DEBRECENI EGYETEM

Gazdaságtudományi Kar

Bevezetés az egészségügyi menedzsmentbe alapfokon

Szerkesztette:
BÍRÓ KLÁRA





Bevezetés az egészségügyi menedzsmentbe alapfokon

Bevezetés az egészségügyi menedzsmentbe alapfokon

Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2026

Szerzők:
Dr. Bíró Klára hab. egyetemi docens
Dr. Bányai Gábor mesteroktató
Dr. Boruzs Klára hab. egyetemi docens
Dr. Dombrádi Viktor egyetemi adjunktus
Papp Annamária egyetemi tanársegéd
Dr. Papp Zoltán egyetemi adjunktus
Dr. Szőllősi Gergő egyetemi adjunktus

Szerkesztette:
Dr. Bíró Klára hab. egyetemi docens

Szakmai lektor:
Prof. dr. Ács Pongrác egyetemi tanár

© Debreceni Egyetemi Kiadó–Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

ISBN 978-963-615-347-2 (print)
ISBN 978-963-615-348-9 (pdf)

Kiadta: a Debreceni Egyetemi Kiadó, az 1795-ben alapított
Magyar Könyvkiadók és Könyvterjesztők Egyesülésének a tagja
dupress.unideb.hu
Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi
Borítóterv: M. Szabó Monika
Borító szerkesztés: Pulinka-Bagdi Krisztina
Műszaki szerkesztés: Nagy László
Készült a Debreceni Egyetemi Kiadó nyomdájában, 2026-ban

Tartalomjegyzék

1. fejezet: Az egészségügyi menedzsment jelentősége 11

2. fejezet: Az egészségügy és a gazdaság kapcsolata 14
2.1. Az egészségügy gazdasági jelentősége 14
2.2. Az egészség mint gazdasági érték 15
2.3. A gazdasági fejlettség hatása az egészségügyi rendszerre 16
2.4. Az egészségügy mint gazdasági ágazat 18
2.5. Miért különleges „piac" az egészségügy? 19
2.6. Az állam szerepe az egészségügyben 20
2.7. Az egészségügyi finanszírozási modellek rövid áttekintése 21
2.8. Hatékonyság, eredményesség és méltányosság az egészségügyben 23
2.9. Technológiai fejlődés, innováció és költségnövekedés 24
2.10. Magyarországi sajátosságok és gyakorlati példák 25
2.11. Összegzés: költség vagy befektetés? 27
Irodalomjegyzék 28
Gyakorló tesztkérdések 29
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 31

3. fejezet: Menedzsmentalapok 32
3.1. Történeti előzmények: az ipari forradalom és hatásai 32
3.2. A szervezés- és vezetéselméleti irányzatok bemutatása 33
3.2.1. Klasszikus irányzatok (19. sz. vége – 20 sz. eleje) képviselői 33
3.2.2. Emberközpontú irányzatok 36
3.3. A vezetés fogalma és komplexitása 37
3.4. Modern menedzsment és globális kihívások 39
Irodalomjegyzék 40
Gyakorló tesztkérdések 41
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 42

4. fejezet: A szervezeti magatartás alapjai 43
4.1. A szervezet és a szervezeti magatartás fogalma 43
4.2. Az egyéni magatartás meghatározói 44
4.3. A csoportszintű változók 50
Irodalomjegyzék 53
Gyakorló tesztkérdések 54
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 55

5. fejezet: Az egészségügyi jog és etika jelentősége 56
5.1. Az állam szerepe az egészségügyben 57
5.2. Betegjogok: jogok betegség idején 58
5.3. Adatvédelem, orvosi titok és egészségügyi dokumentáció 59
5.4. Egészségügyi etika: amikor a jog nem ad teljes választ 60
5.5. Polgári jogi felelősség és kártérítés 61
5.6. Büntetőjogi felelősség és büntetés 61
5.7. Az egészségügyi dolgozók jogai, kötelezettségei és védelme 62
5.8. Egészségügyi jog és etika egyéb területeken 63
5.9. A jog lehetőségei és korlátai 64
Irodalomjegyzék 65
Gyakorló tesztkérdések 66
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 67

6. fejezet: Bevezetés az egészségügyi statisztika alapjaiba 68
6.1. Az adatbázisok alapjai 68
6.2. Változótípusok 69
6.3. Adattisztítás 70
6.4. Leíró statisztika 70
6.5. Példa leíró táblázatra 71
6.6. Adatok grafikus ábrázolása 71
6.7. Valószínűség, eloszlás és konfidenciaintervallum 72
6.8. Hipotézisvizsgálat és p-érték 72
6.9. Két vagy több csoport összehasonlítása 73
6.10. Kereszttábla és khi-négyzet-próba 73
6.11. Relatív kockázat és esélyhányados 74
6.12. A korreláció és a regresszió alapjai 74
6.13. Rövid módszerválasztási összefoglaló 75
Irodalomjegyzék 76

Gyakorló tesztkérdések 77
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 78

7. fejezet: A hazai egészségügyi szolgáltatók finanszírozása 79
7.1. Az egészségügyi finanszírozási rendszer elemei 79
7.2. Forrásteremtés a hazai egészségügyi ellátórendszerben 80
7.3. A hazai forráselosztás főbb formái 81
7.4. Out-of-pocket (zsebből történő) fizetés 82
7.5. Német pontrendszer 82
7.5.1. Tervezett éves keret (TÉK) 83
7.6. Homogén betegségcsoportok (HBCs) 83
7.6.1. Garanciális ellátás 85
7.7. Napidíj 86
7.8. Korrigált fejkvóta 87
7.9. Indikátoralapú teljesítményértékelés 88
7.10. Fix díjazás 88
7.11. A háziorvosi ellátás egyéb finanszírozási módjai 89
7.12. Átlagfinanszírozás 89
7.13. A finanszírozás változásának követése 90
Irodalomjegyzék 91
Gyakorló tesztkérdések 92
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 93

8. fejezet: Minőségirányítás az egészségügyben 94
8.1. A minőség általános és egészségügyi értelmezése 94
8.1.1. A minőség egészségügy-specifikus értelmezése 95
8.2. A minőségmenedzsment létjogosultsága az egészségügyben 95
8.3. A minőségmenedzsment elemei 97
8.3.1. Minőségmenedzsment (minőségirányítás) 97
8.3.2. Minőségpolitika 97
8.3.3. Minőségtervezés 98
8.3.4. Minőség-ellenőrzés 98
8.3.5. Minőségszabályozás 98
8.3.6. Minőségbiztosítás 99
8.3.7. Minőségfejlesztés 100
8.4. A minőség mérése: Donabedian-modell 101
8.4.1. Struktúra 101

8.4.2. Folyamat 101
8.4.3. Eredmény 102
8.5. A minőségirányításról összességében 104
Irodalomjegyzék 105
Gyakorló tesztkérdések 106
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 107

9. fejezet: Humánpolitikai kérdések az egészségügyben 108
9.1. Miért különleges erőforrás az ember? 109
9.2. A HRM feladata: egyéni és szervezeti célok összehangolása 109
9.3. A stratégiai HRM jelentősége 112
9.4. Egészségügyi HR-kihívások: demográfia, technológia, mobilitás 114
Irodalomjegyzék 116
Gyakorló tesztkérdések 117
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 118

10. fejezet: Konfliktusmenedzsment 119
10.1. Bevezetés: amikor a konfliktus nem a hangos szóval kezdődik 119
10.2. A konfliktus fogalma és egészségügyi jelentősége 119
10.3. Észlelés, kommunikáció és félreértés 120
10.4. A konfliktus szakaszai: a látens feszültségtől az utóhatásokig 121
10.5. A konfliktusok típusai és az egészségügyi szervezet sajátosságai 121
10.6. Konfliktuskezelési magatartások: versengés, elkerülés, alkalmazkodás, kompromisszum és együttműködés 122
10.7. Mediáció és egészségügyi közvetítői eljárás 123
10.8. Betegpanasz, betegjog és szervezeti tanulás 123
10.9. Etikai dimenzió 124
10.10. A jog lehetőségei és korlátai 125
10.11. Gyakorlati tanulságok 126
Irodalomjegyzék 127
Gyakorló tesztkérdések 128
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 129

11. fejezet: Vállalkozások az egészségügyben 130
11.1. Bevezetés: miért speciális az egészségügyi vállalkozás? 130
11.2. Az egészségügyi vállalkozás indításának logikája 131
11.3. Vállalkozási és működési formák az egészségügyben 133

11.4. Engedélyezési, személyi és tárgyi feltételek 134
11.5. Adminisztratív, adatvédelmi és etikai kötelezettségek 137
11.6. Piaci kitekintés és pozicionálás 139
11.7. Üzleti terv egészségügyi vállalkozás esetén 141
11.8. Összegzés: az egészségügyi vállalkozás mint felelős szolgáltató 143
Irodalomjegyzék 144
Gyakorló tesztkérdések 145
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 146

12. fejezet: Új trendek az egészségügyben 147
12.1. Bevezetés 147
12.2. A változást kiváltó fő hajtóerők 147
12.3. Digitalizáció és e-egészségügy 150
12.4. Mesterséges intelligencia az egészségügyben 151
12.5. Adatvezérelt egészségügy és egészségügyi adattér 152
12.6. Betegközpontúság, partnerség és egészségértés 155
12.7. Prevenció, egészségfejlesztés és személyre szabott ellátás 155
12.8. Integrált ellátás és ellátási utak újraszervezése 156
12.9. Humánerőforrás-trendek: új kompetenciák és új szerepek 157
12.10. Fenntartható és klímareziliens egészségügy 158
12.11. Innováció bevezetése az egészségügyi szervezetekben 159
12.12. Kockázatok, etikai és szabályozási kihívások 160
12.13. Összegzés: milyen irányba változik az egészségügy? 162
Irodalomjegyzék 163
Gyakorló tesztkérdések 164
Gyakorló tesztkérdések megoldásai 165

1. fejezet

Az egészségügyi menedzsment jelentősége

Az elmúlt tíz évben az egészségügyi rendszerek világszerte összetett és egymással összefüggő kihívásokkal szembesültek. Ezek közül a legmeghatározóbb a 2020–2023 közötti Covid–19-világjárvány volt, amely példátlan módon terhelte meg az egészségügyi ellátórendszereket. A kórházak túlzsúfolttá váltak, az intenzív osztályok kapacitása sok helyen elérte vagy meghaladta a maximumot, miközben az egészségügyi dolgozók rendkívüli fizikai és mentális terhelésnek voltak kitéve. A járvány nemcsak egy akut krízist jelentett, hanem rávilágított az egészségügyi rendszerek strukturális gyengeségeire is, például a felkészültség hiányára és az egészségügyben az ellátási láncok sérülékenységére.

Mindezen túl egyre súlyosabb problémát jelent az egészségügyi munkaerő hiánya, amelynek következtében a világ számos országában az orvosok és ápolók túlterheltek, gyakori a kiégés, és jelentős az elvándorlás, különösen az alacsonyabb jövedelmű régiókból a fejlettebb országok felé. A helyzetet tovább nehezíti, hogy a társadalmunk elöregedő tendenciát mutat, ami önmagában is növeli az egészségügyi ellátás iránti igényt. Az idősebb lakosság körében gyakoribbak a krónikus betegségek, amelyek hosszú távú kezelést és folyamatos gondozást igényelnek, ez pedig tartós nyomást helyez az egészségügyi rendszerekre.

A krónikus, nem fertőző betegek számának növekedése szintén alapvető kihívás. A szív- és érrendszeri problémák, a cukorbetegség és a daganatos megbetegedések egyre több embert érintenek, és kezelésük jelentős erőforrásokat igényel. Mindeközben az egészségügyi rendszerek finanszírozása sok helyen nem tud lépést tartani a növekvő igényekkel és a technológiai fejlődés költségeivel. Az új gyógyszerek, diagnosztikai eszközök és kezelési módszerek ugyan javítják az ellátás minőségét, de jelentősen növelik a kiadásokat, ami különösen az alulfinanszírozott rendszerekben okoz feszültséget.

A technológiai fejlődés egy másik kettős természetű tényező: miközben az e-egészségügy és a digitalizáció új lehetőségeket kínál, például a távdiagnosztikában vagy az adatkezelésben, komoly kihívásokat is felvet az adatbiztonság, a rendszerek összehangolása, a felelősség és a hozzáférés egyenlőtlenségei terén. Ezek az egyenlőtlenségek általában is

jelentősek: világszerte nagy különbségek vannak az egészségügyi ellátás színvonalában és hozzáférhetőségében, nemcsak országok között, hanem azokon belül is, például a városi és a vidéki területek között.

Az utóbbi években egyre nagyobb figyelmet kap a mentális egészség helyzete is, ami különösen a járvány hatására romlott. A szorongás, a depresszió és más pszichés problémák gyakoribbá váltak, miközben sok országban a mentális ellátórendszer nem rendelkezik elegendő kapacitással ezek kezelésére.

A klímaváltozás is egyre erősebben hat az egészségügyre: a hőhullámok, a szélsőséges időjárási események és az új fertőző betegségek megjelenése mind növelik az ellátórendszerek terhelését.

Az egészségügyi rendszereknek egyszerre kell reagálniuk hirtelen jelentkező válságokra és hosszú távú strukturális problémákra, ami rendkívüli alkalmazkodóképességet és folyamatos fejlesztést igényel.

Mindezen kihívások mellett az egészségügy működése rendkívül összetett, hiszen egyszerre kell biztosítani a magas színvonalú betegellátást, a hatékony erőforrás-felhasználást, valamint a folyamatos alkalmazkodást a változó társadalmi és robbanásszerűen fejlődő technológiai környezethez. Ebben a komplex rendszerben kiemelkedő szerepet játszik a menedzseri tevékenység, amely nélkül az egészségügyi intézmények működése kaotikussá, gazdaságtalanná és végső soron a betegek számára is kockázatossá válhatna. Így egyértelmű, hogy a menedzsment tevékenységének a szerepe az egészségügyben kulcsfontosságú.

Az **első és talán legfontosabb szempont** az erőforrások hatékony felhasználása. Az egészségügyi rendszerek általában korlátozott költségvetéssel működnek, miközben az igények folyamatosan növekednek. A menedzserek feladata, hogy a rendelkezésre álló pénzügyi, humán és tárgyi erőforrásokat optimálisan osszák el. Idetartozik például a személyzet beosztása, az orvosi eszközök beszerzése, valamint az infrastruktúra fenntartása. Ha ezek a folyamatok nem megfelelően vannak irányítva, az pazarláshoz, túlterheltséghez vagy éppen ellátási hiányosságokhoz vezethet.

A **második fontos tényező** a betegellátás minőségének biztosítása és fejlesztése. A menedzsment nem csupán gazdasági kérdés, hanem közvetlen hatással van a betegek gyógyulási esélyeire is. A jól szervezett intézményekben csökken a várakozási idő, javul a diagnosztika pontossága, és hatékonyabbá válik a kezelés. A menedzserek minőségirányítási rendszereket vezetnek be, ellenőrzik a szakmai protokollok betartását, valamint támogatják a folyamatos szakmai fejlődést. Ezáltal biztosítható, hogy a betegek a lehető legjobb ellátást kapják.

Harmadik szempontként kiemelhető a humánerőforrás-menedzsment jelentősége. Az egészségügyben dolgozók – orvosok, ápolók, technikai személyzet – kulcsszereplők, hiszen az ő munkájukon múlik a betegellátás színvonala. A menedzserek feladata, hogy

megfelelő munkakörnyezetet teremtsenek, motiválják a dolgozókat, valamint kezeljék a konfliktusokat. A kiégés különösen gyakori probléma az egészségügyben, ezért fontos a munkaterhelés kiegyensúlyozása és a mentális támogatás biztosítása. Egy jól működő menedzsment hozzájárul a dolgozói elégedettség növeléséhez, ami közvetve a betegek javát is szolgálja.

Negyedik fontos terület a stratégiai tervezés és a jövőre való felkészülés. Az egészségügy folyamatosan változik: új betegségek jelennek meg, fejlődnek a technológiák, és átalakulnak a társadalmi igények. A menedzserek feladata, hogy előre lássák ezeket a változásokat, és megfelelő stratégiákat dolgozzanak ki. Idetartozik például az új orvosi technológiák bevezetése, a digitalizáció (pl. elektronikus egészségügyi rendszerek) alkalmazása, valamint a prevenciós programok fejlesztése. A hosszú távú gondolkodás nélkül az egészségügyi intézmények könnyen lemaradhatnak, ami rontja versenyképességüket és hatékonyságukat.

Az **ötödik szempont** a kommunikáció és koordináció szerepe. Az egészségügyi ellátás csapatmunka, amelyben különböző szakemberek működnek együtt. A menedzsment biztosítja az információk áramlását az egyes osztályok, szakmák és vezetési szintek között. A hatékony kommunikáció csökkenti a hibák számát, javítja az együttműködést, és növeli a betegbiztonságot. Emellett a menedzserek kapcsolatot tartanak külső partnerekkel is, például más intézményekkel, hatóságokkal vagy beszállítókkal.

A **következő fontos tényező** a jogszabályi és etikai megfelelés biztosítása. Az egészségügy szigorúan szabályozott terület, ahol számos törvényt és előírást kell betartani. A menedzserek feladata, hogy biztosítsák az intézmény működésének jogszerűségét, valamint az etikai normák érvényesülését. Ez különösen fontos a betegadatok kezelése, a betegjogok tiszteletben tartása és az orvosi döntések átláthatósága szempontjából.

A menedzsment szerepet játszik az innováció és a fejlődés elősegítésében is. Az új módszerek, technológiák és szervezési megoldások bevezetése csak megfelelő vezetés mellett valósítható meg sikeresen. A menedzserek ösztönzik a kutatást, támogatják az új ötletek megvalósítását, és elősegítik az intézmény folyamatos fejlődését.

Az egészségügyben a vezetők képzése kiemelkedő jelentőséggel bír, mivel a megfelelően felkészült vezetők alapvetően meghatározzák az intézmények működésének hatékonyságát, a betegellátás minőségét és a dolgozók munkakörülményeit. Az egészségügyi vezetés nem csupán adminisztratív feladat, hanem összetett szakmai tevékenység, amely speciális tudást, készségeket és folyamatos fejlődést igényel.

Összességében elmondható, hogy a vezetők képzése az egészségügy egyik kulcstényezője. A jól képzett vezetők képesek hatékonyan irányítani az intézményeket, javítani a betegellátás minőségét, támogatni a dolgozókat, és alkalmazkodni a folyamatos változásokhoz. Ezért a vezetők folyamatos képzése és fejlesztése elengedhetetlen az egészségügyi rendszer sikeres működéséhez.

2. fejezet

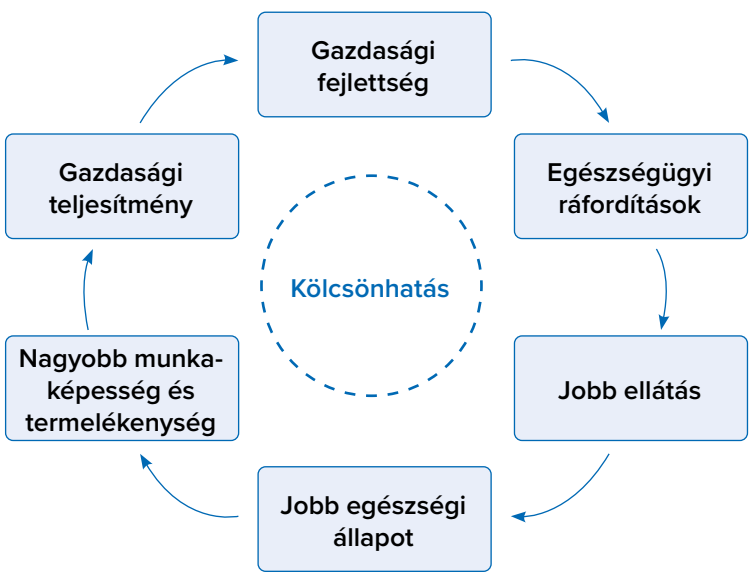
Az egészségügy és a gazdaság kapcsolata

2.1. Az egészségügy gazdasági jelentősége

Az egészségügyet leggyakrabban a betegellátással, a gyógyítással és a megelőzéssel azonosítjuk. Működéséhez azonban jelentős gazdasági erőforrásokra van szükség: épületekre, orvostechnikai eszközökre, gyógyszerekre, informatikai rendszerekre, valamint jól képzett orvosokra, ápolókra, szakdolgozókra és háttérmunkatársakra.

Az egészségügy ezért egyszerre társadalmi alapfunkció és gazdasági ágazat. Kiadást jelent az állam, az intézmények és a lakosság számára, ugyanakkor munkahelyeket teremt, szolgáltatásokat vásárol, technológiai fejlődést ösztönöz, és hozzájárul a lakosság munkaképességének megőrzéséhez.

Az egészség és a gazdaság kapcsolata kétirányú. A gazdaság fejlettsége befolyásolja, hogy egy ország mennyit tud egészségügyre fordítani, miközben a lakosság egészségi



1. ábra: Az egészség és a gazdaság kölcsönhatása
Forrás: saját szerkesztés

állapota visszahat a gazdaság teljesítményére. Az egészségesebb társadalom kevesebbet hiányzik a munkából, tovább marad aktív, és nagyobb mértékben járul hozzá a termelékenységhez (World Bank, 1993; Commission on Macroeconomics and Health, 2001; Figueras et al., 2012) *(1. ábra).*

A betegségeknek nemcsak egészségügyi, hanem gazdasági következményeik is vannak. Költséget okozhatnak az ellátórendszernek, a betegnek, a családnak, a munkáltatónak és az államnak is. Emiatt az egészségügyre nem lehet kizárólag kiadásként tekinteni: a jól szervezett ellátás hosszabb távon befektetés a társadalom munkaképességébe és életminőségébe.

2.2. Az egészség mint gazdasági érték

Az egészség az egyén számára alapvető érték, mert meghatározza az életminőséget, a tanulási és munkavégzési képességet. Gazdasági szempontból azonban az egészség a társadalom működésének is fontos feltétele. Egy ország teljesítményét jelentősen befolyásolja, hogy lakossága mennyi ideig marad munkaképes, és milyen mértékben tud részt venni a gazdasági életben (Grossman, 1972; Folland et al., 2017).

A közgazdaságtanban ezt a humántőke fogalma fejezi ki. A humántőke az emberek tudását, képességeit, tapasztalatát és egészségi állapotát jelenti. Egy egészséges munkavállaló nagyobb eséllyel dolgozik rendszeresen, alkalmazkodik az új technológiákhoz, és hosszabb ideig marad aktív a munkaerőpiacon.

A betegségek gazdasági terhei több szinten jelentkeznek. Az ellátórendszer számára költséget jelentenek a vizsgálatok, kezelések, műtétek és gyógyszerek. A betegnek kiadást okozhat az utazás, a gyógyszer önrésze vagy a magánellátás. A munkáltató a hiányzás, a helyettesítés és a termeléskiesés miatt érintett, míg az államnál táppénz-, rokkantsági és szociális kiadások jelenhetnek meg (Drummond et al., 2015; Gulácsi, 2012) *(1. táblázat).*

1. táblázat: A betegségek gazdasági költségeinek fő típusai

Költségtípus	Lényege	Példa
Közvetlen egészségügyi költségek	Az ellátórendszerben felmerülő diagnosztikai, kezelési és gondozási költségek	Orvosi vizsgálat, gyógyszer, műtét, kórházi ellátás, rehabilitáció

Költségtípus	Lényege	Példa
Közvetlen nem egészségügyi költségek	A betegséghez kapcsolódó, de nem közvetlenül gyógyító jellegű kiadások	Utazás, otthoni ápolási eszköz, lakásadaptáció, hozzátartozói gondozás
Közvetett költségek	A munkából való kiesés és a termelékenység csökkenése miatt jelentkező veszteségek	Táppénz, helyettesítés, rokkantság, korai halálozás miatti kiesés
Társadalmi és családi terhek	A betegségek hosszabb távú hatása a családra, az államra és az életminőségre	Jövedelemcsökkenés, gondozási idő, szociális ellátások, életminőségromlás

Forrás: saját szerkesztés Drummond et al. (2015) és Gulácsi (2012) alapján

Különösen jól látható ez a krónikus betegségeknél. Egy cukorbeteg vagy magas vérnyomásban szenvedő beteg rendszeres kontrollra, gyógyszerekre és gondozásra szorulhat. Ha a betegség nem kerül időben felismerésre és kezelésre, súlyosabb, drágábban kezelhető szövődmények alakulhatnak ki.

A megelőzés ezért gazdasági szempontból is fontos. A védőoltások, szűrővizsgálatok, életmódprogramok, korai diagnózis és megfelelő gondozás rövid távon kiadást jelentenek, hosszabb távon azonban mérsékelhetik a kezelési költségeket, a munkából való kiesést és a családokra háruló terheket.

2.3. A gazdasági fejlettség hatása az egészségügyi rendszerre

Az egészségügyi rendszer működését erősen befolyásolja az ország gazdasági fejlettsége. A magasabb jövedelemtermelő képesség általában több forrást tesz lehetővé az ellátásra, a megelőzésre, a gyógyszerekre, az eszközökre, a bérekre és az infrastruktúra fejlesztésére. Ez azonban önmagában nem garantál jobb egészségügyi eredményeket (WHO, 2000; Commission on Macroeconomics and Health, 2001).

A gazdasági fejlettség hatása megjelenik a kórházak, rendelők, laboratóriumok, diagnosztikai egységek, mentőszolgálatok és informatikai rendszerek állapotában.

Gyengébb gazdasági helyzetben gyakoribb lehet az elavult épületállomány, az eszközhiány, a karbantartások elmaradása vagy a hosszabb várakozási idő.

A fejlettség a humánerőforrás-helyzetet is befolyásolja. Az egészségügyi dolgozók képzése hosszú ideig tart és költséges, ezért kulcskérdés a szakemberek megtartása. A bérek, a munkakörülmények, a kiszámítható előmenetel és a megfelelő szakmai környezet mind hatnak arra, hogy a dolgozók a közellátásban, a magánszektorban vagy külföldön vállalnak-e munkát *(2. táblázat)*.

Nemcsak az számít, mennyi pénz kerül a rendszerbe, hanem az is, hogyan használják fel. Két ország hasonló egészségügyi kiadás mellett eltérő eredményeket érhet el az ellátásszervezés, az alapellátás erőssége, a prevenció, a betegutak és az intézményi működés különbségei miatt (WHO, 2000; Figueras et al., 2012).

2. táblázat: A gazdasági fejlettség lehetséges hatásai az egészségügyi rendszerre

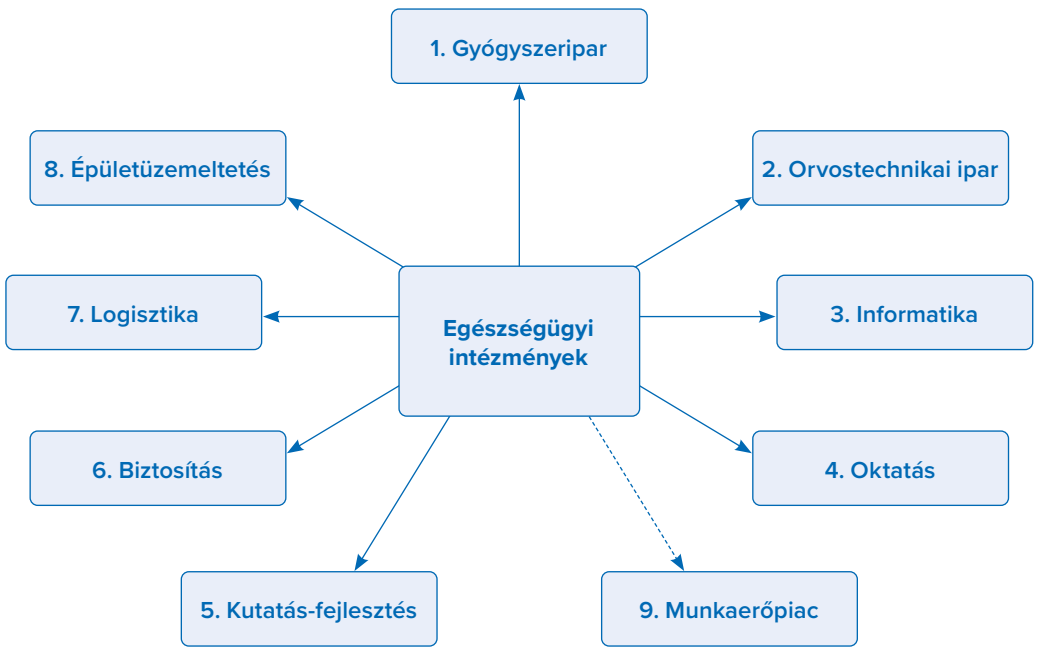
Terület	Lehetséges hatás	Gyakorlati következmény
Infrastruktúra	Több forrás juthat épületekre, eszközökre, diagnosztikára és informatikára	Biztonságosabb ellátás, kevesebb eszközhiány, szervezettebb betegút
Humán erőforrás	Javíthatók a bérek, a munkakörülmények, a képzés és a szakmai előmenetel	Jobb szakembermegtartás, kevesebb pályaelhagyás és elvándorlás
Technológiai hozzáférés	Könnyebben bevezethető, korszerű diagnosztikai és terápiás eljárások	Pontosabb diagnózis és jobb eredmények, de magasabb működési költség
Gyógyszerellátás	Szélesebb körben válhatnak elérhetővé támogatott és innovatív gyógyszerek	Javuló betegellátás, ugyanakkor növekvő finanszírozási teher
Várakozási idő	A kapacitás, a szervezés és a finanszírozás befolyásolja az ellátáshoz jutás gyorságát	Rövidebb vagy hosszabb betegút; késlekedés esetén romló egészségi állapot
Területi hozzáférés	A fejlettség hat a szakemberek, intézmények és szolgáltatások eloszlására	Területi különbségek, utazási teher és hozzáférési egyenlőtlenségek

Forrás: saját szerkesztés WHO (2000), Commission on Macroeconomics and Health (2001) és Figueras et al. (2012) alapján

2.4. Az egészségügy mint gazdasági ágazat

Az egészségügy nemcsak közszolgáltatás, hanem jelentős gazdasági ágazat is. Egy kórház vagy rendelőintézet betegellátást végez, de közben munkahelyeket teremt, szolgáltatásokat vásárol, beruházásokat valósít meg, és kapcsolatban áll számos gazdasági szereplővel.

Az egészségügyben nemcsak orvosok, ápolók és más egészségügyi szakemberek dolgoznak. A rendszer működéséhez gazdasági, informatikai, műszaki, adminisztratív, takarítási, élelmezési, logisztikai és betegszállítási feladatokra is szükség van. Ezért az egészségügy jelentős foglalkoztató.



2. ábra: Az egészségügy mint gazdasági ágazat kapcsolatrendszere
Forrás: saját szerkesztés

Az ágazat keresletet teremt a gyógyszeripar, az orvostechnikai ipar, a diagnosztika, az informatika, az épületüzemeltetés, az energiaellátás és más beszállítói területek számára. Emellett az egészségügyi felsőoktatás, a klinikai kutatás és az innováció regionális gazdaságfejlesztő szerepet is betölthet (Boncz, 2011; Orosz, 2011) *(2. ábra).*

Az egészségügy tehát szorosan beágyazódik a gazdaság egészébe. Egyszerre jelenik meg közszolgáltatásként, munkaadóként, szolgáltatásvásárlóként, innovációs területként és gazdaságfejlesztési tényezőként.

2.5. Miért különleges „piac” az egészségügy?

Az egészségügy gazdasági szempontból nem működik úgy, mint egy hagyományos piac. Egy hétköznapi termék esetén a vevő általában össze tudja hasonlítani az árakat, a minőséget és a saját igényeit. Az egészségügyben a beteg sokszor kiszolgáltatott helyzetben van, és nem rendelkezik elegendő szakmai információval (Arrow, 1963).

Az egyik legfontosabb sajátosság az információs aszimmetria: az orvos vagy szolgáltató lényegesen többet tud a betegségről és a kezelési lehetőségekről, mint a beteg. Emiatt a beteg többnyire nem tudja önállóan megítélni, valóban szükséges-e egy vizsgálat, gyógyszer vagy beavatkozás.

Másik sajátosság a bizonytalanság. Az emberek nem tudják előre, mikor lesznek betegek, milyen mértékű ellátásra szorulnak, és mennyibe kerülne a kezelésük. Ezért van nagy szerepe a biztosítási elvnek és a kockázatközösségnek.

3. táblázat: Az egészségügyi piac sajátosságai

Sajátosság	Rövid magyarázat	Következmény
Információs aszimmetria	A szolgáltató szakmai tudása nagyobb, mint a betegé	Fontos a bizalom, az etika, a betegjog és a szakmai szabályozás
Bizonytalanság	A betegség időpontja, súlyossága és költsége előre nem ismert	Szükség van biztosítási elvre és kockázatközösségre
Külső gazdasági hatások	Egy egészségügyi döntés másokra is hatással lehet	A védőoltás, szűrés és járványügy közösségi érdek is
Etikai korlátok	Az ellátás szükségessége nem ítélhető meg kizárólag fizetőképesség alapján	Az alapvető és sürgős ellátásokhoz való hozzáférés társadalmi elvárás
Állami szabályozás szükségessége	A piac önmagában nem biztosítja minden esetben a biztonságos és igazságos ellátást	Az állam szabályoz, finanszíroz, ellenőriz és mérsékli az egyenlőtlenségeket

Forrás: saját szerkesztés Arrow (1963), WHO (2000) és Orosz (2011) alapján

Az egészségügyben külső gazdasági hatások is gyakoriak. A védőoltás például nemcsak azt védi, aki megkapja, hanem akadályozza a fertőzés továbbadását is. A járványügyi intézkedések, szűrőprogramok és népegészségügyi beavatkozások ezért közösségi jelentőségűek *(3. táblázat)*.

Az etikai szempontok is korlátozzák a tisztán piaci működést. Sürgős vagy életveszélyes állapotban az ellátás szükségessége nem alapulhat kizárólag fizetőképességen. Ez indokolja, hogy az egészségügyben a piaci mechanizmusok mellett szakmai felelősség, etikai szabályozás és állami szerepvállalás is jelen legyen.

2.6. Az állam szerepe az egészségügyben

Az állam szerepe az egészségügyben általában erősebb, mint sok más ágazatban, mert az egészségügyi ellátás alapvető társadalmi szükséglet. Betegség, baleset vagy sürgős állapot esetén az ellátáshoz való hozzáférés nem alapulhat kizárólag a fizetőképességen.

Az állam egyik fő feladata a szabályozás. Meghatározza a szolgáltatók működési feltételeit, az egészségügyi tevékenységhez szükséges végzettségeket, a szakmai és minőségi követelményeket, valamint a betegjogokat. Ez azért fontos, mert a beteg nem tudja önállóan ellenőrizni az ellátás szakmai minőségét (Orosz, 2011).

Az állam a finanszírozásban és az ellátásszervezésben is részt vesz. Az alapvető ellátások jelentős része közpénzből működik, hogy a szükséges szolgáltatásokhoz ne csak azok férjenek hozzá, akik közvetlenül ki tudják fizetni azokat. Az ellátásszervezés célja, hogy a beteg megfelelő helyen, időben és szinten kapjon ellátást.

Kiemelt állami feladat a népegészségügy. Idetartoznak a védőoltások, a szűrőprogramok, a járványügyi intézkedések, az egészségnevelés és a kockázati tényezők csökkentésére irányuló programok. Ezek jelentősége abban áll, hogy a megelőzés gyakran olcsóbb és eredményesebb, mint a már kialakult betegségek kezelése (WHO, 2000; WHO, 2010) *(4. táblázat)*.

4. táblázat: Az állam főbb szerepei az egészségügyben

Állami szerep	Rövid magyarázat	Példa
Szabályozás	A működési, szakmai és minőségi feltételek meghatározása	Engedélyezés, szakmai szabályok, betegjogok
Finanszírozás	Az alapvető ellátások közpénzből történő támogatása	Adó- vagy járulékalapú finanszírozás, támogatott gyógyszerek
Ellátásszervezés	Az ellátási szintek és betegutak összehangolása	Alapellátás, szakellátás, kórházi és sürgősségi ellátás rendszere
Népegészségügy	A lakosság egészségi állapotának javítása és a betegségek megelőzése	Védőoltások, szűrések, járványügyi intézkedések
Minőségbiztosítás és ellenőrzés	A biztonságos, szakmailag megfelelő ellátás támogatása	Szakfelügyelet, indikátorok, minőségi követelmények
Egyenlőtlenségek mérséklése	Az alapvető ellátásokhoz való hozzáférés javítása	Területi különbségek csökkentése, sérülékeny csoportok támogatása

Forrás: saját szerkesztés WHO (2000), WHO (2010) és Orosz (2011) alapján

Az állam feladata a hozzáférési egyenlőtlenségek mérséklése is. A jövedelem, lakóhely, iskolázottság, életkor vagy egészségi állapot szerinti különbségek miatt egy kizárólag piaci rendszerből a rosszabb helyzetű csoportok könnyen kiszorulhatnának. Az állami szerepvállalás célja, hogy az alapvető szolgáltatások mindenki számára elérhetők legyenek.

2.7. Az egészségügyi finanszírozási modellek rövid áttekintése

Az egészségügyi finanszírozási rendszer arra ad választ, hogy ki fizet az ellátásért, milyen forrásból történik a fizetés, és milyen módon jutnak el a források a szolgáltatókhoz. Nincs minden országban egyformán alkalmazható modell, ezért a gyakorlatban több finanszírozási forma kombinációja működik (WHO, 2010).

Az adóalapú finanszírozásban (Beveridge-modell) az egészségügy forrásait elsősorban az állami költségvetés biztosítja. Előnye a széles körű hozzáférés lehetősége, hátránya viszont, hogy erősen függ a költségvetési helyzettől és a politikai döntésektől.

A társadalombiztosítási modellben (Bismarck-modell) a munkavállalók, munkáltatók vagy más szereplők járulékot fizetnek, és ez alapján jogosultságot szereznek bizonyos ellátásokra. Előnye, hogy kapcsolatot teremt a befizetés és a jogosultság között, de gondot okozhat, ha kevés az aktív járulékfizető, vagy nagy az ellátási igény.

A magánbiztosításnál az egyén vagy a munkáltató biztosítási díjat fizet, a biztosító pedig a szerződés szerint téríti az ellátást. A közvetlen lakossági fizetés, más néven out-of-pocket payment esetén a beteg közvetlenül fizet a szolgáltatónak. Ez egyszerű forma, de növelheti a hozzáférési különbségeket *(5. táblázat)*.

Magyarországon az ellátórendszer alapvetően közfinanszírozott, társadalombiztosítási logikára épülő rendszerként működik, jelentős állami szerepvállalással. Emellett jelen van a magánellátás, a magánbiztosítás és a zsebből fizetés is. A részletes hazai finanszírozási technikákat a jegyzet külön fejezete tárgyalja (Boncz, 2011; Orosz, 2011).

5. táblázat: Az egészségügyi finanszírozási modellek főbb típusai

Finanszírozási forma	Lényege	Előny / lehetséges kockázat
Adóalapú finanszírozás (Beveridge-modell)	Az ellátás fő forrása az állami költségvetés, amelyet adóbevételekből fedeznek	Széles hozzáférést biztosíthat, de függ a költségvetés helyzetétől
Társadalombiztosítás (Bismarck-modell)	A jogosultság járulékfizetéshez vagy biztosítotti státuszhoz kapcsolódik	Erős kapcsolat van a befizetés és a jogosultság között, de érzékeny a foglalkoztatásra és a demográfiára
Magánbiztosítás	Az egyén vagy a munkáltató biztosítási díjat fizet, a biztosító pedig szerződés szerint térít	Bővítheti a választási lehetőséget, de növelheti a hozzáférési különbségeket
Zsebből történő fizetés	A beteg közvetlenül fizet az egészségügyi szolgáltatónak	Egyszerű fizetési forma, de erősen függ a beteg fizetőképességétől

Finanszírozási forma	Lényege	Előny / lehetséges kockázat
Vegyes rendszer	Több finanszírozási forma egyszerre van jelen, eltérő arányban	Rugalmasabb lehet, de bonyolultabb szabályozást és koordinációt igényel

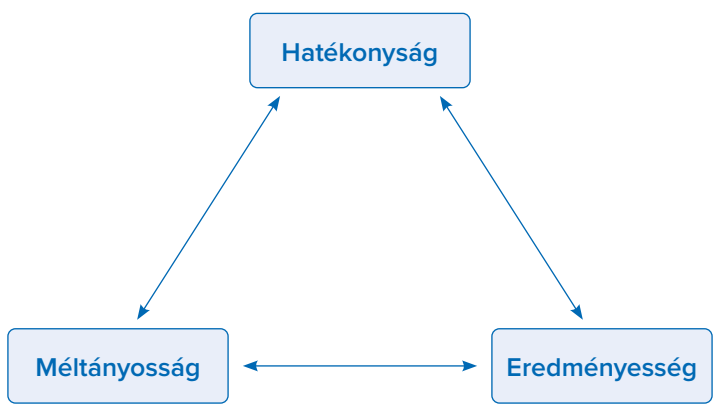
Forrás: saját szerkesztés WHO (2010), Orosz (2011) és Boncz (2011) alapján

2.8. Hatékonyság, eredményesség és méltányosság az egészségügyben

Az egészségügyi rendszer értékelésekor nem elegendő azt vizsgálni, mennyi pénzt költenek ellátásra. Fontos az is, hogy a forrásokat hogyan használják fel, milyen egészségnyereséget érnek el, és a lakosság különböző csoportjai mennyire igazságosan férnek hozzá a szolgáltatásokhoz (WHO, 2000; Porter, 2010).

A hatékonyság azt jelenti, hogy a rendszer a rendelkezésre álló erőforrásokból a lehető legnagyobb eredményt éri el. Erőforrás lehet a pénz, a műszer, a gyógyszer, a kórházi ágy, a rendelési idő vagy a dolgozók munkaideje. Az eredményesség azt mutatja meg, hogy az ellátás valóban javítja-e a beteg egészségi állapotát, túlélését, életminőségét vagy munkaképességét.

A méltányosság azt jelenti, hogy a hozzáférés ne kizárólag a beteg jövedelmétől, lakóhelyétől, társadalmi helyzetétől vagy kapcsolatrendszerétől függjön. Hasonló egészségi szükséglet esetén hasonló esélyt kell biztosítani a szükséges ellátáshoz, különösen sürgős vagy alapvető beavatkozásoknál *(3. ábra).*



3. ábra: Az egészségügyi döntések hármas célrendszere
Forrás: saját szerkesztés

A három szempont között gyakran feszültség van. Egy drága, új gyógyszer néhány betegnek nagy előnyt hozhat, miközben ugyanabból a forrásból sok ember számára lehetne megelőző programot biztosítani. A jó egészségügyi döntés ezért nem egyszerűen a legolcsóbb megoldás, hanem az, amely arányos egészségnyereséget, igazságos hozzáférést és fenntartható működést eredményez (Drummond et al., 2015; Porter, 2010).

2.9. Technológiai fejlődés, innováció és költségnövekedés

Az egészségügyben a technológiai fejlődés folyamatosan új diagnosztikai és terápiás lehetőségeket teremt. Ennek részletes bemutatása nem ennek a fejezetnek a célja; itt az a fontos, hogy az új technológiák milyen gazdasági döntési helyzetet hoznak létre.

6. táblázat: Az egészségügyi technológiák gazdasági értékelésének fő kérdései

Értékelési szempont	Mit vizsgál?	Miért fontos?
Egészségnyereség	Javul-e a túlélés, az életminőség, a tünetek vagy a munkaképesség?	Megmutatja, hogy az új technológia valódi beteg- és társadalmi értéket teremt-e
Érintett betegkör	Hány beteg számára alkalmazható, és mely indikációban jelent előnyt?	A teljes finanszírozási igény a betegszámtól is függ
Költségek	Mekkora a beszerzési, működtetési, képzési, karbantartási és fogyóanyagköltség?	Nemcsak a vételár, hanem az egész működtetés terhe számít
Kiváltott költségek	Csökkenti-e a szövődményeket, a kórházi tartózkodást vagy a további ellátási igényt?	Egy drágább módszer hosszabb távon költségmegtakarítást is eredményezhet
Szervezési feltételek	Rendelkezésre áll-e a személyzet, infrastruktúra, betegút és informatikai háttér?	A technológia csak akkor hasznosul, ha beépíthető az ellátási folyamatba

Értékelési szempont	Mit vizsgál?	Miért fontos?
Fenntarthatóság	Finanszírozható-e tartósan, és nem von-e el aránytalanul sok forrást más területektől?	Segít megítélni, hogy az új megoldás hosszú távon is vállalható-e a rendszer számára

Forrás: saját szerkesztés Drummond et al. (2015), Gulácsi (2012) és Kristensen et al. (2017) alapján

Az innováció javíthatja az ellátás eredményességét: korábbi diagnózist, jobb túlélést, jobb életminőséget, kevesebb szövődményt vagy rövidebb kórházi tartózkodást eredményezhet. Ugyanakkor gyakran növeli a kiadásokat a beszerzési ár, a karbantartás, a fogyóanyag, a személyzet képzése vagy a bővülő betegkör miatt.

Ezért egy új technológia bevezetése nemcsak szakmai, hanem gazdasági döntés is. Mérlegelni kell, mekkora egészségnyereséget ad, hány beteget érint, mennyibe kerül, kivált-e más költségeket, és fenntartható-e a finanszírozása *(6. táblázat)*.

Fontos szempont a költséghatékonyság és a költségvetési hatás. Egy drágább módszer hosszabb távon kedvező lehet, ha csökkenti a szövődményeket vagy gyorsabb munkába való visszatérést tesz lehetővé. Ugyanakkor ha sok beteg számára válik elérhetővé, a teljes finanszírozási igény jelentősen növekedhet.

Az egészségügyi technológiaértékelés célja, hogy a döntéshozók ne csak az újdonság vagy a piaci nyomás alapján döntsenek, hanem vegyék figyelembe a klinikai eredményességet, a költségeket, a társadalmi hatásokat és a finanszírozhatóságot is (Drummond et al., 2015; Gulácsi, 2012; Kristensen et al., 2017).

2.10. Magyarországi sajátosságok és gyakorlati példák

A magyar egészségügyi rendszer alapvetően közfinanszírozott, jelentős állami szerepvállalással működik, miközben egyre nagyobb szerepe van a magánfinanszírozott ellátásnak is. Ez különösen a járóbeteg-szakellátások, diagnosztikai vizsgálatok, a fogászat és a kényelmi jellegű szolgáltatások esetében látható (OECD/European Observatory, 2025).

A köz- és magánellátás párhuzamos jelenléte bővítheti a választási lehetőségeket, de hozzáférési különbségeket is okozhat. Például egy képalkotó vizsgálat közfinanszírozott ellátásban térítésmentes vagy támogatott lehet, de várakozási idővel járhat; magánellátásban gyakran gyorsabban elérhető, viszont a beteg közvetlenül fizet érte.

7. táblázat: A magyar egészségügyi rendszer néhány gazdaságimenedzsment-sajátossága

Sajátosság	Gazdaságimenedzsment-jelentőség	Gyakorlati következmény
Köz- és magánellátás	Több finanszírozási csatorna és szolgáltatói kör működik párhuzamosan	Bővülhet a választási lehetőség, de nőhet a hozzáférési különbség
Humán erőforrás	A szakemberhiány, munkaterhelés és bérezés közvetlenül alakítja a kapacitásokat	Várakozási idő, ellátási szűkület vagy magánszektorba áramlás jelentkezhet
Területi különbségek	Az ellátási kapacitások és a szakemberek nem egyenletesen oszlanak meg	Utazási költség, munkaidő-kiesés és nehezebb hozzáférés keletkezhet
Várakozási idők	A kapacitás- és finanszírozási korlátok befolyásolják az ellátáshoz jutást	A későbbi diagnózis vagy kezelés magasabb későbbi költséget okozhat
Lakossági egészségi állapot	A krónikus betegségek és életmódkockázatok növelik a rendszerterhelést	Nőhetnek a kezelési, táppénz- és társadalombiztosítási kiadások
Prevenció	A megelőzés és a korai felismerés mérsékelheti a súlyos szövődményeket	A szűrés, gondozás és egészségnevelés hosszabb távú befektetés

Forrás: saját szerkesztés OECD (2025), Orosz (2011) és Boncz (2011) alapján

A hazai rendszer másik fontos kérdése a humán erőforrás. A bérek, a munkaterhelés, az ügyeleti rendszer, a munkakörülmények, a szakmai fejlődés és a pálya presztízse mind befolyásolják, hogy az egészségügyi dolgozók a közellátásban, a magánszektorban vagy külföldön vállalnak-e munkát *(7. táblázat)*.

Területi különbségek is megfigyelhetők. Egy nagyvárosban vagy egyetemi klinikai központ közelében több szakrendelés, diagnosztikai lehetőség és kórházi kapacitás érhető el, mint egy kisebb településen. Ez utazási költséget, munkaidő-kiesést és családi szervezési terhet is jelenthet.

A lakosság egészségi állapota szintén meghatározza a gazdasági terheket. A krónikus betegségek, az egészségtelen életmóddal összefüggő állapotok és a munkaképesség-csökkenés növelik az ellátórendszer és a társadalom terheit. Ezért Magyarországon is fontos a prevenció, a szűrés és az alapellátás megerősítése.

2.11. Összegzés: költség vagy befektetés?

Az egészségügy gazdasági szempontból egyszerre jelent kiadást és befektetést. Rövid távon jelentős forrásokat igényel az intézmények fenntartása, a dolgozók bére, a gyógyszerek, az eszközök, az infrastruktúra, az informatikai rendszerek és az új technológiák bevezetése.

Hosszabb távon azonban a jól működő egészségügy hozzájárul a munkaképesség megőrzéséhez, a korai halálozás csökkentéséhez, a krónikus betegségek jobb gondozásához és az életminőség javításához. Így közvetve a munkaerőpiacra, a termelékenységre és a társadalmi stabilitásra is hat.

A gazdasági fejlettség meghatározza az egészségügyi rendszer lehetőségeit, ugyanakkor a lakosság egészségi állapota is visszahat a gazdaságra. Az egészségügy sajátos piac, ahol az információs aszimmetria, a bizonytalanság, az etikai követelmények és a hozzáférési egyenlőtlenségek miatt erős állami szerepvállalásra van szükség.

Az egészségügyi menedzsment feladata, hogy a korlátozott erőforrásokat úgy használja fel, hogy azok minél nagyobb egészségnyereséget eredményezzenek. Ehhez egyszerre kell figyelembe venni a hatékonyságot, az eredményességet, a méltányosságot és a hosszú távú fenntarthatóságot.

Irodalomjegyzék

Arrow, K. J. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.* The American Economic Review. 1963;53(5):941–973.

Boncz, I. (szerk.). *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2011.

Commission on Macroeconomics and Health: *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development.* World Health Organization, Geneva, 2001.

Drummond, M. F.; Sculpher, M. J.; Claxton, K.; Stoddart, G. L.; Torrance, G. W. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.* 4th edition. Oxford University Press, Oxford, 2015.

Figueras, J.; McKee, M.; Lessof, S.; Duran, A.; Menabde, N. (eds.). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the Case for Investing in Health Systems.* Open University Press / European Observatory on Health Systems and Policies, Maidenhead, 2012.

Folland, Sh.; Goodman, A. C.; Stano, M. *The Economics of Health and Health Care.* 8th edition. Routledge, New York, 2017.

Grossman, M. *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health.* Journal of Political Economy. 1972;80(2):223–255.

Gulácsi, L. (szerk.). *Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés: Az egészség-gazdaságtani elemzéstől a klinikai és finanszírozási döntéshozatalig.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2012.

Kristensen, F. B.; Lampe, K.; Wild, C.; Cerbo, M.; Goettsch, W.; Becla, L. *The HTA Core Model – 10 Years of Developing an International Framework to Share Multidimensional Value Assessment.* Value in Health. 2017;20(2):244–250.

OECD / European Observatory on Health Systems and Policies: Hungary: Country Health Profile 2025. State of Health in the EU. OECD Publishing / European Observatory on Health Systems and Policies, Paris / Brussels, 2025.

Orosz, É. *Egészségpolitika.* Hallgatói kézikönyv. ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest, 2011.

Porter, M. E. *What Is Value in Health Care?* New England Journal of Medicine. 2010; 363(26):2477–2481.

World Bank: *World Development Report* 1993: Investing in Health. Oxford University Press, New York, 1993.

World Health Organization: *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* World Health Organization, Geneva, 2000.

World Health Organization: *The World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage.* World Health Organization, Geneva, 2010.

Gyakorló tesztkérdések

1. kérdés: *Miért tekinthető az egészség gazdasági értéknek?*

a) Mert minden egészségügyi szolgáltatás piaci alapon működik.
b) Mert az egészségi állapot befolyásolja a munkaképességet, a termelékenységet és a társadalmi terheket.
c) Mert az egészségügyi ellátás minden esetben nyereséget termel.
d) Mert az egészségügyben nincs szükség állami szerepvállalásra.

2. kérdés: *Mit jelent a humántőke fogalma?*

a) Az egészségügyi intézmények épületeinek és eszközeinek összességét.
b) Az állami egészségügyi kiadások teljes összegét.
c) Az emberek tudását, képességeit, tapasztalatát és egészségi állapotát.
d) A gyógyszerek és orvostechnikai eszközök piaci értékét.

3. kérdés: *Miért nem működik az egészségügy teljesen úgy, mint egy hagyományos piac?*

a) Mert a betegek minden esetben pontosan ismerik a szükséges ellátást.
b) Mert az egészségügyben nincs szükség szakmai szabályokra.
c) Mert a beteg gyakran kiszolgáltatott helyzetben van, és információs aszimmetria áll fenn.
d) Mert az egészségügyi ellátásoknak nincs költségük.

4. kérdés: *Melyik példa mutatja legjobban a külső gazdasági hatást az egészségügyben?*

a) A beteg magánorvosi vizsgálatért fizet.
b) A védőoltás csökkenti a fertőzés továbbadásának esélyét a közösségben.
c) A kórház új informatikai rendszert vásárol.
d) Az orvos szakvizsgát tesz.

5. kérdés: *Mi az állam egyik fontos szerepe az egészségügyben?*

a) Az ellátások kizárólag piaci alapon történő működtetése.
b) Az egészségügyi szolgáltatások teljes megszüntetése.
c) A szabályozás, finanszírozás, ellátásszervezés és népegészségügyi feladatok ellátása.
d) A betegek szakmai döntéseinek átvétele minden esetben.

6. kérdés: *Mit jelent az out-of-pocket payment kifejezés?*

a) Társadalombiztosítási járulékfizetést.
b) Közvetlen lakossági, zsebből történő fizetést.

c) Állami költségvetési támogatást.
d) Munkáltatói adóbefizetést.

7. kérdés: *Az egészségügyi döntések értékelésekor melyik három szempontot kell gyakran együtt vizsgálni?*

a) Ár, reklám és nyereség
b) Hatékonyság, eredményesség és méltányosság
c) Bér, szabadság és munkaidő
d) Import, export és infláció

8. kérdés: *Miért jelenthet az egészségügyi technológiai fejlődés gazdasági kihívást?*

a) Mert az új technológiák mindig csökkentik az egészségügyi kiadásokat.
b) Mert az új technológiák bevezetése költségekkel, képzési igénnyel és finanszírozási döntésekkel járhat.
c) Mert az egészségügyben tilos új technológiákat alkalmazni.
d) Mert a technológiai fejlődés nem befolyásolja az ellátás működését.

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: b
2. kérdés: c
3. kérdés: c
4. kérdés: b
5. kérdés: c
6. kérdés: b
7. kérdés: b
8. kérdés: b

3. fejezet:

Menedzsmentalapok

3.1. Történeti előzmények: az ipari forradalom és hatásai

A modern vezetéstudomány gyökerei az ipari forradalomhoz és az eredeti tőkefelhalmozás korszakához kötődnek. Ez a folyamat számolta fel a középkorban jellemző feudális gazdasági kereteket, megteremtve a kapitalista termelés alapfeltételeit: a tőkekoncentrációt és a munkaerő-koncentrációt.

A korszakot az alábbi strukturális változások jellemezték:

- Jobbágyföldek kisajátítása: a földesurak a nagybirtokok összevonásaival kiszorították a parasztságot a mezőgazdaságból.
- Tőkekoncentráció: a kereskedelemből és a gyarmatosításból felhalmozott vagyon kevés kézben összpontosult, finanszírozhatóvá téve a nagyipari beruházásokat.
- Szabad munkavállalói réteg: a földjüktől megfosztott tömegek bérmunkássá váltak, létrehozva a modern munkaerőpiacot.
- Manufaktúrák és gyárak: a munkamegosztáson alapuló üzemek a tömegtermelés bölcsőjévé váltak.

Példa: ebben az időszakban egy textilipari cégnél munkásnők tömegei dolgoznak szorosan egymás mellett, gépiesített eszközökkel. A zsúfolt, monoton munkakörnyezet jól tükrözi a korai ipari termelés azon szemléletét, ahol az emberi munkaerő csupán a gép „alkatrészszerű" kiterjesztéseként jelent meg. Ebben az időszakban a vállalatok irányítását döntően mérnökök végezték, ami megalapozta a folyamatok tisztán racionális szemléletét (Carpenter, 2019).

A vezetéstudomány önálló tudományágként való megjelenése egy különálló evolúciós folyamat eredményeként értelmezhető, amely a tapasztalattól a tudáson át az elméletig haladt, majd gondolkodási iskolák és intellektuális mozgalmak kialakulásával zárult, végül pedig tudományos területté vált *(1. ábra)*.



1. ábra: A vezetéstudomány története, alapvető vezetési iskolák
Forrás: saját szerkesztés

A tudományág fejlődése jelentős regionális eltéréseket mutatott, amit a társadalmi-gazdasági környezet különbségei magyaráznak. Míg az Amerikai Egyesült Államokban a „frontier" szellem, a gyors expanzió és a hagyományok hiánya a radikális váltásokat segítette, addig Európában a céhes múlt és a rögzült társadalmi struktúrák a szervesebb, lassabb fejlődést támogatták *(1. táblázat)* (Wren, 2009).

1. táblázat: Az európai és amerikai fejlődés sajátosságai

Szempont	Amerikai fejlődés	Európai fejlődés
Munkaerő állapota	Jellemzően szakképzetlen tömegek	Szakképzett munkaerő, céhes hagyományok
Fejlődés jellege	Gyors, ugrásszerű, lehetőségekkel teli	Szerves, lassabb, hagyománytisztelő
Tulajdon és vezetés	A tulajdonosi és vezetői réteg korán szétválik	A tulajdonosi és a vezetői réteg nem válik szét
Szakmaiság	A vezetés korán önálló szakmává válik	A vezetés sokáig nem számít önálló hivatásnak

Forrás: saját szerkesztés

3.2. A szervezés- és vezetéselméleti irányzatok bemutatása

3.2.1. Klasszikus irányzatok (19. sz. vége – 20. sz. eleje) képviselői

Frederick Winslow Taylor

A „tudományos vezetés atyjaként" Taylor a mérnöki precizitását (a Bethlehem Steel mérnöke) emelte be a menedzsmentbe. „A tudományos vezetés című" művében (1911) leírta

a menedzsment alapfeltevéseit. Alapelve a fizikai és szellemi munka éles szétválasztása volt. Véleménye szerint a munkás csak végrehajt, a menedzser tervez. Fontosnak tartotta a munka minden egyes elemének tudományos elemzését. Azt vallotta, hogy az első osztályú munkáért magasabb fizetés jár. Fontosnak tartotta a magas bér – alacsony költség elvét, ami azt jelenti, hogy akkor éri meg egy munkavállalót alkalmazni, ha a munkája által megtermelt érték (output) jóval magasabb, mint a foglalkoztatás teljes költsége. Ezen szemlélet alapján általa alkalmazott technikák a következők (Drucker, 1974):

- Mozdulatelemzés: a munkafolyamat elemi részekre bontása a leghatékonyabb mozdulatsor meghatározásához.
- Szabványosítás: az optimális munkamódszerek rögzítése.
- Egységesítés: azonos feladatokhoz azonos eszközök és eljárások rendelése (Dobák, 2006).

Henri Fayol

Francia bányamérnök volt, 1916-ban jelent meg az „Administration Industrielle et Generalle" című könyve francia nyelven, amelyben leírta a menedzsment alapjait. Fayol a sikeres vállalatvezetést egyetemes elvekre alapozta. Hat alapvető vállalati tevékenységet (műszaki, kereskedelmi, pénzügyi, biztonsági, számviteli és vezetési) különböztetett meg egymástól, 14 irányítási elvet határozott meg munkássága során:

1. Munkamegosztás: a specializáció növeli a hatékonyságot.
2. Tekintély és felelősség: a parancsnoki jog és az elszámoltathatóság egysége.
3. Fegyelem: a szervezet és tagjai közötti megállapodások tisztelete.
4. Egyszemélyes vezetés: minden alkalmazott csak egy felettestől kaphat utasítást.
5. Az irányítás egysége: egy célhoz egy terv és egy vezető tartozik.
6. Részérdekek alárendelése: az általános szervezeti érdek megelőzi az egyénit.
7. Bérezés: méltányos díjazás a dolgozó és a munkaadó számára.
8. Centralizáció: a döntéshozatal optimális koncentrációja a felső vezetésnél.
9. Hierarchia: a tekintélyi szintek világos sorrendje (szolgálati út).
10. Rend: megfelelő ember a megfelelő helyen, a megfelelő időben.
11. Méltányosság: jóindulat és igazságosság az alkalmazottakkal szemben.
12. Stabilitás: a munkaerő állományának megtartása, a fluktuáció csökkentése.
13. Kezdeményezés: a tervek kidolgozásának és végrehajtásának szabadsága.
14. Egység: a csapatmunka és a harmónia előmozdítása (Henri Fayol, 1918; Dobák, 2006).

Max Weber

Max Weber a centralizált porosz közigazgatást tekintette alapnak az élete során. A klasszikus iskola részeként az ideális bürokráciát írta le, ahol a szigorú hierarchia,

az írásos szabályozottság és a személytelenség garantálja a szervezet kiszámítható és hatékony működését. A szabályozottságot, az írásbeliséget és a hivatástudatot tartotta az ideális szervezet alapjának, ahol a személytelenség biztosítja a tárgyilagosságot.

Véleménye szerint a bürokratikus szervezeti forma a következők miatt jó:

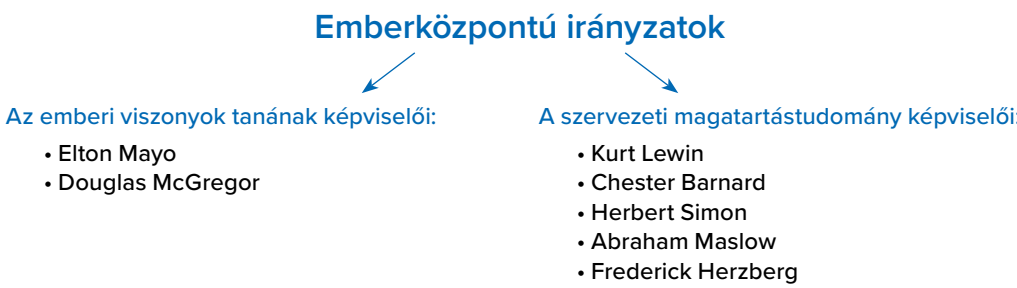
- Munkamegosztás: a feladatok világos szétosztása az egyes munkakörök között. Minden pozíciónak meghatározott felelőssége és kompetenciája van, így a szervezet hatékonyabban, kiszámíthatóbban működik.
- Szabályozottság: a működést részletes, előre rögzített szabályok és eljárások irányítják. Ez biztosítja, hogy a döntések ne egyéni szimpátián vagy hangulaton múljanak, hanem következetesek legyenek.
- Hierarchia: a szervezetben világos alá-fölérendeltségi viszonyok vannak. Mindenkinek van felettese, aki ellenőrzi és irányítja a munkáját. Ez biztosítja a felelősségi láncot és az elszámoltathatóságot.
- Írásbeliség: a döntések, szabályok, utasítások és eljárások dokumentálva vannak. Az írásos rögzítés garantálja az átláthatóságot, visszakereshetőséget és jogbiztonságot.
- Hivatástudat: a szervezet tagjai szakmai elkötelezettséggel végzik a munkájukat. A pozíciót nem személyes kapcsolatok, hanem szakértelem és felkészültség alapján töltik be.
- Személytelenség: a döntések nem személyes érzelmeken, rokonszenven vagy egyéni érdekeken alapulnak. A hivatalnok a szabályok szerint, tárgyilagosan jár el, így biztosítva az egyenlő bánásmódot.
- Tárgyilagosság: a döntések racionális, bizonyítékokon és szabályokon alapuló megfontolásokból születnek. A szervezet működése így kiszámítható és igazságos (Dobák, 2006; Drucker, 1974).

Henry Ford

Ford szegény ír bevándorló családból származott. A Ford-autógyárat kölcsönökből indította el. Nevéhez fűződik az első „népautó", a „Tin Lizzy" megalkotása. A futószalag bevezetésével paradigmaváltást hozott létre a menedzsment területén. 1914-ben a gyártási idő 13 óráról 93 percre csökkent, ami 8,4-szeres termelékenységnövekedést eredményezett, ezzel megindult a tömegtermelés folyamata. Az autógyárában embertelen körülmények és bánásmód között dolgoztak a beosztottak. Bevezette a pontos időtervezést és a napi nyolcórás munkaidőt. Nevéhez fűződik a szociális juttatások biztosítása a munkavállalók részére (Dobák, 2006; Drucker, 1974).

3.2.2. Emberközpontú irányzatok

A klasszikus iskola mechanisztikus, az embert a gép tartozékaként kezelő szemlélete idővel válságba jutott. A súlypont áthelyeződött a szervezetekben dolgozó egyénekre, mert ebben látták a további eredményesség lehetőségeit (Human Relations mozgalom) *(2. ábra)*. Két irányzatot kell megemlíteni, az egyik „Az emberi viszonyok tana képviselői", a másik pedig a „Szervezeti magatartástudomány képviselői".



2. ábra: Az emberközpontú irányzatok csoportosítása
Forrás: saját szerkesztés

Emberi viszonyok tana (Human Relations)

Elton Mayo

Elton Mayo a Harvard Business School kutatójaként dolgozott. A Chicago-ATT Western Electric Vállalat hawthorne-i kísérletei rávilágítottak, hogy a munkateljesítmény elsődlegesen nem a fizikai körülményektől, hanem a dolgozók érzelmi állapotától, a motivációtól és az informális csoportstruktúráktól függ. Ezen méréshez a teszteket, az üzemiteljesítmény-vizsgálatokat, a mélyinterjúkat és a csoportbefolyások elemzését használta.

Douglas McGregor

X és Y elméletében McGregor két ellentétes vezetői megközelítést, úgynevezett antropológiai előfeltevést vázolt fel:

- X elmélet: feltételezi, hogy az ember alapvetően lusta, kerüli a felelősséget, ezért szigorú ellenőrzést és kényszerítést igényel.
- Y elmélet: feltételezi, hogy a munka természetes szükséglet, az egyén képes az önirányításra, alkotóvágy hajtja, és keresi a kihívásokat.

Szervezeti magatartástudomány

Abraham Maslow

Az emberi szükségleteket ötszintű hierarchiába rendezte a fiziológiai igényektől a biztonságon, közösségen és elismerésen át az önmegvalósításig.

Maslow szükségletelmélete:

Alapszükségletek:

1. Fiziológiai (levegő, víz, étel, alvás, biztonságérzet)
2. Biztonság és védelem (családi légkör)
3. Társadalmi hovatartozás

Magasabb rendű szükségletek:

4. Társadalmi elfogadottság
5. Önmegvalósítás

Frederick Herzberg

Kéttényezős modelljében elkülönítette a higiénés tényezőket (melyek hiánya elégedetlenséget okoz, de meglétük nem motivál, pl. fizetés, munkakörülmények, munkahely biztonsága és személyes kapcsolatok) és a motivációs tényezőket, amelyek valódi motivátorok (pl. felelősségvállalás, fejlődési lehetőség, a nagyobb teljesítmény és a karrierépítés lehetősége).

3.3. A vezetés fogalma és komplexitása

A vezetés tudományos megközelítésben egy olyan komplex tevékenység, amely az erőforrások hatékony, eredményes és szervezett felhasználására irányul a konkrét szervezeti célok elérése érdekében. Az egyetemi oktatásban a fogalmat három, egymást kiegészítő aspektusból definiáljuk:

- Művészet: az egyéni intuíció, a kreatív problémamegoldás és a személyes karizma szerepe a döntéshozatalban.
- Tudomány: rendszerezett ismeretanyag, igazolt elméletek és módszertani kutatások összessége.
- Szakma: önálló, professzionális szinten elsajátítható hivatás, amely speciális kompetenciakészletet igényel.

A menedzsment alapvető célkitűzése a kitűzött eredmények realizálása más emberek közreműködése, valamint a humán, pénzügyi és műszaki erőforrások optimális

összehangolása révén. A vezetés olyan komplex tevékenység, amely az erőforrások hatékony, eredményes és szervezett felhasználására irányul a szervezeti célok elérése érdekében. A vezető csak áttételesen hat a rendszerre, a kitűzött célok elérése érdekében a helyes irány betartását követi, illetve ha szükséges, korrekciók kezdeményezését is végzi. Fayol elkülönítette a vezetési funkciókat a technikai tevékenységektől, öt alapvető feladatot definiálva:

1. Tervezés: a jövő felmérése és a cselekvési program összeállítása.
2. Szervezés: a szervezet anyagi és humán struktúrájának kialakítása.
3. Rendelkezés: az alkalmazottak irányítása és az utasítások kiadása.
4. Koordinálás: a tevékenységek és erőfeszítések összehangolása.
5. Ellenőrzés: annak vizsgálata, hogy minden a terveknek megfelelően történt-e (Bakacsi, 2010).

A modern vezetéstudomány megkülönbözteti az adminisztratív irányítást az inspiratív vezetéstől:

- Leadership: a személyre (emberek vezetésére) gyakorolt hatást jelenti. A „miért"-re fókuszál. Főbb jellemzői: inspiráció, stratégia, innováció. A szervezeti erőforrások közül kitüntetetten az emberi erőforrással foglalkozik. Annak a képességét jelenti, hogy hogyan tudja a vezető a szervezet tagjait a szervezeti célok megvalósítására befolyásolni, mozgósítani.
- Menedzsment: a szervezetekre gyakorolt hatást jelenti. A „hogyan"-ra fókuszál. Főbb jellemzői: tisztázás, operáció, tökéletesítés, egységesség.

A vezető csak saját munkatársai által lehet sikeres, függetlenül attól, hogy milyen terméket vagy szolgáltatást állít elő a szervezet. A Katz szerinti hatékony vezetőnek háromféle készséggel kell rendelkeznie: technikai, humán és konceptuális készségek.

- Technikai készségek: speciális szaktudás alkalmazása.
- Humán készségek: emberekkel való együttműködés és motiválás képessége.
- Koncepcionális készségek: összetett helyzetek elemzésének mentális képessége (Carpenter, Openstax, 2019).

Ezek a készségek alapozzák meg a vezető három fő tulajdonságát: a tiszta víziót, a precíz célmeghatározást és a célhoz vezető út ismeretét. Ugyanakkor a vezető esetében fontos a jó külső és belső kommunikációs készség megléte, megfelelő vezetési stílus alkalmazása, jó döntésképesség és szükség esetén rendkívüli erőfeszítésre való hajlandóság (például harminc ember pozíciójának megszüntetése egy időben). A vezető legfontosabb feladata a tervezés, szervezés, összehangolás és vezetés. A tervezés azt

jelenti, hogy célokat tűz ki, a szervezés azt jelenti, hogy erőforrásokat biztosít a célok megvalósításához. Az összehangolás azt jelenti, hogy kialakít egy szervezetet/csoportot, akik az erőforrások révén a kitűzött célt teljesítik, és végül, de nem utolsósorban a vezetés azt jelenti, hogy az embereket motiválja a kitűzött cél megvalósítása érdekében.

3.4. Modern menedzsment és globális kihívások

A jelenkor menedzsmentjét az informatika dominanciája és a globális centrumok átrendeződése jellemzi. Az USA és az EU mellett meghatározóvá váltak a „Kistigrisek" és Kína jelentős gazdasági súlya.

Modern menedzsmentmódszerek

- *Benchmarking:* teljesítménymutatók összevetése a legjobbakéval.
- *Outsourcing:* nem alaptevékenységek (HR, pénzügy) kiszervezése külső partnereknek.
- *Folyamat-reengineering:* a folyamatok radikális újratervezése a hatékonyság érdekében.
- *Változásmenedzsment:* megkülönböztetünk folyamatos fejlesztést **(evolúciós)** és a múlttal való teljes szakítást **(revolúciós).**

A modern menedzsmentmódszerek, mint például a benchmarking, az outsourcing, a folyamat-reengineering és a változásmenedzsment, nem csupán a jelenlegi működés optimalizálását szolgálják, hanem egy olyan szervezeti kultúra alapjait is megteremtik, amely képes alkalmazkodni a gyorsan változó környezethez. A jövőben a vállalatok versenyképességét egyre inkább az határozza meg, hogy mennyire tudnak adatvezérelt döntéseket hozni, mennyire képesek rugalmasan átszervezni a folyamataikat, és mennyire tudják bevonni munkatársaikat a változásokba.

Irodalomjegyzék

Bakacsi, Gy. (2010). *Szervezeti magatartás és vezetés.* Aula Kiadó.

Carpenter, M.; Bauer, T.; Erdogan, B. (2019). *Principles of management.* OpenStax. Rice University, 6100 Main Street MS-375, Houston, Texas 77005.
https://openstax.org/details/books/principles-management

Dobák, M. (2006). *Szervezeti formák és vezetés.* Aula Kiadó.

Drucker, P. F. (1974). *Management: Tasks, responsibilities, practices.* Harper & Row.

Farkas, F. (2007). *A menedzsment alapjai.* Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar. ISBN: 978-963-642-177-9

Fayol, H. (1918). *Administration industrielle et générale: prévoyance, organisation, commandement, coordination, controle.* H. Dunod et E. Pinat.

Wren, D. A.; Bedeian, A. G. (2009). *The evolution of management thought (6th ed.).* Wiley. https://library.atu.edu.kz/files/125867.pdf

Gyakorló tesztkérdések

1. kérdés: *Az alábbiak közül ki az emberközpontú irányzatok képviselője?*

a) Elton Mayo
b) Henri Fayol
c) Max Weber
d) Henry Ford

2. kérdés: *Mi a mozdulatelemzés fogalma?*

a) A munkafolyamatot elemi részekre bontjuk, és abból építjük fel a tevékenységet.
b) Nem kell mindig feltalálni a „langyos vizet".
c) Ugyanazt a műveletet ugyanazzal az eszközzel végezzük.
a) Egyik sem.

3. kérdés: *Mi a jellemzőjük a klasszikus irányzatoknak?*

a) A szervezetekben élő, dolgozó embert állítják a középpontba.
b) Az emberközpontú irányzat kritikája és tagadása.
c) Szabályozás (normák, technológia, gyártási rendszerek létrehozása).
d) Egyik sem.

4. kérdés: *Az alábbiak közül mi jellemző az Y elméletre?*

a) Az emberben idegenkedés van a munkával szemben.
b) A vezetői kényszer és ellenőrzés fontos.
c) Az ember nem idegenkedik a munkától.
d) Egyik sem.

5. kérdés: *Az alábbiak közül melyiket tekinti Maslow magasabb rendű szükségletnek?*

a) Fiziológiai
b) Biztonsági
c) Társadalmi hovatartozás
d) Társadalmi elfogadottság

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: a
2. kérdés: b
3. kérdés: c
4. kérdés: d
5. kérdés: d

4. fejezet

A szervezeti magatartás alapjai

4.1. A szervezet és a szervezeti magatartás fogalma

A modern menedzsmenttudomány alapvetése, hogy a szervezetek sikeressége nem csupán a technológiai háttéren, hanem az emberi tényezőkön alapul. Bakacsi és munkatársai (1991) meghatározása szerint a szervezet egy tudatosan koordinált, két vagy több ember által alkotott társadalmi egység, amely viszonylag jól körülhatárolható határokkal, viszonylag folyamatosan működik egy közös cél vagy célok együttesének elérése érdekében (Bakacsi, 2010).

A szervezeti magatartás (Organizational Behavior – OB) az a tudományterület, amely a szervezeteken belüli egyéni, csoportos és strukturális hatásokat vizsgálja, ezen ismeretek alkalmazásának pedig elsődleges célja a szervezeti hatékonyság és eredményesség növelése. Az OB azzal foglalkozik, hogy mit tesznek az emberek a szervezeten belül, és ez hogyan befolyásolja a szervezet teljesítményét, továbbá tanulmányozza az egyének magatartásformáját is. Lawrence megközelítése alapján a szervezeti magatartás kettős jellegű, mivel egyszerre a kutatási területet és a gyakorlati alkalmazási területet is jelenti. Segítségével a vezetők nemcsak a cselekvési alternatívákat és a változás folyamatát képesek irányítani, hanem pontosabb képet kapnak a teljesítmény kritériumairól is (Bakacsi, 2010; Lee, 1985).

Az OB szakterülete a következő konkrét magatartásformákkal és szervezeti tényezőkkel foglalkozik:

- Munkakörök kialakítása és a munkavégzés folyamatrendszere.
- Egyéni és csoportos választások, valamint döntési mechanizmusok.
- A munkaerő-fluktuáció és a hiányzás hátterének feltárása.
- A szervezet általános teljesítményét befolyásoló humán tényezők.

Az OB modellje strukturált keretet ad a szervezet működésének elemzéséhez, elkülönítve az eredményeket (függő változók) és az azokat befolyásoló tényezőket (független változók).

Függő változók (a vizsgált kimeneti mutatók):

- Teljesítmény: az egyéni és szervezeti produktivitás mértéke.
- Hiányzás: a munkából való kimaradások, melyek kritikus hatékonysági mutatók.
- Fluktuáció: a munkából való kilépések, melyek szintén kritikus hatékonysági mutatók.
- Munkával való elégedettség: az alkalmazottak szubjektív attitűdje feladataikhoz és munkakörnyezetükhöz.

Független változók (a befolyásoló szintek):

- Egyéni szintű változók: az egyén által a szervezetbe hozott jellemzők, mint például a személyiség, képességek, értékek és a motiváció.
- Csoportszintű változók: a dinamikus interakciók, a vezetés és a teamek együttműködése.
- Szervezeti szintű változók: a tágabb keretrendszer, beleértve a szervezeti kultúrát, a struktúrát és a HR-folyamatokat (Bakacsi, 2010).

4.2. Az egyéni magatartás meghatározói

Az egyéni jellemzők alkotják a szervezeti dinamika építőköveit. HR-szempontból kritikus ezek pontos ismerete a beválasztás és a megtartás érdekében.

- Képességek és készségek
- Személyiség
- Tanulás
- Észlelés és egyéni döntéshozatal
- Értékek, hiedelmek, attitűd
- Motiváció

Képességek és készségek fogalma

A képesség egy adott feladat elvégzésére való testi-lelki adottság *(1. táblázat).* A készség ezzel szemben gyakorlással megszerzett specifikus jártasság (pl. egy szoftver kezelése). Kutatások igazolják, hogy az intelligencia alapvetően segíti a jó teljesítményt, azonban a szervezeti hatékonysághoz elengedhetetlen a képesség és a munkakör összeillesztése. Ha az egyén képességei alatta maradnak a követelményeknek, a teljesítmény elmarad; ha jelentősen meghaladják azt, a frusztráció miatt nő a hiányzás és a fluktuáció (Bakacsi, 2010).

1. táblázat: A képességek csoportosítása

Szellemi képességek	Fizikai képességek
Szóbeli kifejezőkészség és megértés	Erőkifejtés
Számolási képesség	Rugalmasság
Térbeli átlátás és vizuális észlelés sebessége	Testi koordináció
Emlékezet és következtetési képesség	Egyensúly
Verbális megértés	Állóképesség

Forrás: saját szerkesztés

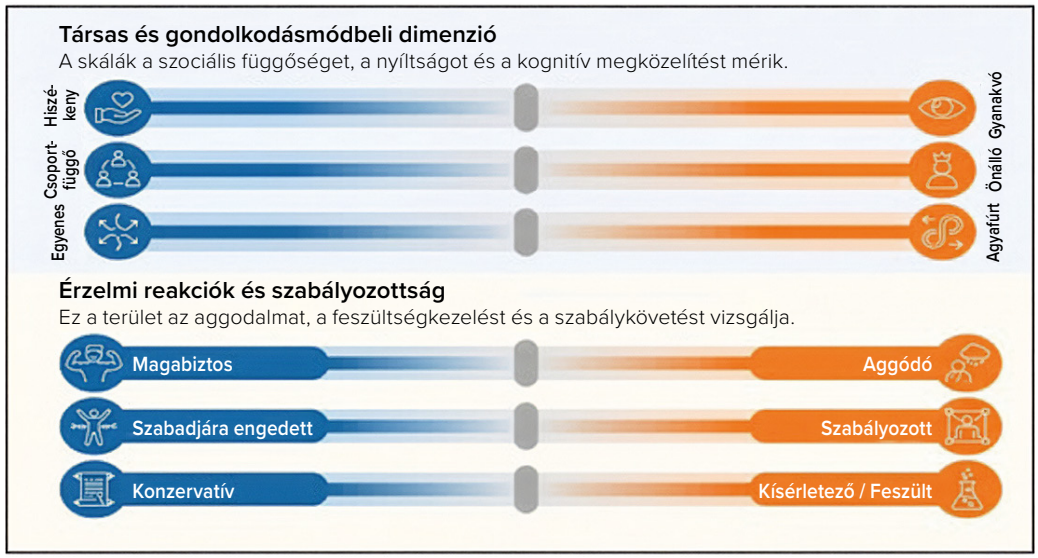
A személyiség fogalma

A személyiség jellemző tulajdonságaink viszonylag stabil szerveződése, a tulajdonságok olyan tartós készlete, amely meghatározza egyediségünket, és megkülönböztet másoktól. Bizonyos személyiségjellemzők erénynek számítanak egy-egy munkakör betöltésénél, más pozíciókban kifejezetten hátrányosak. Fayol szerint: „A megfelelő embert a megfelelő helyre." Ez azt jelenti, hogy például egy introvertált személyiségvonással rendelkező embert nem érdemes betenni egy kereskedelmi pozícióba. A személyiség kialakulását több tényező befolyásolja, gondolva itt például az öröklésre, a környezeti tényezőkre és az adott szituációkra (legyen az ad hoc vagy tartós hatás), ezen tényezők együttesen formálják. Erre példa egy egypetéjű ikerpár, akik külsőleg teljesen ugyanúgy néznek ki, genetikailag teljesen megegyeznek, és egy környezetben nőttek fel, mégis különböző a személyiségük.

Főbb személyiségelméletek:

1. Személyiségvonásokra alapozott elméletek
2. Személyiségszerkezeti megközelítések

A személyiségvonásokra alapozott elméletekre az jellemző, hogy tartósan fennálló tulajdonságok alapján próbálják leírni a személyiséget. Például: szorgalmas, kitartó, babonás, béketűrő. Hippokratész nevéhez fűződik az elmélet kidolgozása, aki 16 tulajdonságpárt határozott meg. Az *1. ábrán* látható néhány példa a tulajdonságpárok közül (Bakacsi, 2010).



1. ábra: Elsődleges személyes vonások, tulajdonságok (ellentétes párok)
Forrás: saját szerkesztés

A személyiségszerkezeti megközelítések elméletére az jellemző, hogy magát a személyiséget szeretné strukturálni. Freud modellje (Ösztön-én, Én, Felettes-én) és Berne tranzakcióanalízise (Gyermek, Felnőtt, Szülő én-állapotok) a belső feszültségekre és az interakciókra fókuszál.

Két személyiségmodell kerül bemutatásra a továbbiakban.

Myers–Briggs (MBTI)

Száz kérdésből áll, négy dimenzió (pl. extrovertált-introvertált, intuitív-érzékelő, gondolkodó-érző, észlelő-ítélkező) mentén 16 típust különít el a preferált viselkedés alapján.

- Extrovertált: nyitottak, társaságkedvelők, könnyen alakítanak ki új kapcsolatokat.
- Introvertált: visszafogottak, kevesebb, de mélyebb kapcsolatot részesítenek előnyben, időre van szükségük a bemelegedéshez.
- Intuitív: a meglátásokra, a mintákra és a „sorok között olvasás" képességére támaszkodnak; a mögöttes struktúrákra és a távoli asszociációkra összpontosítanak.
- Érzékelő: a konkrét tényekben, a közvetlen tapasztalatokban és a jelen pillanatban szerzett információkban bíznak; „akkor hisznek, amikor látják".
- Gondolkodó: logikát, ok-okozati érvelést, elemzést és kritikát alkalmaznak.
- Érző: a helyzetek értékelésekor az embereket, az értékeket és az érzelmi hatásokat helyezik előtérbe.

- Észlelő: megfigyelők, tényeket gyűjtenek, rugalmasak, nyitva tartják a lehetőségeket.
- Ítélkező: a struktúrát, a döntéseket, a világos véleményeket és a tervezett megközelítéseket részesítik előnyben (Robbins, 2017).

Big Five modell

A személyiség-kérdőív egy széles körben használt pszichológiai értékelőeszköz, amely öt tág személyiségdimenziót mér. Olyan stabil tulajdonságokat értékel, amelyek befolyásolják az egyének gondolkodását, érzéseit és viselkedését a különböző helyzetekben.

- Extrovertáltság: a társaságkedvelést, az energiaszintet és az asszertivitást írja le.
- Egyetértés: együttműködést, empátiát és interperszonális melegséget tükröz.
- Tudatosság: méri a szervezettséget, a megbízhatóságot és a céltudatosságot.
- Érzelmi stabilitás: érzelmi ellenálló képességet és stressztűrő képességet jelez.
- Nyitottság: felkelti a kíváncsiságot, a kreativitást és az újdonságok iránti vonzalmat (Robbins, 2017).

Hiedelmek, értékek és attitűdök

A hiedelmek különböző dolgokra vonatkozó gondolataink és elképzeléseink, valamint az azokból levont következtetéseink, vagy olyan összefüggés, amelyet két dolog vagy egy dolog és egy tulajdonság között észlelünk.

Négy szintjüket különböztetjük meg:

1. Alapvető hiedelmek: olyan alapadatok és evidenciák, amelyeket a valóság részeként elfogadunk (pl. a hal természetes közege a víz).
2. Első szintű hiedelmek: közvetlen tapasztalaton alapuló észleletek (pl. a narancs gömbölyű).
3. Sztereotípiák: egyszerűsítő, általánosító hiedelmek egy csoportról vagy jelenségről.
4. Magasabb szintű hiedelmek: tudatosan felépített, elvont gondolkodási minták és oksági összefüggések (pl. a jó vezetési stílus jobb teljesítményt eredményez).

Az értékek olyan alapvető meggyőződések, amelyek az emberi élet végső céljaira, az életvitel szélesen értelmezett módjára vonatkozó választásainkat tükrözik. Megkülönböztetünk vallott-követett értékeket (eszközök: pl. bátorság, tehetség) és végső értékeket (iránytűk: pl. kényelmes élet, biztonság). A vallott-követett értékek eszközként szolgálnak a végső értékek megvalósításához, míg a végső értékek életünk fontos döntéseinél iránytűként segítik a személyes választásunkat és viselkedésünket.

Az attitűd tárgyakról, személyekről vagy eseményekről alkotott értékelő megállapítások összessége. Kiderül belőle a hozzájuk kapcsolódó érzelmünk irányultsága. Három összetevője a következő: az észlelés (vélemény vagy hiedelem), a hatás (érzelem) és a magatartás (törekvés bizonyos módon való viselkedésre). A legfontosabb attitűdök a munkahelyhez kapcsolódnak, gondoljunk például az elégedettség a munkával, azonosulás a munkával és elkötelezettség a szervezet iránti fogalmakra.

- Elégedettség a munkával: annak a mértéke, hogy az alkalmazottak mennyire érzik magukat pozitívan a munkájukkal kapcsolatban, beleértve a feladatok, a munkakörnyezet és a napi élmények élvezetét. Dimenziói: munka, fizetés, előléptetés, vezetés, munkatárs és személyiség.
- Azonosulás a munkával: az, hogy az egyének mennyire azonosulnak a munkájukkal, és mennyire tekintik azt önmaguk fontos részének, tükrözi a mindennapi munkába való pszichológiai befektetést.
- Elkötelezettség a szervezet iránt: az alkalmazott érzelmi és pszichológiai kötődésének erőssége a szervezethez, amely befolyásolja a maradási hajlandóságát és a hosszú távú célokhoz való hozzájárulási hajlandóságát (Bakacsi, 2010).

A *2. ábra* a munkahelyi elégedetlenségre adott reakciókat (válaszokat) mutatja be.



2. ábra: Válaszok a munkával való elégedettségre
Forrás: saját szerkesztés

Észlelés, döntés és probléma

Az észlelés egy folyamat, melynek során érzékszervi tapasztalásainkat egységes képpé rendezzük, és a külső világ számunkra értelemmel bíró, belső képét jelenítjük meg. Az észlelésértelmezést befolyásolja az észlelő múltja, érzelmei; az észlelt tárgy újdonsága, kontrasztja és az adott szituáció (idő, környezet). Az észlelést olyan tényezők erősítik meg, mint a megkülönböztethetőség, az egyöntetűség és a következetesség.

Szakértői szempontból kritikus, hogy az észlelési hibák (pl. sztereotípiák, kontrasztthatás) közvetlenül torzítják a döntéshozatalt, mivel a vezető nem a valóságot, hanem annak szűrt képét értékeli.

A probléma az észlelt jelenlegi és a kívánatos állapot közötti különbséget jelenti, míg a döntés az alternatívák közötti választás e különbség megszüntetésére. A racionális döntési folyamat hat lépésből áll:

1. Szükséglet felismerése: ez a lépés indítja el a teljes döntési folyamatot; egyértelműen meghatározott szükséglet nélkül a későbbi lépések fókuszálatlanná válnak.
2. Kritériumok meghatározása: a kritériumok a „játékszabályok" szerepét töltik be, és biztosítják, hogy a döntések összhangban legyenek a célokkal.
3. Súlyozás: nem minden tényező számít egyformán; a súlyozás segít rangsorolni, hogy mi az, ami valóban befolyásolja a döntést.
4. Alternatívák generálása: ez a szakasz a kreativitásból és a széles körű gondolkodásból profitál; több alternatíva növeli az optimális megtalálásának esélyét.
5. Kiértékelés: ez a folyamat analitikai magja, amely összehasonlítja, hogy az egyes alternatívák mennyire felelnek meg a meghatározott követelményeknek.
6. Legjobb opció kiválasztása: a végső döntésnek logikusan kell következnie az értékelésből, biztosítva az átláthatóságát és az indokoltságát (Bakacsi, 2010).

Motiváció

A motiváció egy belső állapot, amely a szükségletek kielégítése felé hajtja az egyént. A folyamat egy kielégítetlen szükségletből ered, amely belső feszültséget és hajtóerőt generál.

Kétféle motivációs elméletet különböztethetünk meg egymástól: az egyik a tartalomelméletek, a másik pedig a folyamatelméletek. A tartalomelméletek azt tárják fel, hogy mit akarnak a munkavállalók és ebből adódóan a vezetők, milyen eszközökkel motiválhatják a munkatársakat. Példa erre az elméletre:

- Maslow szükséglethierarchia modellje (40-es évek Amerika):
  Alapszükségletek:
  1. Fiziológiai

2. Biztonsági
3. Társadalmi hovatartozás

Magasabb rendű szükséglet:
4. Társadalmi elfogadottság
5. Önmegvalósítás

A vezetőnek fel kell ismernie, melyik szinten áll az alkalmazott, mert a már kielégített szükséglet nem motivál.

- Herzberg kéttényezős elmélete (60-as évek, Amerika):
  1. Élesen elkülöníti a higiénés tényezőket, amelyek a munka feltételeihez kapcsolódnak (pl. fizetés, biztonság, kapcsolatok, munkakörülmények) – ezek hiánya elégedetlenséget okoz, de meglétük nem motivál.
  2. A tényleges elégedettséget a motivációs tényezők adják, melyek a munka tartalmára fókuszálnak (pl. felelősségvállalás, fejlődés, karrier, nagyobb teljesítmény) (Robbins, 2017).

A folyamatelméletek azt tárják fel, hogy milyen folyamatok során és hogyan motiválhatóak a szervezet tagjai a magasabb teljesítmény érdekében. Például idetartozik:

1. Méltányosságelmélet: az egyén összeveti saját inputjait (idő, tudás) és outputjait (bér, elismerés) más referenciákkal.
2. Elváráselmélet: a motiváció az erőfeszítés-teljesítmény (E-T) és a teljesítmény-következmény (T-K) várakozások szorzata.

4.3. A csoportszintű változók

A csoport, a team és a kommunikáció

Csoportnak két vagy több olyan, egymástól kölcsönös függésben és interakcióban álló egyént tekintünk, akik valamilyen cél érdekében együttesen cselekednek vagy együttműködnek. Négy típust különböztethetünk meg (Robbins, 2017).

1. Vezetői csoport: szervezeti felépítés által meghatározott.
2. Feladatcsoport: projektalapú együttműködés.
3. Érdekcsoport: közös célok mentén.
4. Baráti csoport: személyes szimpátia és szabadidő alapján.

A csoportokhoz való csatlakozásnak vannak előnyei és hátrányai egyéni és szervezeti szinten is.

- Előnyök: *egyéni szinten* például biztonság és státusz, önbecsülés, hatalom, célok megvalósítása; *szervezeti szinten* például több információ, szinergiahatás, többoldalú problémamegoldás és a döntések jobb elfogadása.
- Hátrányok: *egyéni szinten* például feszültség, ellentétek, ellenkezés és elutasítás; *szervezeti szinten* például konformitás, társas lógás, csoportnyomás és bizonytalan felelősség.

A team olyan speciális csoport, ahol a tagok dinamikusan együttműködnek, és hajlandóak autonómiájuk egy részét feladni a közös célért. Típusai: problémamegoldó, önmenedzselő, funkcionális területeken átnyúló és virtuális teamek.

A kommunikáció az a tevékenység, amelynek során két vagy több ember bizonyos szimbólumok segítségével információk, gondolatok közös értelmezésére, meghatározására törekszik *(2. táblázat)*. A kommunikáció annál sikeresebb, minél inkább hasonlít egymásra a kibocsátóban és a fogadóban megfogalmazódó üzenet.

A kommunikáció folyamata úgy írható le, hogy a küldő megfogalmazza, amit közölni akar, majd kódolja, azaz jelekké és olyan nyelvi formákká rendezi, amelyek alkalmasak az átvitelre. A kódolt üzenet megfelelő csatornán vagy médián keresztül jut el a címzetthez. A vevő dekódolja ezt az üzenetet, azaz saját ismeretei, tapasztalatai és helyzete alapján értelmezi. A folyamatot különféle zajok zavarhatják, amelyek torzíthatják az üzenetet. A kommunikáció akkor teljes, amikor a vevő visszajelzést ad, jelezve, hogy megértette-e az üzenetet, és hogyan értelmezte azt. A kommunikációnak három típusát különböztethetjük meg egymástól, lehet szóbeli, írásbeli és nem verbális (nem szavakkal történő) kommunikáció (Robbins, 2017).

A szóbeli kommunikáció előnye az, hogy gyors és azonnali visszacsatolást kapunk. Hátránya viszont, hogy ha több emberen keresztül továbbítódik az információ, akkor torzulhat az eredeti mondandó.

Az írásbeli kommunikációnak az az előnye, hogy kézzelfogható az írásos forma, például e-mail vagy levél formájában. Ezt az írásos formát természetesen hosszú ideig tudjuk tárolni, archiválni is (visszakereshető). Bármikor hozzáférhető bárki vagy a kulcsszereplők számára. Természetesen jobban megfogalmazott, mint a szóbeli, rögtönzött kommunikáció. Hátránya viszont az, hogy időigényesebb, és nincs azonnali visszajelzés. Kérdés az is, hogy a fogadó egyén úgy értelmezi-e az üzenetet, mint ahogy a küldő szerette volna.

A nem verbális kommunikáció a nem szavakkal történő kommunikációt jelenti. A nem verbális kommunikáció kiegészítheti, illetve nyomatékot adhat a kimondott szavaknak.

Ilyenek lehetnek például a gesztusok és a testtartás. Például ha valaki keresztbe teszi a kezét beszélgetés közben, akkor távolságot tart, zárkózott (Bakacsi, 2010).

2. táblázat: A kommunikáció típusai és jellemzői

Kommunikáció-forma	Előnyök	Hátrányok	HR-szakértői ajánlás
Szóbeli	Gyors, azonnali visszacsatolás	Több állomáson a tartalom ferdülhet	Legjobb operatív, sürgős egyeztetésre
Írásbeli	Tárolható, precíz, kézzelfogható	Időigényes, nincs azonnali visszajelzés	Legjobb komplex utasításokhoz, dokumentáláshoz
Nem verbális	Nyomatékosítja az érzelmeket	Ellentmondhat a szavaknak	Kritikus az interjúk és tárgyalások során

Forrás: saját szerkesztés

Irodalomjegyzék

Bakacsi, Gy. (2010). *Szervezeti magatartás és vezetés.* Aula Kiadó.

Lee, R.; Lawrence, P. (1985). *Organizational Behavior, politics at work.* Volume 18. Routledge Taylor and Francis Group. ISBN: 978-0-415-65793-8.

Robbins, S. P.; Judge, T. A. (2017). *Organizational Behavior,* 17 th edition. Pearson Prentice Hall.

Gyakorló tesztkérdések

1. kérdés: *Mivel foglalkozik a szervezeti magatartás?*

a) Mit tesznek az emberek a szervezetben?
b) Hogyan befolyásolják az emberek tettei a szervezet teljesítményét?
c) Magatartásformák tanulmányozása
d) Mindegyik

2. kérdés: *Az alábbiak közül melyik nem függő változó?*

a) Egyéni változó
b) Teljesítmény
c) Hiányzás
d) Fluktuáció

3. kérdés: *Az alábbiak közül melyik nem jellemző a személyiségvonásokra alapozott elméletekre?*

a) Tartósan jellemző tulajdonságok alapján próbálja leírni a személyiséget.
b) Hippokratész nevéhez fűződik az elmélet megalkotása.
c) 16 tulajdonságpárral írhatók le a személyiségek.
d) Magát a személyiséget próbálja strukturálni.

4. kérdés: *Az alábbiak közül melyek a munkahelyi elégedettség dimenziói?*

a) Munka
b) Fizetés
c) Előléptetés
d) Mindegyik

5. kérdés: *Mi a döntés fogalma?*

a) Alternatívák közötti választás, amelyre valamilyen probléma felmerülése miatt kerül sor.
b) Egy észlelt jelen idejű állapot és egy kívánatosnak észlelt állapot közötti különbség, amennyiben a megoldás nem kézenfekvő.
c) Mindkettő.
d) Egyik sem.

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: d
2. kérdés: a
3. kérdés: d
4. kérdés: d
5. kérdés: a

5. fejezet

Az egészségügyi jog és etika jelentősége

Az egészségügyi jog nem egyetlen elszigetelt jogterület, hanem az alkotmányjog, a közigazgatási jog, a polgári jog és a büntetőjog metszéspontján alakult ki. Az egészségügyi jog sajátossága tehát, hogy nem illeszthető be kényelmesen egyetlen klasszikus jogági kategóriába. A közjogi és magánjogi nézőpont ugyanakkor a gyakorlatban ritkán válik el élesen. Egy kórház működési engedélye közjogi kérdés, a beteggel szembeni tájékoztatás magánjogi természetű, a hibás ellátás következménye lehet polgári jogi kártérítési igény, súlyosabb esetben pedig eredményezhet büntetőjogi jogkövetkezményeket.

Az egészségügyi jogot a fiatalabb jogágak közé sorolhatjuk, hiszen számos olyan egészségügyi tárgyú szabály létezik, amelyet nehéz maradéktalanul más jogágba besorolni, s egyre jelentősebb a terület tudományos feldolgozása, illetve olyan társadalmi súlyú kérdésekre keresi a választ, mint a szerv- és szövetátültetés, az abortusz, az asszisztált reprodukció, az eutanázia, az emberen végzett orvosbiológiai kutatás vagy az egészségügyi dolgozók felelőssége (Feith et al., 2021).

A szakirodalomban találkozhatunk szűkebb részterületeket jelölő megnevezésekkel, mint amilyen a betegjog, továbbá az 'orvosi jog' kifejezéssel is, amely nem csupán az orvos jogait, hanem a gyógyító munkához szorosan kapcsolódó jogviszonyokat is magában foglalhatja. A mai magyar jogi és egészségtudományi gondolkodásban mégis az 'egészségügyi jog' elnevezés vált meghatározóvá, mert ez képes a legszélesebben kifejezni, hogy nem kizárólag az orvos-beteg találkozásra vonatkozó jogi előírásokról beszélünk, hanem az egészségügyi igazgatásról, az adatkezelésről, a kutatásról, a szakmai felelősségről és az ellátórendszer működésének jogi kereteiről is (Feith et al., 2021).

Mindemellett nem hagyható figyelmen kívül, hogy a jog a maga kategóriáival, fogalmaival, szabályaival csak részben képes megragadni az egészségügyi ellátás valóságát. Egy műtéti beleegyező nyilatkozat lehet jogilag szabályos, mégsem biztos, hogy a beteg ténylegesen megértette, mi fog történni vele. Egy kórházi protokoll lehet szakmailag indokolt, mégis előfordulhat, hogy alkalmazása során a beteg emberi méltósága háttérbe szorul. Éppen ezért az egészségügyi jogot nem lehet pusztán normaszövegként tanulni,

a szabályokat mindig azok emberi, szervezeti és etikai környezetében kell értelmezni. A jogra tekintsünk leginkább a cselekvés külső kereteként, míg az etika lesz az, ami a belső indokoltságát és emberi arányait segít megérteni.

5.1. Az állam szerepe az egészségügyben

Az egészségügy hazai rendszerének és helyének, valamint az állam kapcsolatának megértéséhez az Alaptörvényből érdemes kiindulni. Magyarország Alaptörvénye rögzíti:

XX. cikk
(1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.
(2) Az (1) bekezdés szerinti jog 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.

Ez a jogosultság azonban nem úgy értendő, hogy az állam minden egyes személy számára garantálni tudja az egészséget, mint tényleges állapotot. Az állam kötelezettsége inkább abban áll, hogy olyan intézményrendszert, közegészségügyi szabályozást, munkavédelmi, környezetvédelmi és egészségügyi ellátási feltételeket alakítson ki, amelyek elősegítik az egészség megőrzését és az ellátáshoz való hozzáférést. Az államnak elsősorban azokat az élethelyzeteket kell szabályoznia, amelyek nemcsak az egyénre, hanem a társadalom kisebb-nagyobb csoportjaira is kihatnak (járványügyi intézkedések, az oltási rendszer, élelmiszer-biztonság, gyógyszerbiztonság, az ellátórendszer kapacitásainak biztosítása). Az egyéni szinten, az ellátás szintjén megjelenő indok pedig a páciens védelme. Az egészségügyi szolgáltatásban a beteg felkészültségben, információ tekintetében és nem utolsósorban testileg és lelkileg is kiszolgáltatott helyzetben van, ezért a jog nem tekintheti a feleket teljesen egyenrangú, hasonló alkupozícióban lévő szereplőknek.

Ennek megfelelően az egészségügyi jog komplexitásának megértéséhez az államhatalom és az igazgatás működésének alapvető jellemzőit is szükséges megismerni. A hatalmi ágak, a közigazgatás, az államigazgatás, az állam lakosság egészségi állapotáért viselt felelőssége, a magyar egészségügy szervezése és az igazgatási eljárásjog nem pusztán intézménytani háttér, hanem annak magyarázata, hogy a beteg ellátása mögött milyen döntési láncok, engedélyezési mechanizmusok és hatósági felelősségmechanizmusok működnek (Feith et al., 2021).

A közigazgatási jog ebben a rendszerben azért fontos, mert megmutatja, hogyan működik az állami döntéshozatal. Az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény az eljárási kereteket adja, míg az egészségügyi tárgyú anyagi jogi szabályok azt határozzák meg, milyen jogok és kötelezettségek illetik meg az érintetteket. Az egészségügyi jog nem rendelkezik saját eljárásjogi szabályrendszerrel, hanem a hazai általános eljárási szabályokra épít. Így egy-egy betegpanasz, működési engedélyi eljárás, hatósági ellenőrzés vagy egészségügyi adatkezelési vita ugyanolyan eljárási szabályok alapján zajlik.

5.2. Betegjogok: jogok betegség idején

A betegjogok esetében fontos leszögezni, hogy alapvető cél, és ennek megfelelően a szabályozás kiindulópontja, hogy egyetlen állampolgár sem veszíthet jogaiból csak azért, mert egészségi állapota megváltozott. Sőt, betegségéből fakadó kiszolgáltatottsága miatt emberi jogai fokozott védelemre szorulnak. Ezt tekinthetjük az egész modern betegjogi gondolkodás alapjának is. A beteg nem pusztán a gyógyítás tárgya, hanem olyan személy, akinek méltósága nem sérülhet, önrendelkezése főszabály szerint nem korlátozható, ahogy a döntéshez való joga sem csorbulhat.

Az egészségügyi ellátásban sajátos információs aszimmetria áll fenn: az orvos, az ápoló vagy a szolgáltató szakmai tudása rendszerint jóval nagyobb, mint a betegé. Ezt tovább erősítheti a bizalmi viszony kezdeti hiánya, valamint a vallási, kulturális vagy értékrendi különbségekből fakadó különbségek. A betegjogok szabályozása ezért arra való kísérlet, hogy a kiszolgáltatottsággal járó ellátási helyzetet jogi és etikai normák tegyék emberileg vállalhatóbbá (Feith et al., 2021). A betegjogok mondhatni annak szélesebb elismerése, hogy a páciens az ellátás során is autonóm és méltósággal rendelkező személy marad (Dobos et al., 2020b).

A vonatkozó jogszabályunk az alábbi kilenc betegjogot nevesíti:

- Megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog
- Az emberi méltósághoz való jog
- Az önrendelkezéshez való jog
- Az ellátás visszautasításához való jog
- A tájékoztatáshoz való jog
- Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga
- Az orvosi titoktartáshoz való jog
- A kapcsolattartás joga
- A gyógyintézet elhagyásának joga

A megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog nem értelmezhető úgy, hogy minden beteg minden körülmények között az általa kívánt ellátást kapja meg. E betegjog ennél jóval árnyaltabb, ennek alapján a betegnek az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményével összhangban álló ellátásra van joga az egészségügyi törvény keretei között (1997. évi CLIV. törvény). Ez a jog tehát egyszerre betegvédelmi és rendszerszintű kérdés. Nem csupán az orvos döntéséről szól, hanem arról is, hogy van-e kapacitás, rendelkezésre állnak-e a szükséges diagnosztikai eszközök, illetve a beteg ténylegesen hozzájuthat-e ahhoz a szolgáltatáshoz, amelyre szüksége van.

A tájékoztatáshoz és önrendelkezéshez való jog az egészségügyi jog egyik központi tengelye. A beteg csak akkor tud tájékozott beleegyezést adni, ha érti a diagnózist, a javasolt beavatkozás célját, várható előnyeit, kockázatait, lehetséges alternatíváit és az ellátás elmaradásának következményeit. A tájékoztatás ezért a beleegyezés feltétele. A beleegyezés pedig nem attól válik relevánssá, hogy egy nyomtatványon szerepel a beteg aláírása, hanem attól, hogy a beleegyezése a megfelelő információkon és valós mérlegelési alapokon nyugvó, reális döntés eredménye.

5.3. Adatvédelem, orvosi titok és egészségügyi dokumentáció

Az egészségügyi adatvédelem jelentősége abból fakad, hogy az egészségügyi adatok az ember legérzékenyebb személyes információi közé tartoznak. Egy diagnózis, pszichiátriai előzmény, fertőző betegség, genetikai adat, szenvedélybetegség vagy reprodukciós egészséggel kapcsolatos információ nem egyszerűen adat, hanem az ember személyes méltóságához, társadalmi megítéléséhez, családi életéhez és önazonosságához is kapcsolódhat. Ebből kifolyólag az egészségügyi adatok kezelése nem pusztán technikai (vagy informatikai) kérdés, hanem alapjogi és etikai dilemma is egyaránt.

A hazai szabályozásban az információs önrendelkezési jogról és információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az egészségügyi, és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, valamint az Európai Unió általános adatvédelmi rendeletének (General Data Protection Regulation – GDPR) keretei együtt határozzák meg az adatkezelés alapjait. Minden olyan információ, amely az adott személy egészségi állapotához vagy személyéhez kapcsolódik, speciális jogi védelem alatt áll, különleges adatnak minősül.

Magyarországon 1998 óta van hatályban átfogó törvényi szabályozás az egészségügyi és az ehhez kapcsolódó személyes adatok kezeléséről, és e szabályozás kifejezetten

a betegek védelmét szolgálja. A dokumentációs kötelezettség biztosítja, hogy az ellátás során keletkező információk rögzítésre kerüljenek, de a korszerű informatikai rendszerek az illetéktelen hozzáférés kockázatát is jelentősen megnövelték (Feith et al., 2021).

Az adatvédelem szervezeti szempontból sem puszta informatikai kérdés. Az adatok keletkezése, az adatkezelés célja, a hozzáférés rendje, az orvosi titoktartás és a dokumentáció együtt alkotják azt a bizalmi infrastruktúrát, amely nélkül a beteg nem feltétlenül merne minden információt megadni (Garaj, 2020).

Mindez a gyakorlatban egészen egyszerű helyzetekben is meghatározóvá válhat. Nem mindegy, hogy a beteg állapotáról a folyosón, más betegek előtt beszélnek-e, vagy a számítógépes képernyőn látható adatokhoz ki fér hozzá, illetőleg a hozzátartozó milyen tájékoztatást kaphat, vagy éppenséggel a dokumentációba betekintő egészségügyi dolgozónak valóban van-e ellátási feladata. A modern elektronikus rendszerek előnye, hogy gyorsítják az ellátást, javíthatják a betegbiztonságot, ugyanakkor éppen kereshetőségük, hálózatos működésük és tömeges adatkezelési kapacitásuk miatt az adatvédelem ma már nem adminisztratív mellékkérdés, hanem az egészségügyi bizalom feltétele.

5.4. Egészségügyi etika: amikor a jog nem ad teljes választ

Az egészségügyi etika ott válik különösen fontossá, ahol a jog keretet ad ugyan, de a helyes döntéshez nem elegendő a norma rutinszerű alkalmazása, a szabályok gépies betartása. A bioetika klasszikus alapelvei – a „ne árts!" elve; a jótékonyság elve, az autonómia tisztelete és az igazságosság elve – nem helyettesítik a jogot, de segítenek megérteni, miért van szükség bizonyos szabályokra, és miért nem merülhet ki az egészségügyi döntés a jogszerűség minimumában (Beauchamp, Childress, 2019). E négy alapelv egymást korlátozó és pontosító szempontok. Ez különösen látható az életvégi döntések, az asszisztált reprodukció, a transzplantáció és az erőforrás-allokáció kérdéseiben, ahol a jogi válasz mögött mindig egyfajta etikai előfeltevés is meghúzódik (Dobos et al., 2020a, 2020b).

1. A ne árts! elve arra figyelmeztet, hogy minden beavatkozás kockázattal jár, ezért a gyógyító szándék sem igazolhat korlátlan cselekvést.
2. A jótékonyság elve azt kívánja, hogy az egészségügyi dolgozó a beteg javát szolgálja.
3. Az autonómia tisztelete azt jelenti, hogy a betegnek joga van saját életét és testét érintő döntésekben részt venni.

4. Az igazságosság elve pedig arra keresi a választ, hogyan osztjuk el a szűkös erőforrásokat, milyen szempontok alapján biztosítunk hozzáférést, és miként előzhető meg, hogy a társadalmi hátrányok egészségügyi hátránnyá váljanak.

A modern betegjogi gondolkodás annak felismerése, hogy a gyógyítás szakmai tekintélye csak akkor maradhat meg, ha nem válik a beteg személyes méltóságát elnyomó beavatkozássá.

Ennek megfelelően a Helsinki Nyilatkozat is arra figyelmeztet, hogy a tudományos vagy gyógyítói cél önmagában nem elegendő etikai indok. Az ember nem válhat puszta eszközzé, még akkor sem, ha a beavatkozás eredménye mások számára hasznos lehet (World Medical Association, 2013).

5.5. Polgári jogi felelősség és kártérítés

A polgári jogi felelősség kérdése akkor kerül előtérbe, ha az egészségügyi szolgáltatás során vagy azzal összefüggésben a betegnek kára keletkezik. A Polgári Törvénykönyv általános szabálya szerint, aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni, mentesül azonban, ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható (2013. évi V. törvény). Ez az általános szabály az egészségügyi ellátásban sajátos jelentőséget kap, mivel az orvosi beavatkozások eleve kockázattal járnak, és nem minden kedvezőtlen eredmény jelent jogi értelemben hibát. Egy beavatkozásnak ugyanis lehet ismert, megfelelő tájékoztatás mellett vállalt kockázata. Más a helyzet azonban, ha a kockázatról a beteg nem kapott megfelelő tájékoztatást, ha a szakmai szabályokat megsértették, esetlegesen a dokumentációt nem megfelelően vezették, vagy a betegellátás szervezeti hibája vezetett károsodáshoz. Az egészségügyi kártérítési perekben ezért gyakran nem pusztán az a kérdés, hogy mi történt a beteggel, hanem az is, hogy mi volt előre látható, mi volt elvárható, mit dokumentáltak, és milyen szakmai alternatívák álltak rendelkezésre.

5.6. Büntetőjogi felelősség és büntetés

Az egészségügyi jog és a büntetőjog kapcsolata különös óvatosságot igényel. A büntetőjogi felelősség személyes felelősségre vonást jelent, amely akár szabadságvesztéssel is járhat. Pontosan emiatt nem a büntetőjog az egészségügyi hibák megállapításának

általános eszköze. Az egészségügyi ellátásban előforduló hibák többsége nem büntetőjogi természetű, és az ellátás minőségének javítása sokszor inkább szervezeti tanulást, betegbiztonsági elemzést, képzést és kommunikációs fejlődést kíván, nem pedig büntetést.

Ez azonban nem jelenti azt, hogy az egészségügyi tevékenység mentes lenne a büntetőjogi értékelés alól. A Büntető Törvénykönyv szerint bűncselekmény az a szándékosan vagy – ha a törvény a gondatlan elkövetést is büntetni rendeli – gondatlanságból elkövetett, társadalomra veszélyes cselekmény, amelyre a törvény büntetést rendel.

A büntetőjogi felelősségre vonás egészségügyi tevékenység során akkor válhat relevánssá, ha valaki foglalkozási szabály megszegésével más életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz (2012. évi C. törvény). Ebben az esetben nem elegendő az absztrakt veszély, a büntetőjogi felelősséghez konkrét, közvetlen veszélyhelyzet vagy annak eredménye szükséges.

Az egészségügyi tárgyú büntetőjogi szabályok között a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés mellett megjelenhet a kuruzslás, a járványügyi szabályszegés, az emberen végezhető kutatás szabályainak megszegése, az emberi génállományba való beavatkozás vagy az emberi test tiltott felhasználása is. E szabályok közös üzenete nem az, hogy a jog bizalmatlan az orvostudománnyal szemben, hanem az, hogy a szakmai tudás különleges hatalommal és felelősséggel jár, amellyel összefüggésben a társadalom egészen jogosan vár el garanciális szabályokat az állam részéről.

5.7. Az egészségügyi dolgozók jogai, kötelezettségei és védelme

Az egészségügyi jogról beszélve nem lehet csak a beteg sérülékenységét látni. Az egészségügyi dolgozó is kiszolgáltatott lehet a túlterheltség, az érzelmileg megterhelő döntéshelyzetek miatt, hogy egyszerre kell megfelelnie szakmai protokolloknak, intézményi elvárásoknak, betegjogi követelményeknek, dokumentációs kötelezettségeknek és hozzátartozói nyomásnak. Az egészségügyi jog helyes szemlélete ezért nem a beteg és az egészségügyi szakszemélyzet szembeállítására épül, hanem annak megértésére, hogy a méltányos ellátás mindkét oldal védelmét szolgálja.

A kezelőorvos önálló jogaként jelenik meg a vizsgálati és terápiás módszerek megválasztása, természetesen a hatályos jogszabályok, a tudományosan elfogadott módszerek, valamint a rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek keretei között.

Ez a szakmai szabadság nem korlátlan autonómia, hanem felelős döntési tér, amelyben a jog elismeri a szakértelmet, de nem szünteti meg a szakmai és jogi elszámoltathatóságot (Feith et al., 2021).

A Büntető Törvénykönyv közfeladatot ellátó személy elleni erőszakra vonatkozó szabályai az egészségügyi tevékenységek végzése során fokozott védelmet biztosítanak az érintettek számára. Az egészségügyi dolgozó elleni erőszak nem csupán egyéni sérelem, hanem az ellátórendszer működését is veszélyezteti, hiszen amennyiben fenyegetés miatt a dolgozók figyelme, biztonságérzete vagy munkaképessége csökken, annak következménye nem áll meg az érintett dolgozónál, a betegek ellátására is kihat(hat).

Az etikai következtetés itt is árnyalt. A beteg félelme és indulata sokszor érthető, de nem teszi elfogadhatóvá az erőszakot. Az egészségügyi dolgozó terhelése valós, de nem menti fel a beteggel szembeni tiszteletteljes bánásmód kötelezettsége alól.

A jog feladata az, hogy mindkét sérülékenységet láthatóvá tegye.

5.8. Egészségügyi jog és etika egyéb területeken

Az egészségügyi jog és etika jelentőségét nem lehet kizárólag az egyedi orvos-beteg találkozásban megragadni. Az ellátás minősége, biztonsága és méltányossága szervezeti kérdés is.

Egy beteg nemcsak az orvos döntésével találkozik, hanem időpontfoglalással, beutalási rendszerrel, várólistával, betegirányítással, dokumentációval, finanszírozási korlátokkal, osztályok közötti együttműködéssel és humánerőforrás-problémákkal. Ezek mind befolyásolják, hogy a betegjogok ténylegesen milyen módon érvényesülnek. A dokumentáció, a hozzáférés és a felelősség jelentős része intézményi térben szerveződik (Lapsánszky, 2016).

A finanszírozási jog és az egészségbiztosítás azért kapcsolódik ide, mert az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, a kapacitások lekötése, a teljesítmények finanszírozása és ellenőrzése nem pusztán technikai pénzügyi kérdés. Ha egy ellátás alulfinanszírozott, ha hiányzik a szükséges személyzet, vagy ha a finanszírozási ösztönzők nem illeszkednek a betegbiztonsághoz, akkor a jogilag deklarált betegjogok gyakorlati érvényesülése is sérülhet. A jog tehát nemcsak egyéni jogosultságokat, hanem intézményi működési feltételeket is közvetít. Ez a jog helyes szerepére mutat rá, hiszen a jog nem gyógyít, nem ápol, nem hallgatja meg a beteget, és nem szervezi meg a műszakot, de kijelöli, hogy mindez milyen emberi és intézményi feltételek között történhet. Deklarálja, hogy a betegnek joga van a tájékoztatáshoz, az önrendelkezéshez és a dokumentáció megismeréséhez, miközben az egészségügyi dolgozót titoktartási és dokumentációs kötelezettség terheli, és az intézménynek működési feltételeket kell biztosítania.

Mindezek hiányosságai esetére, vagy az ebből fakadó jogsérelmek esetén pedig rögzíti a felelősségi köröket és eljárásokat.

Az ellátás technológiai és társadalmi környezete folyamatosan változik, emiatt a jog gyakran késéssel követi az új helyzeteket, ezért is fontos, hogy a jogi tudást mindig etikai érzékenységgel, szervezeti gondolkodással és szakmai alázattal kell kiegészíteni. A dokumentáció, a tájékoztatás, a feladatok delegálása, a szakmai kompetenciahatárok betartása és a beteggel való kommunikáció nem adminisztratív melléktevékenység, hanem a betegbiztonság része. A polgári jogi vagy büntetőjogi felelősség utólagos kérdésként jelenik meg, de a jog helyes pedagógiai szerepe mégis megelőző: segít felismerni, hol kezdődött az a mulasztás, amely a későbbiekben kárként, panaszként vagy bizalomvesztésként jelentkezett (Fremgen, 2025).

5.9. A jog lehetőségei és korlátai

Egy-egy beteg biztonságos ellátásához szükség van jogszabályokra, hiszen ezek biztosítják a sürgős ellátás kereteit, a beleegyezés és tájékoztatás rendjét, az adatok védelmét, a dokumentáció vezetését, a szakmai felelősséget és a hozzátartozóval való kapcsolattartás kereteit és módját.

Ugyanakkor a beteg méltóságát nem kizárólag az védi, hogy léteznek jogszabályok. Azt is meg kell határozni, ahogyan az ápoló megszólítja, ahogyan az orvos elmagyarázza a helyzetet, ahogyan az intézmény kezeli a várakozást, és ahogyan a rendszer képes a beteg kiszolgáltatottságból fakadó bizalmatlanságát nem zavaró tényezőként, hanem az ellátás velejárójaként egyéni és rendszerszinten is megfelelően kezelni, menedzselni.

A jog megtanít arra, hogy a betegnek és a dolgozónak milyen jogosultságai és kötelezettségei vannak. Az etika arra figyelmeztet, hogy a jogszerű eljárás sem mindig elegendő, ha közben elvész a beteg emberi méltósága. A szervezeti nézőpont pedig megmutatja, hogy az egyéni jó szándék sem tud tartósan működni rosszul szervezett intézményi keretek között, nem megfelelően kommunikált helyzetekben vagy bizalomhiányos környezetben.

Irodalomjegyzék

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Nemzeti Jogszabálytár.

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. Nemzeti Jogszabálytár.

2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről. Nemzeti Jogszabálytár.

2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról. Nemzeti Jogszabálytár.

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről. Nemzeti Jogszabálytár.

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről. Nemzeti Jogszabálytár.

2016. évi CL. törvény az általános közigazgatási rendtartásról. Nemzeti Jogszabálytár.

Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Feith, H. J.; Maráczi, F.; Sztrilich, A. P. (2021). *Egészségügyi jog.* Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634547174

Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.). Nemzeti Jogszabálytár.

World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects.* World Medical Association.

Lapsánszky, A. (szerk.) (2016). *Közigazgatási jog III.* Wolters Kluwer Kft. https://doi.org/10.55413/9789632956251

Fremgen, B. F. (2025). *Healthcare law and ethics* (7th ed.). Pearson Education.

Garaj, E. (szerk.) (2020). *Egészségügyi szervezetek menedzsmentje.* Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634545286

Dobos, A.; Feith, H. J.; Némethné Gradvohl, E.; Maráczi, F.; Sztrilich, A. (2020b). *Társadalmi normák az egészségügyben 2.* Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634545156

Gyakorló tesztkérdések

1. Melyik állítás fejezi ki legpontosabban az egészségügyi jog sajátosságát?

a) Az egészségügyi jog kizárólag az orvosok büntetőjogi felelősségével foglalkozik.
b) Az egészségügyi jog csak a betegjogokat tartalmazza.
c) Az egészségügyi jog több jogág szabályait kapcsolja össze az egészségügyi ellátás sajátos élethelyzeteiben.
d) Az egészségügyi jog kizárólag magánjogi jogviszonyokat szabályoz.

2. Miért indokolt az állam jelenléte az egészségügyi ellátás szabályozásában?

a) Mert az egészségügyi ellátás kizárólag gazdasági szolgáltatás.
b) Mert az egészségügy egyszerre érinti az egyén sérülékenységét és a közösség egészségvédelmi érdekeit.
c) Mert az állam minden orvosi döntést közvetlenül meghoz.
d) Mert a betegjogok csak állami intézményekben érvényesülnek.

3. Melyik betegjog kapcsolódik legközvetlenebbül ahhoz, hogy a beteg megérthesse a tervezett beavatkozás lényegét, kockázatait és alternatíváit?

a) A kapcsolattartás joga
b) A gyógyintézet elhagyásának joga
c) A tájékoztatáshoz való jog
d) Az egészségügyi dokumentáció archiválásának joga

4. Melyik állítás írja le helyesen a tájékozott beleegyezés jelentőségét?

a) A beteg beleegyezése csak formaság, mert az orvos szakmai döntése mindig elsőbbséget élvez.
b) A tájékozott beleegyezés az önrendelkezés gyakorlati feltétele, mert a beteg csak megfelelő információk birtokában dönthet felelősen.
c) A tájékozott beleegyezés kizárólag műtéteknél szükséges.
d) A beleegyezés kizárja az orvos minden későbbi felelősségét.

5. Miben különbözik alapvetően a büntetőjogi felelősség a polgári jogi felelősségtől?

a) A büntetőjogi felelősség mindig intézményi, a polgári jogi mindig személyes.
b) A büntetőjogi felelősség személyes felelősségre vonást jelent, és központi eleme a vétkesség.
c) A büntetőjogi felelősség kizárólag kártérítés megfizetését jelenti.
d) A büntetőjogi felelősség csak magánellátásban merülhet fel.

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: c
2. kérdés: b
3. kérdés: c
4. kérdés: b
5. kérdés: b

6. fejezet

Bevezetés az egészségügyi statisztika alapjaiba

Az egészségügyi statisztika az egészségügyi, népegészségügyi és egészség-gazdaságtani adatok értelmezésének egyik alapvető eszköze. Segítségével számszerűen vizsgálhatók az egészségi állapot, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, a beteg- és lakossági elégedettség, a hozzáférési különbségek, valamint az egészségügyi kiadások és egyéb mutatók egyaránt.

A gazdaságtudományi képzésben az egészségügyi statisztika nem elsősorban klinikai diagnózisok vagy gyógyszerhatások mély elemzését jelenti, hanem az egészségügyi adatok gyakorlati, döntéstámogató értelmezését. Ebből adódóan a hallgatónak meg kell értenie, hogyan épül fel egy adatbázis, milyen típusú változókkal dolgozhat, hogyan kell felismerni az adathibákat, és milyen alapvető módszerekkel lehet leírni vagy összehasonlítani különböző csoportokat.

Az egészségügyi statisztika alkalmazható például annak vizsgálatára, hogy mely társadalmi csoportok vesznek részt nagyobb arányban szűrővizsgálatokon, hogyan különbözik az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettség régiók szerint, milyen tényezők befolyásolják az orvoshoz fordulási szokásokat, és hogyan értelmezhetők az egészségügyi kiadások vagy a várakozási idők.

Az adott fejezet célja, hogy rövid, gyakorlatorientált áttekintést adjon az adatbáziskezelés, a leíró statisztika és az alapvető statisztikai módszerek legfontosabb elemeiről.

6.1. Az adatbázisok alapjai

A statisztikai elemzés alapja a rendezett adatbázis. Egy adatbázis általában sorokból és oszlopokból áll. Az esetek túlnyomó többségében a sorok a megfigyelési egységeket, az oszlopok pedig a változókat jelentik *(1. táblázat)*.

- Egészségügyi-gazdasági példában egy sor lehet egy beteg, egy válaszadó, egy intézmény, egy ellátási esemény vagy egy régió.

- Egy oszlop lehet például az életkor, a nem, az iskolai végzettség, a lakóhely, az ellátás típusa, a várakozási idő vagy az elégedettség.

1. táblázat: Példák az adatbáziselemekre vonatkozóan

Adatbáziselem	Jelentés	Példa
Sor	megfigyelési egység	egy válaszadó
Oszlop	változó	életkor
Azonosító	egyedi jelölés	beteg- vagy válaszadói kód
Érték	konkrét adat	45 év; nő; elégedett

Forrás: saját szerkesztés

Egy könnyen elemezhető adatbázisban egy cellában csak egy információ szerepel. Hibás szerkezet például, ha egy cellában egyszerre szerepel az életkor és az életkori csoport, vagy ha ugyanaz a személy többször is szerepel azonosító nélkül.

6.2. Változótípusok

A statisztikai módszer kiválasztása attól függ, hogy milyen típusú változókkal dolgozunk. Ezért az elemzés előtt mindig azonosítani kell a változók típusát *(2. táblázat)*. Ezeknek két fő fajtájuk van, kvantitatív (mennyiségi vagy számszerű) és kvalitatív (minőségi). A kvalitatív adatok közé tartoznak a nominális és ordinális adatok, a kvantitatív adatok közé pedig a diszkrét és folytonos skálán mérhető adatok.

Hasonló elven, hasonló információtartalommal, de más csoportosítás szerint a kategorikus adatok közé sorolják a nominális és ordinális változókat; a numerikus adatok közé pedig az intervallum- vagy az arányskálán mérhető adatokat.

2. táblázat: Változók típusai

Változótípus	Példa
Nominális	név, azonosító
Ordinális	elégedettség, iskolai végzettség
Intervallum	hőmérséklet
Arány	költség, várakozási idő

Forrás: saját szerkesztés

A változók kódolását mindig dokumentálni kell. Például, ha 1 = férfi és 2 = nő, akkor ezt a változólistában vagy kódszótárban egyértelműen jelezni kell.

6.3. Adattisztítás

Az adattisztítás célja az adathibák felismerése és kezelése. Ez az elemzés egyik legfontosabb lépése, mert hibás adatból hibás következtetés születhet.

Gyakori probléma a hiányzó adat. Például előfordulhat, hogy valaki nem adja meg a jövedelmét, vagy nem válaszol egy elégedettségi kérdésre. A hiányzó adatot nem szabad egyszerűen figyelmen kívül hagyni, mert torzíthatja az eredményeket.

Hibás érték lehet például, ha az életkor 250 év, vagy a várakozási idő negatív szám. Logikai hiba, ha egy húszéves válaszadónál 35 év munkaviszony szerepel.

Az extrém értékek külön figyelmet igényelnek. Egy nagyon magas egészségügyi költség lehet adatbeviteli hiba, de lehet valós, szakmailag fontos eset is. Ezért az extrém értékeket nem szabad automatikusan törölni.

Az adattisztítás alapvető kérdései: vannak-e hiányzó adatok, lehetetlen értékek, extrém értékek, duplikációk vagy logikai ellentmondások?

6.4. Leíró statisztika

A leíró statisztika célja az adatok áttekinthető bemutatása. Minden elemzés első lépése annak megismerése, hogy milyen a vizsgált minta, és miből épül fel.

Kategorikus változók esetén gyakoriságot és százalékot használunk. Például megadható, hogy a válaszadók hány százaléka nő, hány százalékuk él városban, vagy hány százalékuk vett részt szűrővizsgálaton.

Folytonos változók esetén átlagot, mediánt, szórást, interkvartilis-terjedelmet, minimumot és maximumot használhatunk. Az átlag az értékek számtani középértéke. A medián a középső érték, amely kevésbé érzékeny az extrém értékekre, az átlaggal ellentétben. A szórás azt mutatja meg, hogy az adatok mennyire szóródnak az átlag körül.

Például ha a várakozási idő néhány betegnél nagyon magas, az átlag félrevezető lehet. Ilyenkor a medián jobban mutathatja a tipikus várakozási időt.

Egy jó leíró táblázat tartalmazza az elemszámo(ka)t, az arányokat, valamint a szóródási mutatókat.

6.5. Példa leíró táblázatra

Egy betegelégedettségi vizsgálatban például az alábbi módon lehet röviden bemutatni a mintát:

3. táblázat: Példa egy táblázat adataira vonatkozóan

Változó	Mutató	Eredmény
Nem	nő, n (%)	132 fő (58%)
Életkor	átlag ± szórás	46,2 ± 13,1 év
Várakozási idő	medián	34 perc
Szűrésen részt vett	igen, n (%)	148 fő (66%)
Elégedett az ellátással	igen, n (%)	171 fő (76%)

Forrás: saját szerkesztés

A táblázat célja, hogy gyors áttekintést adjon a vizsgált csoportról. Az ilyen táblázat *(3. táblázat)* alapján már látható, hogy kik szerepelnek a mintában, mekkora az elégedettek aránya, és milyen jellemző értékek kapcsolódnak az ellátáshoz.

A leíró statisztika azonban nem bizonyít egyértelmű kapcsolatot vagy ok-okozati összefüggést. Arra szolgál, hogy bemutassa az adatokat és megalapozza a további elemzéseket.

6.6. Adatok grafikus ábrázolása

Az ábrák segítenek az adatok gyors értelmezésében. Nem minden adatot kell ábrázolni, de bizonyos esetekben egy jól megválasztott ábra sokkal áttekinthetőbb, mint egy hosszú táblázat.

Kategorikus változókhoz általában oszlopdiagramot vagy kördiagramot használunk. Az oszlopdiagrammal jól bemutatható, hogy régiónként hogyan alakul a szűrési részvétel vagy az elégedettek aránya.

Folytonos változók eloszlásához hisztogram használható. Például az életkor vagy a várakozási idő eloszlása jól szemléltethető vele.

A kördiagram csak kevés kategória esetén javasolt. Sok kategória esetén nehezen értelmezhető, ezért gyakran az oszlopdiagram jobb választás, leginkább egy változó esetén néhány kategória részarányának bemutatására szolgál.

Az ábrákon mindig legyen cím, tengelyfelirat és egyértelmű mértékegység. Egy ábrának önmagában is értelmezhetőnek kell lennie. Nem elég beszúrni, röviden magyarázni is kell, mit mutat.

6.7. Valószínűség, eloszlás és konfidenciaintervallum

A statisztikában gyakran egy mintából következtetünk egy nagyobb populáció valamilyen értékére. Például nem tudunk minden lakost megkérdezni az egészségügyi ellátással való elégedettségről, ezért egy minta alapján becslést készítünk.

A valószínűség azt fejezi ki, hogy egy esemény milyen valószínűséggel következik be. Ilyen esemény lehet például a szűrésen való részvétel, az orvoshoz fordulás vagy az elégedetlenség.

Az eloszlás azt mutatja meg, hogy az adatok hogyan helyezkednek el. Sok változó normális eloszlást követ, azonban néhány változó eloszlása lehet aszimmetrikus is. Az egészségügyi és gazdasági adatok gyakran ferde eloszlásúak, például a jövedelem, a költség vagy a várakozási idő.

A 95%-os megbízhatósági tartomány a becslés bizonytalanságát mutatja. Ha az elégedettek aránya 74%, a 95%-os konfidenciaintervallum pedig 69–79%, akkor a becslés alapján a valódi arány 95%-os valószínűséggel ebben a tartományban helyezkedik el.

6.8. Hipotézisvizsgálat és p-érték

A hipotézisvizsgálat célja annak eldöntése, hogy egy megfigyelt különbség vagy kapcsolat valószínűleg véletlen ingadozás eredménye-e, vagy statisztikailag alátámasztható.

A nullhipotézis általában azt állítja, hogy nincs különbség, vagy nincs kapcsolat. Az alternatív hipotézis ezzel szemben azt feltételezi, hogy van különbség vagy kapcsolat.

Például ha azt vizsgáljuk, hogy a férfiak és nők elégedettsége eltér-e, akkor a nullhipotézis szerint nincs különbség a két csoport között.

A p-érték (p: probability, magyarul valószínűség) azt mutatja meg, hogy a megfigyelt eredmény mennyire lenne valószínű, ha a nullhipotézis igaz lenne. A p-érték 0 és 1 közötti értéket vehet föl, ahol a 0 lehetetlen, az 1 biztos eseményt jelent. A gyakorlatban gyakran a $p < 0{,}05$ határt használjuk a statisztikai szignifikancia jelzésére.

Fontos azonban, hogy a statisztikai szignifikancia nem azonos a gyakorlati jelentőséggel. Nagy mintában kis különbség is lehet szignifikáns, míg kis mintában fontos különbség is maradhat nem szignifikáns.

6.9. Két vagy több csoport összehasonlítása

Ha két független csoport átlagát szeretnénk összehasonlítani, kétmintás t-próbát használhatunk. Például vizsgálható, hogy különbözik-e a férfiak és a nők átlagos elégedettségi pontszáma, vagy két intézménytípus átlagos várakozási ideje.

Ha ugyanazokat a személyeket mérjük két időpontban, páros t-próbát alkalmazhatunk. Például egy egészségfejlesztési program előtt és után mérhetjük a résztvevők adott teszten elért pontszámát.

Ha három vagy több csoport átlagát hasonlítjuk össze, ANOVA (Analysis of Variance, magyarul varianciaanalízis) használható. Például vizsgálható, hogy három régióban eltér-e az átlagos várakozási idő.

Az ANOVA azt mutatja meg, hogy van-e eltérés a csoportok átlagában. Ha az eredmény szignifikáns, további elemzésre lehet szükség annak megállapításához, hogy pontosan mely csoportok között van különbség.

6.10. Kereszttábla és khí-négyzet-próba

Két kategorikus változó kapcsolatát kereszttáblával vizsgáljuk *(4. táblázat)*. Ilyen kérdés lehet például, hogy az iskolai végzettség összefügg-e a szűrésen való részvétellel, vagy hogy a nem kapcsolódik-e az egészségügyi ellátással való elégedettséghez.

4. táblázat: Példa egy kereszttáblás elrendezésre

	Részt vett szűrésen	**Nem vett részt szűrésen**
Alacsonyabb végzettség	45	55
Magasabb végzettség	90	30

Forrás: saját szerkesztés

A kereszttábla alapján arányokat számolhatunk (akár sorszázalék, akár oszlopszázalék formájában), például hogy az egyes végzettségi csoportokban milyen a szűrési részvétel.

A khí-négyzet-próba azt vizsgálja, hogy van-e statisztikai összefüggés vagy kapcsolat a két kategorikus változó között. Az eredmény értelmezésekor nem elég csak a p-értéket közölni. Viszont amennyiben a mintaszám alacsony, akkor érdemes a Fisher-féle egzakt próbát alkalmazni.

Azt is meg kell mutatni, melyik csoportban magasabb vagy alacsonyabb az adott esemény előfordulási gyakorisága.

6.11. Relatív kockázat és esélyhányados

Az egészségügyi statisztikában gyakran vizsgáljuk, hogy egy esemény gyakoribb-e az egyik csoportban, mint a másikban. Ilyen esemény lehet például a szűrés elmaradása, az elégedetlenség vagy egy egészségügyi szolgáltatás igénybevétele.

A relatív kockázat azt mutatja meg, hogy az esemény kockázata mekkora az egyik csoportban a másikhoz képest.

Például ha az alacsonyabb végzettségűek 40%-a, a magasabb végzettségűek 20%-a nem vett részt szűrésen, akkor a relatív kockázat 2. Ez azt jelenti, hogy az alacsonyabb végzettségűek körében kétszer akkora a szűrés elmaradásának kockázata.

Az esélyhányados szintén két csoportot hasonlít össze, de nem kockázatot, hanem esélyt vizsgál. Gyakran logisztikus regresszióban használják.

Általános értelmezés: az 1 feletti érték magasabb, az 1 alatti érték alacsonyabb kockázatra vagy esélyre utal az adott csoport körében a referenciához képest.

6.12. A korreláció és a regresszió alapjai

A korreláció két változó kapcsolatának irányát és erősségét mutatja meg. Pozitív kapcsolat esetén az egyik változó növekedésével a másik is növekszik. Negatív kapcsolat esetén az egyik változó növekedésével a másik csökken.

Például a várakozási idő növekedésével csökkenhet az elégedettség. Ez negatív kapcsolatot jelezhet.

A Pearson-korreláció két folytonos változó lineáris kapcsolatát vizsgálja. A Spearman-korreláció rangsorokon alapul, ezért ordinális vagy nem normális eloszlású változók esetén is használható.

A regresszió célja egy kimeneti változó magyarázata egy vagy több magyarázó változó alapján. Lineáris regressziót folytonos kimenet esetén használunk, például egészségügyi kiadás vizsgálatakor. Logisztikus regressziót igen/nem típusú kimenet esetén használunk, például annak vizsgálatára, hogy valaki részt vett-e szűrésen.

Fontos: a korreláció és a regresszió sem bizonyít automatikusan ok-okozati kapcsolatot.

6.13. Rövid módszerválasztási összefoglaló

Az *5. táblázatban* került összefoglalásra az, hogy milyen módszertan milyen esetben javasolt.

5. táblázat: Módszertani összefoglaló

Kutatási kérdés	Módszer
Két csoport átlaga eltér?	kétmintás t-próba
Ugyanaz a csoport változott két időpont között?	páros t-próba
Három vagy több csoport átlaga eltér?	ANOVA
Két kategorikus változó összefügg?	kereszttábla, khí-négyzet-próba (Fisher-féle egzakt próba alacsony mintaszám esetén)
Egy esemény gyakoribb az egyik csoportban?	relatív kockázat, esélyhányados
Két folytonos változó kapcsolódik?	Pearson-korreláció
Ordinális vagy aszimmetrikus változók kapcsolódnak?	Spearman-korreláció
Több tényező magyaráz egy kimenetet?	Regresszió

Forrás: saját szerkesztés

A módszerválasztás mindig a kutatási kérdéssel kezdődik. Először azt kell eldönteni, mit szeretnénk vizsgálni, majd azt, hogy milyen típusú változóink vannak. Ezt követően kerül sor a statisztikai elemzésre, majd az eredmények értelmezésére.

Irodalomjegyzék

Dinya, E. (2017). *Biometria az orvosi gyakorlatban* (3. kiad.). Medicina Könyvkiadó.

Kékes, E.; Surján, G.; Balkányi, L.; Kozmann, G. (szerk.) (2000). *Egészségügyi informatika*. Medicina Könyvkiadó.

Last, J. M. (ed.) (2000). *A dictionary of epidemiology* (4th ed.). Oxford University Press.

V. Hajdú, P.; Ádány, R. (szerk.) (2003). *Epidemiológiai szótár*. Medicina Könyvkiadó.

Gyakorló tesztkérdések

1. Mi a gyakorlatban alkalmazott leggyakoribb p-érték?

a) 0,1
b) 0,005
c) 0,5
d) 0,05

2. Melyik példa tekinthető folytonos változónak?

a) Nem
b) Régió
c) Várakozási idő percben
d) Elégedettség kategória

3. Mire szolgál elsősorban a leíró statisztika?

a) Ok-okozati kapcsolatok bizonyítására
b) Az adatok áttekinthető bemutatására
c) A p-értékek számítására
d) Az adatbázisban történő keresésre

4. Melyik módszer alkalmas két kategorikus változó kapcsolatának vizsgálatára?

a) Khí-négyzet-próba
b) Páros t-próba
c) ANOVA
d) Pearson-korreláció

5. Melyik módszer alkalmas két folytonos változó kapcsolatának vizsgálatára?

a) Khí-négyzet-próba
b) Páros t-próba
c) Pearson-korreláció

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

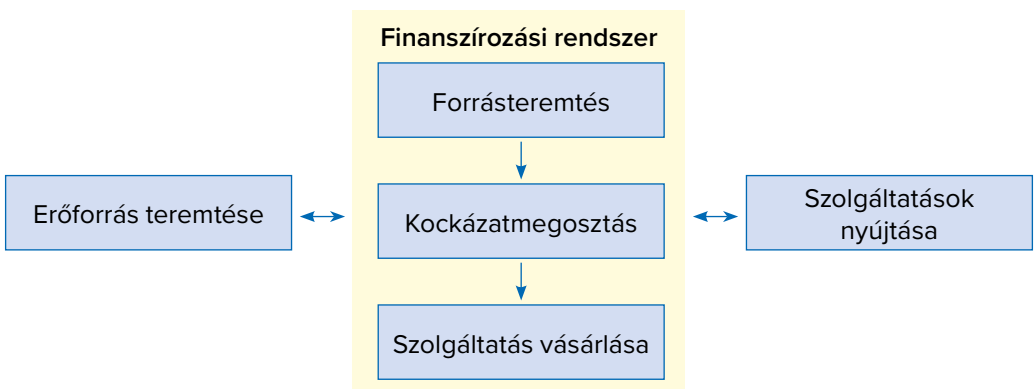
1. kérdés: d
2. kérdés: c
3. kérdés: b
4. kérdés: a
5. kérdés: c

7. fejezet

A hazai egészségügyi szolgáltatók finanszírozása

7.1. Az egészségügyi finanszírozási rendszer elemei

Annak érdekében, hogy az egészségügyi ellátórendszert működtetni lehessen, elengedhetetlen a szükséges forrás megteremtése, és egy olyan mechanizmus működtetése, amellyel ezek a források eljutnak az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, mindeközben pedig a felmerülő kockázatokat igazságosan kell elosztani minden érintett szereplő között. Ezek a tevékenységek mind a finanszírozási rendszer keretén belül történnek (*1. ábra*).



1. ábra: Az egészségügyi finanszírozási rendszer elemei
Forrás: Orosz, 2011 alapján, saját szerkesztés

A forrásteremtés történhet adókon, járulékokon és biztosítási díj befizetésén keresztül. A begyűjtött adót az állam bárhogyan elköltheti a költségvetésen keresztül, ezzel szemben a járulékot csak arra lehet költeni, aminek a jogcímén keresztül begyűjtötték (pl. egészségügyi járulékot csak az egészségügyre lehet költeni). A biztosítási díj fizetése magánbiztosítónál Magyarországon önkéntes jellegű, viszont vannak olyan országok, ahol ezt az állam kötelezővé teszi (pl. Hollandia vagy Svájc).

Az egészségügyi szolgáltatások vásárlására számos technika áll rendelkezésre, mindegyiknek megvan a maga erőssége és gyengesége. Bizonyos finanszírozási technikák a vásárlóra (páciensre), míg mások az ellátás nyújtójára (egészségügyi szolgáltatókra) helyezik a kockázatot. Ezzel is magyarázható, hogy számos ország egészségügyi rendszere, Magyarországot is beleértve, a különböző finanszírozási technikákat kombinálja, és együttesen próbálják a kívánt célt elérni.

Az egészségügyi finanszírozás az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása mellett a pénzbeli juttatást (pl. gyes, gyed, táppénz) is magában foglalja. Ám a fejezet csak az előbbi területet fogja ismertetni.

7.2. Forrásteremtés a hazai egészségügyi ellátórendszerben

A magyar egészségügyi ellátórendszer működését egyrészt az állami kötelező biztosítás, kisebb részt az önkéntes magánbiztosítás fedezi. Magyarországon az állami biztosító szerepét az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP; 2017–2026 között Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) tölti be. Az OEP az állampolgárok által befizetett 7%-os egészségbiztosítási járulékkal és a 10%-os nyugdíjjárulékkal gazdálkodik. Mivel a biztosítási járulék nem elég az állami egészségügyi rendszer működtetéséhez, így az állami költségvetésből jelentős mértékben kiegészítik ezt az összeget.

Az OEP nemcsak állami egészségügyi szolgáltatókkal köthet szerződést, hanem a szektorsemleges finanszírozás elvét követve magánszolgáltatókkal is köthet a betegellátás érdekében szerződést. Ez esetben a magán egészségügyi intézmények az állami rendszerben biztosított betegért a fejezet későbbi pontjainak megfelelően fogják kapni az adott ellátásért a finanszírozást.

A magánbiztosítás hazánkban nem kötelező, viszont a biztosítási díj befizetése nem mentesít a járulék és az adó befizetésétől.

Bizonyos egészségügyi tevékenységeket nem az OEP, hanem az állam fizet. Idetartoznak a népegészségügyi feladatok (pl. szervezett szűrések, környezet- és élelmezés-egészségügy) vagy az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátások (pl. védőoltások). Kiemelt fejlesztéseknél és beruházásoknál (pl. új infrastruktúra építése) is az állam fizet, vagy teljes mértékben, vagy támogatott projektek esetén kiegészíti a támogatást, ezáltal tehermentesíti a pályázó intézeteket.

Magyarországon az úgynevezett duális finanszírozás (kettős finanszírozás) van jelen, ami azt jelenti, hogy az OEP csak a gyógyító tevékenységet finanszírozza, viszont a tulajdonos feladata, hogy például az elhasznált eszközöket pótolja, vagy az infrastruktúrát karbantartsa.

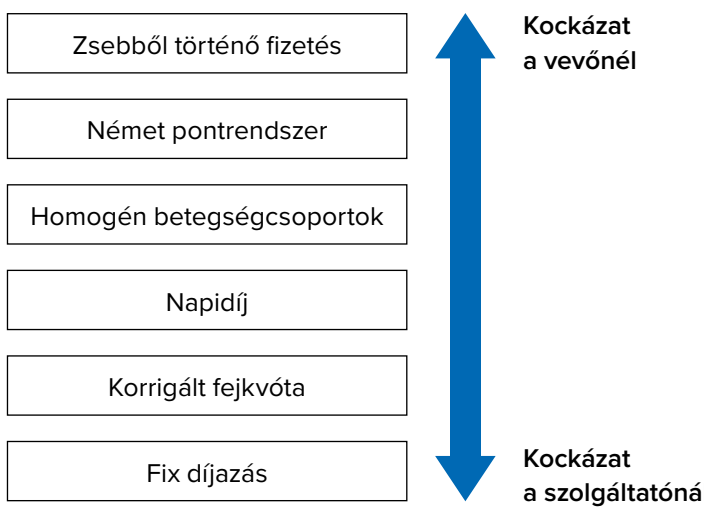
Az állampolgár munkavégzés következtében járulékot fizet, aminek köszönhetően jogosult lesz az állami egészségügyi ellátáson belül a biztosítási csomagban felsorolt ellátásokra. Azok a Magyarországon tartózkodó magyar állampolgárok, akik kiskorúak, nappali tagozatos hallgatók, nyugdíjasok, illetve az OEP által megadott kivételek listájában szerepelnek, a munkavégzéstől függetlenül biztosítottak.

Ahogy korábban említésre került, van lehetőség szerződést kötni magánbiztosítónál is, aminek a keretén belül olyan szolgáltatásokra lesz jogosult a biztosított, amelyek a biztosítási csomagban nem szerepelnek (pl. magánkórterem igénylése kórházakban). Amennyiben nincs magánbiztosítás, akkor az állampolgár direkt módon (zsebből történő fizetés, angolul: out-of-pocket payment) is fizethet ezekért a szolgáltatásokért.

Végezetül a munkáltatót terhelik a foglalkozás-egészségügy költségei. Korábban ugyan volt munkavállalói egészségbiztosítási járulék, ám 2011-ben ezt kiváltotta a 13%-os szociális hozzájárulási adó.

7.3. A hazai forráselosztás főbb formái

A magyar egészségügyi ellátórendszer finanszírozására többfajta technikát is alkalmaznak, annak függvényében, hogy milyen ellátásról van szó (43/1999. [III. 3.] Korm. rendelet). Bizonyos technikák esetén a kockázat a vevőre (páciensre), más esetben az ellátást nyújtóra (egészségügyi szolgáltatókra) hárul *(2. ábra)*. A következő fejezetekben ezek a finanszírozási technikák kerülnek bemutatásra.



2. ábra: Az egyes finanszírozási formák Magyarországon Forrás: Boncz és Dózsa, 2002 alapján, saját szerkesztés

7.4. Out-of-pocket (zsebből történő) fizetés

Az out-of-pocket (zsebből történő) fizetés esetén a vevő direkt módon fizet az egészségügyi ellátásért a szolgáltatást nyújtónak, a biztosító nincs jelen. Például a kórházi bent fekvés során, ha van lehetőség külön kórteremben gyógyulni, akkor kiegészítő szolgáltatásként ezt meg lehet vásárolni. Vagy ha magánfogorvoshoz megy a páciens, annak ellenére, hogy jogosult lenne az állami szolgáltatásra, akkor is neki kell kifizetnie az ellátás teljes összegét. Az esztétikai műtétek esetén is fizetni kell, mivel ilyen szolgáltatást nem finanszíroz a biztosító (kivéve, ha rekonstrukciós műtét történik). Out-of-pocket fizetés esetén a páciens valóban az egészségügyi ellátórendszer vevőjeként jelenik meg, és így a szabadpiaci hatások érvényesülnek, minden előnyükkel és hátrányukkal.

7.5. Német pontrendszer

Az állami járóbeteg-szakellátás, a laboratóriumi ellátás és a molekuláris diagnosztikai ellátás működését az úgynevezett német pontrendszer alapján finanszírozzák. Ezt a technikát a német egészségügyi rendszerből adaptálták, ezzel magyarázható az elnevezés. A finanszírozási technika lényege, hogy az alapján kapja a szolgáltató a pénzösszeget, hogy milyen tevékenységeket végzett a betegen.

Ezek a tevékenységek az Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (OENO) kódlistában vannak felsorolva. Minden tevékenységnek van elnevezése, egy egyedi azonosító kódja, illetve német pontja *(1. táblázat)*.

Például az „elsősegély" tevékenység kódja 11011, aminek a német pontja 176. A német pont fogja meghatározni, hogy mekkora összeget kap az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató. 2025 óta egy német pontért 2,10 forint jár (Egészségügyi Közlöny, 2025). Ez azt jelenti, hogy az elsősegélynyújtásért 369,60 forintot fog kapni az intézmény. Egy betegellátási epizód alatt több tevékenységet is el lehet számolni, viszont ugyanazt a tevékenységet nem lehet többször, illetve vannak egymást kizáró tevékenységek. Ezeket a szabályokat az egészségügyi informatikai rendszerek ismerik, így az ilyen jellegű hibák ritkán fordulnak elő.

1. táblázat: Néhány példa az OENO-törzslistából

Kód	Név	Pont
11011	Elsősegély	176
11030	Sürgősségi betegosztályozás (triázs)	278
11031	Sürgősségi beteg-újraosztályozás (re-triázs)	0
11041	Vizsgálat	938
11042	Vizsgálat a rendelőn kívül	1098
11045	Vastagbélszűrés keretében végzett vizsgálat	750
11047	Alkalmassági vizsgálat tömegsportolásra	654
11048	Vizsgálat hatósági felkérésre	504

Forrás: NEAK, hatályos OENO-törzslista alapján, saját szerkesztés

7.5.1. Tervezett éves keret (TÉK)

Azok a finanszírozási technikák, amelyeknél teljesítményarányosan történik a fizetés, arra ösztönzik az egészségügyi intézményeket, hogy minél több szolgáltatást nyújtsanak a betegnek, még akkor is, ha a beteg egészségi állapota ezt nem indokolja. A pazarlás elkerülése érdekében vezették be eredetileg a teljesítményvolumen-korlátot (TVK), amelyet ma tervezett éves keretnek (TÉK) hívnak. A TÉK lényege, hogy éves szinten, havi bontásban meghatározzák, hogy mekkora az az összeg, amelyet a finanszírozó teljes mértékben kifizet. Ha ezt az intézmény túllépi, akkor először csökkenő pont-forint értékkel fogják a tevékenységeket finanszírozni (degresszió), ha pedig egy magasabb küszöbértéket is túllép, akkor teljes korlát lép érvénybe, az OEP több tevékenységet abban a hónapban már nem fizet az adott szolgáltatónak.

7.6. Homogén betegségcsoportok (HBCs)

Az aktív fekvőbeteg-szakellátást, az egynapos sebészetet, a nappali kórházi ellátást és a kúraszerű ellátásokat az úgynevezett homogén betegségcsoportok (HBCs) nevű finanszírozási technikával finanszírozzák. A HBCs az amerikai Diagnosis-Related Group (DRG) módszer magyar adaptációja. Amíg a német pontrendszerben tevékenységenként történik a finanszírozás, addig a HBCs esetén egy ellátási esethez csak egy HBCs-kódot lehet hozzárendelni.

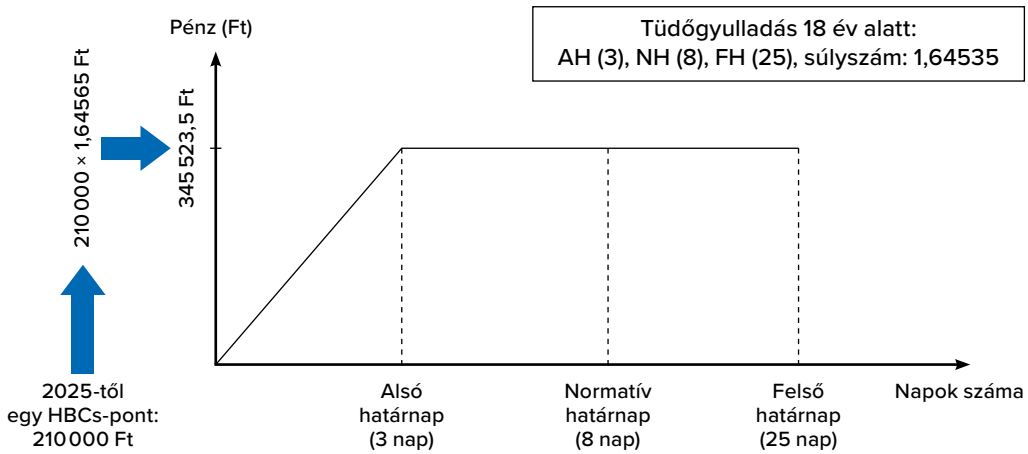
2. táblázat: Néhány egyszerűsített példa a HBCs 5.0 törzslistából

HBCs -kód	AH	FH	NN	Súlyszám	HBCs megnevezése
1392	5	40	12	2,0061	Tüdőembólia, thrombolysis nélkül
140D	3	38	14	2,19459	Légzőszervi fertőzések, gyulladások
141A	4	42	12	1,73681	Tüdőgyulladás 18 év felett, speciális kezeléssel
141C	4	41	15	2,36265	Más kórházból átvett szövődményes tüdőgyulladások
141D	4	41	11	1,4993	Tüdőgyulladás 60 év felett, speciális kezelés nélkül
141E	4	41	10	1,15761	Tüdőgyulladás 18–60 év között, speciális kezelés nélkül
142C	3	25	8	1,64535	Tüdőgyulladás 18 év alatt

AH: alsó határnap, FH: felső határnap, NN: normatív nap
Forrás: NEAK, HBCs 5.0 törzs alapján, saját szerkesztés

Az OEP honlapján megtalálható HBCs-kódlistából (HBCs 5.0 törzs) lehet kiválasztani az adott fekvőbeteg-ellátáshoz legközelebb álló HBCs-kódot. Számos tényező befolyásolja, hogy melyik kódot lehet kiválasztani, viszont a legmeghatározóbb ezek közül az ápolást indokló fődiagnózis, amelyet a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) kódlistából lehet kiválasztani. Minden HBCs-kódhoz hozzátartozik az ellátási esemény neve, egyedi azonosítókód, súlyszám, alsó határnap, normatív nap és felső határnap *(2. táblázat)*.

Például a „Tüdőgyulladás 18 év alatt" elnevezésű HBCs-kód 142C, súlyszáma 1,64535, alsó határnapja 3, normatív határnapja 8, felső határnapja 25 *(3. ábra)*.



3. ábra: Aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozása kiskorú tüdőgyulladása esetén
Forrás: saját szerkesztés

2025 óta egy súlyszámért 210 000 forint finanszírozás jár (Egészségügyi Közlöny, 2025). Ha ezt megszorozzuk az előbb írt példa súlyszámával, akkor 345 523,50 forintot kaphat maximum az egészségügyi intézmény. Amennyiben az alsó határnap előtt küldjük haza a beteget, akkor időarányosan fogja a fekvőbeteg-intézmény megkapni a pénzösszeget. Például ha a felvételt követően a második napon hazabocsátják a beteget, akkor a kapható pénzösszeg 2/3-át fogják csak megkapni. Ez arra ösztönzi a kórházakat, hogy ne küldjék haza túl korán a beteget. Amennyiben az alsó határnap és a felső határnap között bocsátják haza a beteget, akkor a teljes pénzösszeget fogják megkapni. A normatív nap tájékoztató jellegű. Amennyiben a normatív határnap előtt kerül hazabocsátásra a beteg, akkor elvileg a kapott pénzösszegnek elégnek kell lennie a beteg ellátására. Ha a normatív nap után küldik haza a beteget, akkor elvben az egészségügyi intézmény ráfizet. Amennyiben a beteg elhalálozik, akkor ugyanaz a szabály érvényes, mint ha hazabocsátották volna.

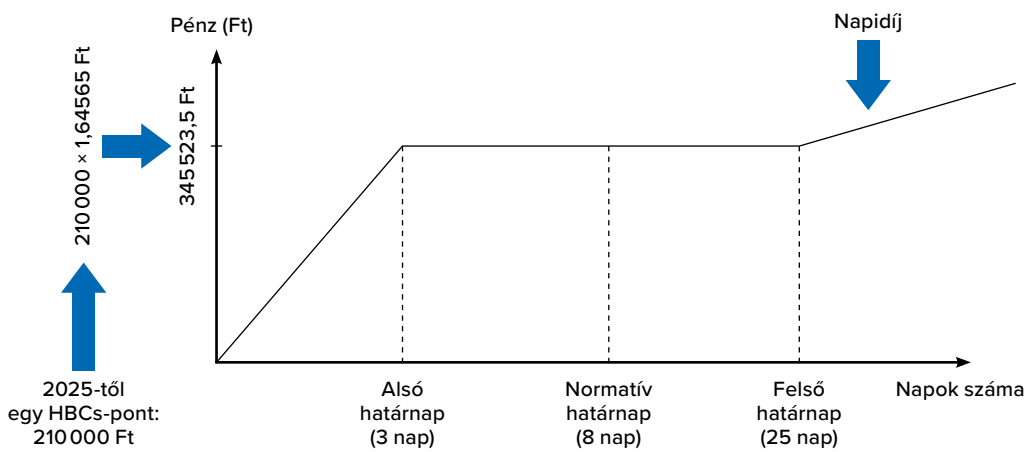
7.6.1. Garanciális ellátás

Ugyan az aktív fekvőbeteg-ellátás során az alsó határnap arra ösztönzi az intézményeket, hogy ne küldjék haza túl korán a betegeket, ám az alsó határnapot követően anyagilag érdekeltek lehetnek abban, hogy minél hamarabb kikerüljenek a betegek az intézményből, még akkor is, ha az egészségi állapotuk ezt nem indokolná. Az ilyen esetekben a beteg gyakran visszakerül a kórházba, és ilyenkor kell megvizsgálni, hogy a garanciális ellátás szabálya érvényesül-e. Amennyiben a beteg úgy kerül vissza egy

intézménybe, hogy az előző ellátás felső határnapja még nem telt el, akkor meg kell nézni, hogy a kivételek listájában benne van-e az újbóli felvétel oka (9/1993. [IV. 2.] NM rendelet). Például ha a beteg eltöri a karját, az nem az egészségügyi intézmény hibája, így ez kivételnek fog minősülni. Viszont ha az új ellátás oka nincsen benne a kivételek listájában (pl. agyvérzéssel veszik fel újból a beteget), akkor az előző ellátás úgy folytatódik, mintha nem küldték volna haza a beteget. Mivel az egészségügyi intézmény így elveszíti a második ellátásért járó pénzösszeget, ezáltal nem lesz érdekelt abban, hogy indokalatlanul hamar hazabocsájtsa a betegeket.

7.7. Napidíj

Vannak olyan esetek, amikor a beteg nagyon sok napot tölt a kórházban. Amennyiben egy aktív fekvőbeteg-ellátás eléri a felső határnapot, akkor a beteget át lehet helyezni krónikus ellátásra *(4. ábra)*.



4. ábra: Krónikus fekvőbeteg-ellátás finanszírozása kiskorú tüdőgyulladása esetén
Forrás: saját szerkesztés

A krónikus fekvőbeteg-ellátást napidíjjal finanszírozzák, ami jelenleg 7000 forint/ápolási nap (Egészségügyi Közlöny, 2025). Lehet krónikus ellátással indítani, ha viszont aktív ellátásról került át a beteg, akkor ennek az összegnek csak a 75%-ára lesz jogosult az intézmény. A krónikus ellátás típusától függően van, hogy szorzót kell rendelni a napidíjhoz. Például a hospice-ellátás szorzója 2,33; így naponta 16 310 forintot fog kapni a fekvőbeteg-intézmény a végstádiumban lévő beteg ellátásáért. A napidíj önmagában nem veszi figyelembe, hogy milyen ellátást nyújtunk, vagy mit kap a beteg.

7.8. Korrigált fejkvóta

A védőnői ellátás és a háziorvosi ellátás finanszírozásának a legjelentősebb részét a korrigált fejkvóta (ezt kártyapénznek vagy praxisdíjnak is hívják) alkotja. A védőnői ellátásban a védőnőhöz tartozó várandós anyák és a gyermekek száma fogja meghatározni, hogy milyen összeget kap havonta az ellátó az OEP-től. Annak függvényében, hogy a védőnőnek várhatóan mennyi munkát fog ez jelenteni, minden kategóriához pontérték van hozzárendelve. E miatt a korrekció miatt nem nevezhetjük sima fejkvótának ezt a finanszírozást. Jelenleg egy pont értéke nem lehet több, mint 500 forint:

- várandós anya után: 3 pont
- 0–6 éves korú gyermek után: 3 pont
- oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott, tanköteles korú gyermek után: 3 pont
- oktatási intézményben ellátott gyermek után: 1 pont
- gyógypedagógiai oktatási intézményben ellátott tanuló után: 2 pont

Magyarországon minden biztosított állampolgár egy háziorvosi praxishoz van hozzárendelve. Évente egyszer indoklás nélkül lehet háziorvost váltani, de csak akkor, ha a kiválasztott háziorvos tudja fogadni. Az fogja meghatározni, hogy mekkora finanszírozást fog kapni az adott hónapban, hogy mennyi páciense van a háziorvosnak. A középkorú páciensekkel egy háziorvosnak sokkal kevesebbet kell foglalkoznia, mint egy kiskorúval vagy egy nyugdíjassal. Ennek korrigálására korosztályonként szorzó van, amely ezt kívánja orvosolni:

- 0–4 év közötti bejelentkezett biztosított után: 4,5 pont
- 5–14 év közötti bejelentkezett biztosított után: 2,5 pont
- 15–34 év közötti bejelentkezett biztosított után: 1,0 pont
- 35–60 év közötti bejelentkezett biztosított után: 1,5 pont
- 60 év feletti bejelentkezett biztosított után: 2,5 pont

A pontos forintértéket nem lehet megadni, mivel számos tényező befolyásolja, hogy az adott hónapban egy pont mennyit ér. Ezért is hívják ezt „lebegő" Ft/pont értéknek.

A korrigálás ellenére még fennáll a veszély, hogy a háziorvos túlvállalja magát, mivel minél több páciens van hozzá bejegyezve, annál több pénzhez jutna. Ennek érdekében (hasonlóan, mint a TÉK esetén) degresszió érvényesül bizonyos határértékeken felül. Felnőtt és gyermek háziorvosi praxis esetén 2400-as pontérték fölött, míg vegyes praxisok estén 2600-as pontérték fölött a finanszírozás csökken.

Korábban a fogászati alapellátást is korcsoportos fejkvóta alapján is finanszírozták, ám 2023-tól ezt a finanszírozási technikát ennél az ellátási formánál kivezették (Tóth et al., 2025).

7.9. Indikátoralapú teljesítményértékelés

A háziorvosi ellátásnak nemcsak az a feladata, hogy gyógyszert írjon fel, vagy továbbküldje a pácienst az ellátás más területére, hanem a tanácsadás, az egészségi állapot követése, és egyéb népegészségügyi jellegű feladatokat is el kell hogy lásson. Mivel korábban ezekért külön finanszírozás nem járt, ezek a tevékenységek háttérbe kerültek. Ennek orvoslására vezették be a háziorvosi szolgáltatások indikátoralapú teljesítményértékelését.

A felnőtt- és vegyes praxisok esetében 12 népegészségügyi jelentőségű indikátort, gyermekpraxisok esetében tíz indikátort vezettek be. Ilyen indikátor például a háziorvosi praxishoz tartozó hatvan év feletti páciensek influenza elleni védőoltásának aránya, vagy a praxishoz tartozó hat év alatti kisgyermekeknél elvégzett szűrővizsgálatok aránya. Mindkét példa esetén minél magasabb a részvételi arány, annál jobbnak tekinthető az eredmény. Viszont nem egy küszöbértéket kell elérni, hanem csak akkor jár a kiegészítő finanszírozás, ha az országos átlagnál jobban teljesít az adott praxis. Felnőtt- és vegyes praxisoknál, ha az adott indikátor esetén jobb az eredmény, mint az átlag, akkor 1 pontot, ha eredményesebbek, mint a felső 25%, akkor 2 pontot kapunk. Gyermekpraxis esetén ugyanazon elvek mellett indikátoronként 1,2 és 2,4 pont jár.

Ezt a finanszírozási technikát nemcsak a háziorvosi, hanem a fogászati ellátásban is alkalmazzák. Ennél az ellátási formánál viszont csak négy indikátor esetén lehet többletfinanszírozáshoz jutni, mint például a tömést követő fogeltávolítás aránya, ahol a kisebb arányt lehet eredményesebbnek tekinteni.

7.10. Fix díjazás

Bizonyos ellátási formák Magyarországon teljes mértékben vagy kiegészítő jelleggel havi vagy éves fix díjazásban részesülnek, mint például:

- háziorvosi ellátás
- fogorvosi ellátás
- védőnői ellátás
- speciális gyermekegészségügyi ellátás

- anyatejgyűjtő állomás
- mentési feladatot teljesítő szolgáltatók
- a szerv és a vérminta szállítása

A finanszírozási technikának nagy előnye, hogy egyszerű, így kevés bürokráciával jár. Hátránya, hogy havi vagy éves ciklus esetén az ellátót túlzott spórolásra ösztönzi, és ha túl nagy összeg marad a ciklus vége felé, akkor indokolatlan költekezésre ösztönöz.

7.11. A háziorvosi ellátás egyéb finanszírozási módjai

Érdemes megemlíteni, hogy a háziorvosi ellátás a korrigált fejkvótán, az indikátoralapú finanszírozáson és a fix díjazáson túl más tevékenységért is kaphat finanszírozást. Például ha olyan beteget lát el a háziorvos, aki nem hozzá van bejegyezve, akkor úgynevezett ambuláns díjazásban részesül. Vagy mivel nagyvárosokban kívánatosabb háziorvosi praxist működtetni, mint kisebb vidéki településeken, így azok, akik például kisfalvakban látják el tevékenységüket, területi kiegészítő díjat kapnak. Továbbá létezik szakdolgozói kiegészítő díjazás, eszköz- és ingatlantámogatási díj, valamint jogviszonyellenőrzési díj.

7.12. Átlagfinanszírozás

Egészségügyi válsághelyzet vagy járványügyi esemény során az állampolgárok csak a legsürgősebb esetben tudják igénybe venni az egészségügyi ellátást. Ez viszont azzal jár, hogy azoknál a finanszírozási technikáknál, ahol teljesítmény alapján kapja meg az egészségügyi intézmény a finanszírozást a szolgáltató elesik a működéshez szükséges pénzösszegtől (pl. német pont vagy HBCs). Annak érdekében, hogy ilyen esetekben is működőképes maradjon az egészségügyi szolgáltató, az államnak van lehetősége ideiglenesen átlagfinanszírozást alkalmazni. Az átlagfinanszírozás lényege, hogy megnézik az egyes egészségügyi intézményeknél, hogy az előző 12 hónapban átlagosan mekkora finanszírozást kaptak, és az elkövetkező időszakban ezt a pénzösszeget fogja havonta megkapni az intézmény. Ezt a finanszírozási technikát a Covid–19-járvány során alkalmazták, ám 2023 februárjában ez a fajta elszámolás megszűnt, és visszaállították az eredeti finanszírozási technikákat.

7.13. A finanszírozás változásának követése

Időközönként a hazai egészségügy finanszírozására vonatkozó szabályok megváltoznak: a német pont vagy a HBCs-pontértékhez tartozó forintösszeg növekszik, a HBCs alsó vagy felső határnapja megváltozik, vagy akár egy teljesen új finanszírozási technika kerül bevezetésre (mint például az indikátoralapú teljesítményértékelés finanszírozása). Ezeket a változásokat az OEP honlapján vagy az Egészségügyi Közlönyben célszerű követni.

Irodalomjegyzék

9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről.

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.

Boncz, I.; Dózsa, Cs. *Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992–2002.* MOTESZ Magazin. 2002(6):52–55.

Egészségügyi Közlöny 2025. évi 6. szám, V. rész.

NEAK honlapja: *hatályos OENO-törzslista.* Elérhető: http://finanszirozas.neak.gov.hu/szabalykonyv/index.asp?mid=1&pid=1

NEAK honlapja: *HBCs 5.0-törzslista.* Elérhető: https://www.neak.gov.hu/letoltheto/altfin_dok/torzs

Orosz, É. (2011). *Egészségpolitika, hallgatói kézikönyv.* ELTE Társadalomtudományi Kar.

Tóth, I.; Nagy, Á.; Sinkó, E. *A fogorvosi finanszírozási rendszer változásának hatása a fogorvosok közhangulatára.* IME. 2025;24(3):16–27.

Gyakorló tesztkérdések

1. kérdés: *A német pontrendszer alapját mi képezi?*

a) BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása)
b) DRG (Diagnosis Related Group)
c) HBCs (homogén betegségcsoportok)
d) OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása)

2. kérdés: *Az aktív fekvőbeteg-szakellátást hazánkban hogyan finanszírozzák?*

a) Korrigált fejkvóta
b) Napidíj
c) HBCs (homogén betegségcsoportok)
d) Német pontrendszer

3. kérdés: *A krónikus fekvőbeteg-szakellátást hazánkban hogyan finanszírozzák?*

a) Korrigált fejkvóta
b) Napidíj
c) HBCs (homogén betegségcsoportok)
d) Német pontrendszer

4. kérdés: *Melyik ellátási típus nem részesül fix díjazásban?*

a) Háziorvosi ellátás
b) Anyatejgyűjtő állomás
c) Járóbeteg-szakellátás
d) Mentési feladatot teljesítő szolgáltatók

5. kérdés: *Az indikátoralapú teljesítményértékelési finanszírozást eddig hol vezették be Magyarországon?*

a) Háziorvosi és fogászati ellátás
b) Járóbeteg-szakellátás
c) Aktív fekvőbeteg-szakellátás
d) Krónikus fekvőbeteg-szakellátás

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: d
2. kérdés: c
3. kérdés: b
4. kérdés: c
5. kérdés: a

8. fejezet

Minőségirányítás az egészségügyben

8.1. A minőség általános és egészségügyi értelmezése

Az elmúlt évszázadban számos szakértő és szervezet próbálta meghatározni a minőség fogalmát. Ennek következtében nincs egy olyan egységes definíció, amelyet mindenki használna.

Viszont az eltérő fogalmi meghatározások ellenére vannak megállapítások, amelyeknek explicit vagy implicit formában meg kell jelenniük a minőséget illetően:

- A termékeknek vagy szolgáltatásoknak van minőségük.
- A termékeknek vagy szolgáltatásoknak vannak tulajdonságaik, karakterisztikáik, olyan jellemzőik, amelyeket fel tudunk sorolni.
- A másik oldalon ott a vevő, fogyasztó, vagy az egészségügyön belül a páciens.
- A vevőknek, fogyasztóknak, pácienseknek vannak igényeik és elvárásaik.
- Minél inkább kielégíti a termék vagy a szolgáltatás a tulajdonságai révén a vevő igényeit, annál inkább igaz, hogy a vevő azt a bizonyos terméket vagy szolgáltatást minőséginek fogja tekinteni.

Ezen megállapítások értelmében nem az eladó dönti el, hogy a termék vagy szolgáltatás minőségi-e, hanem a vevő. Objektív minőség nem létezik, mivel minden vevőnek és fogyasztónak más az elvárása és az igénye, így lehetséges, hogy bár többen értékelik ugyanazt a terméket, de teljesen más konklúzióra jutnak. Ezzel magyarázható például, hogy ha egy elégedettségi kérdőívet osztunk ki egy adott osztályon a betegek között, akkor eltérő értékelést fogunk kapni.

Egy másik fontos jellemzője a minőségnek, hogy sosem használjuk önmagában, hanem mindig kell egy viszonyítási alap. Egyrészt lehetséges két hasonló terméket vagy szolgáltatást egymással összehasonlítani, amely esetben relatív minőségről beszélünk. Például ha két kórház esetén a műtétet követő harminc napon belül bekövetkező halálozást nézzük, akkor feltételezhetjük, hogy az a kórház, ahol ez az arány kisebb, jobb minőségű ellátást

nyújt. Viszont az ilyen jellegű összehasonlításnál vigyázni kell, hogy a betegállomány (pl. kor tekintetében vagy társbetegség megléte esetén) és a rendelkezésre álló erőforrások (pl. humán erőforrás vagy műtéti eszközök) hasonlóak legyenek a két kórház esetén.

Azonban van lehetőség egyetlen terméket vagy szolgáltatást önmagában is értékelni. Ez esetben a minőség szintjéről beszélhetünk. Ugyanis ebben az esetben a viszonyítás alapja egy vagy több előre meghatározott kritérium (elvárás). Például kritériumként meghatározhatjuk, hogy a krónikus osztályokon a kialakult nyomási fekélyesek aránya nem lehet több, mint 3%. Természetesen minden beteget el kell látni, viszont csak a 3%-os küszöbérték fölött beszélhetünk rendszerszintű hibáról, amely esetén a menedzsmentnek is be kell avatkoznia.

8.1.1. A minőség egészségügy-specifikus értelmezése

Hasonlóan, mint más szektorban, az egészségüggyel foglalkozó szakemberek és szervezetek is megpróbálták meghatározni a minőség fogalmát. Avedis Donabedian 1980-ban a minőséget úgy definiálta, hogy: *„A minőség az egészségügyi ellátás olyan tulajdonsága, amely a betegek egészségének maximalizálására törekszik, miután mérlegelte az előnyöket és kockázatokat, amelyek az egészségügyi ellátás során várhatóak"* (Donabedian, 1980), illetve az amerikai Institute of Medicine szerint: *„Az egészségügyi ellátás minősége az a mérték, amely – egyéni és populációs szinten – a mindenkori szakmai tudásnak megfelelően javítja az egészségre vonatkozó kedvező eredmények valószínűségét"* (Lohr, 1990). Mindkét definíció az egészségnyereségre rakja a hangsúlyt, mivel a közegészségügyi ellátás célja mind egyéni, mind lakossági szinten az egészség mértékének növelése. Ugyanakkor érdemes tisztázni, hogy az egészségnyereség nemcsak az egészséges életévek számát takarja, hanem például az onkológiai ellátáson belül egy végstádiumú beteg esetén a méltóságteljes halál biztosítása is idetartozhat.

8.2. A minőségmenedzsment létjogosultsága az egészségügyben

A minőségmenedzsmentet eredetileg a gyártási szektorban kezdték el alkalmazni, és csak a II. világháborút követően ismerték fel, hogy a szolgáltatásoknál, illetve az egészségügyön belül is célszerű használni. Ám egy autó legyártása teljesen más, mint egy több betegségben szenvedő páciens gyógyítása.

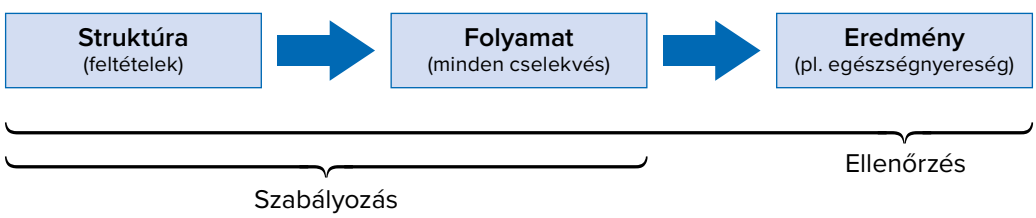
Ebből adódóan felmerülhet a kérdés, hogy valóban érdemes-e minőségüggyel foglalkozni az egészségügyön belül. Sajnos a minőségmenedzsment helytelen használata

miatt az egészségügyben dolgozók a szó hallatán elsősorban a fölösleges bürokráciára, papírmunkára, felülvizsgálatokra és ellenőrzésekre asszociálnak. Ezek mind sok időt és energiát vesznek igénybe, minek következtében pont a beteggel nem tudnak eleget foglalkozni az orvosok és a szakdolgozók.

Az egészségügyi ellátórendszer rendkívül komplex folyamatok összessége. A nagy számok törvénye miatt általánosságban igaz, hogy minél összetettebb egy rendszer, annál nagyobb valószínűséggel következik be valamilyen hiba.

Az egészségügyben is emberek dolgoznak, és mint tudjuk, tévedni emberi dolog. Fáradtság, lappangó betegség vagy egy előző napi családi vita következtében a legrutinosabb egészségügyi dolgozó is könnyebben téved. Azonban ebben az ágazatban a hibáknak súlyos, de akár életveszélyes következményeik is lehetnek:

- Ha fáradtság következtében a kezelőorvos nem megfelelő illemmel kommunikál a betegeivel, akkor az elégedetlenséghez, rosszabb esetben panaszhoz is vezethet.
- Ha nem a jó oldalát műtik meg a betegnek, az komoly egészségveszteséget eredményezhet.
- Az előző példa következménye lehet, hogy a beteg vagy családtagjai beperelik az intézményt, ennek következtében jelentős pénzbírságot kell fizetni, mindemellett az intézmény hírneve is csorbul.
- Végül ha a műtét során egy olyan beteg testében marad valamilyen műtéti eszköz vagy segédanyag, aki idős és több társbetegséggel rendelkezik, nem zárható ki, hogy a műtéti hiba következtében fog meghalni.



1. ábra: Sematikus ábrázolása annak, hogy a minőségmenedzsment hogyan támogatja az egészségügyi ellátást
Forrás: saját szerkesztés

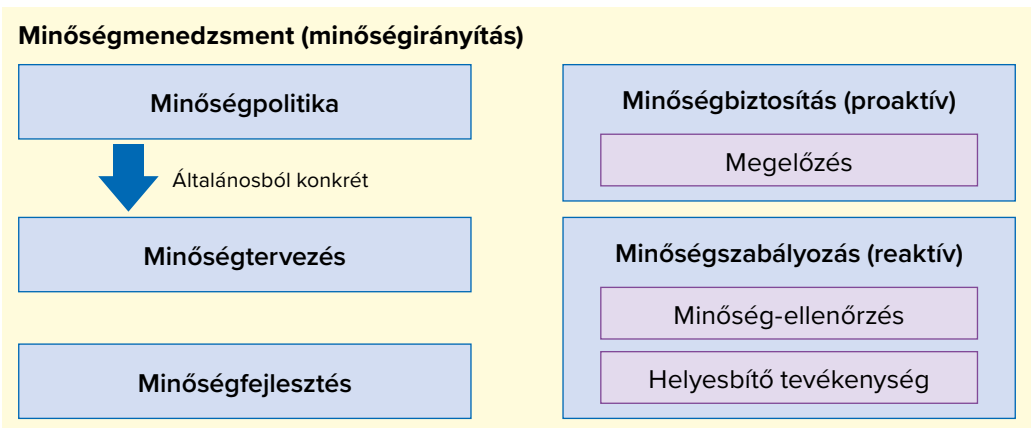
A minőségmenedzsment abban tud nekünk segíteni, hogy egyrészt a különböző szabályozási eszközökön keresztül (jogszabály, szakmai irányelv, helyi protokoll) rögzíti, hogy az egészségügyi intézmények milyen feltételek mellett működhetnek, illetve hogy kinek mikor mit kell csinálnia *(1. ábra)*. Viszont a szabályozás önmagában nem elég. Fontos ellenőrizni, hogy a minimumfeltételek valóban rendelkezésre állnak-e, hogy a dolgozók betartják-e a szabályokat, illetve, hogy az elvárt vagy kívánt eredményt kapjuk-e.

Az előbb felsorolt érvek miatt az Egészségügyi Törvény kötelezővé teszi minden hazai egészségügyi intézmény számára, hogy belső minőségirányítási rendszert működtessen (1997. évi CLIV. törvény). Ez a törvényi kötelezettség vonatkozik mind a köz-, mind a magánszolgáltatókra, ellátási formától függetlenül. Illetve a törvény elismeri a külső minőségirányítási rendszer létét (tanúsítások és akkreditációk), de ezek megszerzését nem teszi kötelezővé.

8.3. A minőségmenedzsment elemei

8.3.1. Minőségmenedzsment (minőségirányítás)

A minőségmenedzsment (quality management) az a gyűjtőfogalom, amelynek a keretén belül minden, a minőségüggyel kapcsolatos tevékenységet végeznek *(2. ábra)*. A nem egységes fordítás következtében a minőségmenedzsmentet minőségirányításnak is hívják.



2. ábra: A minőségmenedzsment alkotóelemei
Forrás: saját szerkesztés

8.3.2. Minőségpolitika

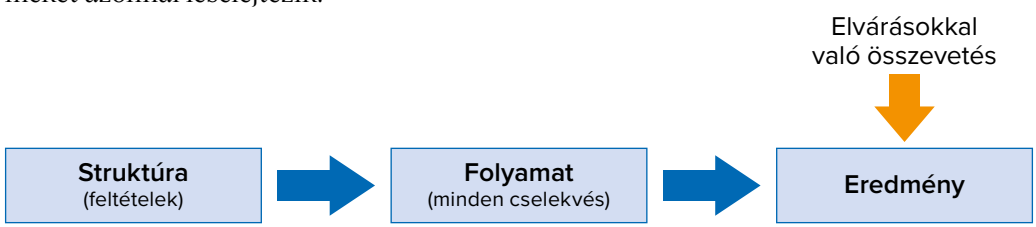
A minőségpolitika (quality policy) elsősorban a fogyasztók számára készített leírás, amelyben a szervezet ismerteti, hogy miért létezik (küldetésnyilatkozat), és hogy általánosságban milyen irányban tervez fejlődni (jövőkép). Mivel ezt a vevők számára írják, így nem megy bele a részletekbe, ezáltal mindenki számára könnyen értelmezhető. Például a tanúsítással rendelkező hazai egészségügyi intézmények honlapján a jövőképben olyan pontok olvashatók, mint a betegelégedettség, a betegbiztonság vagy az ellátás színvonalának javítása.

8.3.3. Minőségtervezés

Amíg a minőségpolitika egy általános keretet ad arról, hogy a szervezet miért létezik, és milyen irányban akar fejlődni, addig a minőségtervezés (quality planning) pontosan rögzíti, hogy milyen célokat akar elérni, milyen határidőre, milyen erőforrással, és ki miért felelős. Mivel a minőségtervek a szervezet belső dokumentumai, így a minőségpolitikával ellentétben nem publikusak a lakosság számára.

8.3.4. Minőség-ellenőrzés

Minden termék legyártása végén érdemes egy utolsó, teljes körű ellenőrzést végezni *(3. ábra)*. A minőség-ellenőrzés (quality inspection) keretén belül azonosított hibás terméket azonnal leselejtezik.

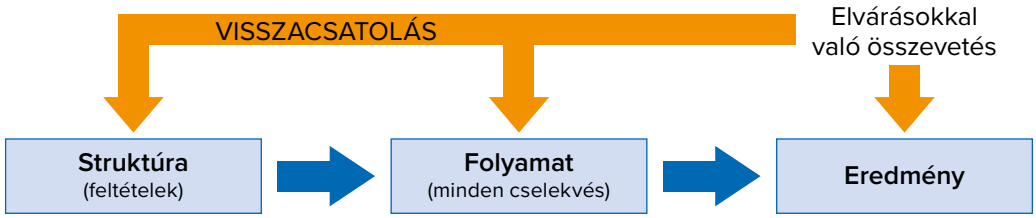


3. ábra: A minőség-ellenőrzés fókusza
Forrás: saját szerkesztés

Ennek az a funkciója, hogy még véletlenül se kerüljön hibás termék a boltokba, mivel ha a vevő megveszi, az nagy valószínűséggel panaszhoz fog vezetni, és ezáltal a cég hírneve sérül. Ez különösképpen fontos a gyógyszergyártó cégeknél, ahol egy hibásan legyártott gyógyszer a beteg egészségi állapotát vagy akár az életét is veszélyeztetheti.

8.3.5. Minőségszabályozás

Ugyan a minőség-ellenőrzés segítségével ki tudjuk szűrni a hibásan legyártott termékeket, de mi történik akkor, ha rendszeresen ugyanazt a hibatípust észlelik? Ebben az esetben érdemes utánajárni a hiba okának, majd a szükséges intézkedéseket elvégezni, hogy a jövőben hasonló jellegű hibák ne forduljanak elő. Ezt a tevékenységet helyesbítő tevékenységnek hívjuk (corrective action). Amennyiben a hibásan legyártott termékek azonosítását (minőség-ellenőrzés) és a helyesbítő tevékenységet kombináljuk, akkor már minőségszabályozásról (quality control) beszélünk *(4. ábra)*.

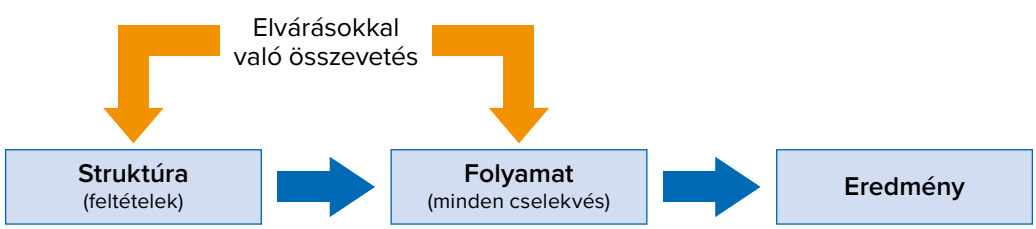


4. ábra: A minőségszabályozás fókusza
Forrás: saját szerkesztés

Egy egyészségügyi példája lehet a minőségszabályozásnak, ha a krónikus osztályon észlelik, hogy az elmúlt hetekben megugrott a kialakult nyomási fekélyesek (dekubitusz) aránya. A nyomási fekélyes betegek kezelése mellett az osztály munkatársai utánajárnak, hogy ez a megnövekedett arány mire vezethető vissza. A kivizsgálás során azt találják, hogy a dekubituszmatracok elhasználódtak, így már nem képesek a beteg testsúlyát egyenletesen elosztani. Továbbá az új munkatársak nem ismerik a rizikófelmérés menetét, így a betegfelvételkor nem azonosítják azokat a betegeket, akik fokozott veszélynek vannak kitéve a nyomási fekélyt illetően. A problémák okainak azonosítása után új matracokat szerez be az osztály, illetve minden új munkatársnak kötelező oktatáson kell részt vennie. Az intézkedések következtében az osztályon kialakuló nyomási fekélyek aránya ismételten az elfogadható küszöbérték alá kerülhet.

8.3.6. Minőségbiztosítás

A minőség-ellenőrzés és a minőségszabályozás hasznos eszközök a hibák azonosítására és orvoslására. Viszont mind a két tevékenység reaktív, vagyis csak akkor fog működni, ha a hiba már bekövetkezett. Ezért fontos, hogy legyen egy olyan tevékenység is, amely proaktívan próbálja megakadályozni a hibák előfordulását. Ezt a tevékenységet hívják minőségbiztosításnak (quality assurance).



5. ábra: A minőségbiztosítás fókusza
Forrás: saját szerkesztés

Amíg a minőség-ellenőrzés és a minőségszabályozás az eredményre rakja a fókuszt, a minőségbiztosítás folyamatosan ellenőrzi, hogy a szervezet megfelel-e az előírt feltételeknek, a szabályozások rendelkezésre állnak-e, illetve hogy ezeket a munkatársak betartják-e *(5. ábra)*. A minőségbiztosítás fő elve, hogy ha a megfelelő feltételek mellett jól végezzük a munkánkat, akkor a megfelelő eredményt kell hogy kapjuk.

Ám nincs tökéletes rendszer. A legjobb minőségbiztosítási rendszer is csak minimalizálja a hibák bekövetkezésének valószínűségét, így fontos, hogy a szervezet a minőség-ellenőrzéssel és a minőségszabályozással is foglalkozzon. A minőségszabályozás keretében szerzett többlettudást be lehet építeni a minőségbiztosításba, ezáltal még hatékonyabban lehet csökkenteni a hibák bekövetkezésének valószínűségét.

8.3.7. Minőségfejlesztés

A minőség-ellenőrzés, a minőségszabályozás és a minőségbiztosítás a meglévő követelmények teljesítését ellenőrzi. Ám ha ezeknek maradéktalanul eleget teszünk, a minőségirányítási rendszerünk üresjáratba kerül. Ilyen esetben érdemes feltenni azt a kérdést, hogy a meglévő követelményeket nem lehet-e egy magasabb szinten teljesíteni, ezáltal az ellátás minőségét javítani. Ezt a tevékenységet hívják minőségfejlesztésnek (quality improvement).

A folyamatos minőségfejlesztés szemlélete minden egészségügyi szolgáltató számára fontos. A magánszférában, ha a szervezetünk nem foglalkozik ezzel a kérdéssel, akkor a konkurens egészségügyi szereplő fog rájönni arra, hogy fölösleges lépések kiiktatásával hogyan lehet ugyanazt a szolgáltatást kevesebb erőforrással elérni, ezáltal olcsóbban nyújtani a vevők számára. Ennek következtében csak idő kérdése, hogy elveszítjük a vevőinket, és tönkremegy a cégünk.

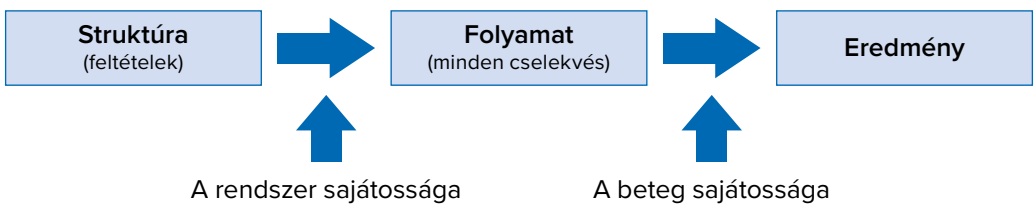
A közszférában is fontos a folyamatos minőségfejlesztés, mivel a tudomány és technológia fejlődésének következtében ami a mai napon még csúcstechnológiának minősül, az pár év múlva elavult lesz. Továbbá az új tudományos eredmények nem kerülnek bele automatikusan a gyógyítóellátásba; ez tudatos szervezést igényel.

A minőségfejlesztés keretén belül fontos, hogy reális célkitűzéseink legyenek, mivel ennek hiányában majdnem biztos kudarcot fog vallani a minőségfejlesztési projekt. Továbbá vigyázni kell arra, hogy a minőségfejlesztés során a munkatársak jobban odafigyelnek a munkájukra, és ha a minőségfejlesztési projekt után mindenki ugyanazt kezdi el csinálni, mint régen, akkor csak idő kérdése, hogy ugyanazt az eredményt fogják elérni, mint korábban. Tehát a minőségfejlesztés nemcsak a magasabb szintű ellátás elérését jelenti, hanem a hosszú távú megtartását is.

8.4. A minőség mérése: Donabedian-modell

Az egészségügynek az egyik legnagyobb problémája, hogy sok problémája van. Amennyiben rendszerszinten az egészségpolitikai döntéshozók, vagy intézményi szinten a menedzsment minden problémát egyszerre próbál megoldani, akkor az erőforrások szétaprózódása következtében sehol sem fognak érdemi eredményt elérni. Ennek elkerülése érdekében fontos priorizálni (fontossági sorrendet kialakítani), ami csak akkor lehetséges, ha a döntéshez nélkülözhetetlen elemeket mérjük. A méréshez indikátorokat használunk, ami takarhat számszerű értéket (pl. 100 000 lakosra jutó ápolók száma), vagy megfelelést/nem megfelelést (pl. a kórház minőségügyért felelős munkatársa tagja-e a felső vezetésnek).

Az egészségügyön belül szinte mindent tudunk mérni. Ugyanakkor Avedis Donabedian felismerte, hogy ezeket három kategóriába lehet sorolni (Donabedian, 2005): struktúra, folyamat és eredmény *(6. ábra)*.



6. ábra: A Donabedian-modell
Forrás: Donabedian, 2005 alapján, saját szerkesztés

8.4.1. Struktúra

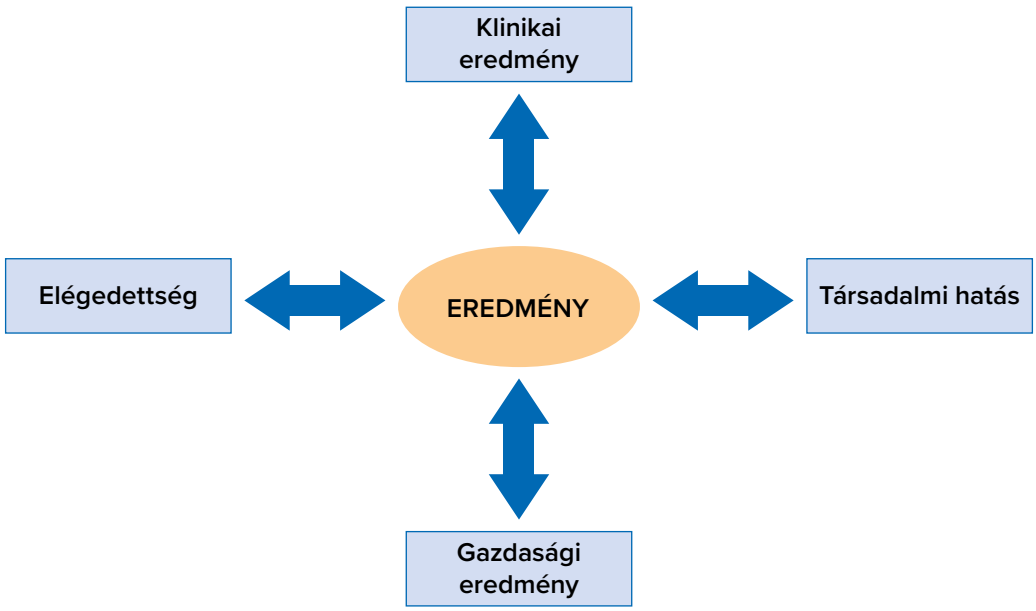
Ebbe a kategóriába tartozik minden, amivel dolgozik az egészségügyi intézmény: eszközök, műszerek, infrastruktúra, humán erőforrás (mennyiségben és minőségben), a szabályozások megléte, valamint tágabb értelemben a szervezeti kultúrát is ide szokták sorolni.

8.4.2. Folyamat

Minden cselekvés, amely az egészségügyön belül történik. Szűkebb értelemben csak a cselekvés meglétét mérjük (pl. műtétek száma az elmúlt hónapban), tágabb értelemben a cselekvés megfelelősége is idetartozik (pl. gyógyszerek időben történő beadásának aránya az elmúlt egy hétben). Mivel egy cselekvés csak időben történhet, így mindig fontos az időegységet is hozzárendelni a mért indikátorhoz.

8.4.3. Eredmény

Az eredményt sokféleképpen lehet kategorizálni a jellegét és a körülményeket illetően. Az eredmény jellege alapján beszélhetünk klinikai eredményről, elégedettségről, gazdasági eredményről vagy társadalmi hatásról *(7. ábra)*.



7. ábra: Az eredmény különböző alkategóriái
Forrás: saját szerkesztés

A klinikai eredmény alá tartozik minden, ami a beteg egészségi állapotát érinti, mint például a gyógyulási arány, a túlélés, a rokkantság, a nem várt mellékhatások, a tünetek enyhülése vagy a sikeres rehabilitáció. Az ilyen jellegű eredmények értékelésénél fontos figyelembe venni a körülményeket, mint például sürgősségi ellátás során a beteg az első tünetet követően hány perc múlva érkezik meg a kórházba, a beteg kora, milyen súlyos az alapbetegsége, vagy van-e társbetegsége.

Az elégedettség esetén lehet betegelégedettséget és dolgozói elégedettséget is mérni. A betegelégedettség azért fontos, mert egyrészt a páciensek az egészségügyi ellátás vevői, másrészt olyan visszajelzést tudnak adni, amelyre az egészségügyben dolgozók nem gondolnának. Az elégedettebb beteg a kezelőorvos utasításait is nagyobb valószínűséggel fogja követni. A dolgozók elégedettségének mérése is fontos, mivel az elégedett munkatárs jobb minőségű munkát fog végezni, és kisebb valószínűséggel fogja elhagyni a munkahelyét. Az elégedettség mérésére leggyakrabban kérdőívet szoktak

használni, ám ha van rá kapacitás, interjúkat is lehet készíteni mind a betegekkel, mind a dolgozókkal.

A gazdasági eredmény mérését sem lehet figyelmen kívül hagyni, mivel minden önálló költségvetéssel rendelkező szervezetnek van bevétele és kiadása. Ha a bevétel nagyobb, mint a kiadás, akkor profitot termel, ha a kiadás nagyobb, mint a bevétel, akkor veszteséges. A magánszférában egy vállalat nem lehet tartósan veszteséges, mivel csak idő kérdése, hogy fenntarthatatlanná váljon a működése. A közszférában is ügyelni kell a költségvetésre, viszont tartós veszteség esetén az államnak van lehetősége a hiányzó pénzösszeget pótolni, azonban ezt csak az állami költségvetés kárára tudja megtenni.

A társadalmi hatás esetén olyan dolgokra kell gondolni, amelyek nem kapcsolódnak szorosan az egészségügyi ellátáshoz, ám mivel az egészségügyi intézmények is a társadalom részét alkotják, így a társadalmat érintő tényezőket is érdemes mérni. Példák: a kórház a keletkezett hulladékot hogyan tárolja, majd szállíttatja el, a beteg szállítása során a szállítókocsi mennyi szén-dioxidot bocsát ki, vagy egy adott klinikai központ milyen oktatási vagy tudományos tevékenységet folytat?

Nem mindegy, hogy milyen körülmények között kapjuk meg az eredményt. E tekintetben beszélhetünk hatásosságról, eredményességről és hatékonyságról. A hatásosság (efficacy) az ideális, laboratóriumi vagy kutatói körülmények között elért eredményt jelenti. Például a gyógyszerfejlesztés utolsó fázisában embereken kell kipróbálni a kifejlesztett gyógyszert. Ám csak olyan alanyok vehetnek részt egy ilyen vizsgálatban, akik az adott betegségben szenvednek, nincsen társbetegségük, bizonyos gyógyszereket nem szednek (ne legyen gyógyszer-interakció), továbbá pontosan követniük kell az utasításokat. Az így kapott eredmény tükrében fogja a gyógyszergyártó cég látni, hogy a gyógyszerrel milyen egészségnyereséget lehet elérni, milyen fajta és milyen gyakori mellékhatások keletkezhetnek, és hogy ezek alapján érdemes-e bevezetni a piacon az új gyógyszert, vagy sem.

A hétköznapi élet azonban sokkal összetettebb. A valós, hétköznapi vagy szokásos körülmények között elért eredményt eredményességnek (effectiveness) hívjuk. A rendszeresen gyógyszert szedők körében gyakori, hogy több társbetegségük van, ennek következtében más gyógyszert is kell szedniük, és gyakran előfordulhat, hogy az adott gyógyszert vagy elfelejtik bevenni, vagy nem akkor veszik be, amikor kellene. Ennek következtében nem ugyanazt az eredményt fogjuk kapni, mint egy kontrollált környezetben.

A hatékonyság (efficiency) nemcsak azt nézi, hogy milyen eredményt értünk el, hanem azt is, hogy milyen erőforrást kellett feláldozni ennek elérése érdekében. Az erőforrás lehet pénz (költséghatékonyság), anyag vagy akár munkaóra. Érdemes megkülönböztetni a hatékonyságot az eredményességtől, mivel például elvben lehetséges egy olyan

új gyógyszert kifejleszteni, amely kétszer hatásosabb, mint a régi, de ha tízszer annyiba kerül, akkor a szűkös társadalombiztosítási kassza nem biztos, hogy mindenkinek tudná ezt az új gyógyszert támogatni.

8.5. A minőségirányításról összességében

Annak ellenére, hogy a minőségmenedzsmentet eredetileg a gyártási szektorban kezdték el használni, az egészségügyön belül is van létjogosultsága. Ez azonban csak akkor igaz, ha a minőségmenedzsmenttel kapcsolatos tudást és technikákat adekvátan alkalmazzák az egészségügyben dolgozók, továbbá elengedhetetlen a megfelelő motiváltság és az elköteleződés a minőségi ellátás iránt.

A mostani fejezet egy rövid betekintést nyújtott az egészségügyi minőségirányítást illetően, ám nem érintette többek között a különböző minőségfejlesztési technikákat, vagy a hazánkban is használt ellenőrzési és szabályozási módszereket.

Amennyiben további tudást szeretne a témát illetően szerezni, az általános egészségügyi minőségmenedzsment esetén a www.pro-qaly.hu weboldalt, a betegbiztonság témájában pedig a betegbiztonsag.info portál meglátogatását javasoljuk.

Irodalomjegyzék

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

Donabedian, A. *Evaluating the quality of medical care.* 1966. Milbank Q. 2005;83(4):691–729.

Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Lohr, K. N. (1990). *Medicare: a strategy for quality assurance.* Washington DC: Institute of Medicine/National Academy Press.

Gyakorló tesztkérdések

1. kérdés: *Mire vonatkozik a következő definíció: „A szervezetnek a minőségre vonatkozóan a felső vezetőség által hivatalosan kinyilvánított általános szándékai és irányvonala."*

a) Minőségirányítás
b) Minőségpolitika
c) Minőségfejlesztés
d) Egyik sem

2. kérdés: *Mi a minőségszabályozás célja?*

a) Homogén (egységes) termékek forgalomba hozatala
b) Homogén (egységes) termékek előállítása és a hibás termékek számának csökkentése
c) A problémás folyamatok keresése
d) Egyik sem

3. kérdés: *Az ápolói létszám hova tartozik az egészségügyi ellátásban a Donabedian-modell szerint?*

a) A struktúrához
b) A folyamathoz
c) Az eredményhez
d) Mind a háromhoz

4. kérdés: *A dolgozói elégedettség hova tartozik az egészségügyi ellátásban a Donabedian-modell szerint?*

a) A struktúrához
b) A folyamathoz
c) Az eredményhez
d) Mind a háromhoz

5. kérdés: *Mi az eredményesség helyes definíciója?*

a) Ugyanaz, mint az eredmény
b) Előre megszabott célok legmagasabb szintű teljesítése
c) Szokásos, valós, hétköznapi körülmények között elért eredmény
d) Olyan eredmény, amely a költséget is figyelembe veszi

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: b
2. kérdés: b
3. kérdés: a
4. kérdés: c
5. kérdés: c

9. fejezet

Humánpolitikai kérdések az egészségügyben

Az elmúlt évtizedekben az egészségügyi rendszerek egyik alapvető kérdésévé vált, hogy rendelkezésre áll-e a biztonságos és minőségi ellátáshoz szükséges munkaerő. Ez a kérdés nem kizárólag nemzeti probléma, hanem európai és globális stratégiai ügy is, miközben az egyes intézmények mindennapi működésében egészen konkrét döntések formájában jelenik meg: kit veszünk fel, hogyan tartjuk meg, milyen munkakört alakítunk ki, miként mérjük a teljesítményt, hogyan fejlesztjük a tudást, és miként kezeljük a túlterhelésből fakadó etikai, jogi és szervezeti kockázatokat?

Az emberi erőforrás fogalma első látásra talán kissé idegenül hangzik, mert az embert erőforrásként nevezi meg. A fogalom azonban nem azt jelenti, hogy a munkavállaló pusztán eszköz volna, inkább arra utal, hogy a szervezet céljai végső soron emberek tudásán, figyelmén, felelősségvállalásán, együttműködésén és döntésein keresztül valósul meg. Ez különösen igaz az egészségügyben, ahol a szolgáltatás tárgya maga az ember, a szolgáltatás minőségét pedig nem lehet elválasztani azoktól, akik azt nyújtják.

A menedzsment általános értelemben az erőforrások koordinálásának folyamata a szervezet céljainak elérése érdekében. A stratégiai szint hosszabb távon gondolkodik a szervezet céljairól, működési irányairól és erőforrásairól, míg a taktikai szint ezeket közép- és rövid távú programokra, projektekre és akciótervekre bontja, addig az operatív szint a napi működés konkrét feladatait kezeli, ellenőrzi és szükség esetén korrigálja.

A humánerőforrás-menedzsment (human resource management – HRM) az emberi erőforrásokra irányuló vezetési tevékenységek összessége. Ez a terület a munkakör- és kompetenciaelemzéstől kezdve a toborzáson, kiválasztáson, beillesztésen, teljesítménymenedzsmenten, kompenzáción, fejlesztésen, munkaügyi kapcsolatokon, információs rendszereken és kontrollingon át a stratégiai humánerőforrás-tervezésig terjed (Karoliny, Poór, 2017–2019). Ebből következik, hogy a HRM nem egyetlen osztály tevékenysége, hanem vezetési szemlélet is: minden vezető végez humánpolitikai munkát, akkor is, ha nem HR-vezető.

9.1. Miért különleges erőforrás az ember?

E ponton nem hagyható figyelmen kívül az emberi erőforrás sajátos természete. Egy épület, egy gép vagy egy informatikai rendszer másként működik, mint az ember. Az ember nem raktározható, nem birtokolható, nem egyszerűen utasítások mechanikus végrehajtója, hanem érzékeny, tanuló, döntéshozó és értékelő személy. Az emberi munka nem raktározható. Ha egy műszakban nincs elegendő ápoló, a ma elmaradt feladatok, kommunikáció, dokumentáció vagy betegmozgatás nem tehető félre későbbre úgy, mint egy elvégzendő adminisztráció. A hiány azonnal beépül az ellátás minőségébe. Az embernél a túlterhelés rövid távon fáradtságot, ingerültséget, figyelemcsökkenést és konfliktust okozhat, hosszú távon pedig kiégéshez, pályaelhagyáshoz vagy elvándorláshoz vezethet. A HRM ezért nem pusztán azt kérdezi, hány ember van a szervezetben, hanem azt is, hogy milyen terhelés mellett, milyen tudással, milyen támogatással, milyen vezetői környezetben és milyen életpálya-kilátásokkal dolgoznak. Az ember ugyanakkor innovatív döntéshozó. Egy tapasztalt szakdolgozó sokszor olyan apró kockázatot is észlel, amelyet egy szabályzat önmagában nem tud előre látni. Egy rezidens szakmai fejlődése nem pusztán a képzési órák számában mérhető, hanem abban is, hogy milyen visszajelzést kap, milyen eseteket láthat, és milyen biztonságos tanulási környezetben kérdezhet. A szervezeteknek nem elegendő a tudás egyéni birtoklására építeniük, a tudást meg is kell osztani, rögzíteni, fejleszteni és fenntartható módon hasznosítani, különösen olyan, tudásintenzív szervezetekben, mint az egészségügyi intézmények (Bencsik, 2024).

9.2. A HRM feladata: egyéni és szervezeti célok összehangolása

A humánerőforrás-menedzsment egyik legfontosabb feladata az egyéni és szervezeti célok összehangolása. Az egyén oldalán megjelenik a tisztességes megélhetés, a szakmai fejlődés, az önbecsülés, a kiszámítható munkarend, a biztonságos munkakörnyezet és az értelmes munka igénye. A szervezet oldalán megjelenik az ellátási kötelezettség, a minőségi betegellátás, a gazdaságos működés, a jogszerű foglalkoztatás és a betegbiztonság. A HRM akkor működik jól, ha e célok nem egymást kioltó követelményként, hanem összehangolandó és összehangolható érdekekként jelennek meg.

A munkaerő-tervezés ennek az egyensúlynak az előfeltétele. Egy egészségügyi intézménynek nem elég azt tudnia, hogy ma hány orvosa, szakdolgozója vagy adminisztratív munkatársa van. Azt is mérlegelnie kell, hogy milyen betegforgalomra, milyen

szakmai összetételre, milyen technológiai változásra, milyen nyugdíjba vonulási hullámra és milyen utánpótlás-előrejelzésre kell felkészülnie. A stratégiai humánerőforrás-tervezés éppen ezért nem azonos a létszámtervvel, hanem komplexebb annál, mivel a mennyiségi igények mellett kompetenciákat, költségeket, szervezeti célokat és mérési szempontokat is figyelembe vesz (Karoliny, Poór, 2017–2019).

A munkakörtervezés azt határozza meg, hogy az adott szervezetben milyen feladatok, hatáskörök, felelősségek és kompetenciák kapcsolódnak egy munkakörhöz. Ez nem pusztán szervezési kérdés. Ha nem világos, hogy egy munkatárs mire jogosult, mire köteles, kitől kérhet segítséget, és hol húzódik a szakmai kompetencia határa, abból nemcsak hatékonysági veszteség, hanem betegbiztonsági és felelősségi kockázat is származhat. A munkaköri leírás ezért nem adminisztratív formaság, hanem a biztonságos együttműködés egyik eszköze.

A munkaerő-ellátás a toborzás és kiválasztás folyamatát jelenti. Célja, hogy a szervezet a munkakörtervezés során meghatározott mennyiségi és minőségi feltételeknek megfelelő munkatársakat találjon. Az egészségügyben ez különösen nehéz, mert a megfelelő végzettség, működési nyilvántartás, szakmai gyakorlat és kompetencia mellett számít az együttműködési készség, a terhelhetőség, a kommunikációs kultúra és a beteggel szembeni felelős magatartás is. Egy kórházi osztályon a kiváló technikai tudás akkor válik valódi szervezeti értékké, ha beilleszthető a csapatmunkába. A beteg ritkán egyetlen szakemberrel találkozik; ellátása általában egymásra épülő szakmai szerepek eredménye. Ezért a kiválasztásnál nem elég a bizonyítványok, szakvizsgák vagy korábbi munkahelyek vizsgálata. Azt is mérlegelni kell, hogy a jelölt képes-e egy hierarchikus, mégis együttműködésre épülő, gyors döntéseket igénylő, érzelmileg terhelt szervezetben felelősen működni. Az egészségügyben a beillesztés elmulasztása nemcsak fluktuációs, hanem betegbiztonsági kockázat is lehet. Egy új munkatárs hibája mögött sokszor nem kizárólag egyéni figyelmetlenség, hanem hiányos szervezeti átadás, nem világos mentorálás vagy túl gyors terhelés is állhat. A pályakezdő egészségügyi dolgozó akkor marad nagyobb eséllyel a pályán, ha nemcsak feladatot kap, hanem fejlődési lehetőséghez is jut idővel, illetve visszajelzést, mentorálást és előre látható szakmai perspektívát is igényel. A HRM itt válik igazán humánpolitikává: nemcsak munkaerőt „szerez", hanem szakmai életpályát próbál intézményi keretek között biztosítani.

A teljesítménymenedzsment a HRM egyik legérzékenyebb területe, mert egyszerre ígér objektivitást, és hordoz torzítási veszélyeket. A teljesítmény az egészségügyben nem azonosítható kizárólag a mennyiségi mutatókkal. Egy orvos, ápoló, gyógytornász vagy betegirányító munkájának minősége nem merül ki abban, hány beteget látott el, hány beavatkozás történt, vagy hány adminisztratív tétel készült el. A beteggel való kommunikáció, a dokumentáció pontossága, a szakmaközi együttműködés, a kockázatészlelés

és a hibákból való tanulás ugyanúgy teljesítményelemek. Mindez nem azt jelenti, hogy a teljesítményt nem szabad mérni, inkább azt jelenti, hogy a mérésnek szakmailag értelmesnek, előre ismertnek, több szempontot figyelembe vevőnek és a fejlesztést is szolgálónak kell lennie. Az emberierőforrás-menedzsment nem maradhat pusztán benyomásokra épülő vezetői gyakorlat, ugyanakkor az indikátorokat sem szabad úgy használni, mintha önmagukban kimerítenék a szervezeti valóságot (Karoliny, Poór, 2017–2019).

Az ösztönzés körébe tartozik a bér, a jutalom és a béren kívüli juttatások rendszere, de az egészségügyben az ösztönzés ennél szélesebb. A szakmai autonómia, a kiszámítható beosztás, a vezetői megbecsülés, a tanulási lehetőség, a méltányos terheléselosztás szintén ösztönző tényező lehet. E ponton a HRM és az etika találkozik. A méltányos ösztönzési rendszer nem feltétlenül azt jelenti, hogy mindenki ugyanazt kapja, hanem azt, hogy a különbségek érthetők, indokolhatók, és nem rombolják a közösség bizalmát. A túlzottan szűk teljesítménymérés olyan viselkedéseket erősíthet, amelyek formálisan eredményesnek látszanak, de valójában gyengítik a betegellátás minőségét. A vezető feladata ezért nem csupán a mérés, hanem az értékelés is, amelynek alapján megkülönböztethető a valódi teljesítmény a puszta számszerűsített teljesítménytől.

A humán erőforrás fejlesztése a képzés, továbbképzés, tehetségmenedzsment, karriertervezés és tudásmenedzsment területe. Az egészségügyben az élethosszig tartó tanulás nem közhely, hanem alapkövetelmény. A diagnosztikai és terápiás lehetőségek változnak, új szakmai irányelvek jelennek meg, az informatikai rendszerek átalakulnak, a betegek tájékozottabbá válnak, és az ellátási folyamatok egyre inkább csapatmunkára épülnek. A tudásmenedzsment azért különösen lényeges, mert az egészségügyi tudás jelentős része nem kizárólag tankönyvi vagy szakmai protokollokra épülő tudás, hanem holisztikus, stratégiai feladatként értelemezendő (Bencsik, 2024). Ez az egészségügyben különösen érzékeny, mert a tudásvesztés ellátási kockázat is lehet.

A szakmai továbbképzés jogi oldala sem mellékes. Az egészségügyi munkavégzés több területén működési nyilvántartás, szakmai továbbképzési ciklus és kompetenciafenntartási követelmény kapcsolódik a munkához. Az egészségügyi foglalkoztatás nem egyszerű munkajogi viszony: szakmai, engedélyezési, továbbképzési és felelősségi elemek is meghatározzák (Garaj, 2020).

A fegyelmezés a HRM kevésbé népszerű, mégis elkerülhetetlen része. A szervezet normák nélkül nem tud működni, és a normák megsértésének következménye kell hogy legyen. Az egészségügyben azonban a fegyelmezés akkor jogszerű és etikailag is védhető, ha nem pusztán bűnbakkeresés, hanem a tények, a körülmények, a munkaterhelés, a kompetenciahatárok és a rendszerhibák megértése alapján történik. A kérdés tehát nem az, hogy legyen-e felelősség, hanem az, hogy a felelősség megállapítása ne zárja el a tanulás lehetőségét.

9.3. A stratégiai HRM jelentősége

Az emberi erőforrás kezelése nem maradhat a szerződések, beosztások, jelenléti ívek és bérszámfejtési adatok szintjén. Bár ezek nélkülözhetetlenek, de önmagukban nem elegendők. A stratégiai HRM azt kérdezi: milyen emberekre, milyen kompetenciákra, milyen szervezeti kultúrára és milyen vezetői működésre lesz szükség ahhoz, hogy az intézmény a jövőben is elláthassa feladatát? A HRM nem szigetszerű funkció, hanem kapcsolódik a szervezet stratégiájához, teljesítményéhez, méréséhez és értékteremtéséhez (Karoliny, Poór, 2017–2019). Az egészségügyben ez azért különösen fontos, mert a szervezet nem választhatja meg szabadon, hogy kíván-e beteget ellátni: jogi, szakmai és társadalmi kötelezettségei vannak. A stratégiai HRM ezért nem versenyelőnyként értelmezendő csupán, hanem ellátási képességet fenntartó intézményi felelősségként is. A stratégiai HRM jelentősége különösen nagy, mert az ágazat egyszerre néz szembe demográfiai kihívásokkal, technológiai fejlődéssel, növekvő betegigényekkel, munkaerőhiánnyal, finanszírozási korlátokkal és a nemzetközi mobilitás problematikájával. A humánerőforrás-hiány nem egyszerűen egy-egy intézmény rossz szervezésének következménye, hanem szélesebb társadalmi, gazdasági és nemzetközi folyamatokba ágyazódik (Garaj, 2020). Egy intézmény ugyan nem tudja önmagában megszüntetni a globális munkaerőhiányt, de dönthet arról, hogy kiszámíthatóbb és méltányosabb munkakörnyezetet épít-e.

A stratégiai HRM nem pusztán technikai kérdés. Az, hogy egy szervezet miként bánik a munkavállalóival, milyen biztonságot kínál a munkavégzéshez, hogyan osztja el a terheket, milyen jövőképet ad a dolgozóknak, és mennyiben engedi, hogy a munkavállalók saját szakmai munkájukat értelmesnek lássák, már túlmutat a belső hatékonyságon. Az egészségügyben ez a felismerés különösen erős, hiszen a szakszemélyzet méltósága, szakmai autonómiája és szervezeti biztonsága nem választható el attól, hogy a beteg milyen ellátóközeggel és környezettel találkozik (Braun, 2015).

A humánpolitika jogi környezetét több szabályozási réteg alakítja. A Munka Törvénykönyve (2012. évi I. törvény) a tisztességes foglalkoztatás alapvető kereteit rögzíti, tekintettel a munkáltató és a munkavállaló gazdasági és szervezeti egyenlőtlenségére. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyra vonatkozó külön szabályozás a közfinanszírozott egészségügyi rendszer sajátos közszolgáltatási logikáját jeleníti meg (2020. évi C. törvény). Az egészségügyi tevékenység végzésére vonatkozó szabályok pedig azt határozzák meg, milyen szakmai és jogi feltételek mellett végezhető egészségügyi munka.

A jogi szabályozás szerepe kettős. Egyrészt határokat állít, és megmondja, milyen jogviszonyban, milyen feltételekkel, milyen munkaidő- és pihenőidő-szabályok mellett, milyen felelősségi keretek között végezhető munka. Másrészt védelmi funkciót is betölt,

hiszen védi a munkavállalót az önkényes munkáltatói döntésektől, védi a beteget a nem megfelelő kompetenciával végzett ellátástól, és védi a szervezetet is az átláthatatlan foglalkoztatási gyakorlatokból fakadó kockázatoktól.

A HRM jogi oldala nagyon is gyakorlati jelentőségű. A rosszul előkészített kinevezés, a nem egyértelmű munkakör, a vitatható teljesítményértékelés, a méltánytalan fegyelmezés vagy a túl későn kezelt túlterhelés később munkaügyi vitában, betegpanaszban, felelősségi eljárásban vagy szervezeti konfliktusban jelenhet meg. A jog azonban itt is csak keretet ad, nem tudja önmagában megteremteni a bizalmat, a jó vezetést vagy a méltányos szervezeti kultúrát, de képes megakadályozni, hogy a szervezet a kiszolgáltatottságot megváltoztathatatlan velejáróként kezelje.

Ez az etikai dimenzió azért különösen fontos, mert az egészségügyben a dolgozói sérülékenység és a beteg sérülékenysége egymással találkozik. A beteg kiszolgáltatott, mert betegsége, fájdalma, félelme vagy információhiánya miatt segítségre szorul. A dolgozó is sérülékeny lehet, mert nagy terhelés és felelősség mellett, gyakran érzelmileg nehéz körülmények között dolgozik. A jó humánpolitika nem állítja szembe e két sérülékenységet, hanem megérti, hogy a beteg méltóságának védelme hosszú távon nem képzelhető el a dolgozói méltóság teljes figyelmen kívül hagyásával. Az igazságosság kérdése szintén központi. Nem feltétlenül az az igazságos, ha mindenki pontosan ugyanazt kapja, hanem ha a döntések indokolhatók, átláthatók, következetesek és érzékenyek a valós különbségekre. Más támogatásra lehet szüksége egy pályakezdőnek, egy kisgyermekes szakdolgozónak, egy vezető beosztású orvosnak vagy egy pályaelhagyás szélén álló, kiégett munkatársnak. A méltányosság nem kivételezés, ha világos elvek szerint működik; de könnyen kivételezésnek látszik, ha a szervezet nem kommunikálja érthetően az elveit.

Az egészségügyi HRM nem kezelheti a dolgozói jóllétet a betegellátástól független, belső ügyként. A fáradt, bizonytalan, magára hagyott vagy tartósan túlterhelt munkatárs nagyobb eséllyel hibázik, kevésbé kommunikál türelmesen, nehezebben működik együtt, és hamarabb elveszítheti szakmai motivációját. A humán erőforrás információs rendszereknek sem pusztán adminisztratív nyilvántartásoknak kell lenniük. A létszámadatok, fluktuáció, betegszabadság, túlóra, képzési részvétel, teljesítményértékelés és panaszok együttesen olyan korai jelzőrendszert alkothatnak, amely segíti a vezetést a humánerőforrás-problémák felismerésében.

9.4. Egészségügyi HR-kihívások: demográfia, technológia, mobilitás

Az egészségügyi HR sajátosságai között kiemelendő, hogy a diasor kiemeli, hogy az ágazat jelentős munkaerő-igényű, magas szintű és speciális képzettségű munkavállalókat igényel, miközben a munka tárgya maga az ember. Ez a szolgáltatás jellegéből is következik, hiszen az egészségügyi ellátás nem automatizálható úgy, mint egy egyszerű technológiai folyamat. A technika segíthet, pontosíthat, gyorsíthat és bizonyos feladatokat kiválthat, de sok esetben új szakértelmet és új munkaerőigényt is teremt.

A demográfiai változások növelik az ellátási igényt. Az idősebb népesség arányának növekedése több krónikus betegséggel, hosszabb gondozási szükséglettel, több rehabilitációs és ápolási feladattal járhat. Ez azt jelenti, hogy változatlan létszám mellett is kialakulhat munkaerőhiány, mert az ellátási szükséglet nő. Ezt a problémát az egészségügyi szektor munkaerőpiaci sajátosságainak részeként kutatásában Garaj tárgyalja, rámutatva arra, hogy a finanszírozási korlátok, a létszámhiány és az elöregedés egymást erősítő tényezők lehetnek (Garaj, 2020).

A technológiai fejlődés sem egyszerűen „kiváltja" az élőmunkát. Egy új képalkotó eszköz, informatikai rendszer, laboratóriumi technológia vagy robotikai megoldás új kompetenciákat, új munkaköri határokat, új képzési igényeket és új felelősségi kérdéseket teremt. A HRM-nek értenie kell, milyen tudásra lesz szükség a technológia működtetéséhez, hogyan lehet a dolgozókat felkészíteni, és miként kerülhető el, hogy a digitális eszközök a munkatársak számára újabb átláthatatlan terheléssé váljanak.

A globalizáció és a munkaerő-mobilitás további nyomást teremt. Az egészségügyi szakemberek országok, szektorok és pályák között mozoghatnak, ráadásul az ágazaton belül is elszívó hatást gyakorolhatnak a jobb jövedelmet, kiszámíthatóbb munkakörülményeket vagy nagyobb szakmai autonómiát kínáló területek. A humánpolitikai válasz nem lehet pusztán az, hogy a dolgozót maradásra kérjük. A kérdés inkább az, hogy a szervezet mennyire tud olyan szakmai és emberi környezetet teremteni, amelyben a maradás nem önfeladásnak, hanem értelmes szakmai döntésnek tűnik.

A jog ebben a rendszerben nélkülözhetetlen, de nem elegendő. Megteremti a foglalkoztatás, felelősség, pihenőidő, jogviszony és jogorvoslat kereteit, de nem tudja önmagában garantálni a jó vezetést, a bizalmat vagy a szakmai közösség megtartó erejét. Az etika szintén nélkülözhetetlen, de nem helyettesíti a szervezést. A jó szándék nem pótolja a beosztást, a képzést, a létszámtervet vagy a világos munkaköri határokat. Az egészségügyi humánpolitika éppen e kettő között helyezkedik el: jogi keretek között, etikai érzékenységgel, szervezeti eszközökkel próbálja fenntartani a betegellátás emberi feltételeit.

A munkaerő-tervezés akkor értelmes, ha a betegforgalomra és a szakmai kockázatokra reagál. A teljesítményértékelés akkor hasznos, ha nem félelmet kelt, hanem fejlődést támogat. A képzés akkor hatékony, ha a tudás valóban beépül a mindennapi gyakorlatba. A fegyelmezés akkor igazságos, ha nem takarja el a rendszerhibákat, de nem is oldja fel az egyéni felelősséget.

Végső soron a humánpolitika megmutatja, hogy a szervezet hogyan bánik azokkal, akik a betegekkel bánnak. Ha a dolgozót csupán költségként kezeli, az előbb-utóbb az ellátásban is érződni fog. Az egészségügyi szervezet minősége hosszabb távon nemcsak abban mérhető, hogy képes-e a kötelező feladatokat teljesíteni, hanem abban is, hogy milyen munkafeltételek mellett várja el ezt a teljesítményt azoktól, akik a betegek mellett állnak.

Irodalomjegyzék

Balogh, G.; Karoliny, M. (szerk.) (2023). *Az emberi erőforrások menedzselése.* Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634548973

Bencsik, A. (2024). *Tudásmenedzsment elméletben és gyakorlatban: Az üzleti stratégiától a mesterséges intelligenciáig.* Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789636640187

Braun, R. (2015). *Vállalati társadalmi felelősségvállalás: A vállalatok politikája.* Akadémiai Kiadó. https://mersz.hu/dokumentum/dj108vtf__1/

Dobák, M.; Antal, Zs. (2016). *Vezetés és szervezés: Szervezetek kialakítása és működtetése.* Akadémiai Kiadó.

Garaj, E. (szerk.) (2020). *Egészségügyi szervezetek menedzsmentje.* Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634545286

Karoliny, M.; Poór, J. (2017–2019). *Emberi erőforrás menedzsment kézikönyv: Rendszerek és alkalmazások* (6., átdolgozott kiadás). Wolters Kluwer Hungary. https://doi.org/10.55413/9789632959078

Gyakorló tesztkérdések

1. Melyik állítás írja le legpontosabban az emberi erőforrás fogalmát az egészségügyi szervezetben?

a) Csak az orvosokat és ápolókat jelenti.
b) Minden olyan munkavállalót magában foglal, aki hozzájárul az egészségügyi szolgáltatás működéséhez és minőségéhez.
c) Csak a vezető beosztású dolgozókat jelenti.
d) Kizárólag a közalkalmazottakat foglalja magában.

2. Melyik állítás igaz az emberi erőforrás sajátosságaira?

a) Az emberi erőforrás raktározható, ezért később is változatlanul felhasználható.
b) Az emberi erőforrás túlterhelése rövid és hosszú távon is minőségi és biztonsági kockázatokat okozhat.
c) Az emberi erőforrás a szervezet tulajdona.
d) Az emberi erőforrás nem képes innovációra.

3. Mi a stratégiai humánerőforrás-menedzsment egyik fő jellemzője?

a) Csak a napi jelenléti ívek ellenőrzésével foglalkozik.
b) A HR-folyamatokat a szervezet hosszú távú céljaihoz, változási képességéhez és működési fenntarthatóságához kapcsolja.
c) Kizárólag a bérek csökkentésére irányul.
d) Csak akkor szükséges, ha munkaügyi vita alakul ki.

4. Miért jelent sajátos kihívást a munkaerőhiány az egészségügyben?

a) Mert az egészségügyi munkaerő gyorsan és könnyen pótolható.
b) Mert a hiány nemcsak szervezési probléma, hanem várólistákhoz, túlterheléshez, betegbiztonsági kockázatokhoz és kiégéshez is vezethet.
c) Mert a munkaerőhiány kizárólag a magánellátásban fordul elő.
d) Mert a technológia minden esetben kiváltja az egészségügyi szakemberek munkáját.

5. Melyik HRM-funkció célja a munkakörök tartalmának, felelősségi szintjének, kompetenciaigényének és szervezeti helyének meghatározása?

a) Munkakörtervezés
b) Elbocsátási stratégia
c) Bérszámfejtés
d) Panaszkezelés

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: b
2. kérdés: b
3. kérdés: b
4. kérdés: b
5. kérdés: a

10. fejezet

Konfliktusmenedzsment

10.1. Bevezetés: amikor a konfliktus nem a hangos szóval kezdődik

Talán érdemes azzal kezdeni, hogy a konfliktus ritkán ott kezdődik, ahol először látványossá válik. Képzeljünk el egy sürgősségi osztályt bárhol a világon, ahol egy beteg már órák óta várakozik. A hozzátartozó egyre türelmetlenebb, az ápoló próbálja röviden elmagyarázni, hogy a sorrendet nem az érkezés, hanem az állapot súlyossága határozza meg, az orvos közben egy súlyos beteghez igyekszik, a beteg pedig úgy érzi, mintha róla megfeledkeztek volna. Néhány perc múlva a folyosón már emelt hangú vita zajlik. A jelenet kívülről nézve kommunikációs problémának látszik, a felszín alatt azonban erőforráshiány, bizonytalanság, bizalmatlanság, félelem, információs aszimmetria, időnyomás, intézményi anomáliák és kölcsönös kiszolgáltatottság húzódik meg.

Ez a példa megmutatja, hogy a konfliktus nem feltétlenül rosszindulatból vagy személyes problémákra, ellentétekre vezethető vissza. A beteg és hozzátartozója biztonságot, figyelmet és érthető magyarázatot szeretne. Az egészségügyi dolgozó szakmailag helyes döntést, kezelhető munkaterhet és tiszteletet szeretne. A szervezet pedig azt várná el, hogy a korlátozott erőforrások mellett is fennmaradjon az ellátás rendje. Mindez azért bír jelentőséggel, mert a konfliktusmenedzsment nem pusztán a vita lezárásának technikája, hanem a betegbiztonság, az emberi méltóság, a munkaszervezés és a jogszerű működés egyik feltétele.

10.2. A konfliktus fogalma és egészségügyi jelentősége

A konfliktus klasszikus értelemben összecsapást (latin: confligere) jelent, egy olyan helyzetet, amelyben eltérő igények, érdekek, szükségletek, értékek vagy célok kerülnek egymással szembe. Konfliktusról beszélhetünk személyek, csoportok vagy szervezetek

között. A konfliktus megértéséhez nem elegendő azt keresni, hogy kinek van igaza, hanem azt is vizsgálni kell, milyen szükségletek, félelmek és elakadások tartják fenn a vitát (Lovas, Herczog, 2020, 1. fejezet).

Az egészségügyben ez különösen lényeges, mert az ellátás során a felek kapcsolata eleve aszimmetrikus. A beteg általában kevesebbet tud a szakmai lehetőségekről, miközben a saját testével, fájdalmával, félelmével és kiszolgáltatottságával mégiscsak ő van leginkább tisztában. Az egészségügyi dolgozó szakmai felelősséget visel, de gyakran idő- és adminisztratív nyomás alatt dolgozik. E ponton nem hagyható figyelmen kívül, hogy a konfliktusnak nemcsak romboló, hanem feltáró szerepe is lehet. A hagyományos szemlélet a konfliktust sokáig hibának, gyengeségnek vagy vezetői kudarcnak tekintette. A korszerűbb megközelítés ezzel szemben abból indul ki, hogy konfliktusok minden szervezetben keletkeznek, és ha megfelelő keretek között kerülnek felszínre, akkor képesek rámutatni az elhallgatott problémákra, a rosszul szervezett folyamatokra vagy a félreérthető kommunikációra. Ez nem jelenti azt, hogy a konfliktust keresni kell, de azt igen, hogy a konfliktus puszta tagadása többnyire nem békét, hanem látens feszültséget teremt.

10.3. Észlelés, kommunikáció és félreértés

A konfliktusmenedzsment első nehézsége az, hogy a felek rendszerint nem ugyanazt a helyzetet látják. Forgács Attila kommunikáció-szociálpszichológiai megközelítése szerint a kommunikáció sikertelensége nemcsak abból fakadhat, hogy valaki nem mondja el megfelelően az üzenetét, hanem abból is, hogy a másik fél nem ugyanazt dekódolja belőle, amit a beszélő közölni kívánt (Forgács, 2022, III. fejezet). Egészségügyi helyzetben ez mindennapos: az orvos szakmailag pontos, de túl gyors tájékoztatása a beteg számára felületesnek tűnhet, a beteg ismételt kérdése pedig az orvos számára bizalmatlanságként jelenhet meg. A kommunikáció nem puszta információátadás, hanem kapcsolatot alakító, értelmezéseket közvetítő folyamat (Hofmeister-Tóth, Mitev, 2016, 1. fejezet). Ez az egészségügyben azért különösen fontos, mert a tájékoztatásnak egyszerre kell szakmailag pontosnak, jogilag megfelelőnek és emberileg befogadhatónak lennie. A beteg nemcsak adatot kér, hanem kapaszkodót, miközben az egészségügyi dolgozó nemcsak információt ad át, hanem bizalmas légkört is próbál teremteni. A konfliktusmenedzsment ezért nem a vitatkozók fegyelmezésével kezdődik, hanem gyakran azzal, hogy a szervezet képes-e világossá tenni, ki miért felel, milyen információt kinek kell megkapnia, és milyen csatornán lehet időben jelezni, ha a folyamat hibásan működik.

10.4. A konfliktus szakaszai: a látens feszültségtől az utóhatásokig

A konfliktus folyamata több szakaszra bontható: látens konfliktus, észlelt konfliktus, átérzett konfliktus, kézzelfogható konfliktus, feloldás vagy elnyomás, majd utóhatás. Látens konfliktus lehet például ha az osztályon tartósan kevés a személyzet, a triázs működését a betegek nem értik, vagy a műszakátadásban rendszeresen kimaradnak fontos információk. Ilyenkor még nincs feltétlenül vita, de a helyzet hordozza a konfliktus lehetőségét. Az észlelt konfliktus akkor jelenik meg, amikor valamelyik fél ráébred arra, hogy a saját célja, szükséglete vagy biztonságérzete veszélybe került. Az átérzett konfliktusban ehhez már érzelmi reakció is társul: félelem, düh, szégyen, tehetetlenség vagy bizalmatlanság. Az egészségügyben ezek az érzelmek nem mellékesek, mert a beteg vagy hozzátartozója sokszor nem higgadt ügyfélként, hanem sérülékeny emberként van jelen. Ez nem menti a bántó vagy agresszív magatartást, de segít megérteni, miért nem elegendő pusztán racionális utasításokat adni. A kézzelfogható konfliktus már a viselkedésben is megjelenik: vita, panasz, kiabálás, elutasítás, együttműködés megtagadása, formális bejelentés vagy akár jogi eljárás keretében. A feloldás és az elnyomás közötti különbség itt különösen fontos. A vita elhallgattatása nem azonos a konfliktus megoldásával. Ha egy betegpanaszt kizárólag adminisztratív teherként kezelnek, a közvetlen feszültség megszűnhet, de az intézmény nem tanul belőle. Ha viszont a panasz mögött feltárható, rendszerszintű okokat is vizsgálják (feloldás), a konfliktus a minőségfejlesztés egyik forrásává válhat.

10.5. A konfliktusok típusai és az egészségügyi szervezet sajátosságai

Az egészségügyi szervezetek konfliktusai szerep- és helyzetkonfliktusokként is értelmezhetők, amelyek működhetnek egyazon személyen belül, személyek között vagy csoportközi szinten (Garaj, 2020). Ez a megközelítés jól illeszkedik az egészségügyi mindennapokhoz. Szerepkonfliktus jelenhet meg, amikor a vezető egyszerre szakmai példakép, adminisztratív felelős és költségvetési korlátokat érvényesítő döntéshozó. Helyzetkonfliktus alakulhat ki, amikor az osztályon mindenki ugyanazt a célt – a beteg biztonságos ellátását – szeretné elérni, de a sorrendről, eszközről vagy felelősségi körökről eltérően gondolkodnak.

A konfliktusok intenzitása a kisebb félreértéstől a nyílt verbális támadáson át a fenyegetésig és fizikai agresszióig terjedhet. Az egészségügyben e skála is sajátos jelentőséget

kap, mert a szolgáltató egyszerre köteles védeni a betegjogokat és a dolgozók biztonságát. A beteg sérülékenysége nem jogosít fel agresszióra, de az egészségügyi dolgozó leterheltsége sem teheti mellékessé a beteg méltóságát. A konfliktus intenzitásának felismerése ezért nemcsak kommunikációs kérdés, hanem munkavédelmi, betegbiztonsági és vezetői felelősség is.

10.6. Konfliktuskezelési magatartások: versengés, elkerülés, alkalmazkodás, kompromisszum és együttműködés

A konfliktushelyzetben két alapvető dimenziót érdemes figyelni: mennyire követi valaki a saját érdekeit, és mennyire veszi figyelembe a másik fél szempontjait (Thomas, Kilmann, 1974). Ugyanez az egészségügyi szervezetekre alkalmazva az önérvényesítés és együttműködés dimenzióival is leírható, ahol az előbbi a saját szándék érvényesítésére irányul, az utóbbi pedig azt jelzi, hogy az érintett mennyiben segíti a másik fél szándékainak érvényesülését (Garaj, 2020).

A versengő magatartás gyors döntést és erős irányítást tesz lehetővé, ezért krízishelyzetben – például újraélesztésnél vagy közvetlen betegbiztonsági veszélyhelyzetben – indokolt lehet. Abban az esetben viszont, ha ez mindennapi vezetői stílussá válik, könnyen félelmet, elhallgatást és rejtett ellenállást teremt.

Az elkerülés átmenetileg csökkentheti a feszültséget, de ha tartóssá válik, a látens konfliktusokat konzerválja. Az alkalmazkodás emberileg értékes lehet, különösen akkor, ha a kapcsolat megőrzése fontosabb, mint a konkrét vita tárgya, de túlzott formában önfeladáshoz és kiégéshez vezethet. Az együttműködés igényli a legtöbb időt és bizalmat, viszont ez képes arra, hogy ne csak a pozíciókat, hanem a mögöttük álló szükségleteket is láthatóvá tegye. Az egészségügyi konfliktusok jelentős részében nem az a fő kérdés, hogy ki győz, hanem az, hogy miként lehet olyan megoldást találni, amely mellett a beteg biztonsága, a dolgozó szakmai integritása és a szervezet működőképessége egyszerre maradhat fenn.

A konfliktusok jelentős részében a felek először pozíciókat fogalmaznak meg. A beteg azt mondja: „azonnal vizsgáljanak meg"; a hozzátartozó azt mondja: „beszélni akarok az orvossal"; az osztályvezető azt mondja: „ezt így nem lehet dokumentálni"; a dolgozó azt mondja: „ennyi feladatot nem lehet biztonságosan elvégezni". A pozíció mögött azonban többnyire érdek vagy szükséglet áll: biztonság, információ, tisztelet, szakmai védelem, kiszámíthatóság, méltányos munkaterhelés. A hatékony tárgyalás egyik kulcsa, hogy a felek ne csak álláspontokhoz ragaszkodjanak, hanem az érdekeket is feltárják (Fisher et al., 2011).

10.7. Mediáció és egészségügyi közvetítői eljárás

A mediáció lényege, hogy a felek vitáját semleges harmadik személy segíti, aki nem dönt helyettük, hanem a kommunikáció, az álláspontok tisztázása és a lehetséges megállapodás kialakítása érdekében vezeti a folyamatot. Lovas és Herczog hangsúlyozzák, hogy a mediáció nem a szabályok ráerőltetésével próbálja közelíteni a feleket, hanem azzal, hogy kapcsolatba hozza őket egymás valódi szempontjaival, és a helyzethez, a konfliktushoz, valamint a résztvevők szükségleteihez igazodó módszerként működik (Lovas, Herczog, 2020, 2. és 5. fejezet).

A mediáció egészségügyi relevanciája abból következik, hogy sok jogvita mögött nem kizárólag pénzbeli igény, hanem beismerés, bocsánatkérés, tisztázás vagy a jövőbeni hiba elkerülése iránti igény áll. A klasszikus peres eljárás fontos garanciákat biztosít, de gyakran alkalmatlan arra, hogy az érintettek emberi és kommunikációs szükségleteit is kezelje. A mediáció ezzel szemben nem a felelősség megállapításának alternatív szolgáltatása, hanem olyan vitarendezési forma, amelyben a felek kontrollt kapnak saját megállapodásuk felett.

Magyarországon az egészségügyi közvetítői eljárást külön törvény szabályozza. A 2000. évi CXVI. törvény célja az egészségügyi szolgáltató és a beteg között, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben keletkezett jogvita peren kívüli egyezséggel történő rendezésének elősegítése, a felek jogainak gyors és hatékony érvényesítése (2000. évi CXVI. törvény, 1. §). A kapcsolódó EüM-IM rendelet a közvetítői névjegyzék és az alaptanfolyam kérdéseit is rendezi (4/2001. [II. 20.] EüM-IM együttes rendelet). A mediáció azonban nem minden helyzetben alkalmas eszköz. Nem helyettesítheti a büntetőjogi felelősség vizsgálatát, nem szolgálhat a betegjogok elhallgattatására, és nem használható arra, hogy az intézmény a rendszerszintű hibákat személyes békéléssé oldja. Akkor lehet érdemi szerepe, ha a felek önként vesznek részt benne, ha a hatalmi aszimmetria kezelhető, és ha a cél nem a konfliktus láthatatlanná tétele, hanem a jogvita és az emberi sérelem tisztességes feldolgozása.

10.8. Betegpanasz, betegjog és szervezeti tanulás

A konfliktusmenedzsment az egészségügyben nem merül ki a mediációban. A betegjogok sérelme esetén többféle jogorvoslati út képzelhető el, a szolgáltató részéről menedzselt panaszkezeléstől a betegjogi képviselő igénybevételén át a hatósági, etikai vagy bírósági eljárásokig (Feith et al., 2021, 5.4. fejezet).

A panasz a beteg szempontjából sokszor az utolsó eszköz arra, hogy a saját élményét a rendszer számára láthatóvá tegye. A szolgáltató szempontjából pedig lehetőség arra,

hogy felismerje, hol nem működött a tájékoztatás, az együttműködés, az empátia vagy a belső folyamatok. Természetesen nem minden panasz megalapozott, és nem minden sérelem vezet jogsértéshez, de minden panasz információt hordoz arról, hogyan találkozik a jog, a szervezeti működés és a beteg által megélt valóság. A betegpanasz kezelésénél ezért két túlzás kerülendő. Az egyik az, ha a szervezet minden panaszt támadásként értelmez, és védekező, sablonos választ ad, a másik pedig az, ha a konfliktuskezelés nevében a szakmai és jogi határok elmosódnak. A jó panaszkezelés nem bűnbakkeresés, de nem is udvarias hárítás. Akkor működik jól, ha tisztázza a tényeket, elismeri az érthető sérelmeket, megkülönbözteti a kommunikációs hibát a szakmai hibától, és a tanulságokat visszajelzi a szervezet számára.

Az egészségügyi konfliktusok nem csak a beteg és a szolgáltató között alakulnak ki, jelentős részük a szervezeten belül keletkezik (Garaj, 2020). Mindez azért bír jelentőséggel, mert a konfliktusmenedzsment nem korlátozható a „nehéz emberek" kezelésére. Ha egy osztályon rendszeresen ugyanazok a konfliktusok ismétlődnek, akkor vezetői és szervezeti kérdésként is vizsgálni kell őket. A jó konfliktuskezelés ezért nem teszi láthatatlanná a rendszerhibákat azzal, hogy mindent egyéni magatartásként értelmez.

10.9. Etikai dimenzió

A konfliktusmenedzsment etikai jelentősége abból fakad, hogy konfliktushelyzetben az ember hajlamos a másik felet problémává egyszerűsíteni. A beteg „nehéz beteg" lesz, a hozzátartozó „agresszív hozzátartozó", az orvos „arrogáns orvos", az ápoló „türelmetlen nővér", a menedzsment pedig „érzéketlen adminisztráció". Ezek a címkék átmenetileg egyszerűsítik a helyzetet, de közben el is takarják a másik ember sérülékenységét és a konfliktus tényleges okait.

A bioetikai alapelvek – autonómia, jótékonyság, ártalomkerülés és igazságosság – a konfliktusok értelmezésében is használhatók (Beauchamp, Childress, 2019). Az autonómia megköveteli, hogy a beteg ne pusztán elszenvedője legyen az ellátásnak, hanem érthető információk alapján vehessen részt a döntésekben. A jótékonyság és ártalomkerülés nemcsak a klinikai döntésekre, hanem a kommunikációs magatartásra is vonatkozik: a durva vagy lekezelő kommunikáció önmagában is sérülést okozhat. Az igazságosság pedig arra figyelmeztet, hogy a konfliktusok gyakran erőforrások, hozzáférés és szervezeti kapacitások elosztásáról is szólnak.

Az etikai megközelítés nem azt jelenti, hogy minden konfliktusban a betegnek van igaza, vagy hogy az egészségügyi dolgozónak mindig alkalmazkodnia kell. Éppen ellenkezőleg: az etikai gondolkodás akkor komoly, ha a beteg sérülékenységét és a dolgozó

sérülékenységét egyszerre tudja látni. A konfliktuskezelés méltóságalapú szemlélete ezért nem érzelgős, hanem fegyelmezett szakmai álláspont: a vitában álló személyek nem veszíthetik el emberi minőségüket pusztán azért, mert fáradtak, félnek, hibáztak vagy dühösek.

A vezetői magatartás etikai értékelésekor nem elegendő a jogszerűség minimumából kiindulni. A szakirodalmi tipológiák alapján különbség tehető olyan vezető között, aki az etikai következményeket figyelmen kívül hagyja, aki csupán jogszerűen, de etikai reflexió nélkül működik, és olyan között, aki döntéseibe tudatosan beépíti az érintettekre gyakorolt hatásokat (Barizsné Hadházi, 2016). Konfliktushelyzetben ez a különbség gyakorlati jelentőséggel bír, hiszen nem mindegy, hogy a vezető a panaszt akadálynak, adminisztratív kockázatnak vagy az ellátási folyamatot javító jelzésnek tekinti.

10.10. A jog lehetőségei és korlátai

A jog a konfliktusok világában nélkülözhetetlen. Meghatározza a beteg jogait, az egészségügyi dolgozók kötelezettségeit, a panaszkezelés útjait, a dokumentáció és adatkezelés szabályait, valamint a felelősség érvényesítésének kereteit. Jog nélkül a sérülékenyebb fél könnyen kiszolgáltatott maradna. Az egészségügyi jog tehát nem külső teherként kapcsolódik a konfliktusmenedzsmenthez, hanem a garanciális hátterét adja.

Ugyanakkor a jog korlátaival is számolni kell. A jog képes eljárást biztosítani, de önmagában nem képes bizalmat teremteni. Képes szankcionálni a jogsértést, de nem feltétlenül képes helyreállítani a megsérült kapcsolatot. Képes kijelölni, hogy ki mire jogosult, de a beteg félelmét, a hozzátartozó bizonytalanságát vagy a dolgozó kiégését nem oldja meg automatikusan. A konfliktusmenedzsment ezért nem válhat puszta jogi reflexszé, amely minden feszültséget azonnal panasszá, jegyzőkönyvvé vagy peres kockázattá alakít.

E ponton a jogi és szervezeti gondolkodásnak együtt kell működnie. Ha egy konfliktus jogsértést jelez, azt nem lehet kommunikációs problémának álcázni. Ha viszont a konfliktus mögött elsősorban félreértés, hiányos tájékoztatás vagy szervezeti zavar áll, akkor a pusztán formális jogi válasz kevés lesz. A konfliktusmenedzsment egyik legfontosabb szakmai mércéje éppen az, hogy képes-e megkülönböztetni a jogi felelősséget igénylő helyzetet attól, ahol a reparáció elegendő, a magyarázó, szervezeti tanulást szolgáló válasz célravezetőbb.

10.11. Gyakorlati tanulságok

A konfliktusmenedzsment egészségügyi jelentősége végső soron abban áll, hogy a betegellátás nem pusztán klinikai cselekvések sorozata, hanem emberek közötti, szervezetek által közvetített, jogilag szabályozott és etikailag érzékeny folyamat. A konfliktus ezért nem idegen test az egészségügyben, hanem a működési problémák egyik lehetséges tünete. Jelezheti, hogy a beteg nem értette meg a tájékoztatást, hogy a dolgozó túlterhelt, hogy a vezetői kommunikáció hiányos, vagy hogy a szervezet olyan feszültséget termel újra, amelyet egyéni türelemmel már nem lehet tartósan kezelni.

A jó konfliktuskezelés nem a csendet tekinti sikernek. Sokszor éppen az a veszélyes, ha egy intézményben nincsenek látható viták, mert ez jelentheti azt is, hogy a problémák nem kerülhetnek felszínre, hiszen a szakmai fegyelem nem azonos az érzelmek letagadásával, és a betegjogok komolyan vétele sem azonos azzal, hogy minden betegigény automatikusan teljesíthető. A lényeg inkább az, hogy a felek számára érthetővé váljon, mi történik, miért történik, milyen jogok és kötelezettségek határolják a helyzetet, és hol van még mozgástér emberibb, biztonságosabb és méltányosabb megoldásra.

A vezetői konfliktusok pszichológiai nézőpontja ezt a tanulságot tovább árnyalja. Nem elegendő azt mondani, hogy a felek legyenek türelmesebbek, vagy kommunikáljanak jobban, ha közben a szervezet nem teremti meg a megszólalás biztonságát, a döntési szerepek átláthatóságát és az információk rendezett áramlását.

Összefoglalva, a konfliktuskezelés nem kiegészítő készség, amelyre akkor van szükség, ha „baj van", sokkal inkább a szakmai működés része. Aki beteggel, hozzátartozóval, kollégával vagy vezetővel dolgozik, az konfliktusok között dolgozik, még akkor is, ha ezek nem mindig hangosak. A felelős egészségügyi szakember ezért nem konfliktusmentes világra készül, hanem arra, hogy a konfliktusokban is meg tudja őrizni a szakmai tisztánlátást, tisztelni fogja a másik emberi méltóságát, és képes megtartani a jogi-etikai keretek iránti érzékenységet.

Irodalomjegyzék

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

Barizsné Hadházi, E. (2016). *A vezetői magatartás etikai aspektusból történő megközelítése.* Taylor. 8(2):49–55.

Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Feith, H. J.; Maráczi, F.; Sztrilich, A. P. (2021). *Egészségügyi jog.* Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634547174

Fisher, R.; Ury, W.; Patton, B. (2011). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in* (3rd ed.). Penguin Books.

Forgács, A. (2022). *Fejezetek a kommunikáció szociálpszichológiájából.* Akadémiai Kiadó. https://mersz.hu/forgacs-fejezetek-a-kommunikacio-szocialpszichologiajabol/

Garaj, E. (szerk.) (2020). *Egészségügyi szervezetek menedzsmentje.* Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634545286

Hofmeister-Tóth, Á.; Mitev, A. Z. (2016). *Üzleti kommunikáció és tárgyalástechnika.* Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789630597197

Lovas, Zs.; Herczog, M. (2020). *A mediáció, avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés.* Wolters Kluwer Hungary Kft. https://doi.org/10.55413/9789632959337

Thomas, K. W.; Kilmann, R. H. (1974). Thomas-Kilmann *Conflict Mode Instrument.* Xicom.

Gyakorló tesztkérdések

1. Melyik meghatározás ragadja meg legpontosabban a konfliktus lényegét?

a) A konfliktus minden esetben agresszív magatartást jelent.
b) A konfliktus olyan összecsapás, amely mögött eltérő érdekek, szükségletek, értékek vagy célok állnak.
c) A konfliktus kizárólag jogi eljárásban értelmezhető.
d) A konfliktus mindig valamelyik fél hibájából alakul ki.

2. Melyik a konfliktus egyik korai, még nem feltétlenül nyílt szakasza?

a) Látens konfliktus
b) Megsemmisítő konfliktus
c) Fizikai támadás
d) Jogorvoslati konfliktus

3. A Thomas–Kilmann-modell szerint melyik konfliktuskezelési stílusra jellemző, hogy magas a saját érdekérvényesítés és alacsony az együttműködés?

a) Alkalmazkodás
b) Elkerülés
c) Versengés
d) Együttműködés

4. Melyik konfliktuskezelési stratégia törekszik arra, hogy mindkét fél lényegi érdekeit feltárja, és ne csupán gyors engedményeken alapuló megoldást keressen?

a) Együttműködés
b) Elkerülés
c) Alkalmazkodás
d) Kényszerítés

5. Miért különösen érzékeny a konfliktuskezelés az egészségügyi szervezetekben?

a) Mert az egészségügyben nincsenek hierarchiák.
b) Mert a konfliktusok nemcsak munkahelyi hangulatot, hanem betegbiztonságot, bizalmat és ellátási minőséget is érinthetnek.
c) Mert az egészségügyi konfliktusok kizárólag pénzügyi természetűek.
d) Mert az egészségügyi dolgozók közötti konfliktusoknak nincs szervezeti jelentőségük.

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: b
2. kérdés: a
3. kérdés: c
4. kérdés: a
5. kérdés: b

11. fejezet

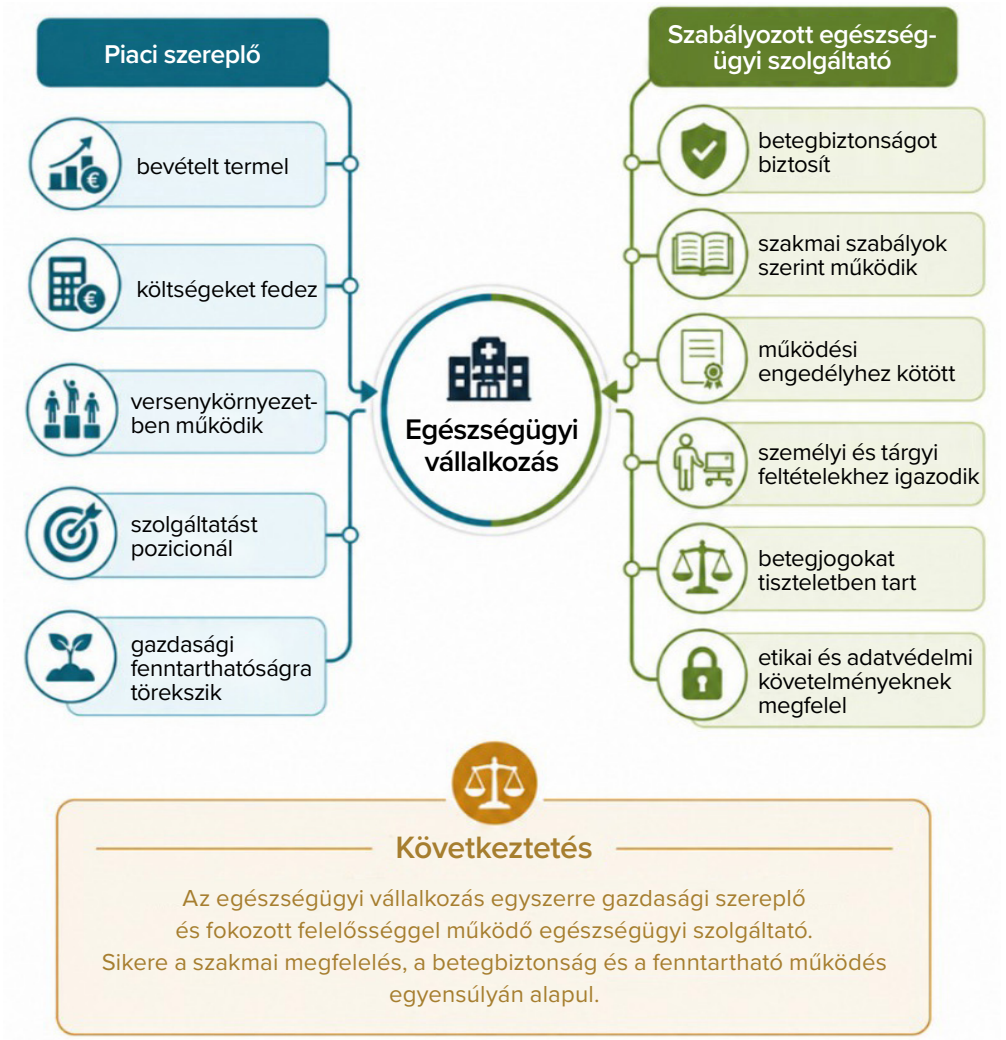
Vállalkozások az egészségügyben

11.1. Bevezetés: miért speciális az egészségügyi vállalkozás?

Az egészségügyi vállalkozások a gazdasági élet sajátos szereplői. Egyrészt vállalkozásként működnek: bevételt kell termelniük, költségeiket fedezniük kell, és hosszabb távon fenntartható működésre kell törekedniük. Másrészt egészségügyi szolgáltatást nyújtanak, vagyis tevékenységük közvetlenül érinti az emberek egészségét, biztonságát, életminőségét és személyes méltóságát. Emiatt az egészségügyi vállalkozás nem értelmezhető egyszerűen úgy, mint bármely más szolgáltató vállalkozás (Garaj, 2020; WHO, 2020) *(I. ábra).*

Egy egészségügyi vállalkozás működésében egyszerre jelenik meg a gazdasági racionalitás, a szakmai felelősség, a jogszabályi megfelelés és az etikai kötelesség. A szolgáltató vezetőjének nemcsak azt kell mérlegelnie, hogy van-e kereslet az adott szolgáltatásra, hanem azt is, hogy az biztonságosan, engedélyezett keretek között és a betegjogok tiszteletben tartásával nyújtható-e (Garaj, 2020; 1997. évi CLIV. törvény; Egészségügyi Tudományos Tanács, 2025).

Egy egészségügyi vállalkozás csak akkor működőképes, ha egyszerre felel meg a szakmai minimumfeltételeknek, a jogi-engedélyezési környezetnek, az etikai-betegjogi elvárásoknak és a piaci-pénzügyi fenntarthatóság követelményeinek (Garaj, 2020; 60/2003. [X. 20.] ESzCsM rendelet; WHO, 2020). A fejezet ezért gyakorlati menedzsmentszemléletben tekinti át az egészségügyi vállalkozás indításának és működtetésének legfontosabb kérdéseit.



1. ábra: Az egészségügyi vállalkozás kettős természete: piaci szereplő és szabályozott egészségügyi szolgáltató
Forrás: saját szerkesztés

11.2. Az egészségügyi vállalkozás indításának logikája

Az egészségügyi vállalkozás indítása egymásra épülő döntések sorozata *(2. ábra).* A folyamat elején egy szolgáltatási ötlet áll, például magánrendelés, diagnosztikai szolgáltatás, fogászati ellátás, fizioterápiás rendelő vagy szűrőprogram indítása. Az ötletet azonban szakmai, jogi, szervezési és pénzügyi szempontból is meg kell vizsgálni (Balaton, Tari, 2016; Garaj, 2020).

Elsőként pontosan meg kell határozni a szolgáltatás szakmai tartalmát: milyen tevékenységek tartoznak bele, milyen betegeket kíván ellátni, milyen szakemberre, rendelői környezetre és eszközökre van szükség (60/2003. [X. 20.] ESzCsM rendelet; Garaj, 2020). Ezt követi a célcsoport és a piaci igény tisztázása. Más működési logikát igényel egy városi szakorvosi magánrendelő, egy fogászati rendelő, egy diagnosztikai központ vagy egy munkahelyi egészségprogram.



2. ábra: Az egészségügyi vállalkozás indításának fő lépései
Forrás: saját szerkesztés

A következő lépés a vállalkozási forma kiválasztása, majd a személyi és tárgyi feltételek, az engedélyezési háttér, az adatvédelmi és dokumentációs működés, a piaci megjelenés és az üzleti terv előkészítése. Ezek a lépések nem függetlenek egymástól: a szolgáltatás szakmai tartalma meghatározza a szükséges feltételeket, a működési forma pedig befolyásolja a felelősségi és pénzügyi viszonyokat.

A sikeres indulás feltétele a tudatos tervezés. Nem elegendő jó szakembernek lenni, és önmagában az üzletileg ígéretes szolgáltatás sem elég. A szakmai minőséget, a jogszerű működést, a betegbiztonságot és a gazdasági fenntarthatóságot már a tervezés során össze kell kapcsolni (Balaton, Tari, 2016; Reiter, Song, 2020).

11.3. Vállalkozási és működési formák az egészségügyben

A működési forma kiválasztása stratégiai döntés. Meghatározza a felelősségi viszonyokat, a döntéshozatali rendet, az adózási és könyvviteli feladatokat, valamint a későbbi bővülés lehetőségeit (Balaton, Tari, 2016) *(1. táblázat).* Fontos különbséget tenni az általános vállalkozási forma és az egészségügyi tevékenység szakmai-jogi feltételei között. Attól, hogy egy vállalkozás jogilag létrejött, még nem jogosult egészségügyi szolgáltatás nyújtására (1997. évi CLIV. törvény; 60/2003. [X. 20.] ESzCsM rendelet).

Kisebb volumenű, személyes szakmai munkára épülő ellátás esetén szóba jöhet az egyéni egészségügyi vállalkozói forma. Ennek előnye az egyszerűbb szervezeti felépítés és a rugalmasabb működés, hátránya a közvetlenebb felelősség és a korlátozottabb bővülési lehetőség. Társas vállalkozás, például bt. vagy kft. akkor lehet célszerű, ha több szakember, nagyobb eszközigény, jelentősebb beruházás vagy hosszabb távú növekedési cél jelenik meg (Garaj, 2020; Balaton, Tari, 2016).

A bt. egyszerűbb forma lehet, de a beltag korlátlan felelőssége miatt egészségügyi szolgáltatás esetén különös óvatosságot igényel. A kft. gyakran választott megoldás, mert önálló jogalanyként, elkülönült vagyonnal és szervezettebb működési kerettel rendelkezik, a tagok felelőssége pedig főszabály szerint korlátozott. Ugyanakkor a kft. működtetése összetettebb adminisztrációt és könyvvitelt igényel.

Az egészségügyben a vállalkozási forma mellett a szakemberek jogviszonya is lényeges. Orvos vagy szakdolgozó dolgozhat alkalmazottként, megbízási jogviszonyban, közreműködőként vagy személyes közreműködőként is. Menedzsmentszempontból mindig tisztázni kell, ki kinek a nevében végez tevékenységet, ki biztosítja a működési feltételeket, és ki felel a betegellátás megszervezéséért (1997. évi CLIV. törvény; Garaj, 2020).

1. táblázat: Vállalkozási és működési formák összehasonlítása az egészségügyben

Forma	Működési logika és felelősség	Fő előny	Mikor célszerű? / Mire kell figyelni?
Egyéni egészségügyi vállalkozó	A szakember saját nevében és felelősségére nyújt egészségügyi szolgáltatást, a szükséges engedélyek és szakmai feltételek birtokában	Egyszerűbb szervezeti forma, személyes szakmai arculat, rugalmas működés	Pl. Kevesebb beteget ellátó, személyes munkára épülő magánrendelésnél célszerű. Figyelni kell a személyes felelősségre és a növekedési korlátokra
Betéti társaság (bt.)	Legalább egy beltag és egy kültag működteti. A beltag felelőssége a társasági vagyonon túl is korlátlan lehet	Viszonylag egyszerű társas működési forma, kisebb vállalkozásoknál áttekinthető szerkezet	Kisebb beruházási igényű, családi vagy szűkebb tulajdonosi körű vállalkozásnál merülhet fel. A beltag felelősségi kockázata kiemelt szempont
Korlátolt felelősségű társaság (kft.)	Önálló jogi személy, elkülönült vagyonnal és ügyvezetéssel. A tagok felelőssége főszabály szerint korlátozott	Átláthatóbb szervezeti keret, jobb bővíthetőség, több szakember és nagyobb eszközpark bevonása	Többszakmás rendelő, diagnosztikai egység vagy növekedésre tervezett szolgáltató esetén célszerű. Több adminisztrációt és könyvviteli fegyelmet igényel

Forrás: saját szerkesztés

11.4. Engedélyezési, személyi és tárgyi feltételek

Az egészségügyi szolgáltatás nem kezdhető meg pusztán a vállalkozás megalapításával. Szükség van a szolgáltatásra vonatkozó működési engedélyre, megfelelő személyi és tárgyi feltételekre, valamint a szakmai minimumfeltételek teljesítésére (1997. évi CLIV. törvény; 60/2003. [X. 20.] ESzCsM rendelet) *(2. táblázat).* A működési engedély azt

határozza meg, hogy az adott szolgáltató milyen tevékenységet, milyen helyszínen és milyen feltételek mellett végezhet.

A személyi feltételek azt jelentik, hogy az ellátást megfelelő végzettséggel, szakképesítéssel és jogosultsággal rendelkező szakemberek végezhetik (60/2003. [X. 20.] ESzCsM rendelet). Nem elég a szakember formális megnevezése: biztosítani kell a rendelési időhöz, betegforgalomhoz, helyettesítéshez, dokumentációhoz és felelősségi rendhez illeszkedő működést is.

A tárgyi feltételek a rendelő vagy ellátási helyiség fizikai és technikai környezetét jelentik. Idetartozik a vizsgáló, a betegváró, a mosdó, az akadálymentesítés kérdése, az orvostechnikai eszközök, az informatikai háttér, a higiénés feltételek, a fertőtlenítés és az egészségügyi hulladék kezelése (60/2003. [X. 20.] ESzCsM rendelet; Garaj, 2020). A tárgyi feltételek nemcsak jogszabályi elvárások, hanem a betegbiztonság és a dolgozói munkakörülmények alapjai.

2. táblázat: Az egészségügyi szolgáltatás működésének fő feltételcsoportjai

Feltételcsoport	Mit jelent a gyakorlatban?	Miért fontos?	Példa
Működési engedély	Az adott egészségügyi tevékenységre és működési helyre vonatkozó jogosultság	A jogszerű működés alapja; meghatározza, milyen ellátás nyújtható	Szakorvosi rendelés engedélyezése adott telephelyen
Személyi feltételek	Megfelelő végzettség, szakképesítés, működési jogosultság és felelősségi rend	Kompetens szakembereket biztosít	Szakorvos, asszisztens, helyettesítési rend
Tárgyi feltételek	Rendelőhelyiség, eszközpark, informatikai háttér, váró, vizsgáló és higiénés feltételek	A biztonságos, szervezett és betegbarát ellátás feltétele	Vizsgálóágy, szakmai műszerek, számítógép, fertőtlenítőszerek

Feltételcsoport	Mit jelent a gyakorlatban?	Miért fontos?	Példa
Dokumentáció és betegjogok	Vizsgálati adatok, leletek, tájékoztatás, beleegyezés és panaszkezelés rögzítése	Követhetővé teszi az ellátást, védi a beteget és a szolgáltatót	Ambuláns lap, beleegyező nyilatkozat, panaszkezelés
Adatvédelem és digitális működés	Egészségügyi adatok védelme, hozzáférések szabályozása, elektronikus dokumentáció és kapcsolódó rendszerek használata	Az egészségügyi adatok érzékenyek; a bizalom és a jogszerű adatkezelés alapja	Adatkezelési tájékoztató, jogosultságkezelés, jelszavas hozzáférés
Higiéné és hulladékkezelés	Takarítási, kézfertőtlenítési, eszközfertőtlenítési és egészségügyi hulladékkezelési rend	Csökkenti a fertőzési és munkabiztonsági kockázatokat	Veszélyes hulladék gyűjtése, fertőtlenítési, takarítási rend
Működési és pénzügyi háttér	Belső szabályok, biztosítások, szerződések, könyvelési és működésfenntartási feltételek	Segíti a folyamatos, átlátható és fenntartható működést	Felelősségbiztosítás, bérleti szerződés, könyvelés, karbantartás

Forrás: saját szerkesztés

A szakmai minimumfeltételek szakmánként és ellátási formánként eltérhetnek. Más feltételeket igényel egy belgyógyászati szakrendelés, egy fogászati rendelő, egy gyógytorna-szolgáltatás vagy egy képalkotó diagnosztikai egység. A menedzsment feladata, hogy ezek a feltételek ne csak az engedélyezéskor, hanem a mindennapi működés során is ténylegesen rendelkezésre álljanak.

11.5. Adminisztratív, adatvédelmi és etikai kötelezettségek

Az egészségügyi vállalkozás működésében az adminisztratív, adatvédelmi és etikai kötelezettségek a szolgáltatás minőségének részei (Garaj, 2020; 1997. évi CLIV. törvény). A betegellátás dokumentációjában rögzíteni kell az ellátás szempontjából lényeges adatokat, például a panaszokat, az anamnézist, a vizsgálati eredményeket, a diagnózist, a javasolt kezelést, a tájékoztatást és a további teendőket. A dokumentáció biztosítja az ellátás követhetőségét, a későbbi ellátás támogatását és a felelősségi viszonyok tisztázhatóságát.

A digitális működés ma már a mindennapi ellátás része *(3. táblázat)*. Az elektronikus dokumentáció, az EESZT-kapcsolat (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér), az online időpontfoglalás, az elektronikus recept és a digitális betegkommunikáció megfelelő jogosultságkezelést és adatbiztonságot igényel. Az egészségügyi adatok különleges személyes adatok, ezért a szolgáltató csak meghatározott célból, jogszerűen, a szükséges mértékben és megfelelő biztonsági intézkedések mellett kezelheti őket (Európai Parlament és Tanács, 2016).

A betegjogok biztosítása magánszolgáltatóknál is alapkövetelmény. A betegnek joga van az érthető tájékoztatáshoz, az önrendelkezéshez, az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez, az emberi méltóság tiszteletben tartásához és az orvosi titoktartáshoz (1997. évi CLIV. törvény). A tájékoztatás és beleegyezés akkor megfelelő, ha a beteg megismeri a vizsgálat vagy beavatkozás célját, lehetséges előnyeit, kockázatait és alternatíváit.

Az etikai működés különösen fontos, mert a szolgáltató piaci szereplő, de nem működhet kizárólag piaci logika szerint. Kerülni kell az indokolatlan vizsgálatok ajánlását, a túlzó gyógyulási ígéreteket, a megtévesztő marketinget és a beteg félelmeire építő kommunikációt (Egészségügyi Tudományos Tanács, 2025). A panaszkezelés szintén a felelős működés része: a beteg visszajelzései segíthetik a szolgáltatás javítását.

3. táblázat: Az egészségügyi vállalkozás fő adminisztratív, adatvédelmi és etikai kötelezettségei

Terület	Gyakorlati feladat	Menedzsmentjelentőség és példa
Betegellátási dokumentáció	A panaszok, vizsgálati eredmények, diagnózisok, kezelési javaslatok és beleegyezések rögzítése	Követhetőség, döntéstámogatás. Példa: strukturált ambuláns lap, lelet, kontrolljavaslat

Terület	Gyakorlati feladat	Menedzsmentjelentőség és példa
Digitális működés és EESZT	Elektronikus dokumentáció, e-recept, időpontfoglalás, értesítés, jogosultságkezelés megszervezése	Gyorsabb információáramlás, átláthatóbb működés, szabályozott hozzáférés. Példa: csak az arra jogosult munkatárs láthat betegadatot
Adatvédelem	Egészségügyi adatok jogszerű, célhoz kötött és biztonságos kezelése; adatkezelési tájékoztató és belső szabályok alkalmazása	Az egészségügyi adat különleges személyes adat, ezért védelme a betegbizalom alapja. Példa: jelszóvédelem, hozzáférési szintek, zárt dokumentumtárolás
Betegjogok és tájékoztatás	Érthető tájékoztatás, önrendelkezés, dokumentációhoz való hozzáférés és beleegyezés biztosítása	A beteg nem egyszerű fogyasztó, hanem jogaiban védett személy. Példa: beavatkozás előtt kockázatok, alternatívák és várható következmények ismertetése
Etikus kommunikáció és marketing	Tényszerű, szakmailag megalapozott, nem megtévesztő tájékoztatás a szolgáltatásokról	A reklám nem kelthet indokolatlan félelmet vagy hamis elvárást. Példa: valós szakmai kompetenciák és szolgáltatási kör bemutatása
Szakmai függetlenség	Az orvosi döntések ne kerüljenek indokolatlan gazdasági befolyás alá	A beteg érdeke és a szakmai szabály elsődleges. Példa: csak indokolt vizsgálat vagy beavatkozás ajánlása
Panaszkezelés és belső szabályozás	Átlátható panaszkezelési rend, felelősök, határidők és visszacsatolás kialakítása	A panasz minőségfejlesztési információ is lehet. Példa: ismétlődő várakozási vagy kommunikációs probléma elemzése és javító intézkedés

Forrás: saját szerkesztés

11.6. Piaci kitekintés és pozicionálás

Az egészségügyi vállalkozás piaci környezetben működik, ezért tisztában kell lennie azzal, kiknek nyújt szolgáltatást, milyen igényre válaszol, kik a versenytársai, és miben tud értéket teremteni (Berkowitz, 2021; Kertész et al., 2025). Az egészségügyi szolgáltatások piaca sajátos: a beteg döntését befolyásolja a panasz súlyossága, a várakozási idő, az ár, az orvos ismertsége, a korábbi tapasztalat, az ajánlás és az online értékelés is (Kertész et al., 2025; Szigeti, 2023).

A piaci kitekintés első lépése a célcsoport meghatározása. Más igényeik lehetnek a krónikus betegeknek, a gyors diagnosztikát kereső pácienseknek, a gyermekes családoknak, a sportolóknak vagy a prevenció iránt érdeklődőknek. A célcsoport ismerete segít a szolgáltatási portfólió, a rendelési idő, az árképzés és a betegkommunikáció kialakításában (Berkowitz, 2021; Balaton, Tari, 2016).

A pozicionálás azt jelenti, hogy a vállalkozás meghatározza saját helyét a piacon (Berkowitz, 2021; Tamás, Szabó, 2024) *(3. ábra).*



3. ábra: Az egészségügyi vállalkozás piaci pozicionálásának fő szempontjai
Forrás: saját szerkesztés

Építhet például speciális szakértelemre, gyors hozzáférésre, családbarát működésre, komplex kivizsgálásra vagy kiszámítható betegútra. Az értékajánlatnak valósnak kell lennie: a szolgáltató nem ígérhet olyat, amit szakmai, kapacitási vagy szervezési okból nem tud teljesíteni.

A SWOT-elemzés egyszerű eszköz az erősségek, gyengeségek, lehetőségek és veszélyek áttekintésére. Erősség lehet a speciális szaktudás vagy a gyors időpontadás, gyengeség a magas induló költség vagy a kis kapacitás, lehetőség egy hiányzó helyi szolgáltatás, veszély pedig az erősödő verseny, a munkaerőhiány vagy a betegbizalom elvesztése. A SWOT akkor hasznos, ha valódi döntéstámogató eszközként használják (Balaton, Tari, 2016) *(4. táblázat).*

4. táblázat: SWOT-elemzés egy induló egészségügyi vállalkozás példáján

Erősségek (belső, pozitív tényezők) • tapasztalt, ismert szakember • gyors időpontadás és rugalmas rendelés • betegbarát kommunikáció • átlátható szolgáltatási kör és árak • jó elhelyezkedés vagy online foglalás	Gyengeségek (belső, fejlesztendő tényezők) • magas induló költségek • korlátozott rendelési idő vagy kapacitás • kisebb kezdeti betegkör • adminisztratív tapasztalat hiánya • függés egy-két kulcsszakembertől
Lehetőségek (külső, pozitív tényezők) • növekvő igény gyors és kiszámítható ellátásra • hiányzó helyi szolgáltatás pótlása • együttműködés más szolgáltatókkal • új technológia vagy digitális időpontfoglalás • prevenciós és gondozási programok bővítése	Veszélyek (külső, kockázati tényezők) • erősödő verseny vagy árnyomás • szabályozási környezet változása • szakemberhiány, helyettesítési nehézség • fizetőképes kereslet csökkenése • betegbizalom romlása panasz vagy hiba esetén

Forrás: saját szerkesztés (A táblázat egy kisebb járóbeteg-magánrendelés indulásakor mérlegelhető főbb szempontokat mutat be)

11.7. Üzleti terv egészségügyi vállalkozás esetén

Az üzleti terv az egészségügyi vállalkozás tudatos megtervezésének eszköze *(5. táblázat).* Bemutatja, milyen szolgáltatást kíván nyújtani a vállalkozás, kiknek szól a szolgáltatás, milyen feltételek szükségesek a működéshez, milyen költségekkel és bevételekkel számolhat, és milyen kockázatok befolyásolhatják a fenntarthatóságát (Balaton, Tari, 2016; Reiter, Song, 2020).

Az üzleti terv első része a vezetői összefoglaló, amely röviden bemutatja a vállalkozás lényegét. Ezt követi a vállalkozás bemutatása, a jogi forma, a telephely, a szakmai profil, a küldetés és a hosszabb távú célok ismertetése. A piac- és iparági elemzés azt vizsgálja, van-e valós igény a tervezett szolgáltatásra, kik a potenciális betegek, milyen más ellátási lehetőségek érhetők el, és miben tud eltérő értéket nyújtani a szolgáltató (Berkowitz, 2021; Kertész et al., 2025; Tamás, Szabó, 2024).

A szervezeti és menedzsmentrészben tisztázni kell a szakmai vezetés, az orvosi és szakdolgozói feladatok, az adminisztráció, a pénzügy, az adatvédelem és a minőségbiztosítás felelőseit. A szolgáltatások bemutatásakor pontosan meg kell határozni, milyen vizsgálatok, kezelések vagy tanácsadások tartoznak a vállalkozás profiljába, és ezekhez milyen szakmai feltételek szükségesek.

5. táblázat: Az egészségügyi vállalkozás üzleti tervének fő elemei

Üzleti terv része	Fő kérdés és egészségügyi sajátosság	Gyakorlati példa
Vezetői összefoglaló	Mi a vállalkozás lényege? Röviden bemutatja a szolgáltatást, célcsoportot, erőforrásokat és fenntarthatósági logikát	• heti két délután működő szakrendelés • gyors hozzáférés és követhető betegút
Vállalkozás bemutatása	Milyen szervezet működteti a szolgáltatást? Tartalmazza a jogi formát, telephelyet, szakmai profilt és működési célt	• kft. által működtetett magánrendelő • szakorvos + asszisztens + recepció
Piac- és iparági elemzés	Van-e valós betegigény? Vizsgálja a célcsoportot, versenytársakat, árakat, hozzáférést és betegélményt	• helyi várakozási idő felmérése • versenytársak szolgáltatási köre és árai

Üzleti terv része	Fő kérdés és egészségügyi sajátosság	Gyakorlati példa
Szervezeti felépítés és menedzsment	Ki miért felel? Rögzíti a szakmai vezetést, adminisztrációt, adatvédelmet, minőségügyi és pénzügyi feladatokat	• szakmai vezető kijelölése • helyettesítési és panaszkezelési rend
Szolgáltatások bemutatása	Mit nyújt a vállalkozás? A szolgáltatási portfólió legyen összhangban az engedéllyel és a minimumfeltételekkel	• első vizsgálat, kontroll, kisebb vizsgálat • szűrési vagy gondozási csomag
Marketing és kommunikáció	Hogyan jut el a célcsoporthoz? A kommunikáció legyen tényszerű, etikus, betegbarát és nem megtévesztő	• honlap, online időpontfoglalás • közérthető betegtájékoztatók
Pénzügyi terv és kockázatok	Mikor fenntartható a működés? Számol az induló költségekkel, havi kiadásokkal, bevételekkel, cash-flow-val és kockázatokkal	• fedezeti pont meghatározása • tartalék, biztosítás, eszközkarbantartás

Forrás: saját szerkesztés

A pénzügyi terv az induló és működési költségeket, a várható bevételeket, a fedezeti pontot és a cash-flow-t tekinti át (Reiter, Song, 2020). Induló költség lehet a rendelő kialakítása, az eszközbeszerzés, az informatikai rendszer, az engedélyezés, a honlap és az induló marketing. Működési költség például a bérleti díj, a bérek és a megbízási díjak, a könyvelés, a fogyóanyag, az eszközkarbantartás, a biztosítás és az adó.

Az üzleti tervnek a kockázatokat is tartalmaznia kell. Ilyen lehet a vártnál alacsonyabb betegforgalom, a kulcsmunkatárs kiesése, az eszköz meghibásodása, a szabályozási környezet változása vagy a verseny erősödése. A terv akkor hasznos, ha nemcsak felsorolja ezeket, hanem megelőző vagy mérséklő megoldásokat is megfogalmaz.

11.8. Összegzés: az egészségügyi vállalkozás mint felelős szolgáltató

Az egészségügyi vállalkozások működése több szempont együttes figyelembevételét igényli. A vállalkozás egyszerre piaci szereplő és szabályozott egészségügyi szolgáltató. Sikeressége nem mérhető kizárólag bevételben, betegszámban vagy növekedésben; legalább ilyen fontos a betegbiztonság, a szakmai minőség, a jogszerű működés, az adatvédelem és a betegbizalom (Garaj, 2020; WHO, 2020).

A fejezet bemutatta, hogy az indulás tudatos tervezést igényel: meg kell határozni a szolgáltatás tartalmát, a célcsoportot, a működési formát, a személyi és tárgyi feltételeket, az adminisztratív és adatvédelmi hátteret, a piaci pozíciót és az üzleti fenntarthatóságot. Ezek a szempontok nem egymástól függetlenek, hanem egyetlen működési rendszer részei.

A fejezet fő üzenete, hogy egy egészségügyi vállalkozás csak akkor működőképes, ha egyszerre felel meg a szakmai minimumfeltételeknek, a jogi-engedélyezési környezetnek, az etikai-betegjogi elvárásoknak és a piaci-pénzügyi fenntarthatóság követelményeinek. A felelős egészségügyi vállalkozás nem pusztán szolgáltatást értékesít, hanem bizalmat, biztonságot és szakmai értéket teremt.

Irodalomjegyzék

Balaton, K.; Tari E. (szerk.) (2016). *Stratégiai és üzleti tervezés. Stratégia, tervezés, módszerek.* Akadémiai Kiadó, Budapest. DOI: 10.1556/9789630598781

Berkowitz, E. N. (2021). *Essentials of Health Care Marketing.* 5th edition. Jones & Bartlett Learning, Burlington.

Egészségügyi Tudományos Tanács (2025). *Orvosetikai Kódex. Szakmai-etikai szabályzat.* Egészségügyi Tudományos Tanács, Budapest.

Európai Parlament és Tanács (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data.* Official Journal of the European Union. L 119:1–88.

Garaj, E. (szerk.) (2020). *Egészségügyi szervezetek menedzsmentje.* Akadémiai Kiadó, Budapest. DOI: 10.1556/9789634545286

Kertész. B.; Bíró, K.; Balogh P.; Czine, P. (2025). *Magánfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás választását befolyásoló szempontok vizsgálata best-worst scaling módszer segítségével.* Statisztikai Szemle. 103(1):85–105. DOI: 10.20311/stat2025.01.hu0085

Reiter, K. L.; Song, P. H. (2020). *Gapenski's Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management.* 7th edition. Health Administration Press, Chicago.

Szigeti, Sz. (2023). *Az állami és a magán egészségügy fogyasztói szemmel Magyarországon.* Egészségügyi Innovációs Szemle. 2(1):14–22. DOI:10.56626/egis.v2i1.12293

Tamás, B.; Szabó, K. (2024). *A budapesti magánegészségügyi szektor 2023-ban: piaci körkép és a szolgáltatók fejlődési lehetőségei egy kvalitatív kutatás tükrében.* Köz-gazdaság – Review of Economic Theory and Policy. 19(3):56–75. DOI: 10.14267/RETP2024.03.05

World Health Organization (2020). *Engaging the Private Health Service Delivery Sector through Governance in Mixed Health Systems. Strategy Report of the WHO Advisory Group on the Governance of the Private Sector for Universal Health Coverage.* World Health Organization, Geneva.

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

Gyakorló tesztkérdések

1. Miért tekinthető sajátosnak az egészségügyi vállalkozás más szolgáltató vállalkozásokhoz képest?

a) Mert kizárólag állami finanszírozásból működhet.
b) Mert egyszerre piaci szereplő és szabályozott egészségügyi szolgáltató.
c) Mert nem kell üzleti tervet készítenie.
d) Mert nem vonatkoznak rá betegjogi és adatvédelmi szabályok.

2. Melyik állítás írja le legjobban az egészségügyi vállalkozás indításának helyes logikáját?

a) Először reklámozni kell a szolgáltatást, és csak később kell engedélyt kérni.
b) Elég a vállalkozást bejegyezni, ezután bármilyen egészségügyi szolgáltatás nyújtható.
c) A szolgáltatási ötletet szakmai, jogi, szervezési és pénzügyi szempontból is meg kell tervezni.
d) A vállalkozási forma kiválasztása után már nincs szükség a további feltételek vizsgálatára.

3. Mit jelentenek az egészségügyi szolgáltatás személyi és tárgyi feltételei?

a) Csak azt, hogy legyen megfelelően berendezett váróhelyiség.
b) A szolgáltatás reklámozásához szükséges eszközöket.
c) A megfelelő képesítésű szakembereket, rendelői környezetet, eszközöket és működési feltételeket.
d) Kizárólag a vállalkozás pénzügyi tartalékait.

4. Miért fontos az adatvédelem egy egészségügyi vállalkozás működésében?

a) Mert az egészségügyi adatok különleges személyes adatok, amelyek fokozott védelmet igényelnek.
b) Mert az adatvédelem csak nagy kórházakra vonatkozik.
c) Mert az adatvédelmi szabályok helyettesítik a szakmai dokumentációt.
d) Mert a betegadatok szabadon felhasználhatók marketingcélokra.

5. Mi az üzleti terv legfontosabb szerepe egészségügyi vállalkozás esetén?

a) Csak a szolgáltatások árainak felsorolása.
b) A szakmai elképzelés, a működési feltételek, a piaci lehetőségek és a pénzügyi fenntarthatóság összekapcsolása.
c) A betegjogok figyelmen kívül hagyása a nyereség növelése érdekében.
d) Kizárólag a versenytársak árainak lemásolása.

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: b
2. kérdés: c
3. kérdés: c
4. kérdés: a
5. kérdés: b

12. fejezet

Új trendek az egészségügyben

12.1. Bevezetés

Az egészségügy a 21. században gyorsan változó, összetett társadalmi-gazdasági rendszer. A változások hátterében egyszerre állnak demográfiai, technológiai, gazdasági, társadalmi és környezeti tényezők. Az idősödő népesség, a krónikus betegségek növekvő előfordulása, az egészségügyi munkaerő hiánya, a finanszírozási korlátok és a betegek növekvő elvárásai egyaránt arra késztetik az egészségügyi rendszereket, hogy új megoldásokat keressenek.

Az új trendek vizsgálata különösen fontos az egészségügyi menedzsment szempontjából. Egy digitális rendszer, egy mesterséges intelligencián alapuló döntéstámogató eszköz, egy távmonitorozási program vagy egy új betegút bevezetése nemcsak szakmai és technológiai kérdés, hanem szervezési, finanszírozási, jogi, etikai, minőségbiztosítási és humánerőforrás-gazdálkodási feladat is (Garaj, 2020; Greenhalgh et al., 2017).

Az egészségügyben az újdonság önmagában nem érték. Egy technológia vagy szervezeti megoldás akkor tekinthető valódi innovációnak, ha javítja az ellátás minőségét, növeli a betegbiztonságot, csökkenti az indokolatlan terheket, javítja a hozzáférést, vagy hozzájárul az erőforrások hatékonyabb felhasználásához (Berwick et al., 2008; Greenhalgh et al., 2017). A fejezet célja, hogy az új trendeket menedzsmentszemléletben mutassa be, vagyis azt vizsgálja, hogyan alakítják át az egészségügyi szervezetek működését, a vezetői döntéseket és a betegellátás mindennapi gyakorlatát (Garaj, 2020).

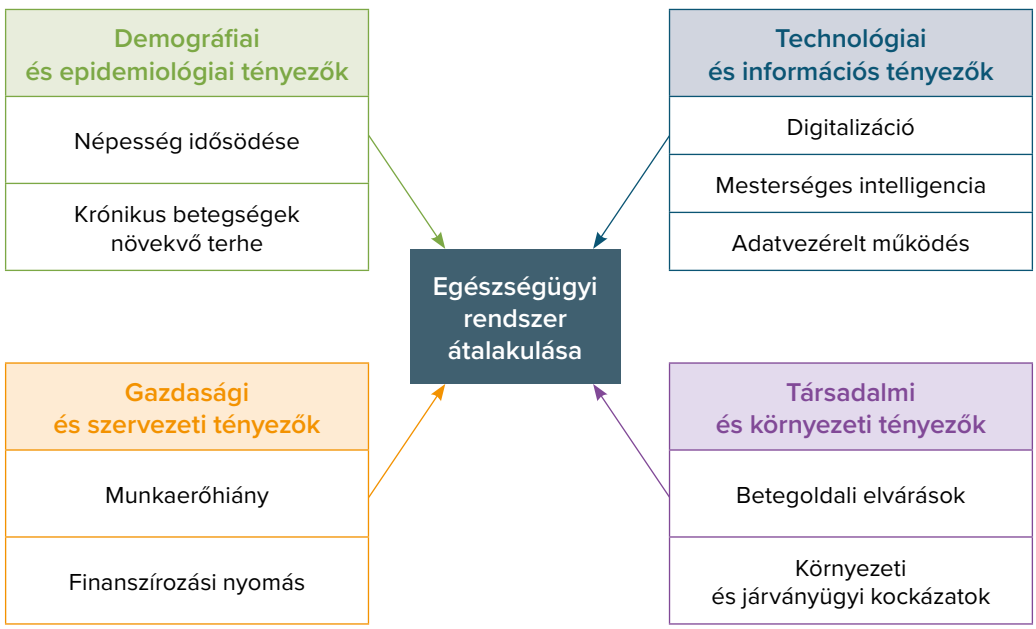
12.2. A változást kiváltó fő hajtóerők

Az egészségügyben megjelenő új trendek hátterében olyan folyamatok állnak, amelyek az ellátórendszereket folyamatos alkalmazkodásra kényszerítik. Az egészségügyi szervezeteknek egyszerre kell több beteget ellátniuk, korszerűbb szolgáltatásokat

nyújtaniuk, megőrizniük a betegbiztonságot, kezelniük a munkaerőhiányt, és mindezt korlátozott erőforrások mellett kell megvalósítaniuk.

Az egyik legfontosabb hajtóerő a népesség idősödése. Az életkor előrehaladtával gyakoribbá válnak a krónikus betegségek, a több szervrendszert érintő egészségügyi problémák és a tartós gondozási igények. Az idős betegek ellátása gyakran nem egyszeri beavatkozást igényel, hanem hosszabb távú követést, rehabilitációt, a gyógyszeres terápia rendszeres felülvizsgálatát és több szakma együttműködését.

A krónikus, nem fertőző betegségek növekvő terhe szintén meghatározó. A szív- és érrendszeri betegségek, daganatos betegségek, cukorbetegség, krónikus légzőszervi és mozgásszervi betegségek éveken át tartó gondozást igényelnek. Ezért egyre nagyobb szerepet kap a megelőzés, a korai felismerés, a rendszeres kontroll és a beteg önmenedzsmentjének támogatása *(1. ábra).*



1. ábra: Az egészségügyi trendeket alakító fő hajtóerők
Forrás: saját szerkesztés

Az egészségügyi munkaerőhiány következménye lehet a várakozási idők növekedése, az ellátási kapacitások csökkenése, a dolgozók túlterheltsége, a kiégés és a betegbiztonsági kockázatok fokozódása. Ez új munkaszervezési megoldásokat, hatékonyabb feladatmegosztást, jobb dolgozói megtartást és az adminisztratív terheket csökkentő technológiák alkalmazását igényli.

A technológiai fejlődés, a betegek növekvő tájékozottsága, a finanszírozási nyomás, az egészségügyi adatok szerepének növekedése, valamint a járványügyi és környezeti kockázatok egymást erősítve alakítják át az egészségügyet (World Health Organization, 2021a; World Health Organization, 2020). A modern egészségügyi menedzsment egyik feladata, hogy ezeket a hajtóerőket ne különálló problémákként, hanem összefüggő rendszerként értelmezze (Garaj, 2020; Greenhalgh et al., 2017) *(1. táblázat).*

1. táblázat: A változást kiváltó fő hajtóerők és menedzsmentjelentőségük

Hajtóerő	Rövid magyarázat	Egészségügyi következmény	Vezetői feladat
Idősödés és krónikus betegségek	Több tartós gondozást igénylő beteg	Nő a gondozási és utánkövetési igény	Betegutak és kapacitások tervezése
Munkaerőhiány	Kevesebb elérhető szakember, nagyobb terhelés	Hosszabb várakozás, kiégési kockázat	Feladatmegosztás, megtartás, képzés
Digitalizáció és MI	Új eszközök az ellátásban és az adminisztrációban	Gyorsabb információáramlás, új kockázatok	Bevezetés, oktatás, adatvédelem
Betegoldali elvárások	Tájékozottabb, aktívabb betegek	Erősebb igény az érthető kommunikációra	Betegedukáció és partnerség támogatása
Finanszírozási nyomás	Növekvő igények korlátozott források mellett	Hatékonysági és hozzáférési feszültségek	Prioritások, mérés, pazarlás csökkentése
Környezeti és járványügyi kockázatok	Hőhullámok, fertőzések, ellátási zavarok	Többletterhelés és válsághelyzetek	Reziliencia, készletezés, krízisterv

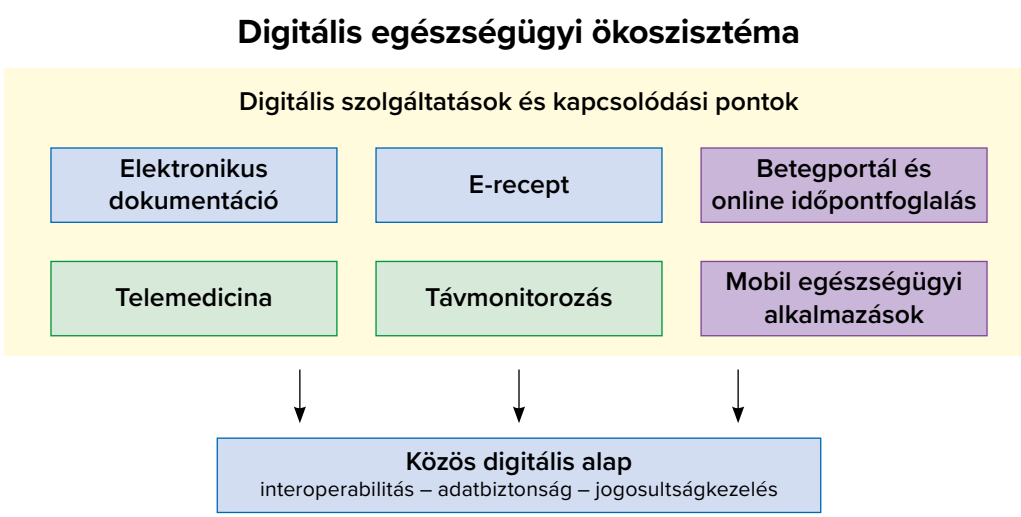
Forrás: saját szerkesztés

12.3. Digitalizáció és e-egészségügy

A digitalizáció az egészségügy egyik legfontosabb átalakító folyamata. Lényege, hogy az egészségügyi ellátásban keletkező információk, dokumentumok, folyamatok és kommunikációs csatornák egyre nagyobb része elektronikus formában jelenik meg (World Health Organization, 2021a). Ide tartozik az elektronikus egészségügyi dokumentáció, az e-recept, az online időpontfoglalás, a betegportál, a telemedicina, a távmonitorozás és az egészségügyi mobilalkalmazások használata.

Fontos különbséget tenni a digitalizáció és a digitális transzformáció között. Digitalizáció például az, amikor a papíralapú dokumentáció helyett elektronikus dokumentáció készül. Digitális transzformációról akkor beszélhetünk, ha az új megoldás átalakítja a betegutat, a munkaszervezést, az információáramlást és a döntéshozatalt is. Menedzsmentszempontból ez utóbbi a lényegesebb.

Magyarországon a digitális egészségügyi működés egyik fontos kerete az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér, röviden EESZT. Az EESZT összekapcsolja az ellátás szereplőit, például a háziorvosokat, járóbeteg-szakrendeléseket, kórházakat, gyógyszertárakat és a lakosságot (Magyarország.hu, é. n.; Pákozdyné Bőcz, 2024). Ennek révén a beteg korábbi leletei, zárójelentései, receptjei és egyéb dokumentumai könnyebben hozzáférhetővé válhatnak az ellátás során *(2. ábra).*



2. ábra: A digitális egészségügyi ökoszisztéma fő elemei
Forrás: saját szerkesztés

A telemedicina olyan ellátási forma, amelyben a beteg és az egészségügyi szakember nem feltétlenül tartózkodik egy helyen. Hasznos lehet stabil krónikus betegek

kontrolljánál, leletek megbeszélésénél vagy bizonyos panaszok előzetes értékelésénél. Ugyanakkor nem minden helyzetben alkalmas a személyes vizsgálat kiváltására. Akut, súlyos vagy bizonytalan állapotokban továbbra is személyes ellátásra van szükség.

A távmonitorozás során a beteg bizonyos egészségügyi adatai otthoni környezetből is követhetők. Ilyen lehet például a vérnyomás, vércukorszint, testsúly, pulzusszám vagy oxigénszaturáció. A távmonitorozás csak akkor hasznos, ha a mért adatok értékelése, a riasztási határok és a felelős ellátó szerepe előre meghatározott. Önmagában az adatgyűjtés nem javítja a betegellátást.

A digitális egészségügy egyik kulcsfogalma az interoperabilitás, vagyis az informatikai rendszerek együttműködési képessége (World Health Organization, 2021a; Pákozdyné Bőcz, 2024). Ha a háziorvosi, kórházi, laboratóriumi és országos rendszerek nem tudnak egymással adatot cserélni, akkor a digitalizáció előnyei korlátozottak maradnak. A digitális fejlesztések ezért nemcsak informatikai, hanem szervezési, adatvédelmi és betegútmenedzsment-kérdések is.

12.4. Mesterséges intelligencia az egészségügyben

A mesterséges intelligencia (MI) az egészségügy egyik leggyorsabban fejlődő területe. Olyan informatikai rendszereket értünk alatta, amelyek nagy mennyiségű adat alapján képesek mintázatokat felismerni, előrejelzéseket készíteni, javaslatokat megfogalmazni vagy bizonyos feladatokat részben automatizált módon támogatni. Az egészségügyben a mesterséges intelligencia nem önálló döntéshozóként, hanem elsősorban az egészségügyi szakemberek munkáját segítő eszközként értelmezhető (Topol, 2019; Meskó, Görög, 2020) *(3. ábra).*

Az MI alkalmazásának alapja az adat. A rendszer akkor képes hasznos javaslatot adni, ha megfelelő mennyiségű, jó minőségű és releváns adat áll rendelkezésére. Ilyen adat lehet például laboreredmény, képalkotó vizsgálat, EKG (elektrokardiográfia), kórtörténet, gyógyszerelési adat, szövettani kép vagy betegadminisztrációs információ.

Az MI egyik fontos felhasználási területe a diagnosztikai döntéstámogatás. Különösen a radiológia, patológia, szemészet és bőrgyógyászat területén jelentek meg olyan rendszerek, amelyek képesek eltérések előzetes felismerésére vagy a vizsgálatok rangsorolására. Az algoritmus jelezhet gyanús eltérést, de a végső szakmai értékelést továbbra is az orvos végzi.

A mesterséges intelligencia kockázatbecslésre, betegirányításra és adminisztratív feladatok támogatására is használható. Jelezheti például az állapotromlás vagy újrafelvétel magasabb kockázatát, segítheti a leletek strukturálását, az orvosi szövegek

előkészítését vagy ismétlődő adminisztratív folyamatokat. Ezek a megoldások különösen munkaerő-hiányos környezetben lehetnek értékesek.

Az MI használatának kockázatai közé tartozik az adatminőségi probléma, az algoritmikus torzítás, az átláthatóság hiánya és a felelősségi bizonytalanság. Az emberi kontroll alapelv: az MI támogathatja a döntést, de nem válthatja ki a szakmai mérlegelést (World Health Organization, 2021b; Európai Parlament és Tanács, 2024). Az egészségügyi menedzsment feladata, hogy az MI bevezetését szabályozottan, átláthatóan, megfelelő képzéssel és mérhető eredményességgel valósítsa meg.



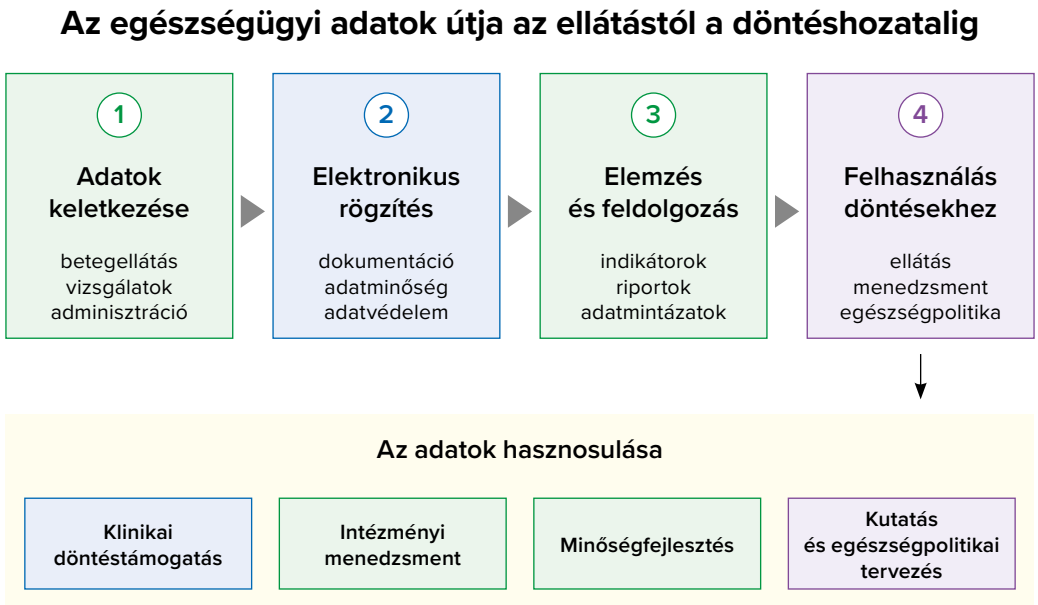
3. ábra: A mesterséges intelligencia fő alkalmazási területei az egészségügyben
Forrás: saját szerkesztés

12.5. Adatvezérelt egészségügy és egészségügyi adattér

A modern egészségügy működésében egyre nagyobb szerepet kapnak az adatok. A betegellátás során naponta nagy mennyiségű információ keletkezik: anamnézisek, diagnózisok, laboreredmények, képalkotó vizsgálatok, műtéti leírások, gyógyszerelések, zárójelentések, finanszírozási adatok és adminisztratív adatok. Ezek megfelelő feldolgozás mellett támogathatják a betegellátást és a vezetői döntéseket.

Az adatvezérelt egészségügy azt jelenti, hogy az egészségügyi döntésekben, ellátásszervezésben, minőségfejlesztésben és egészségpolitikai tervezésben tudatosan használják fel a rendelkezésre álló adatokat. Ez nem azt jelenti, hogy az adat helyettesíti az emberi döntést, hanem azt, hogy a döntéshozatal megalapozottabbá válhat.

Az egészségügyi adatok felhasználását elsődleges és másodlagos felhasználásra oszthatjuk. Elsődleges felhasználás, amikor az adat közvetlenül a beteg aktuális ellátását szolgálja, például a korábbi leletek megtekintésekor. Másodlagos felhasználás, amikor az adatokat kutatási, minőségfejlesztési, népegészségügyi, finanszírozási vagy szakpolitikai célból elemzik. A két terület eltérő jogosultságokat és adatvédelmi garanciákat igényel *(4. ábra).*



4. ábra: Az egészségügyi adatok útja az ellátástól a döntéshozatalig
Forrás: saját szerkesztés

Az adatvezérelt működés alapfeltétele az adatminőség. Hiába áll rendelkezésre nagy mennyiségű adat, ha azok pontatlanok, hiányosak vagy nem egységes szerkezetben szerepelnek. A vezetői döntéshozatalban használt mutatók, például a betegforgalom, várakozási idő, ágykihasználtság, újrafelvételi arány vagy betegpanaszok száma, csak akkor értelmezhetők jól, ha a mögöttük álló adatok megbízhatóak.

Az egészségügyi adattér olyan szabályozott és technológiailag támogatott környezet, amely lehetővé teszi az egészségügyi adatok biztonságos, ellenőrzött és célhoz kötött megosztását (Európai Parlament és Tanács, 2025). Nem egyszerű adatbázisról van szó, hanem olyan keretrendszerről, amely meghatározza, hogy milyen adatok érhetők el, kik férhetnek hozzá, milyen célból használhatók, és hogyan biztosítható az adatvédelem *(2. táblázat).*

Az adatvezérelt működés javíthatja a betegellátás folyamatosságát, csökkentheti a felesleges vizsgálatokat, támogathatja a minőségfejlesztést, és segítheti az intézményi menedzsmentet (World Health Organization, 2021a; Topol, 2019). Ugyanakkor az adatok értelmezéséhez szakmai tudás és kritikus gondolkodás szükséges. Egy mutató jelzést adhat, de a helyes következtetéshez meg kell érteni az adat mögötti klinikai és szervezeti okokat is.

2. táblázat: Digitális, adatvezérelt és MI-alapú megoldások menedzsmentjelentősége

Digitális megoldás	Gyakorlati jelentés	Menedzsmentjelentőség
Elektronikus dokumentáció	Leletek, zárójelentések és ellátási adatok elektronikus rögzítése	Jobb információáramlás; kevesebb ismételt vizsgálat; egységes dokumentáció
E-recept	A gyógyszerrendelés és kiváltás elektronikus támogatása	Gyorsabb ügyintézés; gyógyszerelési biztonság; ellenőrizhető folyamat
Betegportál és online időpontfoglalás	Leletek megtekintése, előjegyzés és betegoldali ügyintézés digitális felületen	Betegbevonás; kisebb adminisztratív teher; hozzáférési egyenlőtlenségek kezelése
Telemedicina	Konzultáció, kontroll vagy leletértékelés személyes megjelenés nélkül	Betegút-rövidítés; kapacitástervezés; szakmai protokollok és felelősségi körök tisztázása
Távmonitorozás	Otthoni mérések és állapotkövetés digitális eszközökkel	Korai beavatkozás; krónikus betegek követése; riasztási és utánkövetési rend kialakítása
Mobil egészségügyi alkalmazások	Egészségkövetés, betegedukáció és életmód-támogatás okoseszközökön	Egészségértés javítása; adatminőség és klinikai felhasználhatóság mérlegelése
Interoperabilitás és adatbiztonság	A rendszerek közötti adatcsere és a hozzáférések védelme	Biztonságos adatáramlás; jogosultságkezelés; működésbiztonság

Forrás: saját szerkesztés

12.6. Betegközpontúság, partnerség és egészségértés

Az egészségügy új trendjei között nem csak technológiai változásokat találunk. Fontos szemléleti átalakulás, hogy a beteg egyre kevésbé passzív ellátottként, sokkal inkább aktív szereplőként jelenik meg az ellátási folyamatban. A betegközpontú ellátás lényege, hogy az egészségügyi szolgáltatás nem kizárólag a betegségre, hanem a beteg ember egészére figyel: állapotára, élethelyzetére, értékeire, döntési lehetőségeire és együttműködési képességére.

A betegközpontúság egyik fontos eleme a közös döntéshozatal. Ennek során az egészségügyi szakember érthetően bemutatja a lehetséges diagnosztikus vagy terápiás alternatívákat, azok előnyeit és kockázatait, majd a döntésben figyelembe veszi a beteg értékeit, preferenciáit és élethelyzetét is (Elwyn et al., 2012). Ez nem a szakmai felelősség áthárítását jelenti, hanem a beteg tájékozottabb bevonását.

Az egészségértés azt fejezi ki, hogy az egyén mennyire képes egészséggel kapcsolatos információkat megtalálni, megérteni, értékelni és alkalmazni (Sørensen et al., 2012). Alacsony egészségértés esetén a beteg nehezebben érti meg a leleteket, a gyógyszerszedési utasításokat vagy a kontrollvizsgálatok jelentőségét. Ez rontja az együttműködést, és betegbiztonsági kockázatot is okozhat.

A betegedukáció a betegközpontú ellátás gyakorlati eszköze. Célja, hogy a beteg érthető, megbízható és alkalmazható információt kapjon saját betegségéről, kezeléséről és a szükséges teendőkről (Sørensen et al., 2012; World Health Organization, 2016). A digitális eszközök, betegportálok és online tájékoztatók segíthetik ezt, de figyelni kell arra, hogy a digitális megoldások ne hozzanak létre új hozzáférési egyenlőtlenségeket.

A betegélmény és a beteg által jelentett kimenetek szintén felértékelődnek. A beteg számára meghatározó, hogy érthető tájékoztatást kap-e, mennyit várakozik, hogyan kommunikálnak vele, és mennyire követhető számára az ellátási folyamat. Ezek az információk nem helyettesítik a szakmai minőségi mutatókat, de fontos kiegészítői lehetnek az intézményi minőségfejlesztésnek.

12.7. Prevenció, egészségfejlesztés és személyre szabott ellátás

Az egészségügy egyik fontos új iránya, hogy a hangsúly a betegségek késői kezelése felől a megelőzés, a korai felismerés és a hosszú távú egészségmegőrzés felé tolódik (World Health Organization, 2016; Berwick et al., 2008). Ez nem jelenti a gyógyítóellátás

szerepének csökkenését, de azt igen, hogy az egészségügyi rendszerek fenntarthatósága szempontjából egyre fontosabbá válik a betegségek kialakulásának megelőzése és súlyosbodásának lassítása.

A primer prevenció a betegségek kialakulásának megelőzését, a szekunder prevenció a korai felismerést, a tercier prevenció pedig a már kialakult betegség romlásának és szövődményeinek megelőzését célozza. Az egészségfejlesztés ennél tágabb fogalom: az egyének és közösségek egészségesebb döntéseit, környezetét és életmódját támogatja.

A krónikus betegségek terjedése különösen felértékeli a prevenció jelentőségét. A cukorbetegség, magas vérnyomás, szív- és érrendszeri betegségek vagy krónikus légzőszervi betegségek esetében a korai felismerés, rendszeres kontroll és beteg-együttműködés döntően befolyásolja a hosszú távú kimenetet.

A személyre szabott ellátás lényege, hogy a beteg ellátása nemcsak általános szabályok alapján történik, hanem figyelembe veszi az egyéni kockázatokat, társbetegségeket, életkort, életmódot, genetikai vagy biomarker-jellemzőket és a beteg preferenciáit is (Topol, 2019). Menedzsmentszempontból ez betegútszervezési, adatkezelési, kommunikációs és finanszírozási kérdés is (World Health Organization, 2016).

A prevenció és a személyre szabott ellátás közös pontja a kockázatalapú gondolkodás. Az egészségügyi rendszernek egyre inkább arra kell törekednie, hogy azonosítsa a magasabb kockázatú csoportokat, és számukra célzott követést vagy beavatkozást biztosítson.

12.8. Integrált ellátás és ellátási utak újraszervezése

Az egészségügyi rendszerek egyik fontos kihívása, hogy a betegek ellátása gyakran több szolgáltatón, több szakmán és több ellátási szinten keresztül valósul meg. Egy krónikus beteg kapcsolatba kerülhet háziorvossal, szakrendeléssel, kórházzal, rehabilitációval, gyógyszertárral, otthonápolással és szociális ellátással is. Ha ezek a szereplők nem működnek összehangoltan, a beteg könnyen elveszhet a rendszerben.

Az integrált ellátás célja, hogy az ellátórendszer különböző szereplői ne elszigetelten, hanem a beteg szükségletei köré szervezve működjenek (World Health Organization, 2016). Az integráció nem feltétlenül jelent szervezeti összeolvadást; sokkal inkább közös betegutakat, információmegosztást, a felelősségi körök tisztázását és ellátási koordinációt jelent.

A betegút azt mutatja meg, hogy a beteg milyen lépéseken keresztül jut el a panasz jelentkezésétől a diagnózison és kezelésen át az utánkövetésig vagy gondozásig (World Health Organization, 2016; Berwick et al., 2008). Jól szervezett betegút esetén egyértelmű,

hová fordulhat a beteg, ki dönt a továbbutalásról, milyen vizsgálatok szükségesek, mikor kell kontrollra mennie, és ki felel az ellátás következő lépéséért.

Az integrált ellátás egyik feltétele az alapellátás, szakellátás és kórházi ellátás közötti együttműködés. Különösen fontos ez idős, több krónikus betegséggel élő vagy szociálisan sérülékeny betegek esetében. A digitális rendszerek segíthetik az információmegosztást, de a technológia önmagában nem elegendő: szükség van szervezeti keretekre, felelősökre és visszacsatolásra is.

Az ellátási utak újraszervezése változásmenedzsment-feladat. Érintheti az időpontfoglalást, a beutalási rendet, a diagnosztikai vizsgálatok sorrendjét, a kontrollokat és a dokumentációt. Eredményessége mérhető például várakozási idővel, újrafelvételi aránnyal, az elkerülhető sürgősségi ellátások számával vagy betegelégedettséggel (Greenhalgh et al., 2017).

12.9. Humánerőforrás-trendek: új kompetenciák és új szerepek

Az egészségügy átalakulása az egészségügyi dolgozókkal szembeni elvárásokat is módosítja. A digitalizáció, mesterséges intelligencia, adatvezérelt működés, integrált ellátás és betegközpontú szemlélet új kompetenciákat igényel. A jövő egészségügyi szakembereinek a szakmai tudás mellett digitális, kommunikációs, együttműködési és változáskezelési képességekkel is rendelkezniük kell (Garaj, 2020; World Health Organization, 2021a).

A digitális kompetencia ma már az egészségügyi munka alapvető része (World Health Organization, 2021a; Meskó, Görög, 2020). Az elektronikus dokumentáció, e-recept, betegportálok, távkonzultáció és döntéstámogató eszközök használata mindennapi feladattá válik. Nem minden egészségügyi dolgozónak kell informatikussá válnia, de biztonságosan és értő módon kell használnia azokat az eszközöket, amelyek a betegellátást támogatják.

A mesterséges intelligencia megjelenése kritikus gondolkodást és adatértési képességet igényel. A szakembernek tudnia kell értelmezni az MI javaslatát, felismerni annak korlátait, és nem szabad automatikusan elfogadnia a gépi eredményt (Meskó, Görög, 2020; World Health Organization, 2021b). A szakmai felelősség továbbra is emberi felelősség marad.

Az interprofesszionális együttműködés szintén felértékelődik. A komplex betegek ellátása orvosok, szakdolgozók, gyógytornászok, dietetikusok, gyógyszerészek, pszichológusok, szociális szakemberek, informatikusok és menedzserek együttműködését

igényelheti (World Health Organization, 2016). A teammunka akkor hatékony, ha a szerepek világosak és az információáramlás biztosított.

A munkaerőhiány miatt egyre nagyobb figyelmet kap a feladatmegosztás és a kompetenciabővítés. Bizonyos feladatok megfelelő képzés és szabályozás mellett más szakmai szereplőkhöz kerülhetnek. Az új trendek mellett ugyanakkor figyelni kell a dolgozói jóllétre és a kiégés megelőzésére is, mert egy rosszul bevezetett fejlesztés növelheti a munkaterheket.

12.10. Fenntartható és klímareziliens egészségügy

A fenntarthatóság az egészségügyben egyre fontosabb menedzsmentkérdéssé válik. Az egészségügyi intézmények jelentős energia-, víz-, gyógyszer-, egyszer használatos eszköz és anyagfelhasználással működnek, miközben nagy mennyiségű hulladékot is termelnek (World Health Organization, 2020). A fenntartható egészségügy célja, hogy az ellátás biztonsága és minősége mellett csökkenjen a rendszer környezeti terhelése.

A klímaváltozás közvetlenül is érinti a lakosság egészségi állapotát. A hőhullámok, légszennyezés, extrém időjárási események, allergiás betegségek gyakoribbá válása és bizonyos fertőző betegségek terjedése növelheti az egészségügyi ellátás iránti igényt (World Health Organization, 2020). Különösen sérülékenyek lehetnek az idősek, krónikus betegek, gyermekek és rosszabb szociális helyzetben élők.

A klímareziliens egészségügy azt jelenti, hogy az egészségügyi rendszer képes felkészülni a környezeti és időjárási eredetű kockázatokra, működését válsághelyzetekben is fenntartani, és gyorsan alkalmazkodni a megváltozott körülményekhez (World Health Organization, 2020). Egy hőhullám például kapacitástervezési, betegbiztonsági és kommunikációs feladatokat is jelent.

A fenntarthatóság gyakorlati szinten megjelenhet energiahatékony épületüzemeltetésben, hulladékgazdálkodásban, fenntartható beszerzésben, az egyszer használatos eszközök észszerű alkalmazásában vagy digitális megoldások használatában. A betegbiztonság azonban elsődleges: az infekciókontroll, a sterilizálás és a szakmai szabályok nem sérülhetnek környezeti célok miatt.

3. táblázat: Nem technológiai trendek és menedzsmentjelentőségük

MI-alkalmazás	Várható előny	Kockázat és menedzsmentfeladat
Diagnosztikai döntéstámogatás	Eltérések felismerése, vizsgálatok rangsorolása	Hibás jelzés vagy torzítás; validáció, orvosi kontroll és dokumentáció szükséges
Kockázatbecslés	Állapotromlás, szövődmény vagy újrafelvétel korábbi jelzése	Pontatlan előrejelzés; küszöbértékek, felelősök és utánkövetési rend kijelölése
Betegirányítás	Triázs, prioritás és kapacitástervezés támogatása	Nem megfelelő besorolás; szakmai protokollok és rendszeres teljesítmény-ellenőrzés
Adminisztráció	Leletvázlat, dokumentáció és ismétlődő feladatok támogatása	Pontatlan szöveg vagy többletellenőrzés; emberi jóváhagyás és adatvédelmi szabályok
Betegedukáció	Közérthető tájékoztatók és összefoglalók előkészítése	Félrevezető információ; szakmai ellenőrzés és betegbarát kommunikáció
Kutatás és menedzsment	Adatmintázatok elemzése és vezetői döntéstámogatás	Gyenge adatminőség; adatgazdálkodás, jogosultságkezelés és átlátható módszertan

Forrás: saját szerkesztés

A fenntartható és klímareziliens működés szervezeti kultúrát is igényel. A vezetés feladata, hogy a környezeti szempontokat összehangolja a betegellátás biztonságával, a dolgozói terheléssel és az intézmény pénzügyi lehetőségeivel *(3. táblázat)*.

12.11. Innováció bevezetése az egészségügyi szervezetekben

Az egészségügyi innováció nemcsak új technológia bevezetését jelenti. Innovációnak tekinthető egy új diagnosztikai vagy terápiás eljárás, digitális rendszer, betegút, munkaszervezési módszer, minőségfejlesztési program vagy új együttműködési forma is (Garaj, 2020; Greenhalgh et al., 2017). Az egészségügyben különösen fontos, hogy az

újdonság valós problémára adjon választ, és javítsa az ellátás minőségét, biztonságát, hozzáférhetőségét vagy hatékonyságát.

Az innováció bevezetése mindig szervezeti változást is jelent. Hatással lehet a dolgozók feladataira, a betegutakra, a dokumentációra, a felelősségi viszonyokra és a vezetői ellenőrzésre (Greenhalgh et al., 2017). Ezért az egészségügyi menedzsment feladata nemcsak az új megoldás kiválasztása, hanem annak megtervezése is, hogyan illeszthető be biztonságosan a mindennapi működésbe.

Az első lépés a probléma pontos meghatározása. Nem abból célszerű kiindulni, hogy milyen új technológia érhető el, hanem abból, hogy milyen ellátási, szervezési vagy minőségügyi problémát szeretnénk megoldani. Ha a probléma nincs pontosan meghatározva, az újítás látványos lehet, de nem biztos, hogy valódi értéket teremt.

A bevezetés gyakran kisebb léptékű kipróbálással, pilotprogrammal indul. Ennek előnye, hogy a szervezet korlátozott kockázat mellett szerez tapasztalatot az új megoldásról. A pilot akkor hasznos, ha előre meghatározzák, milyen szempontok alapján értékelik az eredményét.

Az érintettek bevonása, a dolgozók képzése és a betegek tájékoztatása az innováció sikerének alapfeltétele. A bevezetés után mérni kell, hogy az új megoldás elérte-e célját: csökkent-e a várakozási idő, javult-e a betegbiztonság, kevesebb lett-e az adminisztratív teher, vagy nőtt-e a betegelégedettség. Az innováció csak akkor fenntartható, ha hosszabb távon is működtethető, finanszírozható és szakmailag elfogadott (Greenhalgh et al., 2017).

12.12. Kockázatok, etikai és szabályozási kihívások

Az egészségügy új trendjei jelentős lehetőségeket kínálnak, ugyanakkor új kockázatokat is teremtenek. A digitalizáció, mesterséges intelligencia, adatmegosztás, távellátás és személyre szabott medicina csak akkor szolgálják a betegellátást, ha biztonságosan, átláthatóan és szabályozott módon működnek (World Health Organization, 2021b; Európai Parlament és Tanács, 2024; Európai Parlament és Tanács, 2025) *(4. táblázat).*

Az egyik legfontosabb kihívás az adatvédelem. Az egészségügyi adatok különösen érzékeny személyes adatok, mivel a beteg testi és lelki állapotára, diagnózisaira, kezeléseire, gyógyszereire és élethelyzetére vonatkozhatnak. A digitális rendszerek növelik az adatok felhasználási lehetőségeit, de növelik a jogosulatlan hozzáférés, adatvesztés vagy adatvédelmi incidens kockázatát is.

A kiberbiztonság ma már betegbiztonsági kérdés is. Ha leáll az elektronikus dokumentáció, az előjegyzési rendszer, a laboratóriumi informatikai rendszer vagy a képalkotó

archívum, az ellátás szervezése és biztonsága is sérülhet. Az egészségügyi menedzsmentnek ezért a kiberbiztonságot nem informatikai mellékkérdésként kell kezelnie.

A mesterséges intelligencia alkalmazása etikai és felelősségi kérdéseket vet fel. Ha egy algoritmus hibás vagy torz javaslatot ad, az betegbiztonsági és méltányossági problémát okozhat (World Health Organization, 2021b; Európai Parlament és Tanács, 2024). Ezért vizsgálni kell, milyen adatokon fejlesztették a rendszert, milyen környezetben validálták, és hogyan ellenőrizhető a működése a bevezetés után.

A digitális egyenlőtlenségek szintén fontosak. Nem minden beteg rendelkezik megfelelő eszközzel, interneteléréssel vagy digitális készséggel (Sørensen et al., 2012; World Health Organization, 2021a). Ha az ellátás kizárólag digitális csatornákra épít, az növelheti a hozzáférési egyenlőtlenségeket. Ezért a digitális fejlesztések mellett alternatív elérési lehetőségeket is biztosítani kell.

Az új technológiák bevezetésénél az átláthatóság, betegjogi megfelelés, emberi kontroll és szakmai felelősség alapfeltétel. Az adatvédelem, kiberbiztonság, hozzáférési egyenlőség és szabályozási megfelelés nem akadályai az innovációnak, hanem feltételei.

4. táblázat: Az innováció bevezetésének és kockázatkezelésének fő menedzsmentfeladatai

Adatforrás	Felhasználás	Menedzsmentfeladat
Betegellátási adatok	Kórtörténet, diagnózis, terápia és utánkövetés áttekintése	Egységes rögzítés, hozzáférési rend és adatminőség biztosítása
Vizsgálati adatok	Labor-, képalkotó és egyéb eredmények értékelése, trendek követése	Adatkapcsolatok, leletstruktúra és visszakereshetőség fejlesztése
Működési adatok	Várólisták, átfutási idők, kapacitás és erőforrások elemzése	Riportok, mutatószámok és vezetői visszacsatolás kialakítása
Minőségi mutatók	Eredményesség, betegbiztonság és nemkívánatos események követése	Felelősök, célértékek és javító intézkedések meghatározása
Betegoldali adatok	Elégedettség, panaszok, betegút és digitális kapcsolattartás értékelése	Betegközpontú szolgáltatásfejlesztés és közérthető tájékoztatás
Kutatási adatok	Új összefüggések, ellátási mintázatok és innovációs lehetőségek feltárása	Etikai engedély, anonimizálás és átlátható adatkezelés biztosítása

Forrás: saját szerkesztés

12.13. Összegzés: milyen irányba változik az egészségügy?

Az egészségügy átalakulása több, egymással összefüggő folyamat eredménye. A népesség idősödése, a krónikus betegségek növekvő terhe, a munkaerőhiány, a finanszírozási korlátok, a technológiai fejlődés és a betegek megváltozott elvárásai egyaránt új megoldásokat igényelnek. A fejezetben bemutatott trendek nem különálló jelenségek, hanem ugyanannak a rendszer-átalakulásnak az elemei.

A jövő egészségügye várhatóan egyre inkább digitális, adatvezérelt, betegközpontú, megelőzésorientált, integrált és fenntarthatósági szempontokra érzékeny rendszer lesz. A technológia ugyanakkor önmagában nem oldja meg az egészségügyi rendszerek problémáit. A digitális eszközök, az adattér és a mesterséges intelligencia csak akkor teremtenek értéket, ha megfelelő szakmai, szervezeti, jogi és humánerőforrás-feltételek mellett működnek.

A változás középpontjában továbbra is az ember áll: a beteg, aki tájékoztatást, biztonságot és követhető ellátást vár, valamint az egészségügyi dolgozó, akinek szakmai tudása, felelőssége és együttműködése nélkül az új technológiák sem működnek. Az egészségügyi menedzser feladata, hogy az új trendeket ne elszigetelt fejlesztésekként kezelje, hanem a szervezet működésébe illeszkedő, betegellátást javító és hosszú távon fenntartható változásként irányítsa.

Az egészségügy jövője nem kizárólag technológiai kérdés, a korszerű egészségügyi menedzsment lényege az, hogy az új lehetőségeket felelősen kapcsolja össze a betegek, a dolgozók és az ellátórendszer valós szükségleteivel.

Irodalomjegyzék

Berwick, D. M.; Nolan, T. W.; Whittington, J. (2008). *The Triple Aim: Care, Health, and Cost.* Health Affairs. 27(3):759–769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759

Elwyn, G.; Frosch, D.; Thomson, R.,; Joseph-Williams, N.; Lloyd, A.; Kinnersley, P. et al. (2012). *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice.* Journal of General Internal Medicine. 27(10):1361–1367. DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6

Európai Parlament és Tanács (2024). *Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council of 13 June 2024 laying down harmonised rules on artificial intelligence.* Official Journal of the European Union.

Európai Parlament és Tanács (2025). *Regulation (EU) 2025/327 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2025 on the European Health Data Space.* Official Journal of the European Union.

Garaj, E. (szerk.) (2020). *Egészségügyi szervezetek menedzsmentje.* Akadémiai Kiadó, Budapest. DOI: 10.1556/9789634545286

Greenhalgh, T.; Wherton, J.; Papoutsi, C.; Lynch, J.; Hughes, G.; A'Court, C. et al. (2017). *Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies.* Journal of Medical Internet Research. 19(11):e367. DOI: 10.2196/jmir.8775

Magyarország.hu: *EESZT – Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér.* Magyarország.hu/Személyre Szabott Ügyintézési Felület.

Meskó, B.; Görög, M. (2020). *Rövid útmutató egészségügyi szakemberek számára a mesterséges intelligencia korában.* Magyar Tudomány, 2020/10. Akadémiai Kiadó.

Pákozdyné Bőcz, I. (2024), *Digitális közszolgáltatások, E-egészségügy Magyarországon: Az EESZT bevezetése és fejlesztései, Az E-egészségügy digitális jövője. Közigazgatási és Infokommunikációs Jogi PhD Tanulmányok.* 5(1):57–73. DOI: 10.47272/KIKPhD.2024.1.4

Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. (2012). *Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models.* BMC Public Health. 12:80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80

Topol, E. J. (2019). *High-performance Medicine: The Convergence of Human and Artificial Intelligence.* Nature Medicine. 25:44–56. DOI: 10.1038/s41591-018-0300-7

World Health Organization (2016). *Framework on Integrated, People-Centred Health Services.* World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2020). *WHO Guidance for Climate-Resilient and Environmentally Sustainable Health Care Facilities.* World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2021a). *Global Strategy on Digital Health* 2020–2025. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2021b). *Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health.* WHO Guidance. World Health Organization, Geneva.

Gyakorló tesztkérdések

1. Melyik állítás írja le legjobban, miért alakul át napjainkban az egészségügy?

a) Kizárólag a technológiai fejlődés miatt.
b) Csak a finanszírozási szabályok változása miatt.
c) Demográfiai, technológiai, gazdasági, társadalmi és környezeti tényezők együttes hatása miatt.
d) Csak a betegek növekvő elvárásai miatt.

2. Mi a digitális egészségügyi megoldások egyik fő menedzsmentfeladata?

a) A papíralapú dokumentáció azonnali megszüntetése, minden feltétel nélkül.
b) Az interoperabilitás, az adatbiztonság és a jogosultságkezelés biztosítása.
c) A személyes orvos-beteg találkozások teljes kiváltása.
d) A klinikai döntések automatikus átvétele a szakemberektől.

3. Mi a mesterséges intelligencia helyes szerepe az egészségügyi ellátásban?

a) Teljes mértékben pótolja az orvosi döntéshozatalt.
b) Kizárólag kutatási célra használható.
c) Klinikai és szervezeti döntéstámogatást nyújthat, de emberi kontrollt igényel.
d) Csak finanszírozási elszámolásra alkalmas.

4. Mi az adatvezérelt egészségügy lényege?

a) Az egészségügyi adatok gyűjtése és elemzése az ellátás, a menedzsment, a minőségfejlesztés és a tervezés támogatására.
b) Az egészségügyi adatok felhasználásának teljes tiltása.
c) Kizárólag pénzügyi jelentések készítése.
d) Minden egészségügyi adat nyilvánossá tétele automatikusan.

5. Melyik megközelítés támogatja leginkább egy új egészségügyi innováció sikeres bevezetését?

a) Azonnali teljes körű bevezetés, előzetes kipróbálás nélkül.
b) Az érintettek bevonása, pilotkipróbálás, képzés, mérés és kockázatkezelés.
c) A felhasználók kizárása a tervezésből.
d) Az eredmények mérésének elhagyása.

Gyakorló tesztkérdések megoldásai

1. kérdés: c
2. kérdés: b
3. kérdés: c
4. kérdés: a
5. kérdés: b

ISBN 978-963-615-348-9