogy a gépbeszerzést követően kell elvégezni a szükséges átalakításokat, megerősítéseket.

Mindkét megoldás a projektmegvalósítás késedelmével jár, utóbbi esetben az „eredeti” kivitelezési szerződés ugyan határidőre teljesíthető lehet, de a bontás és új építés többletforrást és időráfordítást igényel. Megjegyzendő, hogy előfordulhat olyan eset, hogy a közbeszerzésben beszerzett gép típusa pontosan egyezik a több évvel azelőtt készített kiviteli terveken megjelenő gépek típusával, ez azonban versenykorlátozó feltételekre utalhat.

Fenti probléma hatványozottan jelentkezik abban az esetben, ha a projektmegvalósító több lépcsős projektmegvalósításban gondolkodik – (a legtöbb beruházás pedig tipikusan ilyen többszöri költözést magába foglaló). Itt az első lépcsőben tervezett gépbeszerzés – vagy kivitelezési késedelem – a teljes beruházás késedelmét magával hozza, hiszen például az új műtői blokk elkészültéig és átadásáig az addig használt műtőket kell üzemeltetni. Amennyiben a régi műtők helye szerepel a projektmegvalósításban következő munkaterületnek, akkor ezen kritikus munkaszakasza csak a gépbeszerzés teljesítésével vagy a teljes projekt átszervezésével oldható fel.

A telepítés-igényes gépeknél másik tipikusan előforduló probléma, hogy a „csatlakozási pont” beszerzési igénye és költsége egyik beszerzésben (kivitelezés, eszközbeszerzés) sem szerepel – ez különösen olyan nagy értékű berendezéseknél jelent problémát, mint a radiológiai eszközök kapcsolószekrényei, ami tervezési, előkészítési hibából fakadó több milliós beruházási szinten több tízmilliós kiadás elé állíthatja a beruházót.

Szintén sokszor kérdéses a légtechnikai fertőtlenítés – amely kiemelt gyógyászati helyiségek légtechnikai rendszerein kötelező –, amely csak az adott rész beruházási fázisának végén végezhető el. Ezen munkafázis kiírása legtöbbször elmarad a kivitelezés árazatlan költségvetéséből, ugyanakkor hasonlóan az előbb említett problémákhoz, ez is milliós tétel lehet egy – egy légtechnikai rendszer esetében.

Fent nevezett problémák azért is okoznak különös gondot, mert több esetben felmerülhet a projekt-előkészítés és -tervezés hibája, amely esetben a költség az ERFA útmutató szerint a projekt terhére nem finan-

szírozható – így ezen költségeket az intézménynek saját költségvetése terhére kell megfinanszíroznia.

Fentiek elkerülése érdekében az alábbi javaslatokat fogalmaztuk meg telepítésigényes gépek esetében:

- Az orvostechnológiai tervező bevonása a gép-, műszerbeszerzés előkészítésébe – a tervezési és szállítási határok egyeztetése és meghatározása érdekében.
- A gép-, műszerszállító részére nem „egyszerű” gép-, műszerszállításra kell kiírni a közbeszerzést, hanem a tervezési, kivitelezési és gép-, műszerszállítást, valamint a szükséges engedélyezési eljárásokat is magába foglaló beszerzést kell lebonyolítani. Ebből következően a kivitelezéssel érintett (kivitelezői szerződésben foglalt) területből javasolt ezen területi egységek kivétele és a beszállító részére történő teljes körű kivitelezési munkákat is magába foglaló átadása.
- Ha a kiviteli tervező szerzői – vagyoni jellegű – jogait fenntartotta, a tervezői szerződésbe bele kell foglalni, hogy a gépek telepítési terveinek ismeretében a szükséges szakági terveket módosítja, és fedvénytervet készít. Ezen munkák tekintetében meg kell határozni a tervezői mérnöknap egységárát is.
- Amennyiben a gép-, műszerszállítás csak gép-szállítást és üzembe helyezést jelent, a kivitelezési szerződésbe tartalékkeretet kell képezni – a Kbt. rendelkezéseinek megfelelően – a telepítéssel kapcsolatban esetlegesen felmerülő többletköltségek fedezetére.

■ Kivitelezési feladatok

A TIOP beruházások megvalósítása során jellemzően ezen közbeszerzési eljárások tervezése lefolytatása, továbbá a szerződések teljesítése veszi igénybe a legtöbb időt és erőforrást.

A kivitelezési közbeszerzéseknél még inkább elmondható, hogy rendkívül fontos a gondos előkészítés. Ezen eljárások lebonyolításánál a műszaki tartalom az alábbiak szerint lehet meghatározni.

- Építési engedélyes terv alapján – kivitelező készíti a kiviteli tervet
- Tenderterv alapján
- Kiviteli terv alapján

Az 1. és 2. pontokban leírt műszaki tartalom meghatározásának előnye, hogy a közbeszerzési eljárás lényegesen korábban indítható meg – nem kell a kiviteli tervek elkészültét megvárni az eljárás megindításával. Az építési

engedély tervei alapján tett árajánlatnál jelentős bizonytalanság van a kivitelezői oldalon. Ezen bizonytalanság és az ajánlattételnél lévő árverseny együttesen a kivitelezés silány rossz minőségű anyaghasználatát eredményezi – ebben az esetben a megrendelő kórház nem tud elvárt szakmai tartalomra hivatkozni – a kivitelező pedig az engedélyes tervek szerinti minimumot fogja az általa készítendő kiviteli terveken megjeleníteni és megvalósítani, mert az már szerződészerű teljesítésnek számít.

A tenderterv egy olyan köztes megoldás, amelynél nem kell megvárni a kiviteli tervek teljes elkészültét, ezért a kivitelezésre vonatkozó közbeszerzés hamarabb elindítható, ugyanakkor el kell mondani, hogy tendertervek elkészítése plusz költséget jelent.

A lehető legoptimálisabb eset, ha a kivitelezési közbeszerzést kiviteli tervek alapján bonyolítja le a kedvezményezett, mivel ilyen esetben az elvárt anyaghasználat a szakmai tartalom konkrétan meghatározásra kerül.

Fontos megjegyezni, ha a kivitelezési közbeszerzés elhúzódik, akkor szükség lehet a tervek felülvizsgálatára. A megvalósítási fázis elhúzódása alatt több építési tárgyú jogszabály megváltozhat (erre kitűnő példa az Országos Tűzvédelmi Szabályzat többszöri megváltozása), és ez szükségessé teheti a kiviteli, de akár az engedélyes tervek módosítását is.

Fentiek miatt a közbeszerzési eljárás megindítását aktualizált kiviteli tervekkel javasoljuk – ennek hiányában a közbeszerzési eljárásban érkezhethet kezelhetetlen számú ajánlattevői kérdés, amely akár az eljárás visszavonásához is vezethet.

Bírálati szempontrendszer:

Az ajánlatkérő által meghatározott értékelési módszer és követelményrendszer alkalmas kell, hogy legyen az ajánlatok objektív – utólagosan is ellenőrizhető módon történő – összehasonlítására, azaz feleljen meg annak a követelménynek, hogy a megadott módszer alapján az ajánlattevők átlátható módon ellenőrizni tudják a megajánlásaikra adott pontszámok helyességét. Olyan részszempontok meghatározása szükséges, amelyek egyértelműek és érthetőek az ajánlattevő számára. A kivitelezési közbeszerzéseknél tipikus bírálati elemei:

- A megajánlott kivitelezési ár
- A megajánlott garancia időtartama
- A kivitelezés időtartama

Az első két bírálati szempont értékelésére nem térünk ki, értékelésük az ajánlatkérő számára evidens. A beruházásoknál fontos szempont a megvalósítás időigénye, ezt egyrészt az uniós források hatékony felhasználása, másrészt pedig a betegellátás lehető legrövidebb ideig tartó „zavarása” is megköveteli.

Ugyanakkor azt is látni kell, hogy a TIOP beruházások nem zöldmezős beruházások, hanem legtöbbjük egy a meglévő környezeti adottságokat figyelembe vevő, az épített környezethez adaptált épületbővítés, felújítás, melynek kivitelezési munkái közben a betegellátás zavartalanságát is biztosítani kell a kivitelezőnek, beruházónak. Ezen adottságokat, a kórházak megvalósulási terveinek hiányát, az el nem készített felméréseket és az el nem készíthető feltárásokra figyelemmel a beruházás sok okból szenvedhet csúszást. Amennyiben ez bekövetkezik a kivitelezési szerződés határidejét módosítani szükséges – és ha ez bírálati szempont is volt, abban az esetben a módosítás Kbt. akadályba ütközik. Fentiek miatt javasoljuk ezen bírálati szempont mellőzését.

Ugyanezen okokból, a terv és a fellelt állapot közötti eltérésből adódóan, javasoljuk a közbeszerzési eljárásban a szerződés „tartalékkerettel” történő megkötését. A közbeszerzési eljárási törvényünk lehetőséget ad arra, hogy a tétel költségvetés 5%-át meg nem haladó mértékben a szerződésben tartalékkeretet képezzünk, amelyet a beruházó műszaki ellenőre által igazolt pótmunka-tartalommal lehet feltölteni. Amennyiben a közbeszerzési eljárás lebonyolításakor ezt figyelembe vesszük, abban az esetben, hosszas szerződésmódosítási eljárás válik elkerülhetővé, pótmunkaigény felmerülésekor.

13.7. Összegzés

Az európai uniós forrásból támogatott hazai egészségügyi infrastrukturális fejlesztések esetében kritikus pontnak bizonyult a közbeszerzési eljárások kérdése. A technikai jellegű folyamat szerepe gyakran a projektek szakmai megvalósítása szempontjából erősen felértékelődött. A jövőbeni egészségügyi fejlesztések esetében fokozott figyelmet érdemelnek a közbeszerzési eljárások.

14. Szociális környezet és egészségügy: az egészségügy a szociológiai és fogyasztói magatartás megközelítés tükrében

LAMPEK KINGA, TÖRŐCSIK MÁRIA

14.1. Bevezetés

Az európai társadalmak életében az egészségügyi ellátás működése, finanszírozása, az igénybevevők hozzáérése, elégedettsége évtizedek óta kiemelt területe a gazdasági, a politikai, a társadalmi vitáknak. Különösen így van ez az idősödés folyamatának felgyorsulása óta, hiszen a hosszabb élettartam nagyobb arányú igénybevételt eredményez, jelentősebb forrásigényt követel.

A magyarországi 90-es évektől elindult rendszer-váltás óta számos kormányváltás történt, és mindegyik tervezett egészségügyi reformot. Ezek megvalósulása hozott ugyan néhány területen pozitív változást, de jóval több megoldatlan kérdést, egyre jobban mélyülő elégedetlenséget hagytak maguk után az egészségügyi ellátás területén. Ma már nem csak az alulfinanszírozott egészségügyi ellátás, a fokozódó területi egyenlőtlenségek, a betegek, az igénybe vevők elégedetlensége, a hálapénz okozta egyenlőtlen ellátási viszonyok, de az orvosok, szakorvosok és szakdolgozók elvándorlása is fenyegeti az egészségügyi ellátás működőképességét.

Az egészségüggyel kapcsolatos megoldandó kérdések tehát számos területet érintenek, és időszakonként más-más problémára fókuszálnak. Napjainkban – 2015. január – a magyar társadalomban a változások közép-pontjában és a viták kereszttüzeiben az állami és a magánellátás egymásmellettségének megítélése és különválasztásának lehetőségei állnak.

Tavaly év végén ugyanis elfogadta a parlament azt a törvénymódosítást, amely – egyebek mellett – a magán- és a közegészségügy egymástól teljes mértékig elkülönült működésén alapuló új egészségügyi rendszer alapjait fekteti le. A mára jelentősen egymásba fonódó ellátási rendszerek szétválasztásának részletszabályai

egyelőre még nem ismertek, így csak többé-kevésbé megalapozott feltételezések szólnak ellene és mellette. Az azonban jól látszik, hogy mind az állami, mind a magán egészségügyi ellátók számára új helyzetet teremtett ez a jogi környezet, és egyelőre még nem ismert, hogy a hazai egészségügyi ellátást igénybe vevők számára javulását vagy további romlást fog eredményezni.

A kötelező egészségbiztosítási ellátásokról szóló (1997. évi LXXXIII.) törvény 2015. január 1-jén hatályba lépett új rendelkezése értelmében állami finanszírozásban részesülő egészségügyi szolgáltató a kötelező egészségbiztosítás keretében az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásért biztosítottól térítési díjat nem kérhet.

A jogszabály tételesen felsorolja a fenti tilalom alól kivételt képező, a biztosított által továbbra is részleges, illetve kiegészítő térítés mellett igénybe vehető szolgáltatásokat. Részleges térítést köteles fizetni például a biztosított, amennyiben élni kíván az orvosválasztás jogával (kivéve a terhesgondozást és szülészeti ellátást), illetve a beutaló nélkül vagy a beutalási rendtől eltérően igénybe vett fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás során, kivéve a sürgős szükség körébe tartozó ellátásokat. A biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult igénybe venni bizonyos kényelmi szolgáltatásokat az egészségügyi ellátás keretében. A részleges és kiegészítő térítési díj kialakításának szabályait, illetve több esetben annak pontos összegét külön jogszabály tartalmazza, attól érvényesen eltérni nem lehet.

A törvénymódosítás indoklása szerint „a közfinanszírozott és a magán szolgáltatások egymástól elválasztása érdekében” volt szükség a korábbi szabályozás szigorítására. Tény, hogy a köz- és a magánegészségügy az elmúlt évek során nagymértékben összefonódott. Sok esetben a kórházak a kihasználatlan kapacitásai terhére

vállalkozási alapon nyújtottak térítésköteles egészségügyi szolgáltatásokat a betegeknek.

A mostani törvénymódosítás az első lépésnek tekinthető abban a folyamatban, amelynek célja a közfinanszírozott és a magán-szolgáltatások elválasztása. A bevezetett korlátozások miatt államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltató nem nyújthat – szabad kapacitása terhére sem – biztosított betegek részére térítés ellenében olyan szolgáltatást, amely egyébként a kötelező egészségbiztosítás keretében az Egészségbiztosítási Alap terhére is igénybe vehető.

Ugyanakkor biztosítottak nem minősülő személyeknek (köztük gyógyulás céljából Magyarországra utazó külföldinek) a most hatályos szabályozás alapján továbbra is nyújthat állami egészségügyi intézmény térítés ellenében egészségügyi szolgáltatást, illetve biztosítottaknak olyan egészségügyi szolgáltatást, amely OEP-finanszírozás terhére nem vehető igénybe (amilyen például a menedzserszűrés).

A magán- és a közegészségügy szétválasztása tehát megindult, a teljes elkülönülés azonban – ha annak megvalósítása egyáltalán lehetséges – még meglehetősen hosszú az út. Remélhetőleg olyan eredmény fog születni, amely minden szereplőnek megfelel, és elsősorban a betegek érdekeit szolgálja. Forrás: <http://www.napigazdasag.hu/cikk/33756>.

Ebből a rövid cikkből is érzékelhető, hogy a változás a jelzett területen valójában még el sem indult, de a szerzők számos megfontolandó szempontra hívják fel a figyelmet. Mi ennél is hátrébb lépünk: esettanulmányunkban arra teszünk kísérletet, hogy megvizsgáljuk, milyen társadalmi környezetben és feltételek között született meg ez a törvénymódosítás, milyen jelenlévő és formálódó trendek alakíthatják a lakosság igényeit az újonnan formálódó egészségügyi ellátási struktúra kínálta szolgáltatásokra, illetve melyek azok az emberek gondolkodásmódját befolyásoló tényezők, melyek az új rendszerhez való igazodást támogathatják vagy akadályozhatják.

Tanulmányunkban a következő területeket érintjük nemzetközi összehasonlító valamint hazai szociológiai és marketing kutatások eredményeinek bemutatásával:

- a magyar lakosság egészségi állapotának főbb jellemzői;
- az egészségügyi ellátás igénybevétele és a kapott szolgáltatással kapcsolatos elégedettség mértéke;
- az egészségre, az egészségi állapotot befolyásoló tényezőkre ható trendek.

A tanulmányban nem vállalkozunk arra, hogy az egészségügy előtt álló átalakulásról véleményt alkossunk,

főleg nem, hogy vizionáljuk jövőbeli megvalósulását, előnyeit és hátrányait. Ezt részben az időre, még inkább más tudományterületek szakembereire hagyjuk.

14.2. A magyar lakosság egészségi állapotának főbb jellemzői

Ma már bizonyítékokon alapuló evidenciaként tartjuk számon, hogy egy társadalom népességének egészségi állapota szoros összefüggést mutat a társadalom szocioökonomiai környezetének fejlettségével. Éppen ezért tanulmányunk elején érdemes röviden áttekintenünk, milyen képet fest a magyar társadalom struktúrája, mely társadalmi csoportok azonosíthatók az egyenlőtlenségi viszonyok alapján.

14.2.1. A magyar társadalmi struktúra – 2014

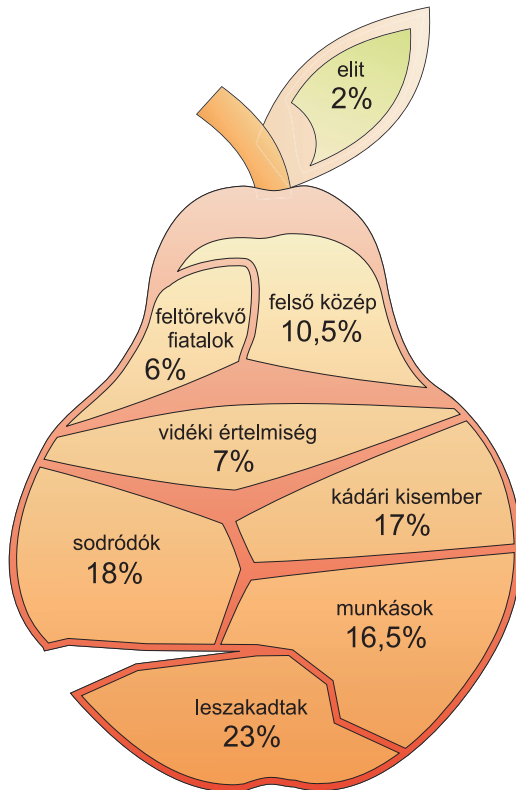
A GfK Piackutató Intézet és a Magyar Tudományos Akadémia Társadalomtudományi Kutatóközpont együttműködésében 2014. február és április között zajlott hazánkban a legutóbbi és egyik legnagyobb magyar társadalmi struktúravizsgálat, az Osztálylétszám 2014. A kutatás 13 560 fős online megkérdezés és 1000 fős reprezentatív online lekérdezés eredményeit összesíti.

A vizsgálatban a társadalmi csoportokat és főbb jellemzőiket azok gazdasági, kulturális és kapcsolati tőkéje szerint alakították ki a bourdieu-i tőkeelmélet alapján (Bourdieu 1978). Gazdasági tőke alatt a jövedelmet – így rendszeres havi fizetést –, illetve az ingatlant és megtakarításokat magában foglaló összetevőket vizsgálták. A kulturális tőke jelenti egyfelől a magas kultúra fogyasztását (színház, múzeum, komolyzene, könyvek), másfelől pedig az újkultúra fogyasztását (pl. internetezés, közösségi oldalak látogatása, szabadidős sportokba bekapcsolódás stb.). A kapcsolati tőke egyik formáját mennyiségi jellemzőként határozták meg (ismerősök száma), a másikat pedig inkább ezen ismerősök társadalmi helyzete alapján (például ismer-e bankárt, politikust stb., és kérhet-e tőle segítséget).

A kutatás egyértelműen igazolta, hogy 25 évvel a rendszerváltás után sem jött létre a magyar társadalomban a polgári társadalmakra jellemző erős középosztály. A társadalom rétegei egyfajta körte formában épülnek egymásra, amely a legszélesebb alsóbb osztályoktól felfelé haladva egyre keskenyedik. Az osztályok közötti átjárást korlátozottan találták, mivel lejjebb kerülni viszonylag könnyű, de felsőbb osztályba lépni meglehe-

tősen nehéz. A kutatás felhívta a figyelmet az ország területi egyenlőtlenségeire is, hiszen óriási a szakadék a fővárosi-nagyvárosi és a kisvárosi-falusi lakóhely között élők közt.

• elit	2%
• felső közép	10,5%
• feltörekvő fiatalok	6%
• vidéki értelmiség	7%
• kádári kisember	17%
• sodródók	18%
• munkások	16,5%
• leszakadtak	23%



14.1. ábra. A „magyar körte” – a magyar társadalom osztályszerkezete. Forrás: Osztálylétszám2014, GfK – MTA TK

Elit (2%): Gazdagok és a magas kultúra különböző szegmenseinek fogyasztói, ugyanakkor kapcsolati szempontból zárt csoport. Nagyon magas körökben a felsőfokú végzettségűek és a budapestiek aránya, státuszuk gyakorlatilag „örökletes”, hiszen már szüleik is hasonló társadalmi körülmények között éltek.

Felső közép (10,5%): Fővárosi és nagyvárosi lakóhelyen élnek, mind a gazdasági, kulturális és kapcsolati tőke terén jó eredményeket mutatnak. Magasan képzettek, sok embert ismernek, és kapcsolataikat jól is használják. Rendszeresen járnak színházba, sok szabadidővel rendelkeznek, sportolnak, aktív közösségi életet élnek.

Feltörekvő fiatalok (6%): Ők azok a fiatalok, akik jelenleg főleg még szüleik pénztárcáját használják a mindennapokban, de tudásuk, saját és szüleik kapcsolatai révén bennük van a jövő ígérete – bármi lehet belőlük. Az összes társadalmi csoport közül ők az újtőke maximális felhasználói: a tudásmenedzsment, az információkezelés vagy a személyes kapcsolatok működtetésének gurui. A csoport egy részét a fiatalos attitűddel rendelkező középkorúak alkotják.

Vidéki értelmiség (7%): A vidéki értelmiség mindenre rendelkezik, amivel a felsőbb társadalmi osztályok, de mindenből kevesebb van neki. Ők a kisvárosi tanárok, orvosok, helyi közéleti szereplők, akik mindenkit ismernek. Átlagos, de biztonságos jövedelemmel rendelkeznek, járnak nyaralni, magas a kultúra iránti igényük, többnyire állami alkalmazottak vagy vállalkozók.

Kádári kisember (17%): A kádári kisember „éldegél”. A mindennapokban nehezen, de kijön a jövedelméből, nyaralni nem jár, alig beszél idegen nyelvet, inkább állami munkahelyen dolgozik, ahol irodai foglalkozást űz. Főleg kisebb településen él.

Sodródók (18%): A feltörekvő fiatalok mellett a másik fiatalos réteget a sodródók adják, akiknek szülei nem az elitbe, hanem a középosztályba tartoznak. Képzetlenebbek, nincs elég kapcsolatuk (sem személyes, sem szervezeti), nem járnak színházba, nem olvasnak könyveket, viszont nagyon otthon vannak az újkultúrában. A mindennapoknak élnek, ugyanakkor újkultúra-tudásuk (internet) akár feljebb is viheti őket a társadalomban. A réteg fiataljainak egy jelentős része a „mamahotel” viszonylagos biztonságában él.

Munkások (16,5%): A réteg tagjai döntően szakmunkás végzettségűek, viszonylag sok embert ismernek, de kötődéseik alacsony presztízsűek. Kis vagyonnal, jövedelemmel rendelkeznek, és egyáltalán nem fogyasztanak kultúrát, barátokkal ritkán járnak össze, leginkább otthonukban szórakoznak, „tévéznek”. A munkásokat a leszakadtaktól egyetlen tényező különbözteti meg: az ide tartozóknak van munkája, azonban amint elveszítik az állásukat – tartalékok híján – azonnal a leszakadtak osztályába kerülnek át.

Leszakadtak (23%): A magyar társadalom számosságában legnagyobb rétege a leszakadtak köre. Nem csupán anyagi, jövedelmi, vagyoni helyzetük rendkívül kedvezőtlen, de kapcsolatszegények, kultúrafogyasztásuk

pedig elhanyagolható. Jelentős körökben a szakképzetlenek aránya: ha dolgoznak, fizikai vagy mezőgazdasági munkát végeznek, de leginkább munkanélküliek, közfoglalkoztatottak, segélyezettek, és magas körökben a rokkantak, illetve az öregségi nyugdíjasok aránya. Megállapítható, hogy szüleik is hasonló jellemzőkkel bírnak: azaz a legelső réteg is újratermeli önmagát. A társadalom alsóbb csoportjai kisvárosi, falusi lakóhelyeken koncentrálódnak, főként körökben jelennek meg az önmagukat romaként meghatározó válaszadók.

http://www.gfk.com/hu/documents/20140612_gfk_mta%20tk_oszt%C3%A1lyl%C3%A9tsz%C3%A1m%202014.pdf

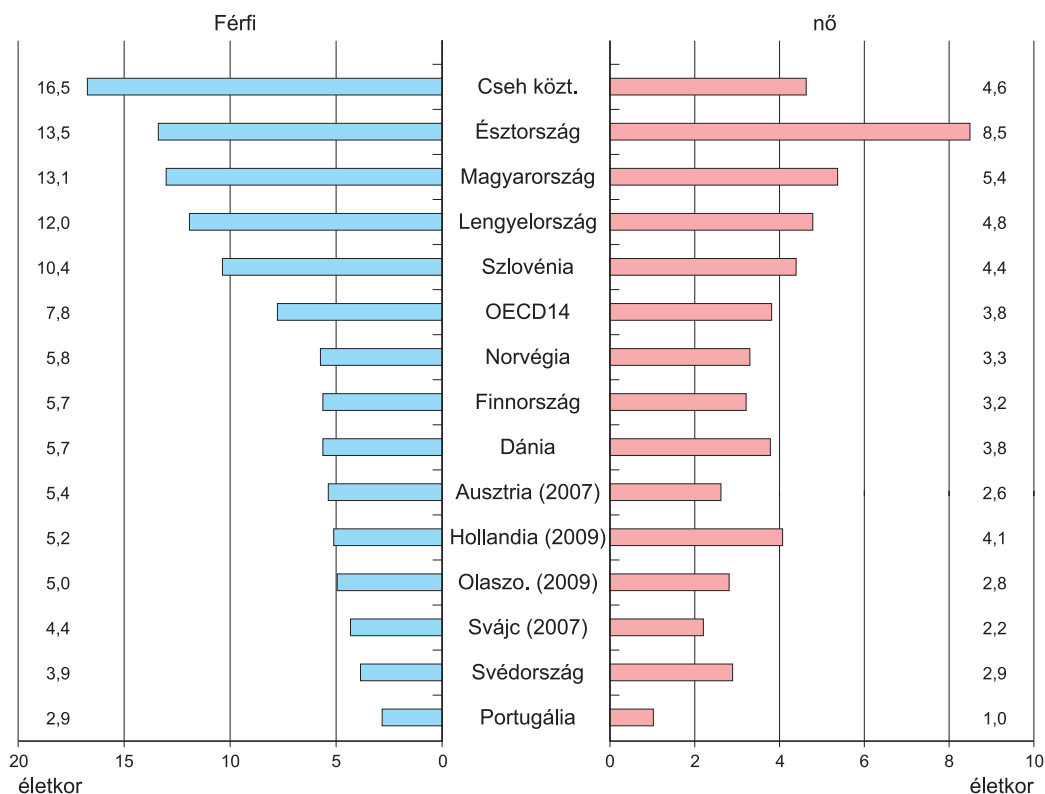
Az Osztálylétszám 2014 kutatás eredményei alapján igazolódott, hogy az egyenlőtlenségi rendszer napjainkban is tagolt társadalmi struktúrát hoz létre. Ennek a tagoltságnak fő meghatározói az iskolai végzettség, a vagyoni és jövedelmi helyzet, a munkaerőpiaci státusz, a társas kapcsolatok.

Ha a kutatás eredményeit kiegészítjük azokkal a tényekkel, hogy a jövedelmi különbségek az alsó tized és a felső tized között 9-szeresek, a szegénység és társadalmi kirekesztődés kockázatával érintettek aránya 30% felet-

ti, ezen belül a súlyos anyagi nélkülözésben élők aránya 25%, akkor nem lehet meglepő az sem, hogy a magyar társadalomra jellemző egészségi állapot mutatók, bár javultak az elmúlt két évtizedben, de még mindig jelentős lemaradásban vannak az európai országok átlagától, sőt, több volt szocialista ország adataitól is (Tóth 2013).

14.2.2. Várható átlagos élettartam és az egészségben eltöltött életek száma

A Magyarország lakosságának egészségi állapotát jellemző, várható átlagos élettartam az elmúlt évtizedekben ugyan javult mind a nők, mind a férfiak körében, mégis, nemzetközi összehasonlításban lemaradást mutatnak ezek az adatok. Az egészségi állapotot jól tükrözi a születéskor várható átlagos élettartam mérőszáma, vagyis az az életkor, amelyet átlagosan megélhet egy ma született nő vagy férfi. Az Európai Unió országaiban a nők 81–82 év, a férfiak 75 év körüli átlagos élettartamra számíthatnak. A várható élettartam a nők esetében Franciaországban a leghosszabb (85 év), a férfiak esetében pedig Svédországban (79,4 év). A másik véglet a legrövidebb várható élettartamú országok, a nőknél



14.2. ábra. A 30 éves korban várható élettartama különbsége a legmagasabb és legalacsonyabb iskolai végzettségű csoportok közt, nemek szerint az OECD országokban, 2010. Forrás: Health at a Glance 2013

Bulgária és Románia (77,3 év) a férfiaknál Litvánia (67,3 év). Magyarországon ez az élettartam 2013-ban a nők körében átlagosan 79 év volt, a férfiaknál 72 év, vagyis egy magyar állampolgár átlagosan 6-7 évvel él kevesebbet nyugat-európai társainál.

Az adatok igazolják, hogy az Unió tagállamai között jelentős különbségek állnak fenn: a születéskor várható legmagasabb és legalacsonyabb várható élettartam közötti eltérés a nők esetében közel 8 év, férfiak esetében 12 év, melynek szoros kapcsolata van a gazdasági és társadalmi fejlettség szintjével. Az OECD országok adatai alapján a 30 éves férfiak és nők várható élettartama jelentősen különbözik az iskolai végzettség foka szerint, melyet a 2. ábrán mutatunk be:

Az ábrán jól látszik, hogy az OECD országokban a felsőfokú végzettségű férfiak közel 8 évvel élnek tovább, mint az alapfokú iskolai végzettséggel rendelkező férfi társaik, a nőknél ez a különbség közel 4 év. Magyarországon azonban – hasonlóan más, volt szocialista országokhoz – az iskolázottság okozta különbség még nyilvánvalóbb: a férfiaknál 13 év, a nőknél 5,5 év.

A hazai viszonyokat tovább elemezve azt tapasztaljuk, hogy a nők várható átlagos élettartama folyamatosan emelkedett az elmúlt évtizedekben, a férfiak esetében a jellemző trend a lassú javulás. Emellett azonban a férfiak szignifikánsan magasabb mortalitása tapasztalható 45–60 éves kor között, de általánosan is megfogalmazható, hogy a férfiak halálozási arányai minden korcsoportban meghaladják a nőket (Ádány 2008).

Az életévek megnövekedése a lakosság körében pozitív társadalmi jelenségként értelmezhető, ugyanakkor fontos kérdéssé vált az is, hogy a megélt élettartamból várhatóan hány évet fogunk krónikus (tartósan fennálló) betegségtől mentesen eltölteni. Ezt nevezik az egészségben eltöltött életéveknek. Az Európai Unióban a születéskor várható, egészségben eltöltött életévek, azaz az aktivitás korlátozása nélkül leélt évek száma 2008 és 2011 között nők esetében 62,2, férfiak esetében 61 év volt. A nemek közötti eltérés itt sokkal kisebb, mint a várható élettartam esetében, ami azt mutatja, hogy a nők életének nagyobb hányada telik aktivitásuk valamiféle korlátozása mellett. A születéskor várható, egészségben eltöltött életévek száma Svédországban a legmagasabb, a férfiaknál és a nőknél is közel 71 év, és a Szlovák Köztársaságban a legkevesebb, mind a nők mind a férfiak esetében 53 év. Magyarországon az egészségben eltöltött életévek száma az európai átlagértékeknél 2-3 évvel rövidebb, a férfiaknál 59,2 év, a nőknél 60,5 év. (Health at a Glance Europe 2013).

14.2.3. A halálozási viszonyok jellemzői

A halálozások száma 1993 óta – amikor 150 ezret meghaladó haláleset történt – többször is ingadozó volt, de alapvetően ereszkedő trendet követett. A 2011. év jelentette az első fordulatot, mivel a halálozások száma ekkor 130 ezer alá esett, majd 2013-ban újabb csökkenés következett be, 126 800 fő halt meg.

2012-ben a legfőbb halálokok között a keringési rendszeri (50,6%), a daganatos megbetegedések (25,7%) és az emésztőrendszer megbetegedései szerepeltek (7%), ugyanakkor öngyilkosság okozta az összes haláleset két százalékát (2 742 fő). A meghaltak 52%-a férfi volt, átlagéletkoruk 67 év, a nőké 75 év.

Magyarország mind az összes, mind a keringési rendszer betegségei okozta százezer lakosra jutó halálozást vizsgálva az uniós rangsor utolsó negyedének elején áll, a rosszindulatú daganatok közül a tüdőrák esetében azonban a magyar adatok a legrosszabbak közé tartoznak az uniós országok között.

A korcsoportonkénti halálozás elemzéséből kiderül, hogy 2013-ban a férfi elhunytak több mint ötöde vesztette életét 40–59 éves kora között, míg a nőknél minden tizedik tatózott ehhez a csoporthoz. A nemzetközi összehasonlítás jelzi, hogy hazánkban a 40–59 kor közöttiek halandósági viszonyai továbbra is kritikusak. A 40 éves magyar férfiak várható élettartama (32,6 év) Közép-Kelet-Európában a legalacsonyabbak közé tartozik.

A magyar felnőtt lakosság korai halálozásának (25–60 év közötti halálozás) struktúráját a nők esetében a rosszindulatú daganatos betegségek erős dominanciája (42,2%) jellemzi, míg férfiak esetében a keringési rendszer betegségei (31,9%) és a rosszindulatú daganatok (31,0%) közel azonos mértékben szerepelnek halálokként. E két fő halálóki kategória mellett igen jelentős az emésztőrendszeri betegségek (férfiak esetében 13,8%, nők esetében 11,9%) és a külső okok (férfiak esetében 12,6%, nők esetében 7,0%) súlya.

A férfiak daganatos betegségek okozta haláleseteinek mintegy fele három daganattípus (a légcső-, a hörgő-, a tüdő rosszindulatú daganata; a vastagbél- és végbéldaganatok; valamint az ajak-, a szájüreg- és a garat rosszindulatú daganatai) miatt következik be.

Az ajak-, szájüreg- és a garat rosszindulatú daganatai okozta halálozás az 1980-as évek elején megindult meredek emelkedése az ezredfordulót követően is folytatódott, 2004-ben megindult a csökkenés, de okai egyelőre még nehezen azonosíthatóak (Ádány 2008).

A férfiak halálozási mutatóinak kedvezőbbé válása ellenére valamennyi korcsoportban még mindig szá-

mottevé a férfi halandósági többlet, de annak mértéke szűkült. A legjelentősebb különbség a 15 és 69 év közötti életkorúaknál van, ahol a férfi mortalitás valamennyi korcsoportban megközelíti vagy meghaladja a női halandósági kétszeresét (14.3. ábra)

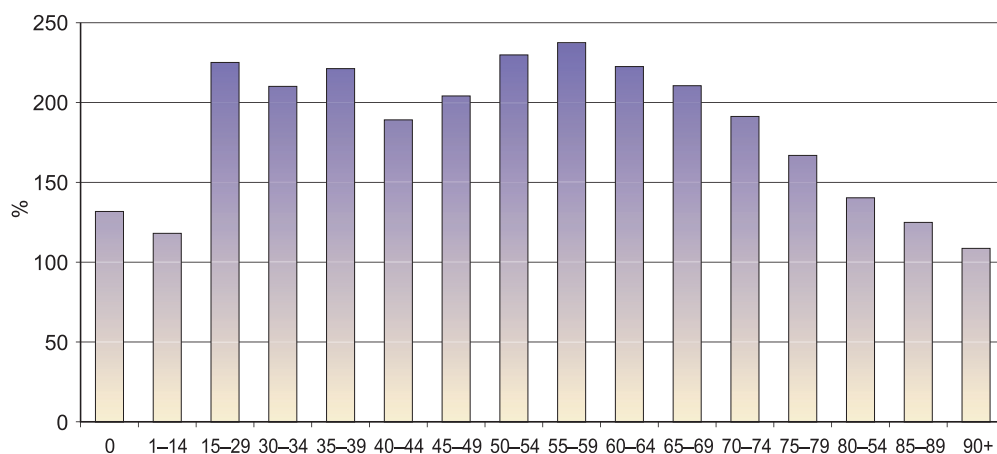
Nyilvánvaló tehát, hogy a halandósági viszonyok kedvezőtlen helyzete a férfiak korai halálzásának magas aránya miatt áll fenn elsődlegesen. A szakemberek a halandósági viszonyok javításának legnagyobb tartalékait hangsúlyozottan a középkorú népességben vélik megtalálni. Bár a halálozás szoros kapcsolatot mutat az életmóddal, az életkörülményekkel, az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége, szolgáltatásainak színvonala sokat javíthat a kedvezőtlen helyzeten.

Tahin és munkatársai (2000) felnőtt népesség körében végzett egészségpszichológiai vizsgálatai már 15 éves követés után is igazolták a mortalitásban tapasztalható nemi és iskolai végzettségbeli különbségeket, de

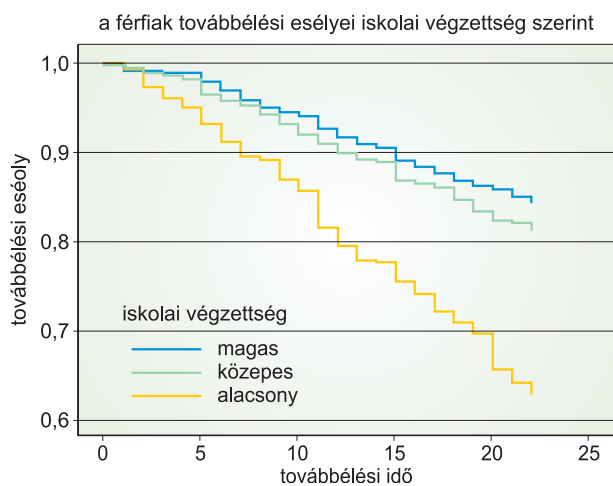
22 éves követés után az eredmények még számottevőbbé tették a halálozási egyenlőtlenségeket. Eredményeik alapján a maximum 8 osztályt végzetek túlélési esélyei 22 év után a férfiaknál 63%, a nőknél 76%, míg a magas iskolai végzettségű férfiaknál 86%, a nőknél 95% volt (14.4., 14.5. ábra).

14.2.4. A megbetegedési viszonyok jellemzői

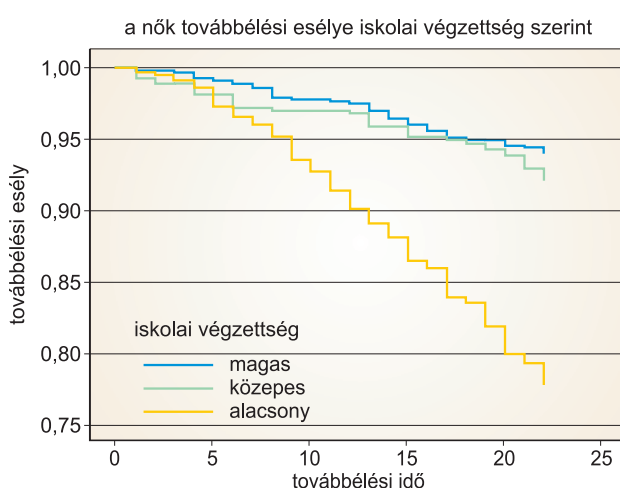
A megbetegedési adatok alapvetően az egészségügyi ellátás adatszolgáltatásaiból érhetőek el. Ezek között a háziorvosi praxisokban képződő morbiditási adatbázisok azok, amelyek a folyamatos adatgyűjtés szempontjából igen fontosak, gazdag és több szempontból is kontrollálható forrásoknak tekinthetők, és a világ számos országában alkalmazzák.



14.3. ábra. Férfi halandósági többlet korcsoportok szerint, 2013 (női halandóság 100%). Forrás: saját szerkesztés



14.4. ábra. 22 éves követés után a férfiak túlélési esélye iskolai végzettség szerint. Forrás: saját szerkesztés



14.5. ábra. 22 éves követés után a nők túlélési esélye iskolai végzettség szerint. Forrás: saját szerkesztés

A morbiditási helyzet másik gyakori vizsgálati módszere a lakosság körében végzett egészségfelmérések adatainak elemzése. Jelenleg (2015. január) a legismertebb ilyen jellegű kutatás az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF), mely 2009-ben zajlott az Európa Unió országainak részvételével. Tanulmányunkban mi is elsődlegesen ezekből az adatbázisokból vett adatok alapján mutatjuk be a magyarországi morbiditási helyzetet. A nemzetközi összehasonlítási lehetőséget a Health at a Glance 2013. évi összefoglalója biztosítja.

14.2.4.1. SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK

A fentiekben bemutatásra került, hogy a halálokok között a szív- és érrendszeri betegségek vezetnek a teljes népességben, és azonos a halálozási arány a daganatos betegségekkel a fiatal és középkorosztályban.

A népességben belül a szív- és érrendszeri betegségek előfordulási gyakorisága a háziorvosi adatok alapján 13,8%, de lényeges azt is hangsúlyoznunk, hogy a rokkantsági esetek közel 30%-a a szív- és érrendszeri betegségek miatt történik. A betegség súlyosságát jelzi, hogy a 25 és 34 év közötti férfi lakosság körében a koszorúér-betegség előfordulása kb. 1/10 000, az 55 és 64 év közötti korcsoportban ugyanez az arány 1%. 35 és 44 év között a férfiak koszorúér betegség miatti halálózása hatszor akkora, mint az azonos korú nőké. A szívinfarktust átélt férfiak aránya a 35–64 éves korosztályban 5,5%, a nők körében ez az arány 3,9%.

Az ELEF kutatás adatai alapján a szív- és érrendszeri betegségek közül szívritmuszavarról (a leggyakrabban megjelölt szívbetegség), egyéb szívbetegségről és szív-rohamról összesen a férfiak 25, a nők 35%-a számolt be. A szívbetegsükről is a nők nyilatkoztak nagyobb arányban, kivéve a szívinfarktust. Az európai lakossági egészségfelmérés szerint 2009-ben a 15 éven felüli magyar népesség 30%-a szív- és érrendszeri betegségben szenvedett. A háziorvosi ellátásból származó adatok ennél jelentősen alacsonyabbak, így valószínű, hogy jelentős mértékű rejtett morbiditással kell számolni. Ugyanakkor a gyógyszeresedés okaként a szívbetegséget megnevezők aránya a lakosságon belül 16%, amely adat már megegyezik az orvosi kezelés alatt álló krónikus szívbeteg arányával.

Bár a szív- és érrendszeri betegségek jelentős arányban fordulnak elő, de egyértelműen állítható, hogy a szív és érrendszeri betegségek megelőzhetőek. Előfordulásuk gyakoriságát a vérnyomás, az elhízás, a koleszterinszint, valamint a dohányzás mérsékelt és együttes csökkentésével – a WHO becslései szerint – kevesebb, mint felére lehetne csökkenteni.

Az olyan életveszélyes problémák, mint pl. a szívinfarktus, a stroke és a daganatos betegségek kezelésében tapasztalható javulás magasabb túlélési rátákhoz vezetett a legtöbb OECD-országban. A szívinfarktus miatti kórházi felvételek halálozási rátái átlagosan 30 százalékkal csökkentek 2001 és 2011 között, a stroke esetében pedig 25 százalékkal. Az egyes országok között viszont továbbra is nagyok az eltérések. Az európai országok közül az akut miokardiális infarktus 30 napon belüli halálozási rátája terén Magyarország teljesíti a legrosszabbul. Az átlag 10,8 százalék, Norvégiában a legalacsonyabb, 8,2 százalék, Magyarországon a legmagasabb, 18,8 százalék (Health at a Glance 2013).

14.2.4.2. AGYI ÉRBETEGSÉGEK

Az egészségügyi ellátás adatai alapján a 20 évnél idősebb lakosság körében az agyi érbetegségek előfordulási aránya 6,5%. A 35 év alattiak körében gyakorlatilag nem fordul elő a betegség, a 35–64 évesek között 3,2% az érintettek aránya, az idősebbeknél viszont közel 13%. Az ELEF felmérés szerint a lakosság 2,8%-a már átélt agyi érkatasztrófát (a férfiak 0,3 százalékponttal nagyobb arányban, mint a nők). A betegség nem tipikusan a középkorosztályt érinti, hanem a 65–74 éves korcsoportban fordult elő a leggyakrabban, 8–10% az aránya. 35 és 44 év között az ilyen típusú betegségről a férfiak és nők kevesebb, mint 1%-a számolt be, 44 és 64 éves kor között pedig mindkét nemben 3–4% az előfordulási arány.

14.2.4.3. DAGANATOS BETEGSÉGEK

Ahogy a korábbiakban is láttuk, a halálokok között a szív- és érrendszeri betegségek vezetnek, de Magyarországon messze az európai átlag felett halnak meg rosszindulatú daganatos betegségekben az emberek. Hazánkban 2013-ban több mint 32 ezer ember halt meg rákos megbetegedés következtében, de hangsúlyoznunk kell, hogy a 40–59 éves férfiak körében 2000–2013 között csökkent a daganatos halálozások száma.

A daganatos megbetegedések prevalenciája a háziorvosoknál nyilvántartott adatok szerint a felnőtt lakosság körében 3,5%, a férfiaknál 2,7%, a nőknél 3,8%.

Az ELEF vizsgálat adatai szerint 15 éves és idősebb férfi lakosság 2,6, a nők 4,5%-a számolt be arról, hogy a felmérés ideje alatt vagy azt megelőzően is szenvedett rosszindulatú daganatos betegségben. Az adatok igazolják, hogy a nők körében több daganatos betegség fordul elő, ahogy az egészségügyi adatok is jelzik (14.6. ábra). A nagyobb gyakoriság genetikai, biológiai, körélettani okai tudományosan még nem igazolódtak, de

a magyarázatok közt az is szerepelhet, hogy a nők korábban észreveszik tüneteiket, és reagálnak a panaszaira, így korábban kerülnek az orvosi ellátásba, melynek köszönhetően a továbbélés és/vagy túlélés esélye is nagyobb, mint a férfiaknál. Ha igaz ez a feltételezés, akkor újra azt kell rögzítenünk, hogy a férfiak szűrőprogramokon való részvételét erősíteni kell, melyben az egészségügyi rendszer aktivitását is fokozni érdemes.

Tüdőrák

Már számos közleményben olvasható, de nem lehet eleget hangsúlyozni, hogy 2003 óta – csakúgy, mint világszerte – hazánkban is a tüdőrák vezeti a rákhalálzási statisztikát mindkét nem esetében. Magyarországon a nőknél korábban a mellrák állt az első helyen, ám 2003 óta a tüdőrák vezeti rangsora.

Ennek oka egyrészt a dohányzás – a tüdőrákos betegek 90%-a valaha dohányzott –, másrészt a környezet-szennyezés, de természetesen a fokozott stressz is közrejátszik a betegség kialakulásában. A statisztikai adatok szerint 1945 óta a tüdőrákos megbetegedések száma tízszeresére nőtt hazánkban.

A Nemzeti Rákregiszter 2011 évi adatai alapján az újonnan felfedezett és bejelentett rosszindulatú tüdődaganatos betegek száma a férfiak körében 6734 fő, a nők körében 4175 fő. Ez a teljes népesség esetében 109 esetet jelent 100 000 főre vetítve, míg a 30–65 éves korosztályban ez az esetszám 134. Az adat világosan jelzi, hogy ez a súlyos betegség a középkorostályt érinti legnagyobb eséllyel, melynek hátterében gyakran a rendszeres dohányzás áll. A nemek között további látványos különbségeket kapunk, mivel a 35–65 éves férfiak eseté-

ben a mutatószám 175, a nők esetében 97. Mindkét érték jelentősen – 22–23%-kal – magasabb az adott nem egészére jellemző adatoknál (14.7. ábra).

Vastag- és végbéldaganat

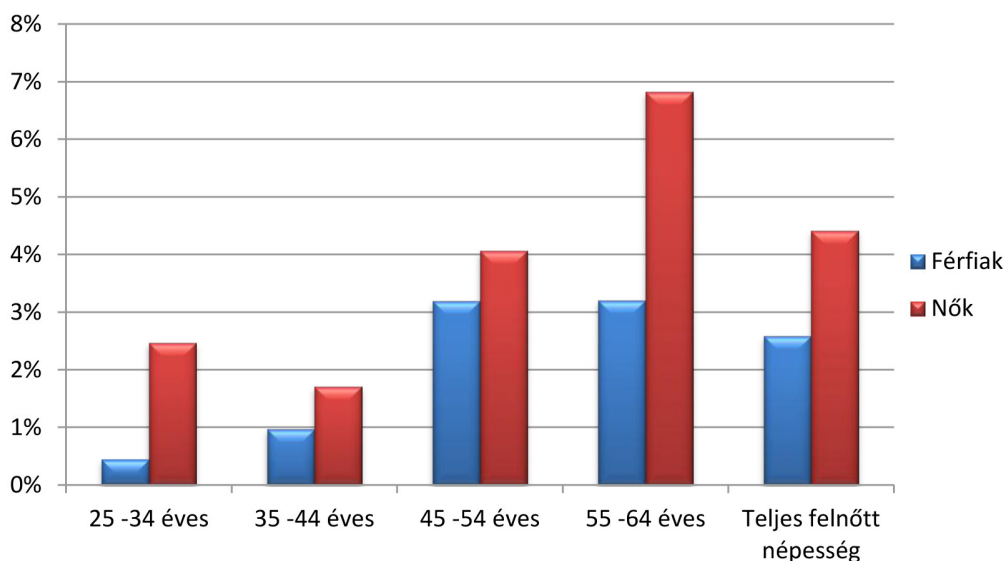
A vastagbélrák a teljes – mindkét nemet érintő – rákhalálzásban a második helyet foglalja el az utóbbi évtizedben. Körülbelül 4900 fő halálát okozza évente: nemenkénti bontásban ez körülbelül 2600 férfit és 2300 nőt jelent. A magas halálzási arány egyrészt annak köszönhető, hogy a vastagbélrák sokáig nem okoz semmilyen panaszt, így gyakran csak akkor derül rá fény, amikor már csekély a gyógyulás esélye.

A vastag- és végbél rosszindulatú daganatos megbetegedés a Nemzeti Rákregiszter 2011 évi adatai alapján is relatíve gyakran előforduló, újonnan felfedezett betegség. Az említett évben több mint 10 000 új esetet fedeztek fel és regisztráltak, nagyobb arányban a férfiaknál (115/100 000 fő), ennél kisebb arányban a nőknél (88/100 000 fő). A 35–65 éves korosztályban a tüdőrákkal ellentétben kisebb volt a kockázat, mert körükben az előfordulási arány 10–15%-kal alacsonyabb (14.7. ábra).

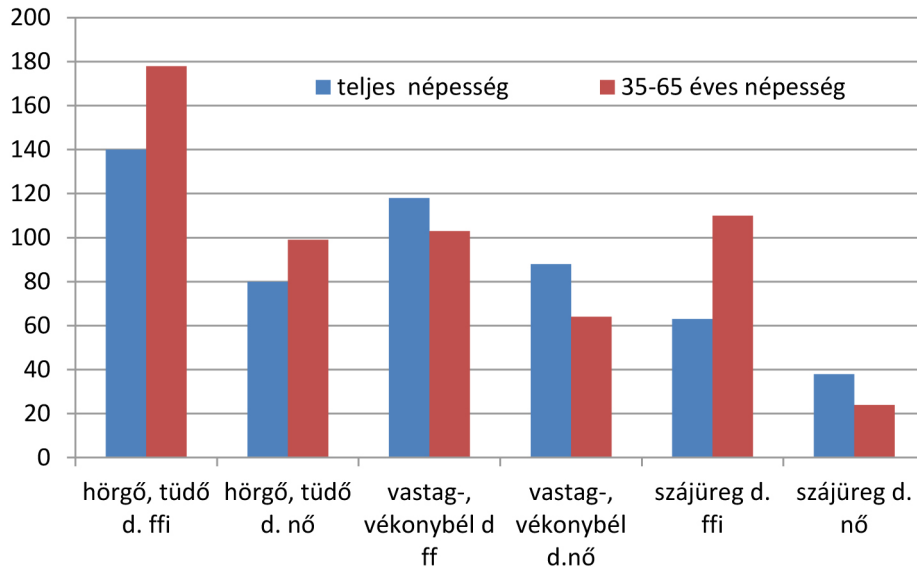
Szájüregi daganatok

Ahogy azt a fentiekben is láttuk, a Nemzeti Rákregiszter a betegségek incidenciáját, a Központi Statisztikai Hivatal pedig a mortalitás adatait rögzíti. A két adatbázis szerint a 2000-es évek végén 1200–1300 szájüregi daganatos férfi és 300 körüli nő halálát regisztráltak.

2011-ben 4050 volt az újonnan diagnosztizált szájüregi daganatos beteg, 75%-uk férfi volt. A betegség előfordulása a 35–65 éves korosztályban a férfiak köré-



14.6. ábra. A rosszindulatú daganatos betegségek előfordulása a 25–64 éves korosztályban az ELEF 2009 vizsgálatban. *Forrás:* saját szerkesztés



14.7. ábra. Különböző rosszindulatú daganatos megbetegedések felfedezett és bejelentett eseteinek aránya a 2011-ben. *Forrás:* saját szerkesztés a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján

ben különösen magas, a nőknél ez a túlzott veszélyeztettség nem jelentkezik (14.7. ábra).

Ha figyelembe vesszük, hogy Magyarországon a férfiak 40%-a, a nők 22%-a dohányzik rendszeresen, és magas a nagymértékű alkoholfogyasztás aránya is, akkor könnyű belátni, hogy ezen szokásokon való változtatás népegészségügyi jelentőségű lehet.

A 7. ábra összegezve mutatja be az előzőekben bemutatott daganatos megbetegedések előfordulási gyakoriságát a teljes és a 35-65 éves korosztályban.

14.2.5. Vélt egészségi állapot jellemzői

Magyarországon, ahogy a modern társadalmak mind-egyikében, időről-időre végeznek olyan egészségügyi felméréseket, melyek fő célkitűzése képet alkotni a lakosság egészségi állapotáról úgy, ahogy azt ők maguk megélik.

Vitathatatlan ugyanis, hogy az egészségügyi statisztika által szolgáltatott mortalitási és morbiditási adatok, információk szükségesek a magyar népesség egészségi állapotának jellemzéséhez, de mégsem elegendők. Hiszen – többek közt – nem tudnak beszámolni arról, hogy az emberek számára az egészségben maradás, illetve az egészségi állapot romlása milyen biológiai, pszichés és szociális folyamatok közt zajlik, a betegek hogyan élnek meg betegségüket, ezek mennyiben jelentenek tevékenység-korlátozottságot a mindennapi életükben. Az egészségi állapot laikus beszámolóokra épített szubjektív önértékelő vizsgálataik ezekre a kérdésekre kívánnak vá-

laszt adni. A teljesség igénye nélkül, csak az utóbbi évek legjelentősebb kutatásait idézzük, amelyek a felnőtt magyar lakosság egészségi állapotáról a jelzett módszerrel szolgáltatott információkat:

- a Soros Alapítvány által támogatott és a TÁRKI által végrehajtott „Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról” című egészségi állapotfelmérés 1997-ben (N = 4038);
- a Központi Statisztikai Hivatal 1999–2000-ben végzett Életmód-időmérleg felvétele (N = 11 000);
- az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000-ben és 2003-ban az Országos Egészségfejlesztési Intézet szervezésében (N = 7000);
- a HungaroStudy 2002, 2006, 2008 lakossági egészségfelmérés a SOTE Magatartástudományi Intézet szervezésében (N = 4000–12 000).
- Európai Lakossági Egészségfelmérés a Központi Statisztikai Hivatal lebonyolításában (N = 5050).

A vizsgálatok mindegyike széleskörűen mutatta be a felnőtt lakosság egészségi állapotát az önértékelésen, a testi és lelki betegségi állapoton, a betegségek miatti tevékenységkorlátozottságon, a gyógyszereszedési szokásokon keresztül. Részletes vizsgálat alá vetették az emberek egészség- és betegség-magatartását, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét és az ezzel való elégedettségi szintet is kapcsolatot keresve a fennálló szociodemográfiai tényezőkkel. A kutatások közül – ahogy azt a bevezetőben is jeleztük – az ELEF 2009 fontosabb megállapításait foglaljuk össze a lakosság szubjektív, vélt egészségi állapotával kapcsolatban.

Előjáróban hangsúlyoznunk kell, hogy a vélt egészség önértékelésen alapul, nem minden esetben függ össze szorosan az orvosi diagnózissal, megítélését sok tényező – az egészségügyi ismeretek megléte/hiánya, a társadalmi, gazdasági, kulturális helyzet (például lakóhely, iskolai végzettség, jövedelem) – befolyásolja. Ennek ellenére gyakran használják kutatásokban, mert ez írja leginkább, hogy az emberek hogyan élik meg betegségeik jelenlétét.

A 15 éves és idősebb lakosság többsége jónak vagy legalább kielégítőnek tartja egészségi állapotát, rossznak vagy nagyon rossz egészségűnek mindössze 15% vallotta magát. A fiatalabb válaszadók természetesen jobbnak, az idősebbek már kevésbé jónak ítélték egészségüket.

A lakosság vélt egészségi állapotának egyik fontos mutatója, hogy mekkora hányada szenved valamilyen betegségben, illetve küzd tartós egészségi problémával. A férfiak 65, a nők 73%-a válaszolt igennel arra a kérdésre, hogy „van-e Önnek krónikus betegsége vagy olyan egészségi problémája, ami legalább 6 hónapja tart, vagy előreláthatólag legalább 6 hónapig fog tartani?”. Már a legfiatalabb (15–18 éves) vizsgált korcsoportban is a válaszadók 32%-a jelentette ki, hogy van valamilyen betegsége. Ahogy az idősebb korcsoportok felé haladunk, egyre nagyobb arányban nyilatkoztak egészségi problémáról: az 55–64 évesek kilenctizede, a 75 éven felüliek 97%-a.

Bár a konkrét krónikus betegségek többségét nagyobb arányban említették a nők, mint a férfiak, ez alól a cukorbetegség és a baleset, sérülés miatti károsodás kivétel, amit a háziorvosi morbiditási adatok is alátámasztottak. A háziorvosi jelentésekkel megegyezően a megkérdezettek legnagyobb arányban a magasvérnyomás-betegségüket említették, a lakosság egyharmadának van erről tudomása (a férfiak 30, a nők 35%-ának), majd a különböző mozgásszervi problémák (legjellemzőbb a derékfájás, gerincprobléma, reuma és ízületi kopás), valamint a szív- és érrendszeri betegségcsoportba tartozók következtek.

Közismert tény, hogy az egészség szoros kapcsolatot mutat azokkal a szociális feltételekkel, amelyek között az egyén él. Az ELEF vizsgálat eredményei alapján is az iskolázottság kiemelkedő jelentőségű a saját egészség megítélésében. A magasabb iskolai végzettségűek jobbnak tartják az egészségüket, vagyis az önértékelés összhangban van a tényleges helyzettel. A felsőfokú végzettségűek háromnegyede úgy érzi, hogy egészsége jó vagy nagyon jó, míg a legkevésbé iskolázottaknak csak valamivel több, mint harmada. A rossznak vagy nagyon rossznak vélt egészségűek aránya az iskolai vég-

zettség szerinti gradiensen lefelé haladva 4%-ról 28%-ra nőtt.

Az iskolázottabbak kiterjedtebb kapcsolati hálójukat felhasználva betegség esetén könnyebben megtalálják a jobb minőségű ellátást. Az iskolai végzettség egyúttal szoros kapcsolatban van az anyagi helyzettel, a lakáskörülményekkel és a változó körülményekhez való alkalmazkodóképességgel, amelyek mind hozzájárulnak ahhoz, hogy milyenek ítéli valaki az egészségét.

A vélt egészség összefüggést mutat a lakóhely régiójának általános fejlettségi szintjével, bár a különbségek nem túl nagyok. A nyugati régiókban és Közép-Magyarországon a nagyon jó és a jó egészségűek aránya együtt megközelíti a 60%-ot, míg a keleti régiókban csak 50% körüli értéket mutat. A legtöbben Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon tartják jónak vagy nagyon jónak az egészségüket. 85%-os átlaghoz képest az egészségükkel elégedettek aránya Észak-Magyarországon a legalacsonyabb, de ez az érték is közel 80%.

Az egészséggel való elégedettség a kistelepüléseken élők körében kevésbé jellemző, mint a városi, főleg kisvárosi lakókörnyezetben. A legjobb egészségnek az 50–100 ezer közötti lakosságszámú településeken örvendenek az emberek, ahol az ellátórendszer könnyen elérhető és az életkörülmények nem ritkán előnyösebbek, mint a nagyvárosokban. Ebben a kategóriában a legmagasabb a nagyon jó és jó egészségállapotúak együttes aránya (59%), és a legalacsonyabb azoké, akik rossznak vagy nagyon rossznak gondolják az egészségüket (12%). (Tokaji 2011.)

14.3. Az egészségügyi ellátás igénybevétele és a kapott szolgáltatással kapcsolatos elégedettség mértéke

14.3.1. Az ELEF 2009 kutatás eredményei

A háziorvosi, fogorvosi, szakorvosi, kórházi ellátásokról általában a megkérdezettek 87–97%-a nyilvánított véleményyt. Háziorvosát a lakosság 76%-a rendszeresen, évente legalább egyszer felkeresi, a válaszadók 39%-a csak egyszer-kétszer, a többiek ennél gyakrabban (a betegek évente átlagosan 8 alkalommal jelennek meg orvosuknál). A válaszadók legnagyobb mértékben a házi-orvosaikkal vannak megelégedve (83% elégedett vagy nagyon elégedett és csak 5% elégedetlen), egy ötfokozatú skálát alapul véve 4,05-re értékelték a szolgáltatás minőségét.

Fogorvosát a többség legalább kétévente felkeresi. Egy éven belül fordult fogorvoshoz a lakosság mindössze 38%-a (a férfiak 35, a nők 40%-a), de több mint 20% azoknak az aránya, akik öt évnél is régebben jártak a fogászaton. Fogorvosával a lakosság nagyrészt elégedett, bár a felmérésben nem vizsgálták külön a magánpraxisban dolgozókat és az állami egészségügyben tevékenykedőket, bizonyára jelentős eltérések húzódnak meg a 3,87-es átlag mögött. Más kutatási eredmények szerint a lakosság 8,6%-a mulasztotta el a fogorvosa felkeresését, holott szüksége lett volna a kezelésre. Leggyakrabban anyagi okok miatt, illetve félelemből maradtak távol a betegek mind hazánkban, mind a többi tagországban, de sokan reménykedtek abban is, hogy a probléma magától megoldódik, a fájdalom elmúlik. Mivel a fogászati problémák a szájüregi daganatos megbetegedések kockázatát növelik, ezért ezen vizsgálatokra való ösztönzés, a szűrések megteremtése az egészséges munkaerő-növelés fontos népegészségügyi feladat is.

A kórházi ellátást a vizsgálatot megelőző egy éven belül a válaszadók 14,3%-a vette igénybe fekvő betegként, legalább egy éjszakát a kórházban töltve. Egynapos ellátásban (amikor nem kellett a kórházban aludnia) 9%-uk részesült, egyharmaduknál erre egy éven belül többször is sor került. Az is előfordult, hogy nem került kórházba a betegek 4%-a, bár az orvos ezt javasolta. A legtöbben (25%) időhiány miatt halasztották el a szükséges orvosi kezelést, egyötödük félt a beavatkozástól, egytizedük pedig a várólista hossza miatt nem tudta igénybe venni a szolgáltatást. A kórházi ellátásokat csak a lakosságnak alig fele (48%) tartja jónak, 20%-uk kisebb-nagyobb mértékben elégedetlen, összességében a legalacsonyabb értéket, 3,31-et adtak az elégedettség mértékére. A jövedelemszint emelkedésével a kórházi ellátást igénybe vevő nők aránya a negyedik jövedelmi ötödig emelkedik, majd visszaesik. A férfiak közül a legtehetősebbek a legritkábban voltak kórházba, míg a legalacsonyabb jövedelműek az átlagnál valamivel nagyobb arányban kerültek kórházba. Ez utóbbiban szerepet játszhat az, hogy a kórházak még mindig ellátnak szociális funkciókat is.

A felnőttek közel 60%-a keresett fel szakorvost az egy évre visszatekintve. Azok a betegek, akik valamiért mégsem jelentek meg a szakrendelésen (12%), bár szükségük lett volna rá, indokként elsőként szintén az időhiányt jelölték meg, másodikként a halogatást („várni akartam, hátha magától elmúlik”), majd a várólistát és az orvostól vagy a kezeléstől való félelmüket említették. A szakorvosokkal 64%-ban elégedettek, 12%-ban elégedetlenek voltak, 24%-uk közepesnek ítélte a szolgáltatást, ezzel 3,59-es átlagpontszámot ért el a járóbeteg-ellátás.

Más felmérésekhez hasonlóan az ELEF 2009-nél is igazolódott, hogy a jobb anyagi helyzetűek gyakrabban keresik fel a szakorvosokat. A legkevésbé tehetőseknek csak mintegy fele megy egy év alatt szakorvoshoz, míg a legkedvezőbb jövedelmi helyzetben élők kétharmada. A 2–3. jövedelmi ötödhöz tartozók között az orvoshoz fordulás tekintetében lényegében nincs különbség, ettől eltekintve, lineárisan emelkedik a szakorvost felkeresők aránya a jövedelem növekedésével. A nők orvoshoz fordulási gyakorisága a szakorvosok esetében is gyakoribb, sőt a nők egészségtudatosságát a kedvezőbb anyagi körülmények jobban sarkallják, mint a férfiakét.

Bár a magyar lakosság körében az alternatív gyógy módok (homeopátia, akupunktúra, fitoterápia és egyéb kezelések) alkalmazása – az ELEF 2009 eredményei alapján – nem széles körűek (5%), de mégis érdemes kiemelni, hogy a legfelső jövedelmi ötödbe tartozó nők 14%-a vette igénybe ezeket az egészségügyi szolgáltatásokat (Tokaji 2011).

14.3.2. További kutatások az egészségügyi ellátás megítélésével kapcsolatban

IPSOS nemzetközi összehasonlító vizsgálat az egészségügyi ellátással való elégedettségéről 2012

A magyarok különösen elégedetlenek az egészségügyi rendszer helyzetével, derül ki az Ipsos nemzetközi felméréséből, amelyben 15 országból 12 ezer embert kérdeztek meg 2012-ben. A közvélemény-kutatás azt vizsgálta, hogy 2008 óta eltelt 5 év alatt hol, milyen irányban változott az egészségügyi ellátórendszer megítélése. A kutatás a felhasználók tapasztalataira összpontosított, nem objektív mérőszámokat vetett össze.

Vizsgálták az egészségügyi ellátás minden színterének elérhetőségét, az orvostól kapott információk érthetőségét és minőségét, többféle kezelési módszer bemutatását, a beteg egyéni igényeinek és érdekeinek szem előtt tartását stb. A dél-koreaiak minden kategóriában a lehető legmagasabb pontszámot adták egészségügyi ellátásukra, de az átlagnál kedvezőbb véleményt fogalmaztak meg Argentínában, Japánban, Belgiumban, Ausztráliában és az USA-ban is. A legsötétebben a spanyolok látják a helyzetet, őket követték a magyar válaszadók, majd az olaszok, a franciák és a svédek is. A magyar válaszadók a legkedvezőtlenebbul az orvos-beteg kapcsolatról szóltak, mivel nem értik az orvostól kapott információt, nincsenek felajánlott kezelési alternatívák, a beteg érdekei háttérbe szorulnak, az egyéni elvárá-

sok csak ritkán teljesülnek. (Forrás: <http://www.ipsos-na.com/news-polls/pressrelease.aspx?id=6141>)

AXA Egészségpénztár – GKI kutatás az egészségügyi ellátással való elégedettségről, 2010

Az AXA Egészségpénztár megbízásából a GKI készített felmérést 2010 februárjában az egészségügyi ellátás minőségének megítéléséről. Az AXA Egészségpénztár tagjaiból választott minta az aktív magyar lakosságra vonatkoztatva reprezentatív kutatás volt.

A válaszadók többsége (67 százalék) saját korábbi tapasztalataira építve értékelt az egészségügyi ellátást. Az aktív népesség a háziorvosi ellátást erős, míg a szakrendelői valamint a kórházi szakellátást gyenge közepesre értékeli. A felmérés válaszadói szerint az ellátás színvonalában érezhető romlás ment végbe az elmúlt években, ami különösen a szakellátást és a kórházi ellátást érinti.

A jobb szakmai minőség érdekében a jó hírű orvosokat keresik a válaszadók, amiben leginkább kapcsolati hálójukra támaszkodnak. Akik már jártak magánorvosnál, sokkal nagyobb arányban (59 százalék) mennek újra magánrendelésre a magasabb színvonal érdekében, mint akiknek korábban is csak állami ellátásban volt részük (25 százalék).

A magánegészségügy szolgáltatóit az aktív lakosság minden tekintetben jobbnak értékeli, mint a társadalombiztosítási rendszer intézményeit. A legkisebb különbséget az orvosszakmai felkészültségben látják, de a műszerezettségben és egyéb feltételekben (várakozási idő, előjegyzési határidők, betegekkel való bánásmód) igen markánsak a különbségek.

A gazdaságilag aktív lakosság jelentős többsége (69 százalék) nem érzi magát biztonságban a jelenlegi hazai egészségügyi ellátórendszerben, biztonságérzetük még romlott is az elmúlt 12 hónapban, s több mint kétharmaduk hajlandó lenne előre kiszámítható többletköltséget is elviselni annak érdekében, hogy időben megfelelő minőségű egészségügyi ellátáshoz jusson. (Forrás: http://hvg.hu/gazdasag/20100311_egeszsegugy_fizetos_szolgaltatasok)

Union Biztosító kutatása az egészségügyi szolgáltatásokra fordított kiadásokról 2014

A magánegészségügyre fordított kiadások összege az elmúlt két év során jelentősen növekedett: míg két éve a szakorvosnál járók 32 százaléka jelezte, hogy fizetett az igénybe vett ellátásért, 2014-re ez az arány már 44 százalékra nőtt. A kórházi betegek fele mondta azt,

hogy a kórházi tartózkodás során fizetett térítési díjat vagy hálapénzt. Éves szinten ezek az összegek fejenként átlagosan 45 ezer forintot tettek ki, ami 2012-ben még 33 ezer forint volt.

A hosszú várakozási idő a hazai egészségügy legkritikusabb pontja a betegek szempontjából – áll a kutatásban. Szintén problémák forrását jelentik a körülmények és a rendelők felszereltsége. Bár a páciensek komfortérzete valamelyest javult az előző, két évvel ezelőtti kutatás óta, a gépekkel és eszközökkel való felszereltség színvonala a megkérdezettek szerint nem változott. Továbbra is sokan kifogásolják az orvos-beteg kapcsolatot és a diagnózis kommunikálását és érthetőségét.

A kórházi ellátással kapcsolatban nagyon negatív a kép: főbb problémaként a hosszú várakozási időt, a szakemberhiányt és minőségi problémákat jelölték be a válaszadók. <http://www.napigazdasag.hu/cikk/30724/>

Stabilitás Pénztárszövetség – GKI kutatás a hálapénzről, 2014

A hálapénzzel kapcsolatos vélekedés felmérését 2014 szeptemberében 1000 fő megkérdezésével készítette a GKI. A felmérés szerint az emberek leginkább azért adnak hálapénzt, mert így nagyobb figyelmet kapnak. Ráadásul nagyobb mértékben értenek egyet ezzel azok, akik az elmúlt két évben adtak hálapénzt, mint akik nem.

Az elmúlt két évben hálapénzt adók 62 százaléka azért döntött az informális fizetés mellett, mert szerintük így nagyobb figyelmet kapnak. Emellett 54 százalékuk gondolta úgy, ha nem adnak hálapénzt, rosszabb ellátást kapnak, 53 százalékuk azért, mert ragaszkodtak a saját választott orvosukhoz, és 50 százalékuk azért, mert valóban hálásak az orvosnak, nővérnek.

Tehát a megkérdezettek több mint fele a hálapénz adása mellett voksol, jórészt érzelmi alapú döntése alapján, hiszen félnek attól, hogy ennek hiányában rosszabb ellátást kapnak. Emellett bevett szokásról is beszélünk, hiszen a betegek jó része csúsztatott már pénzzel teli fehér borítékot orvosra zsebébe. A hálapénz adását gyakran emlegetik vesztegetésként is. A Büntető Törvénykönyv (Btk.) szabályozása alapján azonban, csak az előzetesen kikötött pénz felajánlása esetén merülhet fel a vesztegetés gyanúja. A hálapénzt pedig, döntő többségben a gyógyító folyamat lezajlás után – ritkábban előtte – adják a betegek. Ennek megfelelően az orvosoknak csak kis hányada büntethető ténylegesen a hálapénz elfogadása miatt. Vagyis amellet, hogy az orvosok egy része az alulfizettség okán fogadja el a hálapénzt, büntetőjogi eljárásra sem számítanak. http://www.hazipatika.com/eletmod/fokuszban_egeszsegbiztositas/cikkek/penzert_veszunk_figyelmet/20141126112420

Fenti kutatások is igazolják, hogy a magyar lakosság számára az egészségügyi szolgáltatások magánfinanszírozása már gyakorlat, ráadásul egyre növekvő mértékű kiadást jelent az igénybevevők számára. A kutatási eredmények arra is rámutatnak, hogy a betegek egy része keresi a jobb minőséget, a személyre szabott szolgáltatást és sokkal inkább szeretnének „tisztá” helyzetet az egészségügyi fogyasztás terén is. Ebben az esetben saját szükségleteit, fogyasztási szokásait mérlegelve ugyanúgy követhetné a tőle megszokott fogyasztói magatartást, mint bármely más termék vagy szolgáltatás megvásárlásakor, így megszűnhetne, vagy legalábbis csökkenhetne a bizonytalansága, a bizalmatlansága, a kiszolgáltatottsága az ellátás során.

Éppen ezért a továbbiakban a magyar fogyasztók magatartását befolyásoló tényezőket bemutatását tárjuk az olvasó elé.

14.4. A magyar fogyasztók magatartása

Ez a fejezetrész a magyar lakosság jellemzőit mutatja meg, a figyelmet az emberek döntéseinek megértésére irányítja – ha van döntési helyzetük –, és azt kutatja, ezeknek milyen magyarázatai vannak, valamint mi minden befolyásolja ezeket a döntéseket. A döntések speciális területen, az egészségüggyel kapcsolatosan megnyilvánuló sajátosságait is követjük.

14.4.1. Az egészség-magatartás, mint a fogyasztói magatartás egy szelete

Az egészség mint érték, minden kutatás szerint kiemelkedően fontos az embereknek. Az egészséggel való foglalkozás, az azért megtett törekvések, az arra történő költések azonban csak az emberek mindennapi életének beágyazottságában értelmezhetőek. Míg az érték – vitán felül – egyfajta irányítóként működik a döntéseknél, ennek érvényesülésének korlátai is lehetnek. Elég csak arra gondolni, hogy a magyar lakosság jelentős hányadának döntéseit a szükség határozza meg, így más prioritások inkább csak a vágy szintjét jelentik.

Azt is fontos szem előtt tartani, hogy az az egészségügyben megforduló emberek magatartása folytonos változásban van, igényeik, elvárásaik, informáltságuk is alakul az idők folyamán, amit sokszor nehéz tudomásul venni, azt, hogy új tempót kell felvenni a kiszolgálásukban, azt, hogy aktivitásukat, kritikájukat el kell viselni, sőt ebből lehet építkezni is.

Fontos tehát, ha az egészségmagatartásról gondolkodunk, akkor a lakosság mindennapjait, döntéseinek környezetét is megértsük, magatartásukat ennek függvényében értékeljük. A következőkben leírt jellemzők nagyrészt akkor relevánsak, ha az érintettek döntési helyzetben vannak, tehát választhatnak. Ha ez nem így van, akkor a társadalom által biztosított keretek irányítják magatartásukat (Kocsis, Nagy 2014).

A fogyasztók magatartásának, döntéseinek megismerése újra és újra izgalmakat okoz, azt tapasztaljuk, hogy mindig vannak olyan jelenségek, amelyek új tartalmakat, kifejezésformákat, magatartástípusokat mutatnak (Kahneman 2013). Miután napjainkban a sokszínűség, a vállaltan a mainstream-től eltérni vágyó önmegmutatás (Lasch 1996, Tari 2013) dívik, így a döntések kifejeződésekének tág tere van. Mindennapi életünk színterein komoly változásokat kísérhetünk figyelemmel, elemezhetjük, rácsodálkozhatunk arra, hogy a tárgyak választása, a döntési prioritások megválasztása milyen mélységben adja vissza életfelfogásunkat, gondolkodásunkat, vagy akár vágyainkat (Kapitány, Kapitány 2013). Mindennek az az oka többek között, hogy a nyugati ember értékrendje jelentős mértékben átalakult, felváltja a hagyományos értékrendszert a posztmodern (Jameson 2010, Hankiss 2014)

Mindezek szem előtt tartása mellett tapasztaltuk is, miképp formálódott a fogyasztás, a fogyasztók magatartása az elmúlt időszakokban. Tekintsük át (Töröcsik 2014 alapján) tehát először azt, milyen korszakokat különíthetünk el a fogyasztók jellemzésére. Mindezt tegyük azért, hogy egy általános keret tükrében lássuk az egészségmagatartás speciálisabb jellemzőit, hiszen ezeket az általános jegyeket visszük végig különféle döntéseinkben.

14.4.2. A mai „új” fogyasztó

A fogyasztás környezete a rendszerváltás után gyökerestül átalakult, a kereskedelem számos újdonságot indított el, így a termelői márkáknak méltó ellenfelei lettek a kereskedelmi márkák, illetve a márkadöntéseknek az üzletválasztási döntések. Ezen jelenségeknek van egy kínálati oldalról induló magyarázatsora, pl. a nagy alapterületű boltok, üzletközpontok megjelenése, az élményszerű vásárlás különféle forrásainak lehetősége, ami az utóbbi 15–20 év jellemzője.

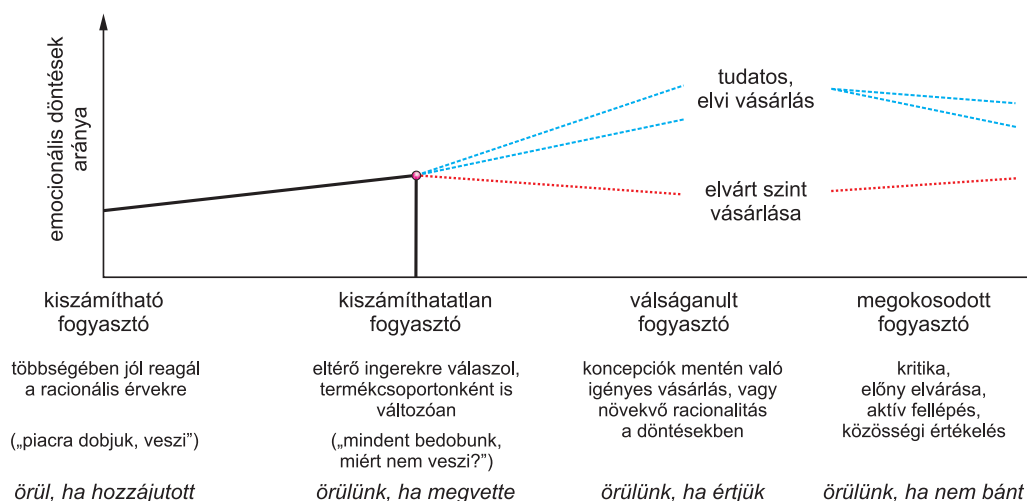
Nagy változás következett be a keresleti oldalon, a fogyasztói környezetben is, pontosabban magában a vásárlóban, a vásárlások értelmezésében, bonyolításában is. A szakirodalom már régóta foglalkozik az ún. hibrid vásárlói magatartással, vagyis azzal a jelenséggel, hogy

a vásárló nem hogy nem racionális (homo oeconomicus), de még az „irrationalitása” sem homogén, hanem változó prioritásokat, látszólag véletlenszerűen alkalmazott döntési elveket mutat. A hol drágán, hol spórolósan vásárló embert nehéz kiszámítani, változékonyságával nehezzé teszi a döntéseivel kapcsolatos tervezést. A hibrid magatartás legalább kétféle, egymásnak is ellentmondó orientációt (egyszerre olcsón és drágán való vásárlás) jelent ugyanazon személy döntéseit vizsgálva. Arról van azonban alapvetően szó, hogy a vásárlásnak megnövekedett a játéktere, egyrészt a fogyasztó válogathat a különféle koncepciójú márkák, üzletek között, ami szórakoztatja, másrészt egyre több, újabb termékkel, üzleti formákkal, üzlethálózatokkal kell megismerkednie, ami fárasztó, frusztráló. Döntenie kell, hogy mely igényeit milyen szinten elégíti ki, mi az, ami fontos és „megéri az árát”, mi az, ami elég, ha van. Azt is el kell döntenie, mi az, amit megfontoltan, racionálisan, körültekintően vesz meg, mert aminek nem így indul neki, azt valószínűleg emocionális alapon vásárolja meg. Az 1. ábra az idő függvényében ábrázolja a döntések emocionális arányát. A válság bekövetkeztéig egyre nőtt az érzelmek, a design, az esztétika, a kíváncsiság vezérelte döntési arány. Ez után a társadalom határozottan két nagy csoportra bomlik, a nehezebb körülményekkel küzdők egyértelműen a racionálisabb döntésekkel írhatók le (akciók, ár, olcsóbb márká választása), vagyis esetükben csökkent az emocionális döntési arány. A jobb körülmények között élők esetében pedig tovább nőtt az emocionális döntési arány, ami elvek szerinti döntéseket, tudatos választásért vállalt magasabb árat takar, és pl. az öko, bio-, fair trade, a környezettudatos, egészségtudatos, luxustermékek vásárlásában mutatkozik meg. Amennyiben a rendszerváltás időszaka óta eltelt húsz

évet a fogyasztói döntések szempontjából értékeljük, akkor a 14.8. ábra korszakolásai megfelelő módon beazonosíthatóak.

A „kiszámítható fogyasztó” a 1989–1996-ig terjedő korszak vásárlójával kezdődik, aki ismerkedik az új márkákkal, vásárlási formákkal, új kategóriákkal. Alapvetően annak örül, hogy a nyugati országokban már megismert márkák itthon is megjelentek, a „kis luxus” már teljesíthető, a reklámok bevésik az új márkák nevét, azok kiejtését. Még gyanútlanul örül a vásárló a táguló lehetőségeknek, nem gondolja, hogy a „nem minden arany, ami fénylik” mondás erre a helyzetre is igaz lehet (Valuch 2013). Adódnak persze rossz tapasztalatok, átélünk botrányokat, megtanuljuk, hogy ami a sajtóban megjelenik, az attól még nem legitim. Virágzik a reklámpia (Nagy 2014), mindent veszünk, amit hirdetnek, amire egy kevés pénzünk is van. Még nincsenek új kereskedelmi komplexumok, a garázsboltok burjánzó korát éljük. A korszak második szakasza az 1997-től 2005-ig terjedő időszakban jellemző, ez inkább átmeneti kategória, ugyan vannak sajátos jellemzői. Ez a fogyasztó már megismerte a hálózatokat, a bevásárlóközpontokat, globális márkák vásárlója, egyre bővülő fogyasztói kosár boldog tulajdonosa. Ebben az időszakban teljesedik ki a kereskedelmi infrastruktúra, megjelennek az alternatív vásárlóhelyek, vásárlási lehetőségek, ekkor történnek az első online vásárlások. Az időszak legmeghatározóbb élményei az információs kommunikációs technológiák mindennapos használatához kötődnek, megjelent a virtualitás a feldolgozandó jelenségek között.

A „kiszámíthatatlan fogyasztó” a már nehezen követhetően bővülő kínálati időszak „terméke”, a makrancosá vált vásárlók „össze-vissza döntenek”, az új termékek, szolgáltatások, kereskedelmi egységek fogadtatása emi-



14.8. ábra. A fogyasztó „történelme”. Forrás: saját szerkesztés

att kétségessé vált, nem fogad el mindent a vásárló kritika nélkül, egyre igényesebb és magasabb elvárásokat támaszt. El is bizonytalanodott ez a vásárló, hiszen a korszak hangos az élelmiszerbotrányoktól, nem tud feltétlenül bízni már a vásárló, nem hiszi el, amit közvetítenek a reklámok. Ez a bizalmatlansággal teli időszak terhelődött meg még a pénzügyi válság következményeivel.

Ez már egy új időszaknak a kezdete, kialakul a „*válságtanult fogyasztó*”, a sokak által támogatott tudatos vásárlás már nem óhaj lesz, hanem a túlélés eszköze. A családok nagy számban kell, hogy megfontolják eddigi kiadási szerkezetüket, döntési szempontjaikat. Meg kell beszélni a családtagoknak, ki milyen fogyasztási elemét korlátozza, vagy szünteti meg, mivel járul hozzá a takarékoskodáshoz. Lehetőség nyílik ezáltal arra, hogy a családtagok megvitassák, hogy kinek mi a fontos, szó kerüljön a család gazdálkodásáról. Ez a magatartás látszólag visszavisz bennünket a „kiszámítható fogyasztóhoz”, de ez a fogyasztó más szinten mozog, mint a rendszerváltás idején, több saját döntést kell hoznia, több racionális elemet kell figyelembe vennie a döntések során.

Tíz magyar fogyasztó közül heten változtattak a recept nélkül kapható gyógyszerek, gyógyhatású készítmények és étrend-kiegészítők vásárlásán és használatán, a pénzügyi válság hatására. Közülük legtöbben problémájukat alternatív megoldásokkal igyekeznek kezelni, például természetes anyagokat használnak, vagy saját maguk készítik ellenszert. Sokan úgy reagálnak, hogy megfontoltabban, inkább gazdaságos kiszérelés méretet választanak.

Hazánkban a megkérdezettek 38 százaléka gondolja úgy, hogy a pénzügyi válság jelentősen befolyásolta az általa használt vény nélkül kapható gyógyszerek, gyógyhatású készítmények és étrend-kiegészítők, más néven OTC termékek mennyiségét vagy fajtáját. További 35 százalék azt mondta, hogy kis mértékben hatott rá a válság az OTC termékek használatával kapcsolatban.

Ez az összesen 73 százalék nagyobb, mint huszonkilenc vizsgált európai ország 57 százalékos átlaga. Jelentős hatásról ugyanis Európában a válaszadók átlag 24, kisebb mértékűről pedig 33 százaléka számolt be.

Magyarországon a befolyásolt fogyasztók legnagyobb része, 44 százaléka az OTC termékekkel szemben alternatív megoldást keres; például természetes anyagokkal igyekszik gyógyítani magát vagy saját maga készít ellenszert. Racionálisabban választ gazdaságosabb kiszérelés méretet a válaszadók 33 százaléka.

Olcsóbb márkákra váltott (27 százalék), kerüli az úgynevezett impulzusvásárlást vagy az otthoni készlet felhalmozását (25 százalék). Az OTC termékhez hasonló, receptre kapható gyógyszert keres, és azáltal spórol (19

százalék), szükség esetén az otthon tárolt, vény nélkül kapható készítmények között keres használhatót (17 százalék), csak akcióban vásárol OTC-t (11 százalék), és panasz esetén nem vesz be semmit, hanem megvárja, míg jobban lesz (10 százalék).

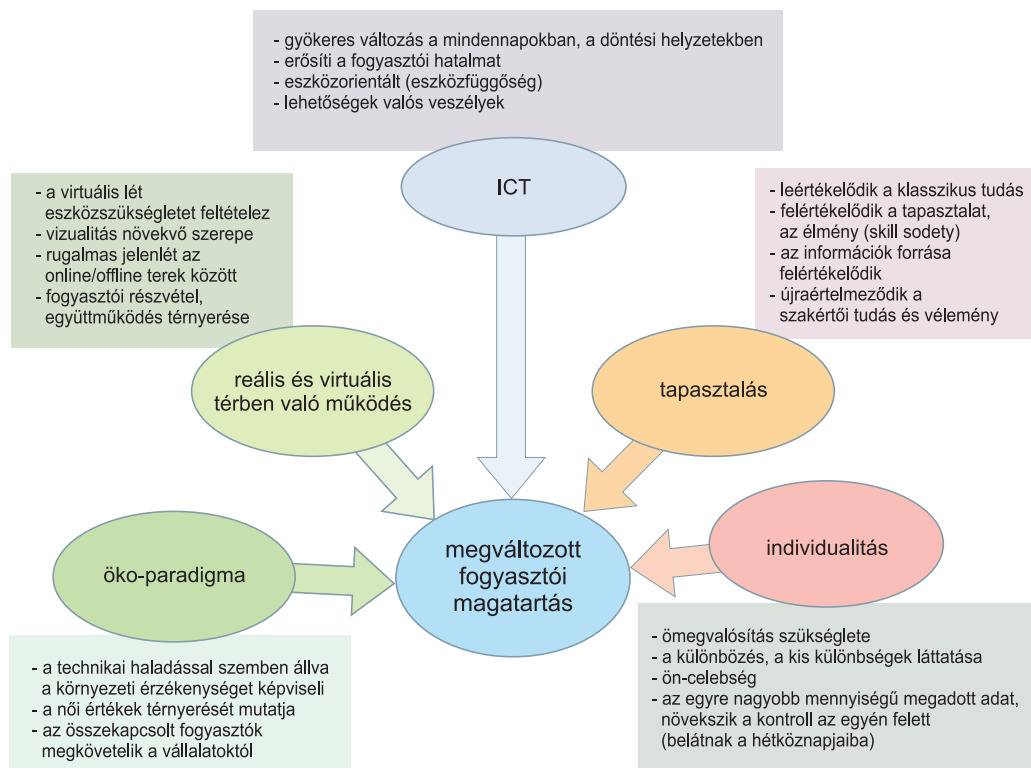
<http://www.trademagazin.hu/hirek-es-cikkek/piaci-hirek/tiz-magyarbol-heten-valtoztattak-vasarlas-szokasaikon-veny-nelkul-kaphato-gyogyszerek-nel-es-gyogyhatasu-keszitmenyeknel.html>

Ma újabb korszak mutatkozik, a „*megokosodott fogyasztó*” karaktere bontakozik ki, akire komoly mértékben az anyagiasság, az ellenszolgáltatásokat elváró attitűd jellemző. Ha vásárol, akkor „szívességet” tesz a szolgáltatónak, termelőnek, ezért jutalom jár neki, amit árengedmények, egyéb kedvezmények, ajándékok formájában vár el. Miután a válság ideje alatt meg kellett tanulnia a legkedvezőbb forrásokat megtalálni, ezért most is – megtartva ezt a szokását – informálódik a neten, keresi aktívan a legjobb ár-érték arányú megoldásokat. A közösségi média adta összekapcsolódási lehetőséget kihasználja, kritizál, égbe emel, trónról letaszít márkákat, cégeket. Saját rangsorokat, ajánlásokat, „márkakivégző helyeket” hoznak létre, örülhetnek a márkák, a cégek, intézmények, ha nem bántják őket.

14.4.3. A változásokat okozó főbb hatások

Fontos megfogalmaznunk, melyek azok az *általános változások*, amelyek az elmúlt években jelentős mértékben hatottak az emberekre, úgy is, mint fogyasztókra (Kozák 2010). Nem tekinthetünk el a válság „jellemformáló” erejéről, figyelmünk azonban most más, általánosan ható tényezők irányába fordul, amely tényezők globálisan működnek és megatrendeknek nevezzük őket. Ezek közül emeljük ki azokat, amelyek megítélésünk szerint a leginkább a mai korra jellemző karakteres magatartáskülönbségeket eredményezik, amelyek a mai fogyasztók megértéséhez leginkább hozzájárulnak.

Az *IT világa* kiteljesedett, számos területen, például a vásárlási döntési folyamat szakaszaiban, a vásárlási módokban, a mindennapi életben, a szabadidős szokásokban gyökeres változást hozott magával, igaz, generációként eltérő hatókörrel (Csepeli-Prazsák 2009). Ennek nyomán erősödik napról-napra a *fogyasztói hatalom* is, hiszen ma már lehetőség nyílik az összekapcsolódásra, a koncentrált erő megmutatására, ezzel cégdöntések megváltoztatására, márkák felemelésére és megbuktatására. Ezzel a hatalommal lehet elérni, hogy a fenntarthatóság kérdését már nem kerülhetik meg a cégek,



14.9. ábra. A megatrendek hatása a fogyasztó magatartására. Forrás: saját szerkesztés

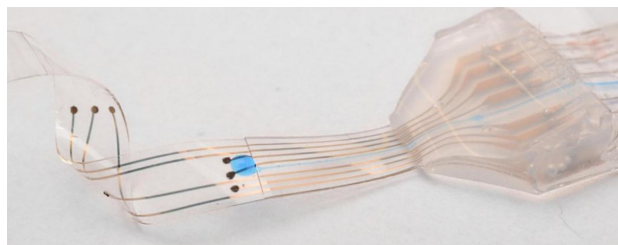
kormányok, a ma fogyasztója elvárásokat fogalmaz meg ezen a téren és elvárja, hogy erre valamilyen szinten reagáljanak a társadalom, a gazdaság más szereplői. Az IT megítélése, megélése magában is kettős kódú, egyszerre tartjuk hasznosnak, használandónak, önmagunk kifejezésére is alkalmas eszköznek és egyben félelmeink új terepének.

A személyes adatok, mint adomány segítik az egészségügyet

A jövőben lehetséges lesz a személyes adatainkat adományozni jótékonyági célokra. Mindenféle adat kerül rögzítésre rólunk, ahogy éljük a mindennapokat – mit vásárolunk, merre megyünk, kit hívunk telefonon, vagy mit nézünk meg az interneten. A Quartz cég nemrég megjelent tanulmányában közli, hogy az emberek 60%-a hajlandó adatait adományozni a köz érdekében. Annak ellenére, hogy az adatokat leginkább arra használják, hogy a fogyasztói magatartást jobban megértsék, a kutatók elkezdtek arra keresni a módot, hogy az adatok olyan területeken legyenek segítségünkre, mint az egészségügy, hogy igazi problémákat oldjanak meg. <http://www.cs.nott.ac.uk/~jog/papers/DataDonation.pdf>

Az egyik legnagyobb kihívás az új generációs elektróda implantátumok terén a „mechanikus hiba” a puha szövet

és a merev implantátumok között. Az így kialakuló feszültség gyulladást eredményezhet, még az implantátum kilökődése is gyakran előfordul, a legjobb implantátumot is feleslegessé téve. Most több tudományág képviselői dolgoznak azon Svájcban, hogy az e-Dura nevű kísérletet valós terápiás lehetőséggé fejlesszék. Az e-Dura olyan implantátum, amelyet közvetlenül a gerincvelőt védő kemény burok (dura mater) alá ültetnének, mely egyszerre mutatja a burok alakját és rugalmasságát. A szilikon-alapú puha, flexibilis implantátum felületét huzalok hálózák be, az ezeken lévő bemetszések biztosítják a "drótok" kellő rugalmasságát. Az elektródákat különleges ötvözetből készült mikroszkopikus gyöngyök alkotják, ezek bármilyen irányban hajlani képesek. Az eszközben kialakított mikrocsatornák segítségével a neurotranszmitterek adagolása zajlik, amelyek „életre keltik” a működésképtelen idegsejteket. A lebénult pat-



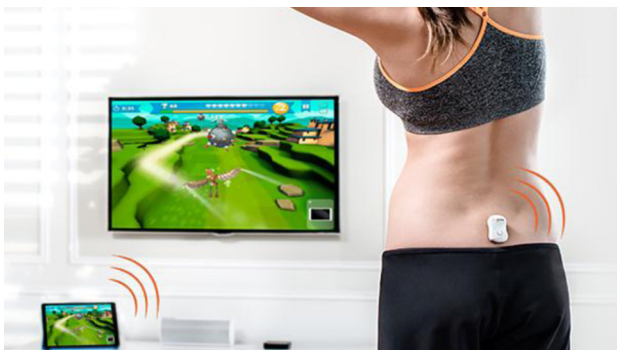
14.10. ábra. AElektronikus szövet helyettesíti az idegszövetet

kányon elvégzett kísérletek sikeresek voltak, az állatok néhány hetes gyakorlás után ismét képesek voltak járni. <http://actu.epfl.ch/news/neuroprosthetics-for-paralysis-an-new-implant-on-t/>

Az *ökogondolkodás* terjedése reflektál arra a várakozásra, miszerint a nők évezredébe léptünk, amelyben a női értékek növekvő hatására kell számítani. Az ökotémák felvetése női érzékenységből adódik, a nők indították el, ők képviselik ezt elsősorban vásárlásaikkal, gondolkodásukkal (Töröcsik 2007). Ennek a gondolati körnek a nagy témái az energia, az élelmiszerek, a természettel való viszonyunk, a szociális érzékenység.

A *reális és virtuális térben való működés* is két végpont megélését jelenti új módon, új intenzitással. Míg korábban a virtualitás inkább a fantáziánk működtetését jelentette, vagy a belső, mentális képeinkkel való dolgozást, ami az *imagery* fogalomkörben értelmezhető, addig ma a virtuális életünk jelentős részét eszköz-segítséggel éljük meg, sokkal kiterjedtebb módon, mint eddig. Miután a virtuális térben számtalan kész képi anyagot találunk (filmek, fotók, animációk stb.), valamint ilyeneket magunk is létrehozhatunk, vagyis egyre otthonosabban mozgunk a képi világban, így a *vizualitás* növekvő hatásáról, mint megatrendről is értekezhetnénk, főképp ennek következményeiről, lásd az írott nyelv csökkenő szerepe. Az *offline/online* jelenlét kezelése a ma emberének nem okoz gondot, ugrál egyik térből a másikba, kihasználva mindkettő lehetőségeit. Ez az „ugrálás” szédítő távlatokat hozhat a 3D-s nyomtatás terjedésével, a „saját gyártás” megélésével, a virtuális reális térben való látványos megjelenésével (Anderson 2013).

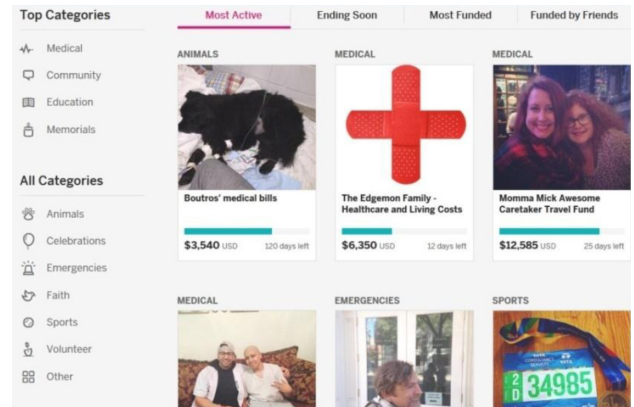
A Valedo hordozható technikai eszköz játékos módon enyhíti a hátfájdalmat. A két vezeték nélküli szenzor speciális felülettel rendelkezik, mellyel a hát alsó tájékára és a mellkasra lehet ragasztani őket. Ehhez tartozik még egy alkalmazás, egy játék, mely a különböző mozdulatokra készíti a szenzorokat viselőt. A játékos akadályok



14.11. ábra. A hordható eszköz rávesz a fájdalmat enyhítő mozgásra

során jut túl karakterével, ha követi az iPhone-on futó játék által megkívánt mozdulatokat. Ezen mozdulatok mind erősítik az izmokat, így enyhítik a fájdalmat is. <http://www.valedotherapy.com/>

Ez egyben a fogyasztói részvétel növekvő térnyerését is jelenti a fejlesztés, termelés, értékesítés folyamán, vagy akár a finanszírozásban, lásd *crowdfunding*.



14.12. ábra. A Crowdfunding oldalak is az egészségügyi kiadásokat támogatják

Megfelelő biztosítás nélkül az egészségügyi ellátás drága lehet, így a váratlan kiadásokra olyan crowdfunding oldalak segítségét veszik igénybe az emberek, melyek a személyes esetekre koncentrálnak. Az olyan oldalak, mint a GiveForward, GoFundMe vagy a Fundly nemrégiben külön részt szentelnek az egészségügyi kiadásoknak, beleértve olyan betegségeket is, mint a rák. Még a crowdfunding oldalak alfája, az Indiegogo is belépett erre a területre, az Indiegogo Life gyógyászati adománygyűjtésre fókuszál. A magas kórházi számlák hamar képesek kimeríteni egy ember pénzügyi forrásait, az űr betöltésére a crowdfunding oldalak ígérnek megoldást. <https://life.indiegogo.com/>

Az *individualitás* újult erejű érvényesülése (Tari 2013) pl. az én/celebek alkotása és a növekvő *kontroll*, pl. a big data egyre több területen való megjelenése, elviselése is ellentmondó, mégis tapasztaljuk meglétét, hatásukat. Mindenki vágyik élettörténetének fontosságát láttatni, felértékelődik a kutatásokban az élettörténetek szerepe, a narratíva, a storytelling ad segítséget a márkaépítéshez (Dietrich-Schmidt-Bleeker 2013), amihez a piacot a „leselkedő ember” biztosítja (Pataki 2011).

A bostoni Beth Israel Deaconess Egészségügyi Centrum 450 ezer dollár adományt kapott a Commonwealth Alapítványtól, hogy fejlesszék az OurNotes elnevezésű



14.13. ábra.

A betegek jegyzeteket készíthetnek a kórlapjukra

programjukat, mely lehetővé teszi a betegek számára, hogy betekintést nyerjenek a saját orvosi papírjaikba, felírják kérdéseiket, jegyzeteket készítsenek, hogy később meg tudják vitatni orvosukkal. A program nagy népszerűsége tett szert az utóbbi időben, sőt, kutatók szerint az orvossal ily módon együttműködő betegek tudatosabban figyelnek magukra és hatékonyabb a gyógyulásuk.

Fontos kérdés a *tudás* és a *tapasztalat* viszonyának alakulása napjainkban. Érezhetően értékelődik le a klaszikus tudás és értékelődik fel a tapasztalás, a képességek szerepe, alakul a *skill society*. Ez hozta felszínre pl. a tizen-, huszonéves vállalkozókat, a startup vállalkozások megjelenését. Nem csupán az oktatás, a mintaelfogadás, a véleményvezetők megválasztásának szempontjából, hanem a vásárlói döntések meghozatalának értelmezése kapcsán is figyelmet kell fordítanunk az új jelenségek értelmezésére.

„Vak vezet világtalant” trend

A szakértelemmel rendelkezők helyett a ma fogyasztója új forrásokat használ informálódás közben, ezáltal a hagyományos szervezetek elveszítik a kontrollt a fogyasztó felett, kikerül végleg a kezükből az információáramlás feletti ellenőrzés.

Az együtt létrehozott morzsatudás megszerzése, a morzsainformációk használata azt jelzi, hogy elfordultak az emberek a szakértőktől, bizalmuk eltolódott a többi fogyasztó irányába. A fogyasztók megosztják egymással tapasztalataikat, hamar kitűnnek közülük azok, akik az áltagnál valamivel többel rendelkeznek. Néhány könyv elolvasása után tanácsadói blogokat indítanak emberek pénzkereset céljából, fórumokon osztják meg „tudásukat”, még a médiaszereplők, hírességek is egyik napról a másikra új oldalukról mutatkoznak meg, és korábbi hobbijuk területén hirtelen szakértőként lépnek fel. Ez a jelenség igen problémás az egészségügyben, az inter-

neten kiművelődött „szakemberek” rendelnek, irányítják mások magatartását. A gond az, hogy az emberek szívesen támaszkodnak ezekre a forrásokra, hitelesebbnek fogadják el őket, mint a rájuk kevés időt fordító szakembereket.

Folytathatnánk ugyan a sort a gyökeres változásokról és életünkre gyakorolt hatásokról, de gondolkodásindítóként ezekből jelen munkában ennyivel elégszünk meg, hiszen figyelmünk fókuszában az egészség témaköre, az egészségügy áll.

14.5. Az egészség mint megatrend

Az egészség témaköre méltán kerül egyre inkább a figyelem középpontjába, egyre komplexebben foglalkoznak vele, számos kutató szerint a következő évek bázis-innovációja, a világgazdaság fellendítője az egészségüggyel kapcsolatos újdonságok területén várható. Az is tapasztalatunk, hogy egyre több iparág kerül kapcsolatba az egészségüggyel, így egyre nyitottabbá kell válni a megelőzés-gyógyítás területén dolgozóknak, hiszen tágulnak az iparági határok, és egyre inkább beszivárognak a társadalmi trendhatások a mindennapi orvosi munkába.

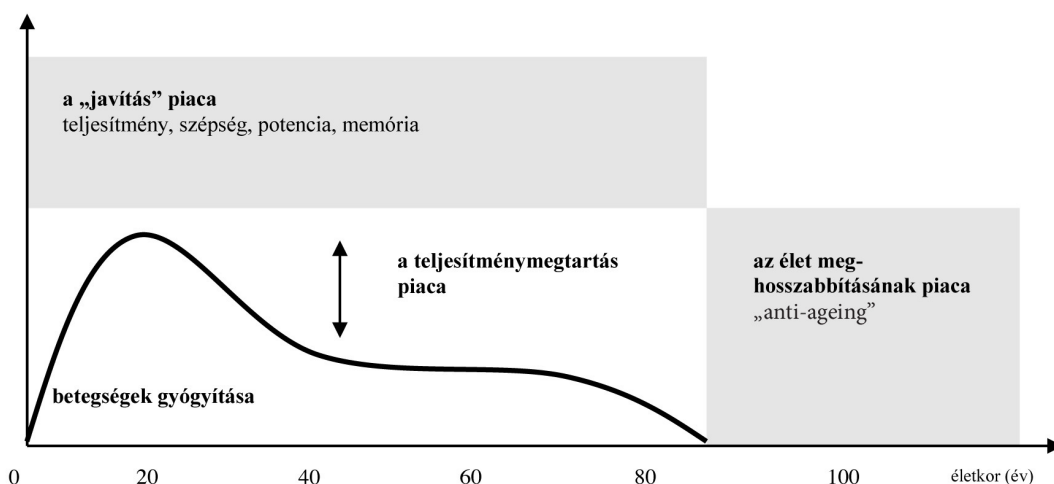
Életünk számos területen került új keretek közé, olyan trendek jelentek meg, amelyek a társadalom minden szejletében a változást jelzik. Egyrészt megfogalmazhatók általánosságban ezek a trendek, sőt az ezzel párhuzamosan működő ellentrendek (Törőcsik 2011), másrészt szűkíthetők az egészségügyre közvetlenebbül ható jelenségek. Az egészségügyet közvetlenül érintő trendeket főbb címszavakban bemutatjuk.

Az egészség új értelmezése, nő az egészségesegek kezelésének aránya

Egyre inkább az egészségesegek „gyógyítása” kerül előtérbe, úgy tűnik az egészség „csinálható”, „fogyasztható”. Összefüggésben a test új szemléletével, előtérbe került a „javíthatóság”, egyre fontosabb az egészség aktív megtartása (lásd a 3. ábra). Már nem a betegség leküzdése, hanem az egészség fenntartása az a cél, amiért hatalmas apparátusok mozdulnak meg, új piacok, piaci szelek, piaci terek nyílnak (Törőcsik 2008).

Az egészségpiac hálózatosodik

Az egészségügy „összenő” az élelmiszergyártókkal (lásd functional food), a turizmussal (lásd spa), a divattal (lásd a „lélegző” anyagok, intelligens ruhák), a kozmetikai iparral (lásd a korszerű alapanyagú arckrémeket), a wellness-szel (lásd az ide kapcsolódó ázsiai gyógy módokat),



14.14. ábra. Paradigmaváltás, az egészségpiac térnyerése

a kereskedelemmel (lásd a boltokban, benzinkutaknál kapható gyógyszerekről szóló vitát, a „belülről szépítő” szereket), az IT-vel (SMS – „vedd be a gyógyszert”) stb.

Mintegy 150 ezer látogatónak mutatta be a párizsi SIAL élelmiszer-ipari kiállítás 2015-ben is a világ élelmiszer- és fogyasztási trendjeit, a legnagyobb innovációit 6300 kiállítóján keresztül. Így nem véletlen, hogy a 105 országból érkező kiállítók 78 százaléka új terméket is bemutatott a SIAL-on. Az egyik megfogalmazott trend az élelmiszerek terén az új super-food kategóriák iránti várható kereslet. A SIAL szakemberei szerint a várható élettartam az elkövetkezendő évtizedekben tovább növekszik: azok a gyerekek, akik 2014-ben születnek, akár 100, sőt 120 éves korukig is élhetnek. Ez természetesen új kihívásokat jelent az élelmiszeripar számára is: míg ma a koleszterinproblémák és a szív- és érrendszeri betegségek ellen harcolunk, ötven év múlva a legnagyobb feladat az lesz, hogy a látásunk és az emlékezőtehetségünk hajlott korunk ellenére is minél tovább ép maradjon.

Ehhez természetesen szuperételekre lesz szükség, ami feladja a leckét a modern biológusok és dietetikusok számára: vajon mely zöldségek, gyümölcsök és egyéb ételek keresztezése alkotja majd a legtokéletesebb hibridet, amelynek a fogyasztása egészségesebbé, ellenállóbbá és fiatalosabbá tesz bennünket.

Trendek és innovációk az 50. jubileumi SIAL-on. <http://www.trademagazin.hu/horeca/trendek-es-innovaciok-az-50-jubileumi-sial-on.html>

Már nem elég a panaszmentesség, az emberek jóllétet akarnak

Az individualizmus, vagyis az „én” előtérbe helyezése, a saját jóllét prioritása, a függetlenedés, a saját érdekek artikulálása egyre jellemzőbb, ezáltal felértékelődik az egyes ember saját maga számára, egyre komolyabb

igényeket támasztva életével kapcsolatosan. Az egészséghez egyre inkább az aktivitás, a jó kedély, sőt a boldogság keresése (Csíkszentmihályi 1997), igénylése is hozzátartozik, ez egyértelműen az életstílus-gyógyszerek (Töröcsik 2007) felé fordítja a figyelmet. Bogdanovich-Louglands (2001) szerinti fogalommagyarázat: életstílus-gyógyszer mindaz, amit a páciens kezdeményezésére ír fel az orvos.

Az életstílus-gyógyszerek (Young 2003) nem egy tényleges betegség kezelését jelentik, hanem használatuk valamilyen társadalmi problémát „old meg”. Új jelenség ebben, hogy – ugyanúgy, mint számos termék esetében – egyre több ember „fér hozzá” olyan készítményekhez, amelyek korábban csakis kivételes helyzetűeknek volt elérhető. A fogyasztói társadalom jellemzői mutatkoznak meg tehát az egészségügy területén is, ami számos probléma okozója is. Felvetünk néhány kérdést, amelyek egyre inkább jelenvalók a magyar társadalomban is, pl.:

- nem betegek általában azok a személyek a hagyományos értelemben, akik életstílusuk következtében igényelnek készítményeket, igényeik mégis az egészségügyben jelennek meg,
- hol a határa a vágyakozásnak, mikor kell ezt akceptálni, mikor lehet belőle gyógyítandó eset,
- hol húzódik egyáltalán a betegség, az egészség határa,
- meddig terjeszthető a medikalizáció, szükséges-e kezelni egyre több olyan tünetet, amelyek korábban a „normalitás” szintjén álltak,
- kell-e klinikai kezelési esetekké változtatni olyan tüneteket, amelyek „csak” az életminőséget, a megjelenést (pl. hajhullás) befolyásolják,
- ki kell-e elégíteni az öngyógyítást végzők igényeit receptírással,

- meg kell-e műteni az amúgy egészséges embert a szépsége fokozásáért, vállalva ezzel az esetleges komplikációk veszélyét,
- vajon a páciensek igénylik-e ténylegesen ezeket a szereket, vagy a média tematizálja a problémát (netán gyártói hatásra),
- rendelhet-e a beteg gyógyszereket magának,
- háttérbe szorítják-e az egyre növekvő számú életstílus-gyógyszerek az orvoslást, növekszik-e ezzel az orvosok, gyógyszerészek mechanikus kiszolgáló szerepe,
- mi a helyzet a finanszírozással, vagyis kinek a terhére írhatók az életstílus-gyógyszerek, mi a szerepe az egészségbiztosítónak, kell-e finanszírozni minden esetben ezeket a készítményeket, ha nem, ezt ki dönti el,
- ki vállalja az esetleg rövid távú haszon hosszú távú következményeit.

Egyre több a tényleges vásárló az egészségpiacon

A páciensből vásárló lesz, megjelenik az „élményvásárlás” igénylése, de az autentikus forrás keresése is mind fontosabb kérdéssé válik. A vásárló azonban a hipermarketekben, bevásárlóközpontokban szocializálódik, így elvárásai ezen a piacon is hasonlóak (állandó nyitva tartás, akciók, kedvezmények, választási lehetőség, szabad döntés stb.).

Jelenleg az egészségre elköltött pénzek 35 százaléka magánforrásból kerül a rendszerbe, ez az arány az uniós országokban jóval alacsonyabb, 15-20 százalék. Magyarországon a költségek kétharmada gyógyszerre megy el, ami azt is mutatja, hogy nemzetközi összehasonlításban

milyen irtózatossan sok gyógyszert fogyasztunk. Ugyanakkor abból, hogy ilyen nagy a magánforrásból a rendszerbe kerülő pénzek aránya, kikövetkeztethető: a kötelező társadalombiztosítás ellenére igen magas azoknak a száma, akik nem a közszolgáltatókhoz fordulnak problémáikkal.

Ennél még beszédesebb adat, hogy a nagyobb magán szolgáltatók évről évre folyamatos – akár évi 15-20 százalékos – forgalomnövekedésről számolnak be. Még döbbenetesebb, hogy főleg a nagyvárosi középosztálybeliek jelentős része, ha orvosra van szüksége, az esetek ötven-kilencven százalékában magán szolgáltatóhoz fordul. A választás okai nagyon egyszerűek: általában azonnal van időpont, kevesebbet kell várakozni, több idő jut a páciensre, egy-egy vizsgálat eredményét elküldik emailben vagy közlik telefonon és jobb az infrastruktúra. http://hvg.hu/itthon/20141007_Jon_a_szegegy_es_a_gazdag_egeszsegugy

A test felértékelődése

A test és a test szimbolikus tartalmának növekvő jelentősége, ami elvezet a piacképes testhez, ami egyre kevésbé a fizikai erő, a terhelhetőség jelképe, hanem egyre inkább, mint esztétikai kategória, eladható látványként viselkedik (Balázs 2013). A női, sőt már a férfi test is (Babusa, Túry 2012) egyre inkább idegen szemeknek „kitett”, fontossá vált az emberek számára az ideálok (médiasztarok) testmintáinak követése. A test pozitív megítéléséért tett erőfeszítések körébe tartoznak pl. a plasztikai sebészet, a botox-kezelések, a fitness termék szolgáltatásainak igénybe vétele, a teljes test szőrtelenítése, „színezése” szoláriummal, díszítése testékszerekkel

14.1. táblázat. Példák életstílus-gyógyszerekre (Flower 2004)

Kategória	Példák	Primer klinikai használat	„Lifestyle”használat
Speciális indikációra kifejlesztett gyógyszerek, amelyek alkalmasak életstílus-betegségek gyógyítására és különböző életstílus-igények kielégítésére	Sildenafil	erekciós problémák	erekciós problémák
	fogamzásgátló tabletták	fogamzásgátlás	fogamzásgátlás
	Orlistat	elhízás	fogyókúra
	Sibutramine	anorexiás panaszok	fogyókúra
	Bupropion	nikotinfüggőség leküzdése	nikotinfüggőség leküzdése
	Methadone	ópiátfüggőség kezelése	ópiát-helyettesítés
Speciális indikációra kifejlesztett gyógyszerek, amelyek alkalmasak „éleltíluscélokra”	Minoxidil	magas vérnyomás	kopaszodás megállítása
	Finastreide	prosztata megnagyobbodás	kopaszodás megállítása
	Erythropoietin	krónikus vérszegénység	atlétikai teljesítmény fokozása
Csekély klinikai hatású gyógyszerek, amelyek inkább az életstílus-gyógyszer kategóriába esnek	alkohol	nincs	elterjedt használat italokban
	koffein	migrénes fejfájás	elterjedt használat italokban
	Cannabis	krónikus fájdalom csökkentése	„rekreációs” használat
Általában illegális szerek, amelyeknek nincs klinikai alkalmazásuk, de elterjedt életstílus-használatuk jellemző	MDMA („ecstasy”)	nincs	„rekreációs” használat
	„designer szteroidok”	nincs	atlétikai teljesítmény fokozása
	kokain (egyes formái)	nincs	„rekreációs” használat

(lásd a metroszexuális férfiakat), vagyis ez a trend a férfiakra is átvonulóan teremt egyre nagyobb piacot. Ezzel egyidejűleg a test ételekkel, kényelemmel való kényeztetése is jellemző (Balázs és mtsai 2012), így a túlsúlyos népességi arány növekedésével néz szembe egyre több társadalom, ezzel együtt érezhető a súlyosabb test elfogad(tat)ásának trendje is.

„Azonnal”

A *gyorsaság* elvárása mind több területen tapasztalható, ennek következtében szinte saját magunk gerjesztjük a gyorsulást, amitől egyre inkább szenvedünk, sőt, aminek következtében civilizációs betegségek alakulnak ki. Ma minden színtéren jellemző a türelmetlenség, a mindent azonnal és nem két óra, két hónap, két év múlva akarunk. A folyamatos jelenidejűség átüt a kapcsolatokon, ellehetetleníti a hosszú távú terveket, ily módon mi magunk teszünk mindent bizonytalanná, kvázi „rugalmassá” magunk körül. A 7/24 az „azonnalból” következik, hogy mindent mindig hozzáférhetővé akarunk tenni, minden pillanatban, várakozás nélkül akarunk vásárolni, szolgáltatásokhoz jutni. Saját vágyaink „turbózzák” életünket, gyorsítják tovább a mindennapokat.

Médiahatások

A média keltette érdeklődés egyre nagyobb hatású a különféle készítmények, beavatkozások keresletére (pl. a plasztikai sebészeti beavatkozások „mindennapossá” tétele, a hiperaktív gyerekek gyógyszeres kezelése stb.), sőt számos esetben „piacnyitó” hatású. A járványokról, soha nem hallott betegségekről szóló tömegkommunikációs híradások hisztériakeltésre is alkalmasak, sokkoló

hatásúak, fóbíák kialakulását okozóak. Az innovációkról hallott, olvasott hírek, az interneten hozzáférhető információk egyértelműen fokozzák az egészségüggyel kapcsolatos várakozásokat. Komoly médiahatások érik az embereket, akik rendre arról számolnak be a kutató-sok során, hogy őket nem befolyásolják a reklámok, de ők azok, akik egy új reklám hatására „azt a kék virággal hirdetett tablettát” keresik másnap a gyógyszerárban. Beszédes számok azok is, amelyek a reklámköltésekről szólnak. Néhány éve már, hogy az OTC készítmények hirdetésére szánt költségek állnak az első helyen a magyar reklámpiac kiadásait tekintve.

Generációk és egészségrendek

A társadalomban megjelent trendek az egyes generációkat eltérően érintik. A gyógyszerek nagy részét az idős generáció fogyasztja, míg az OTC a fiatal és a középgeneráció körében jellemző.

2005–2009-ben végeztünk egy kutatást, ami a generációk asszociációit kívánta feltárni. 2005-ben 420 értékelhető megkérdezés zajlott face to face módon, a megadott fogalmakhoz az első gondolatot jegyeztük le, majd elemeztük a kapott anyagokat. Megismételtük a vizsgálatot 2006-ban (n = 150), illetve 2009-ben (n = 293). A főbb fogalmak generációs értelmezési eltéréseiből, eltérő jelentéstartalmából ad ízelítőt a lenti táblázat.

A fogyasztószerek kiskereskedelmi eladásában kiemelkedő szerepet játszik a patikán kívüli piac. Ugyanis több mint 50 százalékkal részesedtek a gyógyszerárakon kívüli üzletek a legutóbbi két tizenkét hónapos időszak mindegyikének kiskereskedelmi forgalmából. Legutóbb július–június között a többi recept nélkül kapható szer (OTC termék) átlagánál jóval magasabb arány, 51

14.2. táblázat: Top 10 piaci szektor listaáras reklámköltése (ezer Ft)

2012	2013	Szektor	2013	Változás 2013/2012
1	1	Gyógyászat, gyógyhat. készítmény	103 366 739	-2,2%
3	2	Kereskedelem	78 664 884	+20,6/
2	3	Élelmiszer*	65 746 125	-12,4%
4	4	Szépségápolás	56 751 487	-10,9%
5	5	Távközlés	53 976 020	+6,5%
7	6	Kultúra, szabadidő, szórakozás	48 456 669	+6,4%
6	7	Pénzügyintézet, biztosítótársaság	46 431 272	-5,2%
11	8	Szolgáltatás	30 586 328	+12,8%
8	9	Könyvkiadás, tömegtájékoztatás	27 522 519	-5,7%
12	10	Háztartási cikk	26 946 791	+8,5%
		Teljes piac	648 549 706	-1,3%

Forrás: Kantar Media

* élelmiszerüzletek nélkül

14.3. táblázat. Generációk asszociációi kiemelt témákra

	Érett generáció	Középgeneráció	Fiatal generáció
Tanulás	Mester–tanítvány viszony, a tanult ember elismerése, hobbi vagy semmi, szellemi karbantartás eszköze	szakmaorientált, sok szakközépiskolai végzettségű, kevés diplomás, munkahelymegtartás miatti kényszer, a szakmaváltás eszköze	természetes, tömeges részvétel a felsőoktatásban, a felnőtté válás idejének eltolódása, teszt-orientáció
Munka	kiegészítő kereset, egy életre szóló munkahely, állami, szövetkezeti alkalmazás	pozíciótartás, változó elvárások, munkanélküliség vagy túl hosszú munkanap, vállalkozás	önmegvalósítás, munkahelyváltás, nemzetközi munkavállalás, multik alkalmazottai
Egészség	betegség, gyógyszerek, orvos, ápolás, hagyományos életvezetés	kezdődő problémák, stressz, hagyományos életmód, kisebb változtatásokkal	természetes állapot, nem kell törődni vele, testmozgás, aktivitások

Forrás: saját kutatás

14.4. táblázat. Recept nélkül kapható fogyasztószerek – értékben mért – kiskereskedelmi forgalmából az egyes szegmensek piaci részesedése (%)

Szegmens	2011. július–2012. június	2012. július–2013. június	2013. július–2014. június
Kapszula	47	51	60
Tabletta	15	14	13
Pezsgőtabletta Bogdanovich–Louglands (1988) szerinti fogalommagyarázat: életstílus-gyógyszer mindaz, amit a páciens kezdeményezésére ír fel az orvos.	1	1	1
Folyékony (főleg shake)	8	5	2
Por (eper, csokoládé, vanília ízesítéssel)	25	25	21
Rágótabletta	4	4	3

százalék jutott patikán kívüli üzletekre a fogyasztószerek értékben mért forgalmából, míg a gyógyszertárakra 49 százalék.

A kiszerelés méretének szempontjából kapszula és tablettá formájú recept nélkül kapható fogyasztószerek-nél a 60 vagy annál kevesebb darabot tartalmazó dobozok kiskereskedelmi eladása valamivel több, mint 1 milliárd forintot ért el 2013. július és 2014. június között. Ez 49 százalékkal több, mint az előző hasonló időszakban. A nagyarányú növekedést a kategóriába újonnan belépő szereplők generálták. Ezzel egy időben a 60 darabosnál nagyobb egységek forgalma 700 millió forint alá került, és 14 százalékkal marad el az egy évvel előbbtől. Ami a tévében való reklámozást illeti: a Nielsen által spatszinten vizsgált, recept nélkül kapható gyógyhatású készítményekre a piaci szereplők – hivatalos listaáron – idén január–június között mintegy 75 milliárd forintot költöttek. Ez 35 százalékkal több, mint a tavalyi hasonló időszakban. Meg kell azonban jegyezni, hogy a hivatalos listaárhoz képest a valóságban kevesebbet szoktak fizetni a reklámokért.

Fogyasztószerek reklámjára – szintén listaáron – 4,2 milliárd forintot fordítottak a vállalatok az idei első fél év alatt; a tavalyi január–június között mért összeg több mint dupláját, szám szerint 212 százalékát.

14.6. Lakossági vásárlói döntések az egészségügyben

Az egészségüggyel kapcsolatos lakossági döntések körében leegyszerűsített módon három alapesetet értelmezünk

- Szűken értelmezett egészségügyi *termékek*, szolgáltatások vásárlása, amelyekről való döntés a vásárló kompetenciája, márka/szakember-választása saját döntés a körülményei függvényében – OTC termékek, gyógyászati segédeszközök, gyógyító szolgáltatások vásárlásáról hozott saját döntések.
- Az egészségügyi *intézmény* megválasztása, ha van rá lehetőség.
- Az *orvos*, egészségügyi szakdolgozó megválasztása, ha van rá lehetőség.

Tisztában vagyunk ugyan azzal, hogy sajátos területről van szó (Simon 2010), mégis, a lakosság saját döntéseinek nagy része ezen a téren is úgy működik, mint az egyéb, pl. élelmiszerekről, szolgáltató választásról hozott döntések. Ez főképp akkor igaz, ha az érintettség alacsony szintű, pl. nem érzékel különbséget a vásárló a

lábgonba elleni szerek között, tehát ajánlás, „meglátás”, reklám alapján hozza meg a döntését. Más a helyzet, ha magasnak értékeli a kockázatot, ha fenyegetettség lép fel, ha komoly tétje van a döntésnek, a döntés következményeinek. Sajátos helyzet a magyar egészségügyben, hogy olyan esetekben is hozhat döntést a beteg pl. hálapénz fizetésével, amelyek pedig már nem beláthatók számára. Fogadjuk el tehát, hogy ott, ahol a beteg/páciens/vásárló közvetlenül fizet, elvárásai nagymértékben azonosak a kereskedelemben, a más területeken tapasztaltakkal, döntései is nagyon hasonlóan zajlanak. Az egészségügyi fogyasztás ugyanolyan mértékben kevésbé racionális fogyasztás, mint más fogyasztási területeké (Füzesi, Lampek 2014).

Kezdjük ezért a döntések vizsgálatát az érintettség kérdésével. Attól függően, hogy az adott megvásárolni kívánt termék/szolgáltatás milyen jelentőségű a vásárlónak, különféle módon hajthatja végre a vásárlási folyamatot.

Az *involvement* a vásárlás során azt jelzi, mennyire érintett a vásárló érzelmileg és/vagy értelmileg a folyamatban vagy a folyamat végeredményében. Az *involvement* tehát az aktivizáltság fokát, a motiváció erősségét jelzi a vásárlási döntéshez szükséges információkeresés, -felvétel, -feldolgozás és -tárolás során, vagyis az *aktivizáló erő* állapota egy olyan cselekmény kapcsán, amiben a fogyasztó érzelmileg és/vagy értelmileg a cselekmény tárgyához kötődik. Ebből adódóan különböző döntési típusok keletkeznek, melyeket az alábbiakban mutatunk be.

14.6.1. A problémamegoldó (extenzív) vásárlási döntések

Ezeket a vásárlási döntéseket („igazi” vásárlási döntés) modellezik leggyakrabban a kutatók, a vásárlási folyamatot szakaszokra bontva, a befolyásoló tényezőket komplexen megjelenítve.

Igazi vásárlási döntés előtt áll a vásárló az *első vásárlás* pl. az *első gyerek születése, az első komoly műtét stb. esetében*, valamint a *korábbi választás megváltoztatása* során, pl. új kezelőorvos, új gyógyító terápia választás esetében, a szokott orvos távozásával keletkező választási kényszer esetén. Az első vásárlás problémaköre az innovációk megjelenésével is érinti a vásárlókat, hiszen az új eljárások, az új igényeket kielégítő fejlesztések értékelésében, használatában nincs tapasztalatuk. A problémamegoldó vásárlásoktól eleve „tart” a vásárló, mert nehezen dönt, nem élvezzi a döntést, nyomasztja a felelősség stb. A *ritkán vásárolt*, vagy *speciális termékek* vásárlása is általában „igazi” döntésként értelmezhető, vagyis az

először komoly egészségügyi problémával szembesülő beteg biztosan ilyen helyzetben van. Ebben az esetben a termékekről, eljárásokról, kezelőkről, tapasztalatokról szóló információk keresése, összehasonlítása és a választás átfogóan zajlik. A fogyasztó alternatívákat állít fel a számára fontos tényezők alapján, és legtöbbször a *várható eredmény* és az *ár* kapcsolatát vizsgálja.

Ilyen esetekben *ráfordítás-haszonelemzés* folyik, vagyis a hasznosságot összeveti a döntéshozó a költségekkel és ezt a párosítást próbálja optimalizálni. Ha csak a termékek minőségét veszi figyelembe a fogyasztó, akkor a szóba jöheto termékek gyakran azonos *árszínvonalon* mozognak. Ha azonban eltérő árak mellett eltérő termékminőséggel kell számolni, akkor komoly *konfliktusokat* él meg a vásárló (pl. rövid- és hosszú távú érdekek ütközése). Az egészségügy esetében mérlegelésre kerül még a hozzáférhetőség, az image, mind az intézményre, mind a kezelőorvosra, kezelő teamre vonatkozóan.

A vásárlási döntéssel való *elégedettség* akkor következik be, ha a várt és a kapott teljesítmény egyensúlyban van. Az elégedettség vagy elégedetlenség vizsgálata nagyon fontos, hiszen az *elégedettség az ismételt vásárlásokhoz, márkahűséghez vezethet*, míg az elégedetlenség a valószínű márkaváltoztatás árnyékát vetíti előre. Ennek a kategóriának a figyelembevétele kiemelkedő fontosságú a szolgáltatások terén, ahol a *szájkéklám* egekbe emelhet, vagy tönkretelhet vállalkozásokat, intézményeket, szakembereket.

A konfliktusok megjelenése a vásárlási döntéseknél a *kockázat* miatt is várható. A várható vásárlási kockázat

- a vásárlás lehetséges következményeiből,
- a vásárlási következmények bizonytalanságából adódik.

A vásárlás következménye lehet *anyagi* (egy beavatkozás akár a család teljes megtakarítását is elviheti), *funkcionális* (nem úgy sikerül egy beavatkozás, mint vártuk), *szociális* (nem úgy értékeli a környezet a vásárlást, mint vártuk – kisebb az elégedettség mértéke, kisebb a presztízserérték) és *pszichológiai* (mégsem kapta meg a vásárlással a fogyasztó az elvárt törődést), esetleg *egészségi* kockázat. Ezek hatásaként levezethető a vásárló elbizonytalanodása, veszteségérzete, összességében elégedetlensége a vásárlással.

Az egészségügyben folyamatosan végeznek beteg-elégedettségi vizsgálatokat, amelyek rendre elégedettséget mutatnak, miközben sokan panaszkodnak a megítélhető elemekre. Ez az ellentmondás valószínűleg módszertani váltással kezelhető lenne.

A betegek tíz százaléka ma már inkább magánrendelésre megy vizsgálatokra, különben hónapokat vár-

hatna. A nem kimondottan speciális MR-vizsgálatok ára 30–50 ezer, a CT 15–50 ezer forint között mozog. A magánrendelők gyakran állami kórházakban, állami gépekkel végzik a vizsgálatokat, a fizetségért nem jobb ellátást kapunk, csak kevesebbet kell várunk.

„Endokrin bajaim vannak, a dokim egy speciális MR-vizsgálatra utalt be, ami csak a SOTE-n van, és decemberre van időpontom” – áll egy beteg tavaly júniusi bejegyzésében. Neki fél évet kellett várnia a leletre, és bár az eset vélhetően nem volt sürgősségi (azoknál soron kívüli az állami ellátás), hat hónap bizonytalanság nem lehetett kellemes. Az internetes fórumokon rengetegen kérnek tanácsokat, keresnek alternatív megoldásokat.

A nem kimondottan speciális MR-vizsgálatok ára jellemzően 30–50 ezer, a CT-é 15–50 ezer forint között mozog – a szórást a vizsgálatok sokfélesége okozza. A nagyon gyakori hasi ultrahang egyes szolgáltatóknál 10 ezer forintnál kevesebbe kerül, a jellemző átlagár 15 ezer körül van.

Ha viszont valaki kifizeti a díjat, legfeljebb pár napot kell várnia. A Diagnoscan Magyarország tapasztalatai szerint egyre többen döntenek a magánvizsgálatok mellett. „Néhány éve még csak a páciensek 1–2 százaléka élt ezzel a lehetőséggel, de ma már elérhetik a 8–10 százalékot is” – mondták a cégnél. Ugyancsak 10 százalékos körüli arányt érzékel a Raditec.

Torontáli Zoltán: fizess, ha tudni akarod, mi bajod! <http://m.origo.hu/gazdasag/20140109-maganuton-csokkentik-maguknak-a-diagnosztikai-varolistakat-a-betegek.html>

14.6.2. Leegyszerűsített (limitált) vásárlási döntések

Az erős tudati kontroll-lal, értelmi érintettséggel meghozott vásárlások között meg kell különböztetnünk a *leegyszerűsített vásárlási döntéseket*, amelyek során az érzelmi érintettség alacsony. Ez a vásárlási folyamat hasonló a problémamegoldó döntéshez, de a döntés szempontjainak, a beszerzett információk körének, a döntéshozó magatartása tekintetében különbség van.

A fogyasztók gyakran a túl sok információtól szenvednek, így döntéseikhez a rendelkezésre álló információk csak egy részét hajlandók beszerezni, feldolgozni. Általában szívesen veszik az emberek, ha a munkaigényes fázist megtakaríthatják valaki tanácsai révén, objektívnek tekintett értékelések felhasználásával. Ilyen helyzet az, ha pl. a gyógyszerész ajánl fontosnak tartott esetekben készítményt és ezt a tanácsot követjük, vagy ha pl. a háziorvos küldését követjük intézmény-, orvosválasztásnál.

Az információk keresésének, befogadásának korlátai vannak tehát, s ha túl sok információt lehet szerezni, amelyek ráadásul nem is egyértelműek, akkor a fogyasztó összezavarodik, és a tudatos döntés helyett a “kifáradási effektus” eredményeként nem az optimális választást valósítja meg. A betegek ebben az esetben nem igénylik a túl komplex, szinte áttekinthetetlen információkat, mert ezek stimuláló hatása ellenkező előjellet vesz fel, megzavarja az összehasonlítást, megnehezíti a döntéshozatalt. Sok esetben belátja az érintett, hogy nem képes értékelni az információkat, ki kell engednie a döntést a kezéből.

Leegyszerűsített vásárlási döntésekhez vezet tehát a túl sok rendelkezésre álló információ problémája, a vásárló értelmi érintettsége, de érzelmi érdektelensége a vásárlásban és a környezeti befolyás. A környezeti, a szociális hatás erőssége is eredményezheti azt, hogy bizonyos szolgáltatások vásárlását megfontolja ugyan a fogyasztó, de *kész mintákat* vesz át a környezetéből, aminek alapján leegyszerűsítheti a kiválasztás folyamatát. Vannak olyan esetek, hogy a véleményvezetők adják a döntési helyzet „egyszerű” megoldását. Ilyen helyzetek a mindennapi életben, amikor pl. a „Nem tudsz egy jó fogorvost/gasztroenterológust/nőgyógyászt/gyerekorvost/bőrgyógyászt?” típusú kérdések hangzanak el. Ezek kimenete valószínűleg a társaságban elismert ember véleményének követése, vagy különféle rangsorok alapján hozott döntés.

Összességében megállapítható, hogy a leegyszerűsített vásárlási döntés azt jelenti, hogy a vásárló nem él a rendelkezésre álló összes információs lehetőséggel, hanem korlátozza azokat, és ezen határokon belül hozza meg a döntést az adott vásárlásról, annak tudatában, hogy a döntés fontos számára.

A leegyszerűsített vásárlási döntést leggyakrabban a véleményvezetők, a tanácsadók útmutatása alapján meghozott értékelés jellemzi, amivel főképp az információgyűjtés és az értékelés idő- és energiaigényét csökkentjük.

14.6.3. Szokásokon alapuló (habituális) döntések

A vásárlási szokások rögzült magatartásmintát jelentenek, amelyek rutinszerű, komolyabb megfontolást nem igénylő márkaválasztást, *vásárlási automatizmust* eredményeznek. A szokások kialakulásának gyökerei eredhetnek

- *szociális minták* követéséből, amikor bizonyos márkákat egy-egy csoporthoz tartozás érzésétől

vezetve vásárolunk (pl. családi minta a lázkezelés készítményénél),

- *egyszer meghozott döntésozgüléséből*, ha elégedett a vásárló a márkával, és automatikusan nyúl érte, amikor az újvásárlás igénye fellép (gyerekorvos az újszülöttnél a kamaszkorig).

Az először meghozott döntés folyamatát elemzik leginkább a kutatók – mint már jeleztük –, ehhez képest a vásárlási automatizmus egy „igazi” döntés eredményének csupán kiterjesztését, megismétlését jelenti. Ily módon ezen vásárlások gyengén ellenőrzött döntések; nem gondolkodik rajtuk a vásárló („mindig hozzá jártam, most is hozzá megyek”, „mindig ezt szedtem, ez most is segít”).

A vásárlási automatizmus a vásárlás, a döntés problémáját egyszerűsíti, a *márkák (korlátozott) ismerete*, illetve az azokkal való elégedettség alapján, ami a termelőnek/ szolgáltatónak az ígért minőségi színvonal tartását tűzi ki feladatul, mert ennek teljesítésével tudja megtartani hűséges vásárlóit. Mind a gyártónak, mind a kereskedőnek, mind a szolgáltatóknak kiemelten fontos a lojális ügyfél megléte.

A vásárló első lépésként *információkat*, esetleg *tapasztalatokat gyűjt* az adott termék piacán jelenlevő márkákról, majd összehasonlítást tesz, és meghozza a döntést. A döntés meghozatala után második lépésként *újvásárol*, hiszen elégedett a termékkel és nehéz lenne minden vásárlást „igazi” döntésként átélnie.

A vásárlási automatizmusnak, a szokásokon alapuló vásárlásoknak elemzése kapcsán az *igazi márkahűség* és a „kvázi” *márkahűség* fogalma merül fel. Az igazi márkahűség esetén mindig ismétljük a választásunkat, kvázi márkahűség esetén van egy márkakészlete a vásárlónak, azon belül választ. Például, tisztában van vele, hogy megfázás esetén számára megfelelő 3–4 készítmény vásárlása, ezek közül választ, pl. az adott pillanatban legkedvezőbbben kínáltat (akció van). Ilyen eset lehet az is, amikor intézményhez ragaszkodik inkább egy beteg, és nem orvoshoz, mert úgy véli, közel azonos tudásúak a szakemberek, így ezen „készleten” belül a leggyorsabban elérhető választja.

14.6.4. Impulzusdöntések

Az impulzusvásárlás során gyenge az értelmi érintettség, de erős az érzelmi, vagyis *erősen ható emocionális tényezők* hatására jön létre a vásárlás, meglehetősen automatikus *akció-reakció* kapcsolattal. A vásárló látszólag minden különösebb megfontolás nélkül kéri a gyógy-

szertárban azt a készítményt, ami megtetszett neki a pulton. Ilyen eset az is, ha valaki elkíséri családtagját egy vizsgálatra, és ha már ott van, ő is elvégeztet egy kontrollt, bár előzetesen ezt nem tervezte.

Az impulzusvásárlás általában szituációtól függő döntés, *nem (vagy nem akkor) tervezett döntést* jelent. Meg kell azonban különböztetni az impulzus vásárlások alcsoportjait ahhoz, hogy tisztábban lássuk a mozgatórugókat:

- *Tisztán impulzív* vásárlás esetében a befogadott ingerek hatása áttöri a szokott vásárlói magatartás korlátait, *korábban nem vett* terméket/ szolgáltatást veszünk (ilyen lehet egy hirtelen rosszulletet hatása).
- *Emlékezés hatására* hozott impulzív döntésnél arra gondolunk, hogy szükség lehet a jövőben a termékre (pl. mást vásárolunk a gyógyszertárban, de meghalljuk, hogy valaki olyan készítményt kér, amire nem gondoltunk, de szükség lehet rá).
- *Szuggesztív impulzusvásárlás* akkor jön létre, ha a vásárló készül az adott szükségletek kielégítésére, de nem akkor és ott gondolta a vásárlást, nem azt a márkát és nem annyit akart venni, de látva a kedvező alkalmat (akció, bevezető ár), látszólag megfontolás nélkül dönt.
- *Tervezett impulzusvásárlásról* akkor beszélünk, ha már eldöntöttük korábban a termék, az adott márká vásárlását, de kedvező helyzetre várunk. A vásárlás ebben az esetben is úgy tűnik, mintha adott pillanatban döntöttünk volna.

Végigvettük tehát, hogy milyen alaptípusok azonosíthatóak a fogyasztói döntéshozatal során, bizonyítottuk, hogy az egészségügy területén hozott döntések ebben az értelmezésben nem speciálisak, követik a szokott vásárlási döntések mintázatait. Hogy a döntéseket tisztábban lássuk az egészségügy érintett területeinek esetében, nézzük meg az alábbi 4. ábrát, ami az erős involváltság és a gyenge involváltság közötti karakteres



14.15. ábra. Az involváltság esetei

eseteket mutatja intézmény- és orvosválasztás esetében. Láthatjuk, minél komolyabb problémával nézünk szembe, annál fontosabb a szaktudás és az infrastrukturális háttér, annál biztosabb a high involvement, az értelmi és érzelmi érintettség együttes megléte. Amennyiben nem érzékel a döntéshozó kiemelt problémát, úgy növekszik a döntéshozatal mérlegelésénél a törődés, a kényelem, a hotelszolgáltatás, a kellemes légkör szerepe.

14.7. Összegzés

Időnként érdemes és szükséges megállnunk és értelmeznünk, mi történik ma a fogyasztó/vásárló emberrel, környezetével, mi jellemzi a döntéseit, és ehhez képest milyen – vizsgált esetünkben – az egészség-magatartása, melyek ezen a téren a lehetőségei. Ugyan az egészségügyről, mint nagy ellátórendszeréről, annak költségeiről szólnak elsősorban a híradások, mégsem feledkezhetünk meg a „benne szenvedő alanyról”, a beteg vagy egészséges emberről, aki igénybe veszi a szolgáltatásokat, fizet értük közvetlenül, vagy közvetetten. Felhívtuk a figyelmet arra, hogy sok esetben tényleges fogyasztói döntés zajlik az egészségügyben, aminek idegesítő kísérőjelenségeit a körülmények megértésével kezelhetjük. Vizsgálódásunk választott fókuszja a más döntésekkel való hasonlóságot/azonosságot jelzi, hogy az érintettek megértsék, bármennyire is speciális területen dolgoznak, a döntési folyamatok működése mégis az általános keretek között értelmezhető.

Irodalom

- Anderson, Chr (2013): *Kreátorok*. HVG Kiadói Rt., Budapest.
- Ádány R. (2008): A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra *Népegészségügy/86. évfolyam 2. szám*, 5–20.
- Babusa B., Túry F. (2012): *Adonisztól Schwarzeneggerig – Férfiideálok és civilizáció*. Budapest, Oriold és Társai Kft.
- Balázs G. (szerk.) (2013): *A test szemiotikája. Testjelek a mindennapokban és a művészetben. Magyar szemiotikai tanulmányok 29. kötet*, Budapest, MSZT-Eötvös Kiadó.
- Balázs G., Balázs L., Veszelszki Á. (2012): *Gasztroszemiotika – Az étkezés jelei. Magyar szemiotikai tanulmányok 27. kötet*, Budapest, MSZT-Eötvös Kiadó.
- Berekméri-Varró R., Gide L. N. (2015): *Köz és magán, külön utakon*. <http://www.napigazdasag.hu/cikk/33756/> (2015. január 21.)
- Bogdanovich, S, Langlands, B (2001): *Lifestyle drugs patient-initiated prescribing*. Biophoenix, www.biophoenix.com
- Bourdieu, P (1978): *A társadalmi egyenlőtlenségek újratemlődése*. Budapest. Gondolat.
- Csepeli Gy., Prazsák G. (2009): *Új szegénység. A digitális egyenlőtlenség kulturális hatásai*. In Antalóczy T., Füstös L., Hankiss E. (Vész)jelzések a kultúráról – Jelentés a magyar kultúra állapotáról, MTA PTI, Budapest. 87–113.
- Csikszentmihályi M. (1997): *Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Dietrich, FO, Schmidt-Bleeker, R (2013): *Narrative Brand Planning*. Springer Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Flower, R (2004): *Lifestyle drugs: pharmacology and the social agenda*. *TRENDS in Pharmacological Sciences Vol.25 No.4 April 2004*
- Füzesi Zs., Lampek K. (2014): *Az egészségi állapothoz való viszony változásai*. In *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Szerk. Kállai J., Varga J., Oláh A. Medicina Könyvkiadó, 2014. 65–87.
- Hankiss E. (2014): *A befejezetlen ember*. Helikon Kiadó, Budapest.
- Health at a Glance: Europe 2013 (Egészségügyi pillanatkép Európában: 2013)*.
- Jameson, F (2010): *A posztmodern, avagy a kései kapitalizmus kulturális logikája*. Noran Libro Kiadó, Budapest Noran Libro Kiadó, 2010 Noran Libro Kiadó, 2010 Noran Libro Kiadó, 2010
- Kahneman, D (2013): *Gyors és lassú gondolkodás*. Budapest, HVG Könyvek.
- Kapitány G., Kapitány Á. (2013): *Látható és láthatatlan világok az ezredfordulón*. Typotex Kiadó, Budapest.
- Kocsis A., Nagy G. (2014): *Két Magyarország: a sok csóró és a kevés jóllakott földje*. [hvg.hu http://hvg.hu/gazdasag/20140331_A_sok_csoro_keves_burzsuj_foldje_leszunk](http://hvg.hu/gazdasag/20140331_A_sok_csoro_keves_burzsuj_foldje_leszunk) Letöltés: 2014.07.20.
- Kozák Á. (2010): *A fogyasztói magatartás leírására szolgáló modellek kritikai elemzése*. PhD értekezés. Kézirat.
- Lasch, Chr (1996): *Az önimádat társadalma*. Európa Kiadó, Budapest.
- Nagy B. (2014): *A marketing magyarországi intézményesülésének története*. PhD értekezés. Kézirat.
- Pataki F. (2011): *A varázsát vesztett jövő*. Budapest, Noran Libro Kiadó.
- Simon J. (2010): *Marketing az egészségügyben*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Tahin T., Jeges S., Lampek K. (2000): *Iskolai végzettség és egészségi állapot*. *Demográfia 2000. 43. évf. 1. sz.* 70–94.
- Tahin T., Jeges S., Lampek K. (2000): *Az iskolai végzettség és az egészségi állapot változása követéses vizsgálat alapján*. *Demográfia, 2-3. sz.*
- Tokaji K. (szerk.) (2011): *Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Összefoglaló eredmények*. KSH.
- Tari A. (2013): *Ki a fontos: Én vagy Én?* Terricum Kiadó, Budapest.
- Töröcsik M. (2007): *Életstílus-gyógyszerek*. *Lege Artis Medicinae 17:(8-9)*, 632–635.
- Töröcsik M. (2008): *Paradigmaváltás az egészségügyben – egészségpiaci szemlélet a betegségi piacban való gondolkodás helyett*. *Lege Artis Medicinae 18:(6-7)*, 446–448.

31. Törőcsik M. (2011): Fogyasztói magatartás – Insight, trendek, vásárlók. Akadémiai Kiadó, Budapest.
32. Törőcsik M. (2014): „Már megint más a fogyasztó.” MOK 2014 – Marketing megújulás konferencia, Pécs, 2014. augusztus 27–28.
33. Valuch T. (2013): Magyar hétköznapok. Fejezetek a mindennapi élet történetéből a második világháborútól az ezredfordulóig. Budapest, Napvilág Kiadó.
34. Young, SN (2003): Lifestyle drugs, mood, behaviour and cognition. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 2003/28 (2), 87–89.
35. Osztálylétszám2014: Magyarországon nincs igazi középosztály <http://www.gfk.com/hu/news-and-events/press-room/press-releases/lapok/osztalyletszam-2014-magyarorszagon-nincs-igazi-kozeposztaly.aspx> (2015. január 31.)
36. International Healthcare Report Card: Citizen-Patients in 15 Countries Assess Improvement to Healthcare <http://www.ipsos-na.com/news-polls/pressrelease.aspx?id=6141> (2015. január 25.)
37. http://www.hazipatika.com/életmod/fokuszban_egeszsegbiztositas/cikkek/penzert_veszunk_figyelmet/20141126112420 (2015. január 24.)
38. <http://www.napigazdasag.hu/cikk/33756> (2015. január 26.)
39. <http://www.napigazdasag.hu/cikk/30724/> (2015. január 26.)
40. http://hvg.hu/gazdasag/20100311_egeszsegugy_fizetos_szolgaltatasok (2015. január 26.)
41. <http://www.ipsos-na.com/news-polls/pressrelease.aspx?id=6141> (2015. január 26.)

15. Az ápolóképzés helyzete Magyarországon

OLÁH ANDRÁS

Középfokú képzés

Az iskolarendszeren kívüli képzések, illetve a piaci szereplők által folytatott iskolarendszerű képzésekkel kapcsolatos anomáliák felszámolása miatt a jövőben az ápolóképzést kizárólag iskolarendszerű képzés formájában, állami fenntartású intézményekben szükséges megszervezni. A képzési idő és az óraszám tekintetében megállapítható, hogy az Európai Unióban 3 éves vagy 4600 órás képzés formájában lehet az ápolóképzést megszervezni. Hazánkban a korábbiakban 3 éves és 4600 órás képzésként került megszervezésre az ápolóképzés, ami több szempontból nem bizonyult indokoltnak:

1. Nemzetközi viszonylatban többnyire vagy 3 éves képzés vagy 4600 órás képzés kerül megszervezésre, azonban utóbbi esetben a 4600 óra jelentős része egyéni felkészülés (pl. 2300 óra gyakorlat/1533 óra elmélet és a többi egyéni felkészülés).
2. A 3 éves képzési idő miatt a középfokú ápolóképzés nem versenyképes a BSc végzettséget adó ápolóképzéssel.
3. A hosszú képzési idő és magas óraszám miatt a tanulók előnyben részesítették az alacsonyabb képzési idejű és óraszámú más egészségügyi képzéseket.
4. A 4600 órás óraszám nem teszi érdekeltté az iskolai rendszerű ápolóképzés megszervezését a képző intézményekben sem, mert a további, 2 éves egészségügyi képzések során az egy tanévben megtartandó óraszám lényegesen alacsonyabb, míg az éves normatív finanszírozás azonos. Ebből adódóan a képző intézmények abban érdekeltek, hogy az ápolóképzésre jelentkezőket a gazdaságosabban megszervezhető más iskolarendszerű egészségügyi képzésekre történő jelentkezésre motiválják.
5. További probléma, hogy az OKJ ápolóképzés teljesen elkülönül a felsőoktatástól, így az egyetemeknek nincs lehetőségük a képzés egy részének beszámítására, mert nincs kontrolljuk a középfokú képzés színvonalának kontrollálására.
6. Önmagában az Európai Unióban nem elvárt óraszám oktatása is pazarló, melyet tetéző, hogy a 3 éves képzést követően további 4 évig finanszírozza az állam a BSc ápolói oklevél megszerzését a hallgatónak.

Egészségtudományi felsőoktatás:

A felvételi eljárás kedvezőtlen változtatása miatt a vidéki felsőoktatási intézmények hallgatói létszáma akár 40–50%-al is csökkent, míg a budapesti egészségügyi kar hallgatói létszáma jelentősen nőtt. A felvételi rendszer átalakítása nem veszi figyelembe, hogy egyrészt így a vidéki szakemberhiány nem biztosítható – az elmúlt években tovább nőtt a szakemberhiány, másrészt a vidéki egészségügyi felsőoktatási intézmények jelentős részének megszűntetése van napirenden. Mindez, hasonló ahhoz a folyamathoz, melynek során a korábbiakban szinte valamennyi egészségügyi szakközépiskola megszűnt. Az egészségügyi felsőoktatási intézmények megmentése, valamint ezáltal a szakember utánpótlás biztosítása érdekében az alábbiakat javasoljuk:

Az iskolarendszerű ápolóképzés visszaállításával párhuzamosan az állami fenntartású egészségügyi közoktatási intézmények is kerüljenek ismételt megalapításra.

1. A felsőoktatási felvételi rendszer átalakítását és a vidéki szakember utánpótlás biztosítása érdekében a regionális felvételi keretszámok meghatározását.
2. Ezen egészségügyi szakiskolák a jelenlegi egészségügyi képzést folytató karok mellett, azok gyakorlóiskoláiként kerüljenek kialakításra, a felsőoktatási intézmények szakembergárdájára és infrastrukturális hátterére alapozva. Ebből adódóan a gyakorlóiskolai normatíva kedvezőbb finanszírozást eredményezhet az egészségügyi szakiskoláknak, illetve a közoktatási funkció fenntartóként történő átvétele a felsőoktatási intézmények számára segíthet a csökkenő hallgatói létszám miatt felszabaduló humán erőforrás és infra-

struktúra fenntartásában. Erre ma már két városban is van hasonló példa: Pécs és Szombathelyen.

- Amennyiben az egészségügyi felsőoktatási intézmények átveszik a középfokú oktatási intézmények működtetését, úgy a beszámíthatóság kérdése is könnyebben megoldhatóvá válik.

Az ápolói szakképzés/ápolói kompetencia:

Elkerülhetetlen, hogy az ápolói szakképzés rendszere a nemzetközileg elfogadott tendenciák szerint átalakításra kerüljön. Jelenleg a 80-as évek középfokú ápolóképzési rendszerére épülő középfokú szakápoló képzések jellemzőek Magyarországon, miközben a BSc/MSc végzettséggel rendelkező ápolók szakosodására nincs lehetőség, ez a rendszer nem került kialakításra. Nemzetközi viszonylatban BSc szakképzésre épülő szakápoló vagy szakápolói MSc képzések bevezetésével az orvosi kompetenciakörbe tartozó beavatkozások jelentős része átkerült a BSc/MSc végzettségű ápolóhoz. Ennek következtében egyrészt megnőtt az ápolói hivatás presztízse és az ápolói képzést választó hallgatók száma, másrészt olcsóbban megszervezhetővé vált a betegellátás, valamint az orvoshiány is kezelhetővé vált. Ebből adódóan szükséges:

- Szükséges a középfokú és BSc/MSc ápoló végzettségre épülő szakképzések körének elkülönítése, a jelenlegi rendszer, melyben a BSc/MSc végzettséggel rendelkező szakember ugyanazt a középfokú végzettségre épülő szakképzést szerezheti meg (pl. intenzív terápia), nem tartható.
- Szükséges, hogy bizonyos területeken kizárólag BSc/MSc ápolói végzettséggel rendelkező szakemberek számára legyen szakápoló képzés, az önálló döntéshozatalra képes felsőfokú végzettségű szakemberek számára indokolt kompetenciakör megadása mellett.
- Szükséges a középfokú alapképzés/szakképzés, valamint a BSc/MSc végzettséghez és az utóbbiakra épülő szakképzéshez tartozó kompetenciakörök markáns elkülönítése, a nemzetközi gyakorlat szerint BSc/MSc ápolókhöz átadható, jelenleg Magyarországon orvosi végzettséghez tartozó kompetenciák átadása.

Felsőfokú ápoló képzés és szakápoló képzések helyzete Magyarországon

Hazánkban a főiskolai szintű ápolóképzés 1989. évi megkezdése óta megoldatlan probléma a felsőoktatás és a – bizonyos értelemben az ápolóképzés legmagasabb szintjének tekinthető – szakápoló képzés viszonya, hiszen utóbbi mind a mai napig középfokú szinten zaj-

lik. Nem kerültek kialakításra a főiskolai, illetve egyetemi végzettségre épülő szakápoló képzések (kivéve néhány bizonytalan jogi helyzetű felsőfokú szakirányú továbbképzést). A jelenleg működő rendszer átgondolatlan, pazarló működését jól mutatja, hogy ma, ha egy BSc/MSc végzettségű ápoló pl. sürgősségi, vagy intenzív területre kíván specializálódni, akkor a középfokú végzettségű ápolókkal együtt tud középfokú szakápolói végzettséget szerezni, így a középfokú és a BSc/MSc végzettségű ápolóról azt feltételezzük, hogy ugyan azt a tudást képes elsajátítani és ugyan azt a szintű munkát, tevékenységi kört képes ellátni a betegágy mellett. Ezen rendszer az elmúlt évtizedben a főiskolai ápolóképzést a megszűnés közelébe sodorta, illetve semmilyen más területen hazánkban és nemzetközi viszonylatban sem így működik. Ugyanakkor irodalmi adatok támasztják alá azt, hogy a BSc végzettségű ápolók létszámának 10% növelése 10%-kal csökkentette a páciensek halálozási arányát a vizsgált osztályon) (Yakusheva, 2014). Ennek hátterében az alábbi két fő tényező valamelyike állhat: vagy az eltelt több mint 25 év nem volt elegendő a képzési rendszer átgondolt, egymásra épülő kialakítására, vagy a szükséges szakmapolitikai szándék hiányzott. Utóbbi ok akkor állhat a háttérben, ha a főhatóság/munkaerőpiac úgy ítéli meg, hogy a középfokú és a BSc/MSc végzettségű ápolók ugyanazt a tudást képesek elsajátítani, és ugyanazt a szintű munkát, tevékenységi kört képesek ellátni a klinikai gyakorlatban. Ezen rendszer is hozzájárult ahhoz, hogy az elmúlt évtizedben a BSc ápolóképzés hallgatói létszáma jelentős mértékben csökkent, illetve megállapítható, hogy a középfokú és a felsőfokú képzési rendszer ezen anomáliái az egészségügyi területen – azon belül az ápolóképzésen – kívül más területekre nem jellemzőek és félő, hogy hathatós szakmapolitikai intervenció nélkül a helyzet tarthatatlanná válik. Ehhez az is hozzájárul, hogy míg a 90-es években sokkal kisebb volt a szakválaszték az egészségügyi területén, addig ma már számos más szakon szerezhethető diplomát az egészségügy iránt érdeklődő és szakválasztásánál szempontot jelenthet, hogy a főiskolát/egyetemet végzett ápolóknak a mindennapi gyakorlatban nem került megadásra a felsőfokú végzettséghez és az értelmiségivé váláshoz méltó, a középfokú ápolói munkakört érdemben meghaladó kompetenciakör (hatáskör) a közvetlen betegellátásban. Ezért a BSc ápolóképzés presztízse nem nőtt (ami magával húzhatta volna a középfokú ápolóképzés presztízisének növekedését is), így az időközben elindított más, nagyobb kompetenciakört biztosító szakokat választják a hallgatók (pl. mentőtiszt, szülésznő, védőnő, gyógytornász, dietetikus). Ebből adódóan téves az a – ápolásvezetők körében is elterjedt – nézet, misze-

rint az ápolóhiányból adódóan nem támogatandó a középfokú és/vagy a BSc/MSc végzettségű ápolók kompetenciakörének bővítése. A kompetenciakör bővítésének, azon belül a BSc/MSc ápolók kiterjesztett kompetenciakörének kialakítása – és a képzési tartalom ennek megfelelő átalakítása – nélkül ugyanis tovább csökken a BSc ápolói utánpótlás, sőt irodalmi adatok alapján számolni kell az ápolók – különösen a BSc végzettségűek – migrációjának és pályaelhagyásának fokozódásával is. A folyamat hivatásunk szempontjából további kockázatokat is jelent, hiszen a formálisan létező BSc ápolóképzés nem lehet versenyképes a ma fiataljai és a jövő értelmisége körében, ha kompetenciaköre a betegellátás területén megegyezik a középfokú végzettségű ápolók kompetenciakörével. Mindez jelenleg azt is eredményezi, hogy a csekély létszámú BSc ápoló elsősorban az ápolásvezetés területén koncentrálódik és a közvetlen betegágy mellett egyre kevésbé jellemző a BSc ápolók munkavállalása, míg a későbbiekben annak a kockázatával is számolni kell, hogy a többi közt hivatásunk képviselőjére, az ápolás szervezésére, irányítására, kutatására, fejlesztésére, presztízsének növelésére elsősorban képes ápolói értelmiség utánpótlása nem lesz megfelelő mértékben biztosítható. Miközben számos nemzetközi szakirodalmi közlemény igazolja – melyek közül a legfontosabbak eredményeit és megállapításait az alábbiakban röviden összefoglaljuk –, hogy a BSc ápolók jelenléte a közvetlen betegellátásban rendkívül fontos (pl. csökkenő halálozás, költséghatékonyság, stb.) és nemzetközi viszonylatban is számos példa igazolja, hogy ebből adódóan vagy egyre jelentősebb arányban foglalkoztatnak BSc/MSc ápolókat vagy meg is szüntették a középfokú ápolóképzést. Ugyanakkor hazánkban a tendenciák ezzel ellentétesek, a BSc végzettségű ápolók számának csökkenése és a közvetlen betegellátásban történő foglalkoztatásuk csekély mértéke mellett ma már egyre több esetben van arra példa, hogy az intézmények az osztályvezetői ápolói (sőt, ápolási igazgatói) munkakört is más egészségügyi felsőfokú végzettséggel rendelkező szakemberrel (pl. sebészeti osztályon mentőszet alkalmazásával) töltik be. A későbbiekben ennek akár jogszabályi háttere is megteremthető, hivatkozva a BSc ápolói utánpótlás problémájára. Az egészségügy területén az ápolókkal kapcsolatos ezen problémákon túlmenően jelentős kihívást jelent az egészségügyi ellátás növekvő költsége, az előregedő társadalom, az egyes területekre mindinkább jellemző orvoshiány, valamint a diagnosztikai és terápiás eszközök alkalmazásához szükséges speciális ismeretek körének bővülése az ápolók vonatkozásában.

Az Advanced Practice Nurse (APN) képzés sajátosságai és bevezetésének eredményei

Az OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) országok nagy többségében már létezik a jelentős mértékű kompetenciakör bővülést eredményező Advanced Practice Nursing MSc képzés és már a közép-kelet-európai országok (pl.: Lengyelország, Csehország) egészségügyi rendszerében is megjelentek a kibővített kompetenciakörrel rendelkező, egyetemi végzettségű ápolók. A képzés jelentőségét és célját jól tükrözi az ICN (International Council of Nurses) definíciója, mely szerint az APN olyan regisztrált ápoló, aki „*speciális, szakértői tudása birtokában komplex döntési képességekkel és bővebb kompetenciakörrel rendelkezik a klinikai gyakorlatban.*” (Delamaire, 2010)

Az APN képzésen belül az ápolók nemzetközi viszonylatban négy területre specializálódhatnak: Certified Nurse Midwife (CNM – okleveles szülésznő), Certified Registered Nursing Anesthesiologist (CRNA – okleveles aneszteziológiai ápoló), Clinical Nurse Specialist (CNS – klinikai szakértő ápoló), Nurse Practitioner (NP – gyakorló ápoló).

Az APN végzettség megszerzésével az ápolók kiterjesztett kompetenciákkal rendelkezhetnek, képessé válnak önállóan diagnózis felállítására és a kezelés megtervezésére, kivitelezésére is, emellett gyógyszereket és diagnosztikai vizsgálatokat is elrendelhetnek (pl. vérkémiai vizsgálatok elrendelése és elemzése), valamint egyes területeken a feladataik közé tartozhat a centrális vénakanul behelyezése, sebkimetszés, intubáció, hascsapolás, lumbálpunkció, sternumpunkció, mellkascsapolás kivitelezése. Az APN képzésen belül az ápolók alapvetően négy területre specializálódhatnak (certification-t szerezhetnek) és ezen területeken belül is lehetőség van egyes speciális betegcsoportra, vagy ellátási szintre specializálódni:

- Certified Nurse Midwife (CNM)
- Certified Registered Nursing Anesthesiologist (CRNA)
- Clinical Nurse Specialist (CNS): pl. geriátria, felnőtt ellátás, felnőtt/gyermek pszichiátria, diabétesz menedzsment, otthonápolás, gyermekápolás, közösségi ellátás, akut ellátás, kardiovaszkuláris ápolás, fertőző betegségek, ergoterapeuta, újszülött/koraszülött ellátás, onkológiai ápolás, rehabilitáció, stb.
- Nurse Practitioner (NP): pl. akut ellátás, felnőtt ellátás, család ellátás, gerontológiai ellátás, újszülött ellátás, gyermek akut ellátás, pszichiátria ellátás, stb.

A CNM feladatai közé tartozik az általános nőgyógyászati ellátás és prevenció feladatok, teljes ellátás a terhesség alatt, a szülés levezetése és ezt követően az újszülött ellátása, valamint az első hónapban is figyelemmel kíséri a csecsemőt. A feladatok közé tartozik, hogy gyógyszereket rendelhet és írhat fel, diagnosztikus méréseket végezhet, valamint kezelést és gyógyászati segédeszközöket rendelhet el. A CRNA kompetenciakörébe tartozik az önálló anesztézia kivitelezésére, kezelési terv önálló összeállítása, vérkémiai vizsgálatok elrendelése és elemzése, gyógyszerfelírás és fájdalom klinikákon történő önálló munkavégzés. A CNS feladata a folyamatos fejlesztés, képzés, konzultáció az ápoló személyzettel, valamint szakértőkkel, hogy az ellátás bizonyítékok alapján történhessen és fokozhassák a betegelégedettséget. A NP feladatai közé tartozik a közvetlen akut, vagy krónikus betegellátáson belül a diagnózis alkotása, diagnosztikus vizsgálatok elrendelése, gyógyszerek rendelése, valamint kezelési terv/kezelés kivitelezése is.

Advanced Practice Nursing képzés létjogosultságát az alábbi tények igazolják:

- Korábban orvosok által végzett tevékenységek átvétele által költségcsökkentés (0.3%–0.5% évente) érhető el (Hussey, 2009), mely már az orvosképzés vs. ápolóképzés költségének különbségeiben is tetten érhető (Delamaire, 2010).
- Az APN szintű ápolók jelentősen hozzájárulnak az egészségügyi szolgáltatások iránti megnövekedett kereslet kielégítéséhez és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javításához és a betegelégedettség növeléséhez (Aiken, 2008, Aiken, 2014), valamint javulhatnak a mortalitási mutatók (Yakusheva, 2014).
- Az APN szintű ápolók által vezetett praxisok és tanácsadói tevékenységük folytán csökken a várakozási idő, melyet a népesség előregedése (Delamaire, 2010) és az orvosok migrációja okoz, melynek során öt év alatt 3900 orvos elvesztésével kell számolnunk a magyar egészségügyben (Balázs, 2012).
- Az USA-ban 2008-ban 88.000, 2013-ban pedig már 139.000 APN végzettségű ápoló praktizált (AACN, 2013), az új képzéssel az ápolói hivatás vonzóbbá tehető (Delamaire, 2010), amire hazánkban is nagy szükség lenne, tekintettel arra hogy az ápoló szakra jelentkezettek és ezzel összefüggésben a végzettek száma évről-évre csökkenő tendenciát mutat országszerte, míg 2001-ben összesen 769 ápoló BSc diplomát állítottak ki, addig

2008-ra ez a szám 521-re csökkent (Balogh et al, 2009) és a tendencia azóta is folytatódik (van olyan felsőoktatási intézmény, ahol a korábbiakban a négy évfolyamon összesen kb. 1300 fő ápoló BSc hallgató végezte tanulmányait, míg számuk ma már a 300 főt sem éri el a négy évfolyamon az intézményben).

- az új képzéssel az ápolói hivatás vonzóbbá tehető (Delamaire, 2010). Az USA-ban 2008-ban 88.000, 2013-ban pedig 139.000 APN végzettségű ápoló praktizált (AACN, 2013)
- Az ilyen ellátási modellre épülő egészségügyi rendszerekben egyértelműen látható, hogy a várakozási idő csökken, valamint a betegelégedettség magasabb fokú, továbbá az ellátás minősége is megfelelőnek mondható a szövődmények számának előfordulását és a betegek újrafelvételét illetően (Wylie et al, 2015).
- Az új képzéssel a pályaelhagyás és a migráció mértékének csökkenése is elérhető, a képzés szintjének emelésével 7%-kal kevesebb ápoló választotta a pályaelhagyást (Kleinpell, 2005). A külföldi munkavállalás – a nyelvtudás általánosan magasabb szintje miatt – különösen a BSc és MSc ápolókra jellemző (Delamaire, 2010). Ez azért is jelentős, mert a magyarországi diplomás ápolók meghatározó része nem a hivatásában tevékenykedik, illetve a külföldre távozó ápolók jelentős részét is ők adják.

A fentiekből adódóan a nemzetközi gyakorlattal összhangban javasoljuk az APN MSc képzés bevezetését Magyarországon. Az alábbiakban röviden összefoglaljuk hét APN ápoló képzés esetében a hozzájuk nemzetközileg rendelt főbb feladatokat – melyek végzettséghez rendelését Magyarországon is javasoljuk – és a képzés bevezetésének a nemzetközi irodalomban publikált eredményeit, hatásait:

- Intenzív betegellátó specializációval rendelkező APN kompetenciakörébe tartozik pl. kezelési terv önálló összeállítása, vérkémiai vizsgálatok elrendelése és elemzése, gyógyszerfelírás, centrális vénakanül behelyezése, sebkimetszés, intubáció, hascsapolás, lumbálpunkció, sternumpunkció, mellkascsapolás. A képzés bevezetésének és a kibővített kompetenciakörnek köszönhetően rövidebb hospitalizációs időre és kevesebb szövődményre kell számítani (AACN, 2012; Kleinpell, 2005; Kleinpell, 2008).
- Aneszteziológiai specializációval rendelkező APN kompetenciakörébe tartozik pl. önálló anesztézia

végzése, kezelési terv önálló összeállítása, vérkémi vizsgálatok elrendelése és elemzése, gyógyszerfelírás. Az anesztézia minősége és a komplikációk száma nem mutatott különbséget aneszteziológus szakvizsgával rendelkező orvos és az aneszteziológiai specializációval rendelkező APN között (AANA, 2007; AANA, 2007; AANA, 2009).

- Sürgősségi specializációval rendelkező APN kompetenciakörébe tartozik: pl. triage, kezelési terv önálló összeállítása, képző diagnosztikai és vérkémi vizsgálatok elrendelése és kiértékelése, gyógyszerfelírás, fizikális vizsgálatok elvégzése, iránydiagnózis felállítása, centrális vénakanül behelyezése, sebkimetszés, intubáció, hascsapolás, lumbálpunkció, sternumpunkció, mellkascsapolás, gyomormosás elvégzése. A képzés bevezetésének és a kibővített kompetenciakörnek köszönhetően rövidült a várakozási idő, gyorsabb, gördülékenyebb volt a betegellátás (Li et al 2013; Royal College of Nursing, 2007; Wennike, 2007).
- Geriátriai specializációval rendelkező APN kompetenciakörébe tartozik: pl. önállóan dolgozhat közösségi ápolást végző praxisban, kezelési terv önálló összeállítása, képző diagnosztikai és vérkémi vizsgálatok elrendelése és kiértékelése, gyógyszerfelírás, iránydiagnózis felállítása, elvégzése, prevenció vizsgálatok elvégzése, szakambulanciákra utalás, védőoltások elrendelése és felírása. Bevezetésével csökkent az ápolási/működési költség az ápolási otthonokban és a házi ápolásban is. Csökkent a sürgősségi osztályokon való megjelenés gyakorisága, valamint a kórházban eltöltött napok száma (Mundinger, 2000; GAPNA, 2012; Kane, 1989).
- Felnőtt közösségi ellátás specializációval rendelkező APN kompetenciakörébe tartozik: pl. önállóan dolgozhat közösségi ápolást végző praxisban, kezelési terv önálló összeállítása, képző diagnosztikai és vérkémi vizsgálatok elrendelése és kiértékelése, gyógyszerfelírás, iránydiagnózis felállítása, elvégzése, prevenció vizsgálatok elvégzése, szakambulanciákra utalás, védőoltások elrendelése és felírása. Önálló praxis esetén a páciensek elégedettsége elérte az orvosokkal való elégedettség mértékét olyan egyszerűbb kórképek esetében, mint a megfázás, az influenza, magas vérnyomás és egyéb krónikus betegségek gondozása (Hooker, 2001; AANP, 2013).
- Gyermekek közösségi ellátás specializációval rendelkező APN kompetenciakörébe tartozik: pl. önálló-

an dolgozhat közösségi ápolást végző praxisban, kezelési terv önálló összeállítása, képző diagnosztikai és vérkémi vizsgálatok elrendelése és kiértékelése, gyógyszerfelírás, iránydiagnózis felállítása, elvégzése, prevenció vizsgálatok elvégzése, szakambulanciákra utalás, védőoltások elrendelése és felírása. Szerepe csökkentette a kórházi felvételek számát és javította a betegek gyógyulási arányát (MO'Leary, 2013; Sherwood, 1997).

- Perioperatív/sebész első asszisztense specializációval rendelkező APN kompetenciakörébe tartozik: pl. első asszisztensi feladatok elvégzése a műtétek során: szövetek szétválasztása, összevarrása, kapcsolása, laparoskopias trocar-ok behelyezése és eltávolítása, draincsövek behelyezése és eltávolítása, a fascián kívüli sebek bezárása, végtagi vénák preparálása és a sebek kezelése. A képzés bevezetésének hatására rövidült a műtéti várólista, 50% költségcsökkenés – egyrészt a rövidebb műtéti idő, másrészt a HR költségek csökkentése által (orvos helyett ápoló) – és növekedett a betegelégedettség is (RN-SFA, 2009; McKenzie, 2012; Board Of Registered Nursing, 2011).

Az APN képzés magyarországi bevezetésének lehetséges keretei

Magyarországon jelenleg az MSc képzések számának csökkentése kormányzati szándék, éppen ezért új MSc képzés létesítése és indítása a nemzetközileg ismert számos területen az APN MSc képzések esetében sem megvalósítható. Önmagában feltétlenül indokolt – és korábbiakban összefoglaltak szerint is összhangban van a nemzetközi tendenciákkal, képzési kínálattal –, hogy a szakápolói specializációk vonatkozásában MSc végzettség legyen szerzhető Magyarországon. Ez nem tűnik azonban megvalósíthatónak úgy, hogy az ápoló BSc-re épülve kb. húsz önálló MSc program kerüljön kidolgozásra és nemzetközi viszonylatban sem ez a gyakorlat. Ezért javasoljuk azt, hogy a meglévő ápolás MSc képzés kerüljön módosításra (képzési idő növelése, specializációk bevezetése és a tananyagtartalom módosítása, a tantárgyi/képzési kompetenciák tevékenység szintű megjelenítése) és a szakalapítás jóváhagyása, valamint a kompetenciakörök rendeletbe foglalása után a nemzetközi gyakorlattal összhangban a jelenlegi ápolás MSc képzés részeként kerüljenek bevezetésre.

A licence rendszer bevezetésének hazai lehetőségei az ápolás területén a nemzetközi tapasztalatok tükrében

A licence rendszer hazai előzményei

Magyarországi viszonylatban az egészségügyi szakdolgozókat érintő, a licencekkel foglalkozó szabályozás előzményeit áttekintve elmondható, hogy 2010-ben lépett hatályba a 15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet, mely rendelet ugyanezen évben visszavonásra került. Ezen rendelet az intravénás gyógyszerelés és infúziós terápia; parenterális táplálás; transzfúziós terápia; tartós fájdalomcsillapítás; artéria punkció és artéria kanülálás; szabad légút biztosítás, lélegeztetés sürgősségi állapotokban; inkontinencia, sztóma ellátása és sebkezelés területekre határozott meg licenceket.

Ezen rendelettel kapcsolatban több anomália is megfigyelhető volt, melyek közül a legfontosabbak:

- szembehelyezkedve a nemzetközi tendenciákkal a középfokú és BSc (Bachelor of Science)/MSc (Master of Science) végzettségű ápolók között nem tett érdemi különbséget sem a megszereshető licencek sem a kompetenciakör bővülés vonatkozásában;
- olyan területeken hozott létre licenceket, melyek még a középfokú ápolóképzésnek is részét képezték az eddigiekben pl. intravénás injekció adása, infúziós terápia, sebkezelés, így tulajdonképpen már meglévő, azonban jogilag számos esetben nem rendezett kompetenciát kívánt megvonni és további képzéshez kötni;
- a licencek körének kidolgozását nem előzte meg hatástanulmány készítése, nem alapult más országok rendszereinek áttekintésén;
- a licencekkel foglalkozó 15/2010. EüM. rendelet bevezetése a középfokú, BSc, MSc ápoló képzések, valamint a középfokú, BSc, MSc ápolóképzésre épülő szakképzések szakirányú továbbképzések tananyagtartalmának vizsgálata és szükség szerinti módosítása nélkül, a kompetenciakörök képzési szintenkénti elkülönítése nélkül, valamint a továbbképzési rendszerrel való összefüggések részletes vizsgálata nélkül történt meg.

Előzetesen is megállapítható, hogy a licence/regisztráció-képzés/továbbképzés-kompetenciák fogalmak csak együtt értelmezhetők. Az alábbiakban áttekintjük két ápolásszakmailag fejlett ország (USA, Egyesült Királyság) licence rendszerét.

Nemzetközi kitekintés a licence rendszerekkel kapcsolatban

Annak érdekében, hogy a licence kérdéssel kapcsolatosan az egyes szakdolgozók, szakmai szervezetek és oktatási intézmények is szakmailag elfogadható és kellő mértékben megalapozott álláspontot tudjanak kialakítani elengedhetetlen, hogy tisztában legyenek a nemzetközi példákkal és trendekkel egyaránt. Jelen fejezetben egy, az ápolóképzés vonatkozásában magas szinten álló nyugat-európai ország (Egyesült Királyság), valamint egy Európán kívüli szintén ezen a területen fejlett rendszerrel rendelkező ország (Amerikai Egyesült Államok) főbb jellemzőit és paramétereit kívánjuk áttekintni és röviden összefoglalni.

Nemzetközi viszonylatban általánosságban megállapítható, hogy a különböző végzettségek megszerzése után az ápolónak regisztrálnia kell egy adott nemzeti szervezethez, mely regisztráció kötelező, ezt követően van lehetőség a gyakorlati tevékenység megkezdésére. Ezen felül az USA-ban az ún. licence rendszer is működik (országos és államokénti szabályozásban is), mely licence szintén feltétele a munkába állásnak. Magyarországon a fenti rendszer az alap- és működési nyilvántartásba való regisztrációban nyilvánul meg.

Előjáróban megfogalmazható, hogy a „licence” nemzetközi viszonylatban nem tekinthető egységesen alkalmazott kifejezésnek. Egyes országokban (pl. USA) a munkába állás feltételeként szabott államokénti regisztrációt és kompetenciabővítéssel járó kurzusokat is licence-nek nevezik, míg az Egyesült Királyság vonatkozásában a licence kifejezés nem használatos. A nemzetközi kitekintés során a vizsgált országok tekintetében közös pontként jelent meg a folyamatos továbbképzések (continuing education – CE) kérdése. Az USA tekintetében a különböző licencek vagy specializációk (certification) – akár BSc alatti, BSc, vagy MSc szintűek – megszerzésekor annak gyakorlására jogosító engedélyt kell kiváltaniuk az ápolóknak és meghatározott időközönként meg kell újítaniuk azokat, ennek egyik alappillére a folyamatos továbbképzéseken való részvétel. Az Egyesült Királyság tekintetében szintén a folyamatos továbbképzéseken való részvétel a regisztráció megújításának egyik alapfeltétele. Mindkét ország tekintetében fontos megemlíteni, hogy a CE kurzusokon való részvétel és sikeres vizsga letétele után az ápolók kompetenciaköre kibővíülhet. Bizonyos specializációk tekintetében vagy végzettségek megszerzése után azt is meghatározzák, hogy mi az a minimális CE óraszám, amelyet adott spe-

cializációs terület témáiban kell letöltenie az ápolónak egy továbbképzési időszakon belül. A továbbképzések sokrétűek lehetnek mind téma, mind időtartam tekintetében kezdve az 1-2 órás kurzusoktól az egyetemeken tartott komplett kurzusokig való részvételig. Eközben Magyarországon a munkába állás feltételeként szabott egységes licence vizsga nincs, valamint meghatározott időszakonként ismételt írásbeli/gyakorlati vizsga sincs a végzettség megtartása és az ahhoz kötött munkakör további betölthetősége érdekében. A kötelező és szabadon választható továbbképzések rendszere, valamint az alap- és szakápolói képzések is külön területként működnek és mindezekon túl, ezektől elkülönülve kezdődött meg valamiféle licence rendszer kidolgozása.

Az alábbiakban részletesen is bemutatjuk az Amerikai Egyesült Államok és az Egyesült Királyság licence és továbbképzési rendszerét.

AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK

A licenc kifejezés inkább a működéshez/regisztrációhoz szükséges nyilvántartást és az ápolók munkájának kontrollját, pályakövetését teszi lehetővé. Tulajdonképpen minden képzési szinten licencet kell „kiváltani” –amennyiben az ápoló a gyakorlatban szeretne dolgozni– legyen az alapképzés (BSc) alatti, BSc, MSc, specializációs területek, vagy certification/postgraduális képzések. A licencek meghosszabbításának feltétele bizonyos térítési díj megfizetése, valamint meghatározott továbbképzéseken való részvétel és sikeres vizsga letétele.

Két alapvető licencet kell minden ápolónak a végzést követően megszereznie, enélkül nem dolgozhat a gyakorlatban (kivéve certified nursing assistant – CNA). Ezek az alapvető licencek (NCLEX – National Council Licensure Examination) írásbeli tesztet foglalnak magukba, mely tesztek a klinikum és az ápolás több területét érintik és központi, országosan szervezettek:

- NCLEX–PN (practical nurse) ezt a „licensed practical nurse”-nek (LPN) – egyes területeken licensed vocational nurse (LVN), vagy registered practical nurse (RPN) – kell teljesítenie, 85-205 kérdést tartalmaz és a teszt megírására 5 óra áll a rendelkezésre
- NCLEX–RN (registered nurse) ezt a „nursing diploma”, „associate’s degree” és BSC végzettségűeknek kell teljesítenie, 85–265 kérdést tartalmaz és a teszt megírására 6 óra áll a rendelkezésre

Az „alap” NCLEX licenceken felül az ápolóknak végzettségként kell licencet kiváltani a klinikumban történő

munkavégzés kritériumaként, és meghatározott intervallumonként ezeket hosszabbítani is kell. Ezeket a licenceket viszont már államonként kell kiváltani, tehát adott licence, csak az adott államban történő munkavégzésre jogosítja fel az ápolót. Államonként eltérő lehet az is, hogy milyen esetekben követelik meg a licence újbóli kiváltását, általában 8-10 év eltelte után, amennyiben az ápoló nem dolgozott adott államban ápolóként, és nem történt meg a licence hosszabbítása.

FOLYAMATOS TOVÁBBKÉPZÉSI RENDSZER (CONTINUING EDUCATION – CE)

A továbbképzési rendszerre jellemző, hogy végzettségi szintenként és szakképesítésre is specifikusak lehetnek.

A Certified Nursing Assistant (CNA) végzettség a legalacsonyabb az ápoló képzésben (tulajdonképpen segédápolói, ápolási asszisztens), a CNA-nak nem kell NCLEX vizsgát tennie. A licence kiváltásához a CNA kurzust kell elvégezni (általában 75 óra tantermi órát és felügyelet melletti gyakorlatot foglal magába), valamint erkölcsi bizonyítványt kell csatolni a kérelemhez. A licence-t két évente kell megújítani, ennek egyik feltétele, hogy a két év alatt 24 óra időtartamú továbbképzése legyen („in-service hours”), ezt különböző témakörökben lehet teljesíteni, valamint pénzbeli vonzata is van a megújítási folyamatnak. A továbbképzések lehetséges témakörei pl.: HIV/AIDS, családon belüli erőszak, egészségügyi dokumentáció vezetése és a „nursing assistant” működésének jogi keretei, betegek jogai, kommunikáció a kognitív problémákkal küzdő betegekkel, újraélesztési ismeretek, műhibák megelőzése és biztonságos munkavégzés.

Az NCLEX-PN licence birtokában lehet Licenced Practical Nurse (LPN) licencet államonként kiváltani, ezen LPN licence-t két évente (egy-egy államban négy évente) kell hosszabbítani. Ennek során egy bizonyos összeget kell befizetni, valamint kb. 24 óra továbbképzés szükséges, melyet akár a főiskolán szervezett kurzuson is teljesíthet az ápoló. A CE sok esetben arra irányul, hogy magasabb végzettséget szerezzen az ápoló, így pl. BSc szintet is elérhet. Lehetséges CE kurzusok: anatómia, a család egészsége, etika, egészségi állapot felmérése, menedzsment. A LPN feladatköre szintén államonként változó, de összességében elmondható, hogy általában csak felügyelet mellett végezhetik a munkájukat, valamint a specializáció egyes területekre nem lehetséges (mert az RN (registered nurse) privilégium), a kompetenciakörük kibővítése certificate-ek megszerzésével érhető el leginkább, pl. CPR/BLS, légútbiztosítás, EKG értékelése stb.

A Registered Nurse az NCLEX-RN alap nemzeti licence birtokában válthatja ki adott államban az RN licence-t, melyet két évente kell hosszabbítani. Emellett minden államban kb. 24–30 óra továbbképzés szükséges ez időn belül. A továbbképzés/kurzus elvégzése történhet otthoni tanulás, továbbképzések, vagy főiskolai kurzusok lehallgatásával is. A licenc birtokában számos specializációs terület (certification) elérhető meghatározott idejű szakmai tapasztalat után, valamint az is változó, hogy megkövetelik-e a BSN (Bachelor of Science in Nursing) végzettséget. Ezek a specializációk kevésbé jogosítják fel az ápolókat bizonyos magasabb szintű ápolói beavatkozások elvégzésére, mint pl. egy MSc szintű Advanced Practice Registered Nurse képzés (részletesen lásd később). Mindezek mellett fontos megemlíteni, hogy a „nursing diploma” és az „associate degree” (melyek BSc szint alatti képzések) végzettségű ápolók száma csökkenő tendenciát mutat, illetve létszámuk arányosan illeszkedik az ellátórendszerbe, így elmondható, hogy 1980 és 2000 között a BSc végzettséggel rendelkező ápolók száma több mint 50%-kal emelkedett: 22%-ról 34,7%-ra, valamint törekvések indultak annak érdekében, hogy még inkább növeljék a BSN, DNP (doctor of nursing practice – Magyarországon ez a PhD programnak felel meg) végzettségűek arányát. A különbség a között, hogy valakinek van RN licence, illetve egy „certification”-je bizonyos klinikai területen az, hogy míg az RN licenc inkább adott államra lesz specifikus és kötelező, addig a speciális végzettség (certification) az egy, az Államoktól független szervezethez kötődik, pl. Board of Certification for Emergency Nursing. A specializációs területekre általában két év szakmai tapasztalat után lehet jelentkezni, le kell tenni az írásbeli vizsgát, valamint tagsági díjat fizetni. A certification megújítása bizonyos időközönként kell, hogy megtörténjen, ennek a módja, hogy az ápoló újból vizsgázik adott szakterületen, vagy folyamatos továbbképzéseken vesz részt, melyek szintén zárulhatnak írásbeli, vagy gyakorlati vizsgával is.

Az alábbiakban néhány lehetséges specializációs területre és az adott specializáció megszerzését követően a folytonos munkavégzés egyik feltételeként meghatározott folyamatos továbbképzési kurzusokra soroltunk fel példákat:

- Sürgősségi ápolás CE kurzusok: triage és a beteg állapotának a felmérése, vérgáz mintavétel és értékelés, haemodinamikai monitorozás, fájdalomcsillapítás, elsődleges sebellenítés, sebkezelés,
- Intravénás terápia CE kurzusok: intraossealis véna-biztosítás, portok alkalmazása, PICC kanül behelyezése és ellátása, teljes parenterális táplálás kivitelezése, transzfúziós terápia

- Kritikus betegek ápolása CE kurzusok: felnőtt beteg lélegeztetése, mellkascső ellátása, EKG elemzés, „end of life care”, fájdalomcsillapítás, PICC kanül behelyezése és ellátása
- Fájdalom menedzsment CE kurzusok: akut fájdalom kezelése gyermekek esetén, krónikus fájdalmak ellátása, neuropátiás fájdalom, fájdalom felmérése és kezelése időseknel,
- Sebkezelés CE kurzusok: alapfokú sebkezelés, felsőfokú sebkezelés, decubitus ellátása, bőr- és sebellenítés, műtéti seb ellátása

Az APN képzések, ahogy azt a korábbiakban is említettük már, MSc végzettséget adnak adott speciális szakterületen. A képzésbe való belépés követelménye, hogy érvényes RN licence legyen a jelentkezőnek, el kell végezni az MSc szintű képzést (2015-re DNP fokozathoz tervezik kötni a végzettség megszerzését), majd APN licencet kell kiváltani. A belépéshez némely esetben követelmény lehet, hogy az akut ellátásban legyen 1 éves/1000 órás tapasztalat. A licenc megújításának követelményei szintén államonként változhatnak, 1–4 évente kell megújítani (általában 2 év), a folyamatos továbbképzéseken való részvétel általában megkövetelt, ennek az óraszámja is változó 24–100 óra, vannak államok, ahol ennek az óraszámnak bizonyos részét gyógyszeres kurzusnak kell kitennie, mivel az APN-eknek gyógyszerfelírási jogosítványuk is van. Mindezek mellett néhány államban igazolni kell változó óraszámú munkavégzést adott szakterületen.

A magasabb végzettségű ápolók alkalmazásának előnyeit számos országban felismerték, és az oktatási rendszer kontrollja során törekednek a magasabb végzettségű ápolók képzésére is, így pl. az USA tekintetében a „nursing diploma” és az „associate degree” végzettségű ápolók száma csökkenő tendenciát mutat, illetve létszámuk arányosan illeszkedik az ellátórendszerbe, így elmondható, hogy 1980. és 2000. között a BSc végzettséggel rendelkező ápolók száma több mint 50%-kal emelkedett 22%-ról 34,7%-ra. Mindezek felül törekvések indultak annak érdekében, hogy még inkább növeljék a BSc, DNP (doctor of nursing practice – Magyarországon ez a PhD programnak felel meg) végzettségűek arányát.

EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

2013 szeptemberétől a BSc szint a legalacsonyabb végzettségi szint az Egyesült Királyságban. Jelenleg a képzés első pillérei a „pre-registration” kurzusok, ezek lehet-

nek úgynevezett diploma kurzusok és BSc kurzusok. A képzés során minden ápolónak kötelező az alábbi négy terület valamelyikére specializálnia (felnőtt, pszichiátriai, tanulási nehézségek, gyermek). Ezek elvégzését követően kell regisztrálni a Nursing and Midwifery Council-ba (NMC) és regisztrációs díjat is kell fizetni. Ahhoz, hogy a végzett, regisztrált ápolók a regisztrációjukat fenntartsák, 3 évente önbevallásos alapon be kell mutatniuk az ez idő alatt szerzett szakmai ismereteket (pl. továbbképzések, előadások, stb.) és az igazolt gyakorlati tevékenységet.

A regisztráció fenntartásának a kritériuma 450–900 óra igazolt munkavégzés az elmúlt 3 évben és 35 óra CPD (continuing professional development) kurzus elvégzése. Amennyiben az ápoló nem teljesítette a meghatározott óraszámot, akkor egy gyakorlatba visszavezető kurzust kell elvégeznie.

A pre-registration kurzusok elvégzését követően van lehetőség „post-registration” kurzusok elvégzésére. Ezek a CPD kurzusok lehetnek specializációs képzések, de egy-egy területre történő specializáció MSc szinten képzésbe integráltan (pl. APN képzés) is lehetséges. A jelenleg még BSc végzettséggel nem rendelkező ápolók tudásukat BSc szintre hozhatják szintén CPD kurzusok elvégzésével. Mindezeket túl PhD képzés is elérhető.

A CPD-re több lehetőség is van, különböző modulokat lehet elvégezni, melyek beszámításra kerülhetnek a BSc és MSc képzésekbe is. Általában két szinten lehet ezeket a kurzusokat elvégezni, a 6. szint, mely a BSc tanulmányokba számíthat be, a 7. szint pedig a már meglévő BSc, vagy MSc végzettségűeknek javasolt továbbképzési szint. Tekintettel arra, ahogy azt a korábbiakban is említettük, 2013-tól az Egyesült Királyságban a BSc szint a legalacsonyabb végzettségi szint, így az e szint alatti továbbképzésekkel nem foglalkozunk.

Példák a CPD típusaira:

6–7 szintű modulok: korszerű aneszteziológiai ápolás modul; korszerű post-aneszteziológiai ápolás; korszerű ápolói gyakorlat; baleseti és sürgősségi ellátás modul; korszerű elvek és gyakorlat a perioperatív ellátásban; akut megbetegedésben szenvedő betegek felmérése; akut betegségben szenvedő beteg ellátása; kritikus állapotú betegek ellátása; holisztikus elvek a perioperatív ápoló munkájában; enyhébb betegségek ellátása NP által; kisebb sérülések ellátása NP által; fizikális vizsgálat és diagnosztika modul; nem-orvos általi gyógyszerfelírás – nem csak az önálló, ápoló általi diagnózist követő gyógyszerfelírást jelenti (independent or supplementary), és nem csak gyógyszerfelírást, hanem pl. segédeszközök felírását is jelenti; közösségi ápoló gyógyszerfel-

írás modul; Egynapos kurzusok - Study Days (nem-orvos általi gyógyszerfelírás; Return to Prescribing Study Day – olyanoknak, akik már rendelkeznek gyógyszerfelírási jogosítvánnyal)

Az SCQF (Scottish Credit and Qualifications Framework) kategóriák szerint is besorolják a kurzusok szintjét, ebben az esetben a 9. szint jelenti a BSc szintet, a 11. szint az MSc-t és a 12. szint a PhD végzettséget.

- 9-10. szintű modulok (önállóan, de a képzésbe – BSc– integrálva is elérhető): korszerű klinikai állapotfelmérés; a beteg állapotának felmérése és tünetek kezelése a palliatív ellátásban; a beteg állapotának felmérése a pszichiátriai ellátásban; döntéshozatal a gyakorlatban; bőrgyógyászati ismeretek egészségügyi szakdolgozóknak; empirikus ismeretek; felzárkóztatás a további tanulmányokhoz; gyermekek jogai; mentorképzés; nem-orvos általi gyógyszerfelírás; fájdalom I.: a fájdalom megértése és felmérése; az akut megbetegedések felismerése felnőttkorban; kutatási projektek szervezése, tervezése; vissza a gyakorlathoz; szexuális egészség; az önellátás támogatása; munkaalapú tanulás; jóléti rendszerek: a jóléti rendszer fejlesztése; jogi ismeretek a foglalkoztatásról és az alkalmatlanságról; szociális juttatások rendszere és a szabályozás;
- 11. szintű modulok (önállóan, de a képzésbe – MSc– integrálva is elérhető): Advanced Practitioner; a gyermekszülés komplexitása: korszerű elméleti és gyakorlati szülésznői ismeretek; daganatok epidemiológiája, tudomány és kezelés; törvényszéki mentális megbetegedések; felzárkóztatás a korszerű ismeretekhez; a rizikó minimalizálása és a felépülés maximalizálása; nem-orvos általi gyógyszerfelírás; együttműködés a hosszú ápolási idejű állapotokban; minőségfejlesztő projektek az egészségügyi és szociális ellátásban; az ellátás egyensúlyának eltolódása; munkaalapú tanulás.

Az Egyesült Királyság tekintetében fontos megemlíteni a fentiekén túl az ún. statutory (törvényileg előírt) és mandatory (kötelező) képzéseket, melyek elvégzése kötelező és a munkába állás feltétele. Ezek témakörei pl. tűzvédelmi ismeretek, információkezelés, adatvédelem, rizikó felmérés stb. Ezek a képzések az egészségügyi intézményekben történnek nemzeti (NHS) ajánlások alapján. Ezen túlmenően a frissen végzett szakembereknek alapoó programokon is részt kell venniük (foundation programme), melyek azt a célt szolgálják, hogy a betöltendő munkakörnek megfelelően a kívánt alapvető

kompetenciákat elsajátíthatják. Fenti kurzusok tekintetében kritika is megfogalmazódik, mivel a munkáltató szervezi és kontrollálja ezeket, így az egységesség, az egyenletes színvonal és számonkérés tekintetében nehézségek vannak.

Mindkét ország rendszereit áttekintve fontos kihangsúlyozni a folyamatos továbbképzéseknek (CE/CPD) a jelentőségét. Egyrészt feltételét képezik a licence/regisztráció megújításának, így biztosítva azt, hogy a szakdolgozók ellenőrzött és jól kontrollált módon frsíthessék fel elméleti és gyakorlati tudásukat, valamint megszerezzék területükön a mindenkori releváns ismereteket. Természetesen ezek a továbbképzések a dolgozók képzettségi szintjéhez és szakterületéhez is igazodnak, lehetnek csak elméleti képzések, vagy gyakorlatot is tartalmazhatnak és legtöbbször a kurzusok elméleti és/vagy gyakorlati számonkéréssel végződnek. A kurzusok időtartama változó kezdve az egynapostól az akár egy szemeszter időtartamú kurzusokig, ám egyes kurzusok esetén az otthoni felkészülési idő is jelentős óraszámú lehet. Fentiek mellett a másik jelentősége a folyamatos továbbképzéseknek, hogy az egyes végzettségek/oklevelek/tanúsítványok megszerzésén kívül számos esetben lehetőséget ad az ápolók kompetencia bővítésére, pl. PICC kanül (Peripherally Inserted Central Catheter – perifériásan felvezetett centrális vénás katéter) alkalmazása kurzus, vagy nem-orvosi gyógyszerfelírás (non-medical prescribing) modulok.

Megoldási javaslatok a licence rendszer (továbbképzési rendszer) optimalizálásával kapcsolatosan

Magyarország tekintetében alapvető problémaként jelenik meg, hogy nincsenek meghatározva képzési szintenként kompetencia körök (hatásköri listák). További problémát jelent, hogy nem kerültek kialakításra a főiskolai illetve egyetemi végzettségre épülő szakápolói képzések (kivéve néhány bizonytalan jogi helyzetű szakirányú továbbképzést), így a főiskolai illetve egyetemi végzettségű ápolóknak középfokú szakápoló képzések elvégzésére van csupán lehetőségük a középfokú ápolói végzettségű ápolókkal megegyező módon. Ebből a helyzetből adódóan a specializációk tekintetében sincsenek képzési szintenként elkülönített hatásköri listák. A hazai egészségügyi rendszernek a jelenlegi problémák ismerete mellett (orvoshiány, egészségügyre fordítható források hiánya, modern technológiák bevezetése, az ápolók alacsony presztízse, a BSc/MSc ápolói végzettség iránti érdeklődés alacsony szintje a felső-

oktatásba jelentkezők esetében, stb.) fel kell vállalnia, hogy bizonyos tevékenységekkel szükséges bővíteni a hazai ápolók kompetenciakörét és ehhez meg kell teremteni a megfelelő képzési formát/szabályozási kereteket. A nemzetközi trendek egyértelműen az utóbbi irányába mutatnak. Az ápolói szerepek korszerűsítésével a költséghatékonyságon túl, nagyobb lesz a szakma iránti érdeklődés és így csökkenthető a pályaelhagyás, csökkenhetnek a várakozási idők, a betegelégedettség növekedhet és csökkenhet a hospitalizáció is. Az oktatási és képzési programok fejlesztése segít redukálni a lemorzsolódást és javítja a munkaerő felvételt, így az APN képzés hatásos ellenszere lehet az ápolók más európai országokba történő migrációjának a jobb munkalehetőség reményében.

A fejlesztési folyamat első alappillére kell legyen az ápolói képzési rendszer vázolt problémáinak a megoldása, mely biztosíthatja képzési szintenként a nemzeti szinten is egységes alapismeretek elsajátítását, ezzel párhuzamosan pedig már elkerülhetetlen, hogy az egyes képzési szintekhez tartozó hatásköri listák elkészítése is megtörténjen a megfelelő jogi szabályozási háttérrel. Mindezek birtokában végre a gyakorlatban is elkülönülhetnek az ápolói kompetenciák és elősegíthető az ápolói presztízst és motiváltságot erősítő folyamat elindulása.

A középfokú ápolóképzés felsőfokú ápolóképzési programba történő beszámításának megoldási alternatívája lehet az Egészségügyi Szakképző Iskolák felügyelete/működtetése az egyetemek által. Ezen struktúra könnyebb átláthatóságot és átjárhatóságot biztosíthat. 1920-as, 40-es években ennek már működött jó gyakorlata, amikor is a Magyar Királyi Állami Ápolónő és Védőnőképző Intézetek az orvostudományi egyetemeken működtek. Jelenleg Magyarországon 10 helyen folyik BSc szintű ápolóképzés, azonban az egészség tudományi felsőoktatási intézmények hallgatói létszáma drasztikusan csökkent az elmúlt évtizedben. A regionális szakember utánpótláshoz indokolt ezen egészség tudományi felsőoktatási intézmények fenntartása, amit elősegíthet, ha az egészségügyi szakközépiskolák a felsőoktatási intézményekhez tartozóan kerülnének megalapításra, így a hallgatói létszámcsökkenés miatt kialakult oktatói és infrastrukturális (pl. nagymértékű demonstrációs esz-közpark) üres kapacitás is kezelhetővé válna. Ebben az esetben a felsőoktatási intézmény hatékonyan tudja a képzés minőségét biztosítani, ellenőrizni, és így tudjuk a képzési időt az OKJ ápoló képzés esetén 2–2,5 évre csökkenteni. Emellett javasolt a középfokú ápolóképzés tananyag tartalmának és képzési idejének szűkítése, aminek megfelelően a jelenleg 3 éves OKJ ápoló képzés

ideje 2–2,5 évre csökkenthető, amiből további 1 év beszámítható a BSc ápoló képzésbe. Ezen fejlesztés gazdaságilag és szakmailag is jelentős előrelépést jelenthet (csökkentett középfokú képzési idő, az előzetes ismeretek beszámítása miatt rövidített felsőoktatási képzési idő miatt olcsóbb szakember képzés, gyorsabb munkaerő biztosítás).

A nemzetközi kitekintés és a hazai lehetőségek elemzése alapján az alábbi konkrét javaslatokat kívánjuk megfogalmazni:

1. Az ápolóképzések tananyagtartalmának képzési szintenkénti átdolgozásával párhuzamosan szükséges képzési szintenként a hatásköri listák kialakítása

Az oklevél megszerzését követően (teljesen függetlenül a szakmai vizsgától, záróvizsgától) a munkába állás feltételeként (a jelenlegi alap- és működési nyilvántartásba történő, tudásszint méréséhez nem kötött regisztrációs módosításaként) teljesítendő vizsga bevezetése javasolt. Ezen vizsga egyfajta nemzeti alap licenceként is bevezethető, azonban a 18/2007. (IV. 17.) EüM rendelet – az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap – és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről – módosításával a már jelenleg is működő alap- és működési nyilvántartás részeként is bevezethető. Jelenleg Magyarországon az alapnyilvántartásba, illetve működési nyilvántartásba való bekerülés a képző intézményben lefolytatott záróvizsgán túl külső tudásszint méréséhez nem kötött (az egyes képzéseknél meglévő központilag összeállított azonban a képző intézményben helyileg megíratott és javított írásbeli számonkérés bizonyos anomáliák miatt nem tekinthető ennek). A képzést követően (a végzettségi szintnek megfelelően) írásbeli (elektronikus írásbeli vizsga) vizsga megszervezése javasolt, mely független mind a szakmai vizsgától/záróvizsgától, a képző intézmény humán erőforrásától és tárgyi infrastrukturális feltételeitől és valamely szakmai szervezet által központilag szervezett. Az intézményenként történő szóbeli záróvizsgák, illetve az intézményekben megíratásra kerülő központi írásbeli záróvizsgák sajátosságából adódó anomáliák kiküszöbölése, és így képzési szintenként egységes belépési tudásszint biztosítása érdekében.

Fontos a képzési programok átalakítása is annak érdekében, hogy indokolatlan területeken ne kerüljön sor licence képzések bevezetésére, és ennek érdekében

mind a középfokú, mind a felsőfokú (BSc és MSc) képzésekbe integrálva kapják meg a hallgatók azokat az ismereteket, melyeket már az eddigiekben is elvégzett tevékenységek megfelelő szintű és legális kivitelezéséhez szükségesek. A BSc és MSc képzések, illetve az azokra épülő szakképzések esetében természetesen a beavatkozások nehézségi foka, összetettsége és a kompetenciahatárok a végzettség emelkedésével szinkronban változnak. Mindezek tükrében fontos, hogy képzési szintenként kerüljenek kidolgozásra a kompetencia listák (hatásköri listák), ugyanis ebben az esetben a képzést kell úgy alakítani, hogy azok a beavatkozások, melyek jelenleg az ápolók kompetenciakörén kívül esnek, de sok esetben a mindennapi gyakorlat részét képezik (pl. intravénás injekció beadása, férfibeteg katéterezése) legitimálva legyenek mind a kompetencialista, mind a fenti vizsga letétele által. Szükséges megadni a felkészüléshez használható tankönyvet, e-learning tananyagokat, irányelveket, stb., valamint indokolt létrehozni egy olyan elektronikus adatbankot, amely az előírt témakörök tekintetében gyakorlati lehetőséget ad a vizsgára jelentkezőknek. Ezek hatékonyságát számos nemzetközi tanulmány alátámasztotta, valamint jelentős prediktív tényezőként bizonyultak a vizsga kimenetelét illetően.

2. Adott speciális beavatkozás elvégzésére jogosító, azonban képzési szinthez kötött tanfolyam alapú licence

A szakmai ismeretek felejtéséből adódó és a szakmai ismeretek bővüléséből, fejlődéséből, változásából eredő hiányosságok kiküszöbölésére a továbbképzések hazai rendszere a gyakorlati tapasztalatok alapján az elmúlt időszakban nem nyújtott optimális keretet. Ennek több oka van, pl. a szakdolgozók a továbbképzési időszak szükséges pontszámait konferenciákon való részvétellel és a gyakorlatban eltöltött évekkért járó pontokkal meghatározó mértékben tudták teljesíteni, illetve további tényezőként kiemelhető: az „A” jelű továbbképzések egy részének tartalma, a továbbképzések lebonyolítóinak köre, a továbbképzések témaköreinek meghatározása, a képzési szintekhez tartozó hatásköri listák hiánya. Ehhez képest előrelépést jelent a 63/2011. (XI.29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól, ahol a kötelező továbbképzéseket főiskolai/egyetemi szintű szakemberek esetében már kizárólag egészségtudományi karok végezhetik, míg a középfokú végzettségű szakdolgozók esetében egészségtudományi karok,

a GYEMSZI, akkreditált egészségügyi intézmények, illetve iskolarendszerű egészségügyi szakképzést folytató intézmények. Fontos lenne az ezen kötelező továbbképzések körét végzettségi szintenként és specializációként úgy kialakítani, hogy kompetenciakör bővítő licence képzéseket abszolváljanak a szakdolgozók. Ezek a kötelező továbbképzések formájában abszolvált licencek alkalmasak arra, hogy a korábban végzett szakdolgozók elsajátíthassák azokat az elméleti és gyakorlati ismereteket, amelyek hiányoznak az általuk jogszabályilag nem rendezett módon jelenleg is végzett tevékenységek ellátásához (míg az ápolóképzésben részt vevő szakdolgozók esetében ezen szerepet az 1. pontban ismertetett, az oklevél megszerzését követően a munkába állás feltételeként teljesítendő vizsga fogja betölteni, mert a szükséges elméleti és gyakorlati tananyagot be kell építeni a képzésbe). Meg kell határozni azoknak a licenceknek a körét és témáját, melyeket kizárólag középfokú, vagy felsőfokú végzettséggel lehet elvégezni. Ezeket a licenceket és a hozzájuk kapcsolódó kompetencia szintek bővülését is hosszabbítani kell bizonyos időközönként. A kötelező továbbképzések szabályozásának összhangba hozásával elérhető, hogy a licence vizsgák a kötelező és szabadon választható továbbképzések keretein belül bonyolódjanak le. Alapelvnek tekintjük, hogy a középfokú végzettséggel rendelkezők esetében mindez a jelenleg is széles körben végzett, azonban képzési és szabályozási oldalról nem kellően megalapozott tevékenységek legitimálására vonatkozzon, pl. intravénás injekció beadása, infúzió bekötése, stoma ellátás, férfi- és női beteg katéterezése. Másrésztől az orvosi kompetenciakörből átkerülő tevékenységek kizárólag BSc és/vagy MSc ápolói végzettséghez legyenek köthetők részben az alapképzésbe (pl. légútbiztosítási eljárások, felsőfokú sebkezelés, transzfúziós terápia, mesterséges táplálás, stb.), részben a különböző APN képzésekbe integrálva (pl. intubáció, sebszélek egyesítése, mellkaspunkció, centrális véna biztosítása, artériás kanül behelyezése, endotrachealis intubáció, gyógyszerek önálló elrendelése (lázcsillapító, fájdalomcsillapító, folyadék, vasoaktív szerek), anesztézia kivitelezése, lélegeztetőgép alkalmazása, haemodialízis kivitelezése és dializáló kanülok felvezetése, AV fistulák, graftok kialakítása, EKG elemzés, defibrillálás, gyomormosás, hascsapolás stb.). Utóbbi beavatkozásokhoz kapcsolódó kompetenciakörök nem jelentenek újdonságot a képzésben, ugyanis az Oktatási Hivatal mint felsőfokú szakirányú továbbképzéseket már jóváhagyta

a dializáló szakápoló, intenzív szakápoló, műtő szakápoló, sürgősségi és triage szakápoló területeken, valamint egyes feladatok esetén megfigyelhető más nem-orvosi szakmák (pl. mentőtiszt) kompetencia bővülése (pl. intubáció, gyógyszerrendelés, mellkascsovezés stb.), ám ezen képzési forma jelenleg nem működőképes, azokat az APN képzésbe javasolt integrálni. Ezen beavatkozásokon kívül egyéb, az eddigiekben orvosi kompetenciakörbe tartozó feladatok is delegálásra kerülnének az APN végzettséggel rendelkező ápolók részére (pl. diagnosztikus képalkotó vizsgálatok elrendelése, gyógyszerek elrendelése bizonyos meghatározott megbetegedések kapcsán, gyógyászati segédeszközök vényre felírása, önálló anesztézia kivitelezése). A licence vizsga ismétlésének javasolt gyakorisága 2–3 év.

Javasoljuk, hogy a kialakításra kerülő licencek lehető legnagyobb köre már a most képzésben lévőknel integrálásra kerüljön az elméleti és gyakorlati tananyagba, a már kiképzetteknel pedig a folyamatos kötelező és szabadon választott továbbképzések által legyen lehetőség a már megszerzett ismereteik megújítására, bővítésére. A licenc vizsgákra vonatkozó bármely alternatíva esetén fontos szempont az egységesség országos szinten, így javasoljuk az egyetemekhez kötött régiók kialakítását, illetve az egészségügyi oktatási intézményekhez kötött oktatási tevékenységet.

Jelen fejezet szerzői szintén célként tűzték ki, hogy összhangban a nemzetközi irodalmi adatokkal és a hazai szakmai szervezetek képviselőivel, javaslatot tegyenek a magyarországi ápolói licence rendszer egy lehetséges, képzési szintenként meghatározott struktúrájára, melyet az alábbiakban ismertetünk (1. ábra).

További lényeges kérdés, hogy bármely alternatívának milyen anyagi vonzatai legyenek az egyes munkavállalók tekintetében. Véleményünk szerint a licence vizsgák jelentős részében központi támogatási rendszer kiépítése szükséges, hogy a szakdolgozóknak ez ne jelentsen anyagi terhet, valamint a szakma által megkívánt folyamatos fejlődés akadálytalanul megvalósulhasson. A licencek megújításának időkorlátjában is egységes álláspont szükséges, mely garantálni tudja a biztonságos betegellátást, a nemzetközi tendencia az, hogy minél invazívabb, összetettebb, vagy magasabb szintű egy feladat, annál rövidebb ez az időtartam, akár évente is szükséges lehet a megújításra. Másik fontos pont, hogy az általános megfogalmazások helyett egy, az ápolókra vonatkozó jogi szabályozási rendszert kell kidolgozni az átláthatóság, a biztonságos munkavégzés, az ellátandók védelme és a legitimált munkavégzés érdekében.

Az ápolásmenedzsment aktuális kérdései

Az egészségügyi költségek, az egészségügy iránti igény folyamatosan nő, melynek egyik oka a népesség átlag-életkorának emelkedése. Tekintettel arra, hogy az egészségügyre fordítható pénzből ezt a növekedést lehetetlen követni, így arra kell törekednünk, hogy a legkisebb költséggel biztonságos, hatékony gyógyítást, ápolást nyújtsunk. Ezek tudatában egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a gyógyítás gazdaságossági mutatói, a költség-hatékony működés, az ellátás minősége és a minőség folyamatos fejlesztése. Tudni kell azt is, hogy a gazdálkodás nem minden esetben pénzzel összefüggő tényező, ebben döntő szerepe van a szakértelemnek, a szervezésnek, a tervezésnek és az innovatív eszközöknek, vagy eljárásoknak, melyekkel hosszútávon költséghatékony ápolás biztosítható. A gyógyító-megelőző ellátás legnagyobb kiadási tételét a fekvő-betegellátás jelenti, amely a betegágy mellett kezdődik, így nyilvánvaló, hogy az ezzel összefüggő költségekre az ápolóknak jelentős ráhatása van. Egyes számítások szerint a költségek akár 47%-áért is felelhet az ápoló.

Az ápolói motiváció fokozásának egyik speciális formája lehet a korábbiakban már említett kompetenciakörök bővítése, mely által a magasabb, felsőfokú végzettséggel rendelkező ápolók elégedettsége is fokozható. Ennek eredménye képpen vonzóbbá tehető az ápolói hivatás, melyre nagy szükség lenne, tekintettel arra, hogy az ápoló szakra jelentkezettek és ezzel összefüggésben a végzettek száma évről-évre csökkenő tendenciát mutat országsszerte, míg korábban az 1000 főt lényegesen meghaladta a BSc ápoló diplomát megszerzők száma, addig az elmúlt években ennek a létszámnak már csak töredéke szerez évente BSc diplomát (pl. a PTE ETK-n 1999-ben 1274 volt az ápoló BSc hallgatók létszáma a 4 évfolyamon összesen, azonban ez 2013-ra 273-ra csökkent). A kompetenciakörök bővítésének alapját jelentheti a licence-rendszer, melyben az ápolók végzettségi szintjüknek és a munkavégzés specifikumának megfelelően tudnák bővíteni feladatkörüket. Mindezen túl az innovatív, új szakmai ismeretek elsajátításában és az alap-, illetve szakképzéseken tanult ismeretek felfrissítésében is jelentős szerepet tudnának képviselni ezen licencek.

A mindennapi ápolói gyakorlat kapcsán probléma, miszerint kevés az idegen nyelvet beszélő ápolók száma, akik a nemzetközi szakirodalom folyamatos nyomon követése által új, innovatív eszközök alkalmazására hívnák fel a figyelmet. Ezen új, korszerű eszközök alkalmazásával kapcsolatosan szükség lenne arra is, hogy korrekt módon, kutatás-módszertanilag megalapozott vizsgálá-

tokat végezzenek a gyakorlati szakemberek a költséghatékonyság elemzése céljából, így a nemzetközi kutatási eredmények hazai viszonyokra történő optimális adaptációja is megvalósítható lenne maximalizálva az ápolás minőségét és a betegek elégedettségét, valamint minimalizálva az ápolásra fordított költségeket. Példaként említhető annak vizsgálata, hogy két különböző gyártójú és minőségű perifériás rövid kanül alkalmazási ideje között, illetve az esetlegesen megjelenő szövődmények között van-e összefüggés, illetve szintén az infúziós terápia témaköréből a midline kanül (középutas kanül) költséghatékonyságának kérdése.

Ápolásszakmai irányelvek

A minőségi ápolás egyik alapvető kritériuma, hogy az elvégzett tevékenység a „szakma szabályai” szerint történjen annak figyelembe vételével, hogy minél hamarabb pozitív irányú változást érhessünk el a páciens ellátása során, figyelembe véve a költséghatékonyság fontosságát, illetve a további ártalmaktól való védelmet –betegbiztonság– (pl. nosocomiális fertőzések, vagy véna phlebitis kialakulása, stb. . .). A „szakma szabályai” szerinti munkavégzés alapvetően azt kell jelentse, hogy az ápolók tevékenységüket a különböző szakmai szervezetek, szakértők, kollégiumok által készített irányelvek, protokollok alapján végzik. Ezen irányelvek készítésekor alapvető követelmény, hogy bizonyítékokon (evidenciákon) alapuló szakmai anyagok kerüljenek kiadásra, melyek tartalmazzák a nemzetközi innovatív eljárásokon túl az adott helyi környezetre specifikusan alkalmazható alternatív megoldásokat is. Fontos tisztában lenni azzal is, hogy az Egészségügyi törvényben leírtak alapján az ápoló kötelessége, hogy munkáját a szakmai irányelvek alapján végezze, illetve az egyes intézményekben a gyakorlatban alkalmazott, kidolgozott protokollok ezen irányelvek alapján készüljenek el. A szektorsemlegesség elve alapján az egészségügyi szolgáltatótól függetlenül kell alkalmazni az irányelveket. Amennyiben szakmai irányelvek nem állnak rendelkezésre, akkor a kurrens szakirodalmi adatokra kell támaszkodni.

A szakmai irányelvek célja tehát, hogy elősegítse a minőségi és biztonságos betegellátást a költséghatékonyság figyelembe vételével, továbbá segítségként szolgálhatnak a klinikai auditok alkalmával a minőségbiztosítási rendszer részeként, valamint oktatási segédanyagként is megjelenhet az ápolóképzés minden képzési szintjén. A jó szakmai irányelvek, azon túl, hogy megfelelő minőségű és mennyiségű szakirodalmi adaton alapulnak, multidiszciplinárisak és egyértelműen megfogalmazzák adott irányelv célcsoportját. Fontos, hogy az irányelv több al-

ternatívát is felsoroljon egyes beavatkozások, vagy az ahhoz használt eszközrendszer kapcsán, ugyanis így biztosítható az, hogy az innovatív, korszerű (esetleg valamivel költségesebb, de hosszútávon költséghatékony) eszközök mellett a mindenkori gazdasági és pénzügyi lehetőségeknek is meg tudjanak felelni az intézmények. A szakmai irányelvek alapot biztosíthatnak a minimumfeltételek és kompetenciaszintek meghatározásához is.

A hazai ápolás gyakorlatára és elméleti oktatására is jellemző, hogy minimális azon beavatkozásoknak a köre, melyek evidenciákon alapulnak, ez elsősorban annak az eredménye, hogy az ápoló kollégák nem beszélnek idegen nyelveket, így nem vesznek részt nemzetközi szakmai konferenciákon, egyeztetéseken, vagy intézmény látogatáson, valamint idegen nyelvű szakirodalmat sem olvasnak, így az innovatív, nemzetközi viszonylatban kutatási eredményekkel alátámasztott ápolásszakmai ismeretek sem jutnak el hazánkba.

Hazai viszonylatban jelenleg egyetlen ápolásszakmai irányelv sem létezik, illetve a korábbiakban elérhető szakmai protokollnak minősített anyagok kapcsán komoly minőségi kifogásokat fogalmaztak meg az értékelő szervezetek, mely negatív kritikák leginkább az evidenciák teljes mellőzésén alapultak, vagyis sem magyar, sem nemzetközi evidenciákat nem használtak megírásukkor és markánsan jelentek meg a helyi szokások, megszokott munkafolyamatok, melyek a legnagyobb jóindulat mellett sem nevezhetők megfelelő minőségű szakirodalmi adatnak, szakmai bizonyítéknak.

Az irányelvek fejlesztése megtörténhet adaptációval, adaptációval, illetve az ún. de novo development által. Utóbbi esetében a szerzők teljesen új irányelvet készítenek, adaptáció esetén egy meglévő, pl. külföldi irányelvet vesznek át változtatás nélkül, míg adaptáció esetén a külföldi irányelv átvétele történik meg a szakirodalom aktualizálása, kiegészítése mellett, valamint az irányelv hazai viszonyokra történő módosításával. Összefoglalva tehát, ahhoz, hogy az irányelv elkészítése megfelelően megtörténhessen szükségesek a jó minőségű kutatási eredmények. A bizonyítékok és ajánlások rangsorolása több szempont alapján is megtörténhet (pl. A, B, C, D, 1a, 1b stb...).

Az ápolási dokumentáció fejlesztésének szükségessége

Az ápolási dokumentáció korrekt vezetése törvény által meghatározott kötelessége minden egészségügyi dolgozónak, hiszen ezen dokumentáció segítségével lehet nyomon követni a páciensek állapotát, jogi viták esetében objektív mutatóként kell(ene) szolgálnia, valamint

minőségügyi mutatót is képez. Mindezekből adódóan az ápolás vezetőknek kiemelt feladata az, hogy az általuk vezetett osztályokon az ápolási dokumentáció vezetése korrekt módon megtörténjen. A gyakorlati tapasztalat az, hogy a papíralapú dokumentáció vezetése jelentős időráfordítást igényel, valamint az ápolási folyamat részeként elkészítendő egyedi ápolási tervek kapcsán megfigyelhető, hogy az ápolási anamnézis felvétel során nyert adatok rendszerezése elmarad, emellett pedig az ápolási problémák, majd később az ápolási diagnózisok prioritizálása is. Az egyik legnagyobb hibaforrás az egészségügyi dokumentációban az ápolási diagnózisok meghatározása, leginkább helytelen meghatározása. A probléma fő forrása az, hogy az ápolók nem ismerik a NANDA szerinti ápolási diagnózisokat, így vagy általuk „kreált”, vagy orvosi diagnózisokhoz hasonló diagnózisokat állapítanak meg. Egy másik lényeges probléma, szintén az ápolási diagnózisokhoz kapcsolódóan az, hogy az ápolók a diagnózisok meghatározásakor nem veszik figyelembe azt, hogy bizonyos kötelező vonásoknak aktuális diagnózisok esetén, valamint bizonyos kockázati tényezőknek kockázati ápolási diagnózisok esetén teljesülniük kell ahhoz, hogy adott diagnózissal a beteget elláthassák. Mindennek azért is van nagy jelentősége, mert ebből eredeztethető az az anomália, hogy két nagyban megegyező állapotú és alapbetegségű kliens ápolási dokumentációja az ország két különböző intézményében eltérő képet mutat, eltérő diagnózisokat állítanak fel, valamint a feltüntetett beavatkozások is jelentősen eltérnek azonos betegnél ápolónként/intézményenként. Másrészt jogi szempontból is védelmet jelentene az, ha mindezeket az ápolók figyelembe vennék az ápolási folyamat tervezése kapcsán hasonlóan az orvosokhoz, akik szintén csak bizonyos diagnosztikus kritériumok alapján állítják fel a diagnózisukat. Hazai viszonylatban az ápolási dokumentáció jóváhagyása a páciens kezelőorvosának aláírásával történik, mely gyakorlat már sokszor jelzett probléma, amin változtatni kellene. Ennek egyik oka, hogy az orvos nem tudja miért vállal felelősséget, hiszen a képzésében nem részesül megfelelő oktatásban a tekintetben, hogy meg tudja ítélni, hogy pl. az ápoló létező ápolási diagnózist állított-e fel, az adott diagnózist egyáltalán szabad-e az adott betegnél felállítani (pl. a betegvizsgálat igazolta-e a kötelező vonásokat), korrekt célok, eredményességi kritériumok kerültek-e meghatározásra és a tevékenységek (beavatkozások) köre, valamint kivitelezése a szakma szabályai szerint került-e meghatározásra (sajnálatos módon az ápolók jelentős része sem rendelkezik ezen ismeretekkel, ezért az ő képzésük, számonkérésük, ismereteik frissítése terén is lenne teendő). Szintén meg-

figyelhető az, hogy a papíralapú dokumentáció mellett – többek között a helyhiányból adódóan – nem történik meg a beteg állapotának újrafelmérését követő ápolási terv módosítása, vagy az ápolási kategóriák változásának követése, így a betegek ápolási dokumentációja mellőzi a WHO által is megfogalmazott dinamizmust. Szintén gyakorlati probléma, hogy az ápolási dokumentáció vezetése jelentős időráfordítást követel az ápolóktól, valamint a papíralapú dokumentáció miatt nagyobb az esélye annak, hogy tévedések, elírások és helytelen, ápolásszakmai és ápolástudományi szempontból inkorrekt elemek kerülnek be, melyek miatt jogi szempontból sem védhető kellő mértékben az ápolás. Fenti problémára átfogó megoldási javaslat szükséges, mely magában foglalja mind a standardizálás kérdését, mind az időráfordítás csökkentését. Nemzetközi példák alapján egyértelmű, hogy mindezek az elektronikus, nemzeti szinten egységes és közös hálózaton működő dokumentációs rendszer bevezetésével lennének elérhetőek. Ezen vonatkozásban lehetne egy olyan elektronikus platform hazai adaptálását megvalósítani, ami nem csak szoftveres és formális tartalmi kérdésekre szorítkozik, hanem olyan ápolásszakmai tartalommal is bír, ami egy gyorsan, könnyen és szakszerűen használható dokumentációt eredményezhet. A rendszer egészét pedig segíteni, ha megfelelő informatikai eszközök is rendelkezésre állnának (hordozható, kisméretű eszköz, tablet). Az informatikai megoldások segítségével lehetővé válna az, hogy kizárólag standard ápolási diagnózisokat választhasson ki az ápoló kizárólag abban az esetben, ha a korábbiakban már említett kötelező vonások, vagy kockázati tényezők azt indokolják (pl. a tünetek, kötelező, nem kötelező vonások menüből választhatóak, ami alapján automatikusan megjelenik és szűkül a szakmailag korrekt módon választható ápolási diagnózisok köre, stb.). Emellett az ápolási terv többi részére vonatkozóan is standard elemeket lehet kiválasztani az egyéni jellegzetességek figyelembe vételével. A jelenlegi ápolási dokumentációval kapcsolatos gyakorlati problémák jelentős része kiküszöbölhető lenne egy egységes elektronikus betegdokumentációs rendszer kifejlesztésével, mely jogi szempontból is védelmet biztosíthatna az ápolók számára amellet, hogy megkönnyítené a dokumentáció visszakövetését. Mindezek jelenthetnék a hibák minimalizálására képes szakmailag hatékonyabb, a jelenlegi rendszernél lényegesen gyorsabb és a ma esetenként formális dokumentációvezetéshez képest tartalmilag is releváns és adatbázis alapú, tudományosan kutatható rendszer alapjait.

Bizonyítékokon alapuló ápolás

Ahogy az a fejezet korábbi részeiben is hangsúlyosan megjelent, kiemelt jelentőséget kell tulajdonítani a bizonyítékokon alapuló ápolásnak, ugyanis ez által biztosítható a biztonságos, költséghatékony betegellátás. Sajnos hazai viszonylatban számos példa van arra, hogy bizonyos ápolási beavatkozásokat régi „szokások” alapján végeznek és a megfelelő szakirodalommal alátámasztott gyakorlatot teljes egészében mellőzik, vagy éppen a kurrens szakirodalom alapján káros tevékenységet végeznek (pl. légúti váladék eltávolítása kapcsán fiziológiás sóoldat instillációja az endotrachealis tubus lumenébe, így az alsó légutakba). A szintén korábbiakban említett továbbképzési és/vagy licence rendszereknek kellene az új, korszerű ismereteket átadó közegnek lennie és motiválni a szakdolgozókat az önképzésre, fejlesztésre és a szakirodalom folyamatos nyomon követésére, mindezek által lehet költséghatékonyra és korszerűvé tenni az ápolást.

Az alábbiakban néhány jellegzetes példák mutatunk be az elavult ápolási ismeretek tekintetében, illetve mellette ismertetjük a jelenleg korszerű beavatkozásokat és lehetséges előnyeiket.

Az infúziós terápia témakörében említhető a hazai viszonylatban széles körben alkalmazott rövidkanül behelyezése és ápolása. A megszokott gyakorlat az, hogy ezeket a kanüloket 72 óránként cserélni szükséges, ám napjaink korszerű álláspontja egyre inkább abba az irányba változik, hogy azokat csupán szövődmény esetén javasolt eltávolítani. Ezen szövődmények legtöbbször a thrombophlebitis, vagy az extravasatio/infiltratio, a szövődmények súlyosságának felmérésére pedig standard felmérőskálák használatosak. Így megfelelő kanül gondozással megnyújtható a rövidkanülok alkalmazásának időtartama és költséghatékonyabb lehet az ellátás, a standard felmérőskálák használatával pedig csökkenthető a szövődmények észre nem vételéből adódó plusz ápolási költség. Ahhoz, hogy a kanülok punkciós pontját meg lehessen figyelni, javasolt a transzparens kötszerek használata, melyek alapvetően 7 napig is alkalmazhatók, nem szükséges a napi csere. Gyakori probléma, hogy az ápolók nincsenek tisztában a transzparens kötszerek alkalmazhatóságának időtartamával, így azokat napi szinten eltávolítják. Nemzetközi viszonylatban széleskörben alkalmazott és preferált a midline kanül (középutas kanül), mely szintén perifériás vénabiztosításnak minősül a rövidkanül mellett, mégis lényegesen tovább bent tartható a vénában, akár 1 hónapig is, így a kanülcse-

réhez kötődő költségek csökkenéséből és az esetlegesen megjelenő szövődmények elkerüléséből adódik a költséghatékony ápolás. A szövődmények száma az által csökkenthető, hogy a kanül hosszabb méretéből adódóan vastagabb átmérőjű vénaszakaszban végződik, így jobb áramlás tapasztalható a kanül végénél, a beadott oldatok kevésbé irritálják a vénafalat.

A gyógyszeralkalmazások témakörével kapcsolatosan szintén megfigyelhetők új, innovatív, a szakdolgozók biztonságát garantáló eszközök, mint pl. az aktív, vagy passzív biztonsági rendszerekkel felszerelt tűk, fecskendők, melyekkel megelőzhető a tűszúrásos balesetek ebből adódóan pedig a szakdolgozók munka közben szerzett fertőző megbetegedéseinek a gyakorisága. A biztonsági rendszerek alkalmazása európai szabályozás alapján 2013 óta kötelező lenne, ám Magyarországon még jelenleg is alacsony azon eszközök aránya, melyek valamilyen biztonsági rendszerrel vannak ellátva, illetve sok esetben a meglévő biztonsági rendszereket sem aktiválják a dolgozók. Ezeken túl a gyógyszerfelszívások során különböző szűrővel ellátott eszközöket is lehet használni, melyekkel megelőzhető az apró szilánkdarabok, vagy gumidugó részecskék oldatba kerülése, majd a későbbiekben, az injekciózás folyamán akár a phlebitis és egyéb szövődmények kialakulása. A subcutan injekció beadásával kapcsolatosan az előre töltött fecskendők alkalmazásakor sok ápoló még mindig légteleníti a fecskendőt és nincsenek tisztában azzal, hogy ez a légzár technika része. Az intramuscularis injekció beadásakor

hazai viszonylatban még mindig a dorsoglutealis régiót részesítik előnyben, ám a nemzetközi szakirodalom által bizonyított tény, hogy ezen a beadási helyen lehet leginkább számítani ér- vagy idegsérülésre, valamint itt a legvastagabb a zsírszövet vastagsága.

A mesterséges táplálás kapcsán probléma, hogy sok esetben nem a megfelelő időben kezdik meg azt, hanem túl későn, annak ellenére, hogy nemzetközi viszonylatban szintén megfelelően validált indikációs kört állapítottak meg, így az ápolók is elrendelhetik a mesterséges táplálást megelőzendő a iatrogen alutápláltságot és a kapcsolódó szövődményeket. A mesterséges enterális táplálással összefüggő ápolási szövődmények, mint a hasmenés megelőzésében megfigyelhető egyes esetekben, hogy az ápolók a tápszereket vízzel hígítják, ám ezzel nem előzhető meg az ozmotikus jellegű hasmenés, sőt, a páciens kalória bevétele csökkenhet az által, hogy a tápszer helyett víz kerül beadásra. A hasmenés megelőzésében azzal fontos tisztában lenni, hogy milyen táplálási módok alkalmazhatók gyomorba-, vagy post-pyloricus tápláláshoz (pl. gyomorba való tápláláshoz bólus- vagy intermittáló táplálás).

Ezen példákból is látszik, hogy milyen jelentősége lehet a bizonyítékokon alapuló ápolásnak nem csak a költséghatékonyság növelésében, hanem a betegbiztonság területén is kiemelkedő jelentőséget kell tulajdonítani, így a korszerű ápolásmenedzsmentnek erre a területre is fókuszálnia szükséges.

Irodalom

1. AANP, Standard of Practice of Nurse Practitioner 2013. <http://www.aanp.org/images/documents/publications/standard-sofpractice.pdf>
2. American Association of Critical-Care Nurses. Scope and Standards of Practice for the Acute Care Nurse Practitioner. http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/12ACNP_Scope_and_Standards.pdf
3. American Association of Colleges of Nursing, Adult-Gerontology Primary Care Nurse Practitioner Position Statement, 2010 <http://www.aacn.nche.edu/geriatric-nursing/adultgeroprim-careNPcomp.pdf>
4. American Association of Nurse Anesthetist, Scope and Standards for Nurse Anaesthesia Practice <http://www.canainc.org/compendium/pdfs/H%202%20scope%20&%20standards2007.pdf>
5. American Association of Nurse Anesthetist, Scope and Practice for Nurse Anaesthetists http://www.aana.com/uploadedFiles/Resources/Practice_Documents/scope_stds_nap07_2007.pdf
6. American Association of Nurse Anesthetists, Quality of Care in Anesthesia, AANA, 2009, <http://www.aana.com/resources2/professionalpractice/Documents/Quality%20of%20Care%20in%20Anesthesia%2012102009.pdf>
7. American Midwifery Certification Board (2012) Hozzáférhető: 2012.08.01. <http://www.amcbmidwife.org/>
8. Arathuzik D. Aber C. (1998) Factors associated With National Council Licensure Examination – Registered Nurse Success, *Journal of Professional Nursing*, 14, 2, pp: 119-126
9. Balázs, Orvosi létszámok és a nemzetközi orvosmigráció aktuális, hatása Magyarországon, *Orv. Hetil.*, 2012, 153,250–256.
10. Balogh et al Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban, *Nővér*,2009.22.évf.1.sz.8
11. Bjork IT, Samdal GB, Hansenc BS, Tørstadd S, Hamilton GA. (2007) Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies* 44, 747–757
12. Board Of Registered Nursing, An Explanation of the Scope of Practice at RNFA, 2011, www.rn.ca.gov/pdfs/regulations/nprb-03.pdf
13. Board of Registered Nursing (2012.) Hozzáférhető: 2012.07.18. <http://www.rn.ca.gov/licensees/index.shtml>
14. Carter AJE. Chochinov AH (2007) A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department, *Can J Emerg Med* 9(4):286-95
15. Cascade Healthcare Services (2012) Hozzáférhető: 2012.08.01. <http://classes.healthcare.com/courses/index.cfm>
16. Cathcart EB. (2003) Using the NCLEX-RN to Argue for BSN Preparation: Barking Up the Wrong Tree, *Journal of Professional Nursing*, 19, 3, pp: 121-122
17. CCNS Renewal Handbook (2012) Hozzáférhető: 2012. június 28. <http://www.aacn.org/WD/Certifications/Docs/CCNSRenewApp.pdf>
18. Continuing Education Program of the American Association of Nurse Anesthetists (2012) 2012. június 28. <http://www.aana.com/ceandeducation/continuingeducation/Documents/CE%20Program%20with%20cover.pdf>
19. Delamaire, M. and G. Lafortune (2010), "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing. Hozzáférhető: 2012.07.17. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
20. De Lima M. London L. Manieri E. (2011) Looking at the past to change the future: a retrospective study of associate degree in nursing graduates' National Council Licensure Examination scores, *Teaching and Learning in Nursing*, 6, pp: 119-123
21. Education-portal (2012) Hozzáférhető: 2012.08.01. http://education-portal.com/directory/category/Medical_and_Health_Professions/Nursing_Professions.html
22. Flook DM. (2003) The Professional Nurse and Regulation, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 18, 3, pp: 160-167
23. Florida Department of Health (2012.) Hozzáférhető: 2012.07.18. http://doh.state.fl.us/mqa/nursing/nur_ceu.html
24. Grossbach A. Kuncel NR. (2011) The predictive validity of nursing admission measures for performance on the National Council Licensure Examination: a meta-analysis, *Journal of Professional Nursing*, 27, 2, pp: 124-128
25. Heroff K. (2009) Guidelines for a progression and remediation policy using standardized tests to prepare associate degree nursing students for the NCLEX-RN at a rural community college, *Teaching and Learning in Nursing*, 4, pp: 79-86
26. Hittle K. (2010) Understanding Certification, Licensure, and Credentialing: A Guide For the New Nurse Practitioner, *Journal of Pediatric Health Care*, 24, 3, pp:203-206
27. Jeffreys M.R. (2007) Tracking students through program entry, progression, graduation, and licensure: Assessing undergraduate nursing student retention and success, *Nurse Education Today*, 27, pp: 406-419.
28. Middlesex University (2012.) Hozzáférhető: 2012.07.28. <http://www.mdx.ac.uk>
29. Multistate Nurse Licensure in Case Management (2012.) Hozzáférhető: 2012. július 20. <http://www.cmsa.org/portals/0/PDF/MultistateLicensure/MultistateNurseLicensureInCase-Management.pdf>
30. Nachreiner N.M. Watt G.D. et al. (2007) Difference in work related violence by nurse license type, *Journal of Professional Nursing*, 23, 5, pp: 290-300
31. National Council of State Boards of Nursing (2012) Hozzáférhető: 2012.08.01. <https://www.nursys.com/>
32. National Nursing Board (2012.) Hozzáférhető: 2012.07.28. <http://www.aacn.nche.edu/Education/career.htm>
33. Newton S.E. Moore G. (2009) Use of aptitude to understand bachelor of science in nursing student attrition and readiness for the National Council Licensure Examination – Registered Nurse, *Journal of Professional Nursing*, 25, 5, pp:273-278.
34. NHS National Prescribing Centre, Non-medical prescribing, A quick guide for commissioners (2012) Hozzáférhető: 2012.08.07. http://www.npc.nhs.uk/non_medical/resources/NMP_QuickGuide.pdf
35. Norton CK. Tucker M. et al. (2006) Ensuring NCLEX-RN success for first-time test-takers, *Journal of Professional Nursing*, 22, 5, pp: 322-326

36. Nurse Practitioner Core Competencies, The National Organization of Nurse Practitioner Faculties (2012) Hozzáférhető: 2012. június 28. <http://www.nonpf.com/associations/10789/files/IntegratedNPCoreCompsFINALApril2011.pdf>
37. Nursing and Midwifery Council, Pre-registration nursing education in the UK (2010. September 6.) Hozzáférhető: 2012. augusztus 7. <http://standards.nmc-uk.org/Documents/Pre-registration%20nursing%20education%20in%20UK%20FINAL%2006092010.pdf>
38. Nursing and Midwifery Council, Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers (2012.) Hozzáférhető: 2012. június 30. <http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/nmcStandardsofProficiencyForNurseAndMidwifePrescribers.pdf>
39. Nursing degree guide (2012) Hozzáférhető: 2012.08.01. www.nursingdegreeguide.org
40. Ohio Board of Nursing, A Decision Making-Guide For Determining Individual APN Scope of Practice (2012) Hozzáférhető: 2012. augusztus 7. [http://www.nursing.ohio.gov/PDFS/AdvPractice/APNModel\(11-16-10\).pdf](http://www.nursing.ohio.gov/PDFS/AdvPractice/APNModel(11-16-10).pdf)
41. Ohio Laws and Rules (2012) Hozzáférhető: 2012.08.01. <http://codes.ohio.gov/orc/4723>
42. Parrone J. Donaubauer C. et al. (2008) An evidence-based teaching/learning strategy for foreign nurses involving the Health Education Systems Incorporated examination as a predictor for National Council Licensure Examination for Registered Nurses success, *Teachning and Learning in Nursing*, 3, pp: 35-40
43. Philipsen NC. Lamm NH. Reier SL. (2007) Continuing Competency for Nursing Licensure, *The Journal for Nurse Practitioners*, January, pp: 41-45
44. Seldomridge L.A. DiBartolo M.C. (2004) Can success and failure be predicted for Baccalaureate graduates on the computerized NCLEX-RN? *Journal of Professional Nursing*, 20, 6, pp: 361-368
45. The Future of Nursing, Institute of Medicine of the National Academies (2012) Hozzáférhető: 2012. augusztus 7. <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Future%20of%20Nursing%202010%20Report%20Brief.pdf>
46. University Hospital Southampton (2012) Hozzáférhető: 2012.08.07. <http://www.uhs.nhs.uk/Education/StatAndMand/Nursesandmidwivesstatutoryandmandatorytrainingrequirements.aspx>
47. University of Stirling, Nursing, Midwifery and Health (2012.) Hozzáférhető: 2012.07.28. <http://www.nm.stir.ac.uk>
48. Young A. Willson P. (2012) Predicting NCLEX-RN Success The seventh validity study HESI exit exam, *Computers, Informatics, Nursing*, 30, 1, pp: 55-60
49. Wilcox J. Brown R. (2002) Accreditation of prior and experiential learning - A Student Guide (2012) Hozzáférhető: 2012.08.07. <http://www.materials.ac.uk/resources/library/apelstudents.pdf>
50. Hussey PS, et al (2009) Episode-Based Performance Measurement And Payment: Making It A Reality, *Health Aff*. 28, 5, 1406-1417
51. Delamairé, M. and G. Lafortune (2010), "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", *OECD HealthWorking Papers*, No. 54, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
52. Aiken LH. et al (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States *BMJ*. 344: e1717.
53. Yakusheva O et al (2014) Economic Evaluation of the 80% Baccalaureate Nurse Workforce Recommendation: A Patient-level Analysis, *Med Care*. Oct;52(10):864-9.
54. Kleinpell (2005) Acute Care Nurse Practitioner Practice: Results of a 5-Year Longitudinal Study *Am J Crit Care*;14:211-219

