

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

52. ÉVFOLYAM, 2014. 2-3. SZÁM

HELYZETKÉP A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYRŐL

Tartalom

KÖSZÖNTŐ

Helyzetkép a magyar egészségügyről	1
--	---

HELYZETÉRTÉKELÉS

Az egészségügyi rendszer működése az elmúlt négy évben (Sinkó Eszter)	2
Népegészségügy (dr. Vokó Zoltán)	5
Csecsemő- és gyermekgyógyászat (prof. dr. Balla György)	8
Onkológia és sugárterápia (prof. dr. Kásler Miklós, prof. dr. Polgár Csaba)	10
Dietetika, ételmezés és étkeztetés (Henter Izabella)	12
Ápolás (Mészáros Magdolna)	15
Gyógyszerellátás (dr. Télessy István)	18
Transzplantáció (prof. dr. Langer Róbert)	20
Orvosi rehabilitációs tevékenység (dr. Kullmann Lajos)	22

SZAKCIKK

Határon átnyúló egészségügyi ellátás az Európai Unióban (Gellérné Lukács Éva, Gyeney Laura)	24
Változó közleményipiac és dinamizálódó egészség-gazdaságtani kutatói közösség (Merész Gergő, Földesi Csenge, Nagyistók Szilvia, Vinciczki Áron Zoltán)	36
A metabolikus szindróma epidemiológiája Magyarországon (Szigethy Endre, dr. Széles György, dr. Kardos László, dr. Horváth Attila, dr. Hidvégi Tibor, dr. Jermendy György, dr. Paragh György, dr. Blaskó György, dr. Ádány Róza, dr. Vokó Zoltán)	42
Kontrollingrendszer és keretgazdálkodás kialakítása, valamint az ezzel összefüggő szervezeti konfliktusok megoldásának jelentősége az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet (OKITI) működtethetőségében (dr. Óváry Csaba)	49
Az Egészségügyi Technológiaelemzés Európai Hálózata (Szerencsés Viktória)	62
Az egészségügyi közbeszerzés problémás területei és azok lehetséges megoldásai (Ujhelyi Krisztina)	77

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: az Emberi Erőforrások Minisztériuma
és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Megjelenik: kéthavonta

Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.

Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u. 8. • Telefon: (1) 788-9212

Fax: (1) 700-2998 • Web: www.weborvos.hu

Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója

Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4–6.

Telefon: (1) 795-1009

Főszerkesztő: Kövesi Ervin

Orvosigazgató: Szepesi András

Felelős szerkesztő: Bene Zsolt

A Szerkesztőbizottság elnöke: prof. dr. Orosz Éva

Szakmai szerkesztő: dr. Gervai Nóra

A tanácsadó testület tagjai: Bodrogi József, dr. Gaál Péter,
Molnár Attila, dr. Rácz Jenő, Skultéty László

Nyomdai előállítás: MEGA Kft.

Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató

Az Egészségügyi Gazdasági Szemle

utcai terjesztésre nem kerül.

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.

Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.

További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276

Éves előfizetési díj: 6.930 Ft

Minden jog fenntartva!

A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez
a kiadó írásbeli engedélye szükséges.

A hirdetések tartalmáért a hirdető vállalja a felelősséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet
a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

Helyzetkép a magyar egészségügyről

■ A Szerkesztőség

Az **Egészségügyi** Gazdasági Szemle szerkesztősége eszmecsere-re szeretné ösztönözni Olvasóit az egészségügy jelenlegi helyzetéről és a következő négy év legfontosabb kérdéseiről. Az eszmecsere indításaként felkértük a Szakmai Kollégium számos tagozatának vezetőjét, hogy a következő kérdésekre fókuszálva értékeljék szakterületük helyzetét:

- Mik voltak az elmúlt négy év legfontosabb tendenciái az adott területen?
- Melyek az adott terület jelenlegi legfontosabb problémái?
- Mely vonatkozásokban legnagyobb az elmaradásunk a fejlett országoktól?

- Melyek azok a problémák (az adott szakterületen), amelyeknek prioritást kellene kapniuk az elkövetkező négy évben?

A következő összeállításban számos helyzetértékelés olvasható.

Tisztelt Olvasó! A Szerkesztőség várja az Ön véleményét is ezekről a kérdésekről – az egészségügyünk bármely szakterületére, ellátási formájára, ill. bármely funkciójára (pl. finanszírozás, intézményi gazdálkodás, oktatás stb.) vonatkozóan. Szívesen fogadunk hozzászólásokat is a most közölt írásokhoz.

Az egészségügyi rendszer működése az elmúlt négy évben

Alábbi írásomban röviden összefoglaltam, meglátásom szerint melyek voltak a legfontosabb történések az elmúlt időszakban – az egészségügyi rendszer működtetése szempontjából lényeges dimenziók mentén.

■ Sinkó Eszter

Az 1. táblázat dimenziókra bontva mutatja az ágazatban lezajlott lényegesebb eseményeket.

A történések konzekvenciái

Ad 1) A kormány az elmúlt időszakban a szolgáltató szektor többségének államosításával rövid idő alatt alapvetően felülírta az ellátó rendszer húsz éve meglévő szervezeti keretét és irányítási mechanizmusát. Hogy érdemes volt-e meglépnie ezt a váltást, egyelőre nehéz megmondani – túl korai lenne szétszálazni a változás pozitív és negatív elemeit – annyi bizonyos, a betegek számára mindebből sok haszon még nem mutatkozik.

Ad 2) A korábbi kormányzati ciklusokhoz képest feltűnő különbséget tapasztalhatunk a tekintetben, hogy nem miniszter, hanem államtitkár dirigálja az ágazatot, aki emiatt rendre hiányzik a kormányülésekről, lehetőséget sem kapva a tárca érdekeinek közvetlen képviseletére. Itt jegyezzük meg, jelen kormány részéről markánsan eltérő szerepbeli elvárás nyilvánul meg az ágazatvezetőkkel szemben: míg korábban az volt a jellemző, hogy az ágazatvezető tárcája érdekeit képviseli a kormányban, addig a mai elvárás az ágazatvezető irányában abban testesül meg, hogy a kormányt képviselje felügyelendő ágazata előtt.

Ad 3) Az ágazatirányítás szempontjából ugyancsak szokatlan jelenségeként értelmezett, hogy mennyivel több hivatal, kormányzati szereplő gyakorol(t) lényeges befolyást az

egészségügy mindennapos működésére. Az elemzők régóta tudomásul vették, hogy az egészségügyi ágazat vezetőin kívül a pénzügyi vezetés is aktív befolyásoló erővel bír – lévén a kassa kulcsa náluk található –, de az teljességgel szokatlan, hogy a KIM, azaz a Közigazgatási és Igazságügy Minisztérium is bejelentkezett harmadiknak az érdemi befolyásolással bíró szereplők sorába. Nem jelent nagy vigaszt, hogy ezt már nem teheti, mivel ebben a felállásban nem funkcionál többé. A jelenlegi ciklusban vélhetően a Miniszterelnöki Hivatal veszi át a helyét.

Ad 4) Nem csupán a befolyással bíró szereplők köre volt tágabb a szokásosnál, de a beavatkozással érintett területek spektruma is látványosan bővült a korábbi időszakhoz képest. Ez a fajta – legtöbbször az államtitkárság kontójára történő – „terjeszkedés” gyakran eredményezett éles vitákat a hivatalok között. Ha a hírek igazak, az Egészségügyért Felelős Államtitkárságnak nem egyszer kellett megbeszélést folytatnia az NGM-mel arról, miért nem szabad vagy érdemes a háziorvosi rendszer orvosainak foglalkoztatási viszonyát alkalmazotti státuszúvá alakítani. Sok csatát kellett az államtitkárságnak megvívnia a KIM-mel is azért, hogy az államosított intézményeket ne söpörjék be a kormányhivatalok alá, hanem a GYEMSZI legyen a gazdájuk (2. táblázat).

Ad 5) Az államosításon kívül komoly, a lakosság életkilátásait alapvetően jó irányba terelő, magas egészségnyereséggel bíró beavatkozásként kell értékelni a nemdohányzók védelméről szóló törvény módosítását. Ha csak egyetlen megha-

1. táblázat: Fontosabb történések (forrás: Sinkó, 2013. december, IME-konferencia)

Érintett dimenziók	Tartalom
1. Tulajdonviszonyok	Kórházak és járóbeteg szakellátás többsége államosításra kerül; patikák – ellentétes irány
2. Irányítási rendszer	GYEMSZI és a TIG-ek felállítása; ÁNTSZ, OEP egyes szerv. egységeinek kormányhivatalokhoz rend.
3. Forrásteremtés	NETA, Baleseti adó bevezetése; Széll Kálmán tervek; munkáltatói tb. járulékos adóvá alakítása; új ÁHT (tb. nem önálló alrendszer); munkáltatói betegségbiztosítás vásárlásának új feltételei
4. Finanszírozási technika	20%-os feladatarányos finanszírozás belépése
5. Betegek helyzete, egészségi állapotra ható tényezők	Alaptörvény megalkotása; EBF megszüntetése, OBDK felállítása; kórházi és járóbeteg ellátás TEK-jeinek átszabása; nemdohányzók védelméről szóló törvény mód.
6. Egészségügyi személyzet, kórházak helyzete	Béremelések, ösztöndíj programok; 62 évesek kényszernyugdíjazása; kórházi kapacitások és progresszivitási szintek átszabása; kórházigazgatók hatáskörének csökkenése, új minimumfeltételek
7. Társadalmi kontroll	Helyi önkormányzatok felügyeleti szerepének

2. táblázat: A kezdeményezők (forrás: Sinkó, 2013. december, IME-konferencia)

Dimenziók	A változás kezdeményezői
1. Tulajdonviszonyok	KIM (egészségügyi szolgáltatók), Gyógyszerési Kamara (gyógyszertárak)
2. Irányítási rendszer	Államtitkárság (GYEMSZI, TIG) és KIM (ÁNTSZ - Kormányhivatal)
3. Forrásteremtés	Államtitkárság (NETA) és NGM (Széll Kálmán tervek, járulék adóvá alakítása, ÁHT, Munkáltatói betegségbiztosítás vásárlás)
4. Finanszírozási technika	GYEMSZI
5. Betegek helyzete; egészségi állapotra ható tényezők	Kormány (Alaptörvény, EBF), Államtitkárság (OBDK, Nemdohányzók véd.), ÁNTSZ (TEK)
6. Egészségügyi személyzet; kórházak helyzete	Államtitkárság (bérelemések, kapacitás átszabás, hatásköri csökkenés), Kormány (62 évesek nyugd.), ÁNTSZ (minimumfeltételek)
7. Társadalmi kontroll	KIM (tulajdonviszonyok megváltoztatása)

tározó és pozitív tartalmú kormányzati mozzanatot kellene kiemelni, erre szavaznák. Népegészségügyi, egészség-gazdaságtani szempontból is ez a beavatkozás kecsegtet a legtöbb eredménnyel.

Ad 6) Nem sokkal marad el jelentőségében a Népegészségügyi Termékadó (NETA) bevezetése sem az előzőtől. Elsősorban nem magának a beszedett adónak van jelentősége, hiszen „mindössze” 20 milliárdos az ebből származó bevétel éves szinten. Nagyobb fontosságot kell tulajdonítanunk annak, hogy a különadó megváltoztatja a fogyasztói és gyártói szokásokat, ereje elsődlegesen ebben rejlik.

Ad 7) Az eHealth-szel összefüggésben lévő informatikai és infokommunikációs fejlesztések képezik az ellátó rendszer szempontjából harmadik leghasznosabb államtitkársági lépéssorozatát. Ma még nem érzékelhető, mennyi előnye származik ebből a betegeknek és a szolgáltatóknak, de a jövő ígéretes (3. táblázat).

Ad 8) A központi bérelemések intézményesítése csökkentette a kórházigazgatók mozgásterét, de tagadhatatlanul pozitív hatást gyakorolt az ágazatban dolgozók jövedelmi viszonyaira, legalábbis a nővérek és a fiatal orvosok, illetve a szakrendelők orvosai körében. Diszkriminatív jellege ellenére (talán) csökkentette az elvándorlás mértékét, ezzel egyidejűleg azonban megnövelte az eladósodás mértékét.

Mely vonatkozásokban legnagyobb az elmaradásunk a fejlett országoktól?

- A közkiadások mértéke, nagysága feltűnően alacsony a GDP-hez viszonyítva, bár ez láthatóan nem hatja meg a kormányt. A 2010–2014 közötti időszakban tovább romlott az ágazat pozíciója (1. ábra).
- Idejét múlt az a metódus, ahogyan az egészségügyi személyzet tagjai a hozzájuk forduló állampolgárokat, illetve a betegeket kezelik, tájékoztatják, esetenként közremű-

ködsre bírják. Kár, pedig ha sikerülne javítani a betegek együttműködési készségén, adherenciáján, az milliós nagyságrendben eredményezne másra fordítható szabad forrást a rendszerben.

- Az ellátások egymásra épültségében, az ellátás folyamatként való kezelésben (continuum of care) is jelentős az elmaradásunk. Bár feltűnően fragmentált az ellátórendszer, nincs aki a beteg „kezét” – akár virtuális is – fogja.
- A koordináció és kooperáció hiánya erőteljesen érzékelhető. Itt korábban elindultak spontán egyeztetések a kórházak között, de e kezdeményezéseket az államosítás kiölte a rendszerből, az állam pedig keveset rakott ehhez a maga szintjén.
- Az innovációra törekvés nincs állami szinten támogatva – mivel nincs tere az egyéni/intézményi kezdeményezésnek, és verseny sincs a szolgáltatók körében.

Mely problémák megoldásának kellene prioritást kapniuk az elkövetkező négy évben?

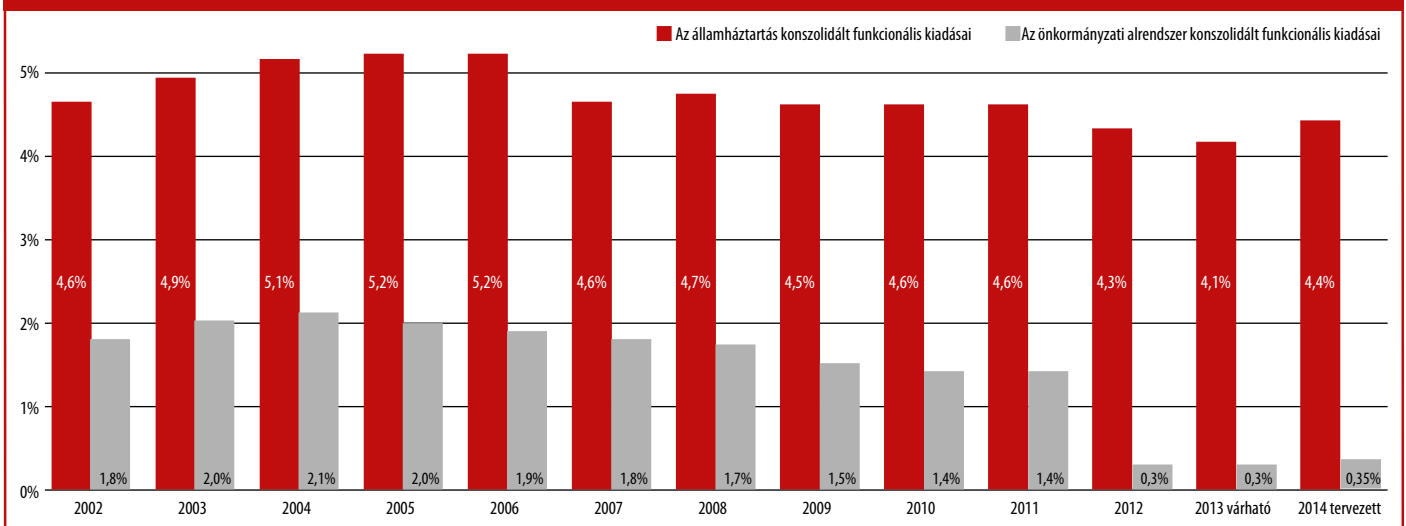
- A köz és a magán együttéléséről konszenzust kell alkotni, az állam szerepvállalását szükséges tisztázni, a szolgáltatói és a finanszírozói feladatok közül azonosítani kell, melyek kerülhetnek a magánszereplőkhöz. A kormány egyelőre a homokba dugja a fejét, és úgy viselkedik, mintha nem lenne ezen a területen megválaszolatlan, nyitott kérdés, de a passzivitás nem segít a nyilvánvaló problémák kezelésében.
- Sokan vallják magukénak azt a felfogást, hogy az alacsony költség meghatározása is előttünk álló feladat. Én csak részben osztom ezt a véleményt, mivel a csomag pozitív meghatározására nincs lehetőségünk, ezért csak az ellátás „határait” lehet egy-egy területen beazonosítani, például azt, milyen szemlencse járjon a betegnek a járulékfizetésért cserébe.

3. táblázat: Eredmények (forrás: Sinkó, 2013. december, IME-konferencia)

Pozitív	Negatív
• Javuló életkilátások a dohányzás csökkentése és kedvezőtlen termékek fogyasztási szokásainak átalakulása miatt	• Tulajdonosi szerepek átalakulása (lehet-e az állam jó tulajdonos?)
• Generikus árverseny (gyógyszer)	• Új Alaptörvény hiányzó passzusa (nincs szolidaritáson alapuló TB-fin.)
• Közbeszerzések a földgáz, áramszolgáltatók, gyógyszer terén (lehet-e tanulószervezet a GYEMSZI?)	• Generikus árverseny (gyógyszer)
• OBDK felállítása	• Közbeszerzések a földgáz, áramszolgáltatók, gyógyszer terén
• Új források bevonása (2013-as bérelemelés, NETA)	• Betegjogok gyengülő védelme (az OBDK-nak nincs hatósági jogköre)
• E-egészségügy (eHealth) fejlesztési projektjei	• Gyengülő ÁNTSZ (nincs területi egysége)
	• Nincs életpályamodell
	• A kórázi döntéshozatal hosszabb útja (szერpmegosztás bizonytalanságai)

Helyzetértékelés

1. ábra: Az államháztartás és az önkormányzatok konszolidált funkcionális egészségügyi kiadásai (GDP %-ában; forrás: zárszámadás)



– Rögzíteni szükséges az Alaptörvényben (azt is), hogy a közkiadások terén mennyit kell a kormánynak minimálisan az egészségügyre költenie. E felfogás nem áll(hat) távol a jelenlegi kormánytól, hiszen saját maga rögzítette az Alaptörvényben az 50%-osnál nem magasabb államadósság-szintet, ami alól a költségvetések éves tervezésekor egyedi felmentést kell kérnie a Parlamenti minden alkalommal... (Mai tudásunk és kormányzati számítások alapján 2028-ban éri el a kormány ezt a kedvező helyzetet.)

– Meg kell alkotni az egészségügyben az életpályamodellt, máskülönben nincs kapaszkodó az itt dolgozók számára. De nem csak jövedelmi viszonyaik javítása jelent kötelező feladatot a kormány számára, hanem társadalmi megbecsültségük erősítése is elsőrendű feladat.

A szerző egészségügyi közgazdász, a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészséggazdaságtan tagozatának elnöke, az Egészségügyi Menedzserképző Központ programvezetője

Népegészségügy

Az elmúlt négy év népegészségügyi politikájának rövid összegzéséhez a Semmelweis-terv Népegészségügy fejezete adhat keretet, lehetőséget kínálva, hogy az abban megfogalmazott intézkedéseket összevessük az elmúlt négy év történéseivel.

■ Dr. Vokó Zoltán

A Semmelweis-terv helyzetértékelése ma is érvényes

„A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen, jelentősen elmarad az ország gazdasági fejlettsége alapján várttól. [...] Az egészségi állapotot és annak meghatározó tényezőit tekintve jelentős a területi, illetve társadalmi-gazdasági tényezők szerinti egyenlőtlenség hazánkban. Különösen kedvezőtlen a többszörösen hátrányos helyzetű roma lakosság egészségi állapota. A betegségteher túlnyomó részét a krónikus nem fertőző betegségek jelentik. Az e betegségek okozta korai halálozás Magyarországon többszöröse a fejlett államokénak. E megbetegedések okozta betegségteher jelentős részéért életmódbeli tényezők (dohányzás, alkoholfogyasztás, kedvezőtlen táplálkozási szokások, fizikai inaktivitás) tehetőek felelőssé. A kedvezőtlen életmód háttérben meghatározó módon pszichoszociális tényezők állnak.”

Természetesen nem várható, hogy négy év alatt a népegészségügyi helyzet olyan jelentős mértékben változzon, hogy a prioritások is radikálisan átalakuljanak, így a következő időszak prioritásait is vélhetően ez a helyzetértékelés fogja meghatározni.

A tervezett beavatkozások első pillére a népegészségügyi kapacitásfejlesztés volt

Az egészségügyi kormányzat felismerve, hogy bármilyen konkrét népegészségügyi prioritásból fakadó népegészségügyi intézkedés és beavatkozás megvalósításához, értékeléséhez megfelelő intézményi és szakmai kapacitásokra van szükség, 2011-re a legfontosabb feladatokat a következők szerint határozta meg. „A Nemzeti Népegészségügyi Program működési módjának kialakítása, a működtetéshez szükséges népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése és a népegészségügy ügyét szolgáló ellátási formák koordinálása kiemelt feladat. Ennek keretében egy támogató tudásmódszertani bázis, a népegészségügyi stratégiaalkotást, a végrehajtás koordinációját, monitorozását és szakmai felügyeletét biztosító szervezeti háttér kialakítása szükséges.” Ennek keretében „az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat intézményrendszere átszerveződik. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal látja el továbbra is a népegészségügyi igazgatási, hatósági funkciókat, a szakmai irányítási, módszertani, koordinációs

feladatokat ellátó országos intézetek rendszere átszerveződik, létrejön az Országos Járványügyi Központ, az Országos Közegészségügyi Központ és az Országos Népegészségügyi Központ.”

Ez az intézményfejlesztés és az intézményi változással az ÁNTSZ és országos intézetei humán erőforrás-kapacitásainak a népegészségügyi prioritásokhoz való igazítása, fejlesztése nem történt meg. A Semmelweis-tervben meghatározott népegészségügyi feladatok végrehajtásában itt mutatkozik a legnagyobb hiányosság, ami kihat a fejlesztési forrásokból megvalósuló projektek sikerességére és fenntarthatóságára is.

Fejlesztési források a népegészségügyben is csak EU támogatásból illetve más külföldi forrásból álltak rendelkezésre (Norvég Alap, Svájci Alap). A Semmelweis-tervben megfogalmazott célkitűzésnek megfelelően, miszerint „a népegészségügyi fejlesztési források felhasználásában szakmai prioritások érvényesítése szükséges”, a fejlesztések ugyan a fejlesztéspolitikai projektek logikájának megfelelően mozaikszerűen, egymáshoz illeszkedve kerültek megtervezésre és kerülnek megvalósításra. A fejlesztések jelentős része a népegészségügyi intézményrendszer megújítását célozza, beleértve „az alapellátásban résztvevők prevenció, egészségnevelési szerepének erősítését”, illetve „a védőnői preventív tevékenység bővítését”:

- Egészségfejlesztési irodák (EFI) létrehozása a járásokban. Az EFI-k fő feladatként (az alapellátással együttműködve) kardiiovaszkuláris kockázatbecslést, egyéni tanácsadást végeznek, illetve csoportos egészségfejlesztési tevékenységet biztosítanak a lakosság részére. Emellett a helyi érintett szereplők bevonásával koordinálják a járásban folyó egészségfejlesztési tevékenységeket. Jelenleg már 58 EFI működik az országban.
- A Norvég Alap támogatásával lelki egészségközpontok jönnek létre – ahol EFI működik, ott ahhoz integráltan –, amelyek alacsony küszöbű mentálhigiénés szolgáltatást fognak nyújtani.
- Folyamatban vannak azok a projektek, amelyek keretében a védőnői méhnyakrákszűrési program kiterjesztésre kerül, illetve a védőnők jelentési rendszerét, kora gyermekkori szűrési tevékenységét és a korai jelzőrendszer működését fejlesztik.
- A Svájci Alap támogatásával valósul meg Észak-Magyarország és Észak-Alföld hátrányos térségeiben a házi orvosi

Helyzetértékelés

- alapellátás közösségi modellje, amelynek keretében praxisközösségek egészségügyi szakdolgozók bevonásával, a helyi közösséggel együttműködve egészségfejlesztési, betegségmegelőzési szolgáltatást nyújtanak.
- A vastagbélrákszűrés nagyléptékű pilot programja a Társadalmi Megújulás Operatív Program keretében valósul meg.
 - „A dohányzásról való leszokást segítő intézményrendszer fenntartása és fejlesztése” érdekében Országos Dohányzás Leszokást Támogató Központ jött létre az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet bázisán, amely a telefonos leszokást támogató szolgáltatást is működteti. Szakmailag irányítja és koordinálja a tüdőgondozókban működő dohányzásról való leszokást támogató hálózatot, amely a fejlesztési források révén immár csoportos leszokást támogató szolgáltatást is tud nyújtani.
 - A szakmai kapacitások bővítése érdekében az Országos Egészségfejlesztési Intézetben (OEFI) Egészségkommunikációs Központot hoztak létre, hogy legyen intézményi bázisa a folyamatos, a programokat támogató professzionális egészségkommunikációnak.
 - A területi egészségfejlesztőket szakmailag irányító, koordináló kapacitásfejlesztés részeként történik a Népegészségügyi Hálózati Központ és az Iskolai Egészség Központ létrehozása az OEFI-ben.
 - Az ÁNTSz területi intézményeinek integrálása a kormányhivatalokba jelentősen gyengítette az egészségfejlesztés területi kapacitásait. Az EFI-k mellett ezen kíván javítani az a fejlesztés, amelynek keretében egy területi egészségfejlesztési szakértői hálózat jön létre az OEFI-hez kapcsolódva. A hálózat egyrészt szakmailag támogatja a területi szereplőket (települések, iskolák, munkahelyek, civil szervezetek, egyházak, gazdasági szereplők, média) egészségfejlesztési tevékenységét, másrészt segítségükkel kialakításra kerül ezen tevékenységek nyomkövetési, értékelési és visszacsatolási rendszere.

A beavatkozások másik pillére a közösségi egészségfejlesztési programok rendszere volt

A kapacitásfejlesztés mellett a népegészségügyi fejlesztési programok másik prioritását a „közösségi szintér alapú (munkahelyi, iskolai, települési) egészségfejlesztési programok elterjesztése, folyamatos támogatása” jelentette. E pályázati kiírások is igyekeztek érvényre juttatni a népegészségügyi prioritásokat, illetve a szintér programokat az adott szintért érintő egyéb intézkedésekhez kapcsolni – így például az iskolai pályázatok tartalmát az új köznevelési törvényhez, amely bevezette a teljeskörű iskolai egészségfejlesztést a közoktatásban –, illetve az iskolai egészségfejlesztési programok minősítésének rendszerét.

A beavatkozások harmadik pillére a népegészségügyi célú jogalkotás volt

A kormányzat a korábbiakhoz képest sokkal tudatosabban és széleskörűbben élt a jogalkotással, mint egészségfejlesztési beavatkozással. Ide sorolható a dohányzás betiltása a közösségi terekben, a dohánytermékek forgalmazási helyének korlátozása, a népegészségügyi termékadó bevezetése, az élelmiszerek mesterséges transzszír-tartalmának szabályozása, rendeletalkotás a közétkeztetésről, a teljes körű isko-

lai egészségfejlesztés bevezetése és szabályozása, illetve a dizájnert drogok C-listájának létrehozása.

Kihívások, főbb adósságok

Sajnos az elmúlt kormányzati ciklusban sem sikerült az egészség ügyét összkormányzati prioritássá tenni. A Semmelweis-terv szerint „a hatékony ágazatközi koordináció elengedhetetlen, különös tekintettel az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése szempontjából, ennek egyik fontos eszköze az egészséget minden szakpolitikában támogató működési mód érvényesítése.” A jó népegészségügyi kormányzás területén még jelentős előrelépésekre van szükség. A Semmelweis-terv feladatai között szerepelt: „a WHO ajánlása szerint » a közpolitikák egymástól való függése új kormányzati megközelítést igényel, melyek összehangolásakor a kormány közös célokat, integrált beavatkozásokat meghatározó, megnövelt összkormányzati felelősségre építő stratégiai tervet készíthet«. Az egészséget támogató közpolitika szervezeti kereteinek kialakítása, az egészséghatás vizsgálatok bevezetése és alkalmazásának bővítése az »egészséget minden szakpolitikában« elvnek megfelelően.” Az egészséghatás vizsgálatok terén hosszú ideje súlyos elmaradásban van az ország. A jelentősebb kormányzati intézkedések egészséghatásának vizsgálata is többnyire csak pusztá formalitás.

A Semmelweis-terv szerint, »szükség van a népegészségügyi intézményrendszer megújítására, a fenntartható finanszírozás megteremtésére, amely az egészségügyi ellátórendszeren túl is mozgósítja a forrásokat.« Nagy kérdés, hogy a fejlesztési forrásokból létrejövő kapacitásfejlesztések fenntarthatóak lesznek-e, és a központi népegészségügyi intézményrendszer átalakulása megtörténik-e annak érdekében, hogy képes legyen a modern népegészségügyi kihívásoknak megfelelni. Ez a hagyományos igazgatási, hatósági, felügyeleti funkciók mellett tervezési, koordinációs, szakmai irányítási és monitorozási feladatok ellátására alkalmas szervezeti kereteket és humán erőforrást igényel. A sikeres népegészségügyi tevékenység fontos záloga, hogy a népegészségügyi intézményrendszer sikeresen tudjon széleskörű partnerséget kialakítani az egyéb ágazatokkal, illetve a megvalósításba bevonható érintett szervezetekkel, szereplőkkel. Ugyan ez a tervekben szerepelt: „a központi állami intézményeken kívül, partnerségi keretek között, a társadalom valamennyi alrendszerének és szereplőjének bevonása szükséges a Népegészségügyi Programba”, a népegészségügyi „mozgósítás”, a koordináltan működő partnerségi hálózatok kialakítása még várat magára.

A Semmelweis-tervben meghatározott feladat volt „a népegészségügyi tevékenység fenntartható finanszírozásának biztosítása, a népegészségügyi termékadj bevezetése. Ennek révén biztosítható, hogy az ÚSzT keretében európai uniós forrásból megvalósuló népegészségügyi fejlesztések fenntarthatóak legyenek, ill. az egyéb népegészségügyi tevékenységek finanszírozási háttere hosszútávon biztosíthatóvá váljon.” A termékadjat végül adóként vezették be, így befolyik a költségvetésbe anélkül, hogy beszedésekor a felhasználásának módját meg kellene határozni. A bevezetése utáni első években a népegészségügyi ellátórendszer humán erőforrás-krízise kezelésének forrását biztosította, ami ugyan szintén népegészségügyi kérdés, de semmiképpen nem tartozik az eredetileg tervezett forrásfelhasználás kategóriájába. Tartós finanszírozás hiányában a fejlesztési forrásokból létrejövő fejlesztések el-

halhatnak, ami nemcsak maguknak a konkrét fejlesztéseknek a kudarcát jelentené, hanem vélhetően jó időre visszavetné az új fejlesztések lehetőségét is.

Elmaradt „az akadémiai szféra és az állami népegészségügyi intézményrendszer együttműködésének fejlesztése, ennek révén a népegészségügyi humán erőforrás és a népegészségügyi kutatás fejlesztése”, pedig a professzionális szakembergárda és a tudományos bizonyítékok elengedhetetlen feltételei a sikeres népegészségügyi programnak. A kormányzat nem váltotta be ígéretét, miszerint „elengedhetetlen a stratégia megújítása is, legkésőbb 2013-ban új népegészségügyi program létrehozása.” Ugyan az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja megfelelő jogi és szakmai keretet biztosított a népegészségügyi tevékenységhez, a jelen kihívásaihoz igazított, megújított stratégia támogatná a konzisztens, hosszútávú népegészségügyi tervezést és cselekvést.

Összegzés

A 2010–2014-es időszakban a népegészségügy ismét felkerült az egészségpolitika napirendjére. A Semmelweis-tervben eltervezett intézkedések túlnyomó többsége megvalósult, jelentős fejlesztések indultak. A következő négy év fő kérdése, hogy ezek a fejlesztések milyen eredményességgel valósulnak meg, fenntarthatóak-e, milyen hatással voltak/vannak a lakosság egészségére, a népegészségügyi intézményrendszer sikerül-e a kor kihívásaihoz igazítani annak érdekében, hogy nagyobb hatékonysággal és jobb minőségben lássa el a feladatát, illetve hogy az egészség ügye összkormányzati szinten is prioritást tud-e kapni.

A szerző az Egészségügyi Szakmai Kollégium Megelőző Orvostan és Népegészségügy Tagozat elnöke

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Nemzetközi adatbázisokban, az Egészségügyi Világszervezet országokra vonatkozó értékelési szempontjai között a csecsemő- és gyermekhalandóság azon túl, hogy jellemzi egy terület, egy régió újszülöttjeinek túlélési esélyeit, egyben minősíti az egész egészségügyi ellátás színvonalát is.

■ Prof. dr. Balla György

Magyarország csecsemőhalálózása tükrözi a lakosság egészségügyi ellátásának presztízsét, ami az elmúlt években stabil javulást mutatott. 1990-hez viszonyítva hazánk csecsemőhalálózása harmadára csökkent, az európai átlagának szintjére – jelenleg 5 ezrelék körül mozog, az elmúlt két évben 4,9 ezrelék volt. A fejlett európai országok szintjétől azonban még el vagyunk maradva, további 1,5–2,5 ezrelékes javulásra mindenképpen szükség van ahhoz, hogy közelítsük a tőlünk nyugatabbra elhelyezkedő országok értékeit. A csecsemőhalalozás értékének csökkentése kötelességünk. Ez alá kell rendelnünk erőfeszítéseinket, hiszen az itt elért eredmények kisugároznak az egész csecsemő- és gyermekellátásra, sőt javítják hazánk ilyen irányú nemzetközi megítélését is.

Az elmúlt négy év egészségpolitikájának prioritása volt a csecsemő- és gyermekgyógyászat, hiszen a család, a gyermek, az újszülött a jövő záloga. Minden egészségügyi szubspecialitást tekintve a csecsemő- és gyermekgyógyászat a legkomplexebb terület. Míg a felnőttgyógyászatban külön specialitásnak számít a belgyógyászat, a neurológia, a sebészet, nephrológia, gasztroenterológia stb., a gyermekgyógyászatnak önmagában kell mindezeket biztosítania. Ezen túl hazánk, nagyon helyesen, a csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosokat biztosít az alapellátás rendszerében a családok számára. Az alapellátást nyújtó gyermekorvosok és a fekvőbeteg-ellátást biztosító kórházak, klinikák között a szakrendelések a felnőtt ellátásra jellemző színes rendszerrel rendelkeznek. Bármelyik működésének zavara kihat az egészre, rontja gyermekeink gyógyulási esélyeit. Nagyon fontos ezért, hogy a kérdést összességében, komplexen kezeljük, értékeljük. Az értékelési szempontjai lehetnek az infrastrukturális feltételek, műszeres ellátási adatok, személyi lehetőségek, működtetési költségek tényszerű adatokon nyugvó tárgyalása. Természetesen ezt rövid terjedelemben nem lehet elvégezni. Ezért a következőkben először néhány megvalósult tény ismertetésére szorítkozom, majd az előttünk álló feladatok prioritását kívánom megfogalmazni.

Az elmúlt négy évben – elsősorban Európai Unió támogatással – a kórházak korszerűsítése kapcsán a gyermekosztályok, gyermekklinikák is korszerűbb körülmények közé jutottak, megjegyezve azt, hogy területenként nem egyenlő mértékben, de jelentős mértékű változás következett be. Lehetőség volt sürgősségi ellátóhelyek fejlesztése kapcsán gyermeksürgősségi központok kialakítására is.

Az egyes kórházakon belül helyi döntések alapján jutott a csecsemő- és gyermekgyógyászat infrastrukturális fejlesztési lehetőségekhez. A Debreceni Egyetem adataival rendelkezem, nálunk a beérkező forrásból a csecsemő- és gyermekellátásra 7% jutott. Ez az összeg arányában nem tűnik nagyoknak, azonban a debreceni gyermekklinika több évtizedes múltját tekintve mégis kiemelkedő összeg. Itt megújult a gyermekintenzív, a gyermek-hematológia, sürgősségi osztály és ambulancia létesült, műszerfejlesztésre is sor került. A nyíregyházi Jósa András Kórház esetében a csecsemő- és gyermekgyógyászatra szánt összeg aránya ennél lényegesen nagyobb volt, természetesen lényegesen jelentősebb minőségi javulást tudtak az infrastruktúrában realizálni. Budapesten az elmúlt négy évben EU-fejlesztésre nem volt lehetőség.

A koraszülött intenzív osztályok műszerfejlesztése, mely informatikai projektet is tartalmazott, az elmúlt négy évben valósult meg, pótolva a korábbi tizenöt év elmaradását. Minden III-II-es szintű perinatális intenzív centrum részesült benne, a budapesti központok a vidéki centrumokhoz hasonló arányban. Ezáltal egységes, magas szintű műszerfejlesztés zajlott.

A csecsemő- és gyermekgyógyászatra jellemző volt a civil szféra által, alapítványokon keresztül biztosított támogatási rendszer, ami sajnos az elmúlt években óriási mértékben csökkent. A támogatás inkább a hematológiai-onkológiai ellátás irányában maradt jelentős, valamint a budapesti kórházak irányába tevődött át. Öröm az, hogy legalább ezeken a területeken jól működik, hiszen minden egyes fillér a gyermekek esélyeit javítja.

Az elmúlt négy év során szervezeti változások is történtek a csecsemő- és gyermekgyógyászatban. A Szakmai Kollégium Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Tagozata és Tanácsa óriási munkát végzett az egész országot magában foglaló ellátási szintek kialakításában, a minimumfeltételek meghatározásában. Különösen öröm volt számomra, hogy mindez nagyobb konfliktus nélkül zajlott, ami annak köszönhető, hogy az előkészítések alaposak és megfontoltak voltak, mindenki, minden kórház és minden osztály megértette, hogy azt a szintű feladatot vállalja fel és fogadja el, amelyet el tud látni, amihez személyi és tárgyi feltételei megvannak. Ennek következtében jelenleg egy jó szerkezetű, mindenki által elfogadott struktúrával rendelkezik az ország. Néhány esetben volt módosítási kérelem, azt helyszíni szemlékkel megvizsgálva a csecsemő- és a gyermekgyógyász tagozat minden esetben támogatta,

és a kérésnek megfelelően módosított. Minden nincs még elvégezve, rengeteg a munka az ellátási szintekhez tartozó beavatkozások meghatározása terén. Hasonlóképpen óriási munka áll még a csecsemő- és gyermekgyógyászat előtt az irányelvek és a protokollok megalkotásában. Azonban meg kell állapítani, hogy kollégáink, munkatársaink mindennap hatalmas gyógyító és adminisztratív terhet végeznek el. Alig van a gyógyított gyermekek és családok részéről kifogás, negatív vélemény megfogalmazása a csecsemő- és gyermekgyógyászat irányában.

A csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosképzés, a szub-specialitások képzése az elmúlt négy évben megújult, a korábbiakhoz képest néhány területen változás történt, új szakvizsga curriculum született, többek között a csecsemő- és gyermekintenzív ellátásban, melyet sikerként élünk meg. A gyermekgyógyász jelöltek ma Méhes Károly-ösztöndíjat választhatnak, mely az alapellátás számára kíván támogatást nyújtani. Idézőjelben, sajnos túlságosan is magas színvonalú az egész csecsemő- és gyermekgyógyászat alap- és ráépített szakképzésének színvonala, hiszen kiképzett, kompetens, nagy elméleti és gyakorlati tudással rendelkező kollégáink számos nyugat-európai és még távolabbi országokban könnyedén jutnak álláslehetőségekhez, stabilizálják azon országok csecsemő- és gyermekgyógyászatát és nyújtanak esélyt az ottani újszülötteknek, gyermekeknek. Pontos adatunk nincs, hogy az elvándorlás milyen mértékben érinti hazánk csecsemő- és gyermekgyógyászait, azonban megállapítható, hogy az elvándorlás folyamatos. Természetesen a megoldás nem a képzés színvonalának csökkentése csupán azért, hogy akadályt teremtsünk, sőt nem is az, hogy adminisztratív eszközökkel ezt a folyamatot gátoljuk. A megoldás ennél sokkal bonyolultabb, a csecsemő- és gyermekgyógyászati hivatás erkölcsi megbecsültségének emelése mind az egészségügyön belül, mind a magyar lakosságot tekintve. Álszerénység lenne, ha nem említenénk meg az anyagi megbecsültség hiányát. Különösen nagy gond, hogy a csecsemő- és gyermekgyógyász szakvizsga letétele után az amúgy sem magas fizetések szintje nem változnak, az újabb szakvizsgák nem vonnak maguk után anyagi megbecsültséget.

Ha a családok, a beteg gyermekek fejével gondolkodom, akkor világosan látszik, hogy milyen változásokra lenne szükség hazánkban.

– Törvény biztosítja a gyermekeknek, hogy édesanyjuk, édesapjuk fekvőbeteg-intézményben a gyermekek mellett tartózkodjanak. Ezt a lehetőséget az elmúlt négy év infrastrukturális fejlesztése ugyan javította, de teljes mértékben nem oldotta meg. A kórteremk minőségét úgy kell javítsuk, hogy e törvényi kötelezettségnek mindenkor, konfliktusok nélkül, lelkiismeret-furdalások nélkül eleget tudjunk tenni.

- A műszerfejlesztés az elmúlt négy évben lényeges minőségi javuláson ment át, fenntartásáról a következő időszakban is gondoskodnunk kell. Ne történhessen meg az, ami az elmúlt tizenöt évben, hogy az amortizációra nem gondolt senki.
- Az, hogy egy beteg, kórházban fekvő gyermek mellett ott van a család, nem azt jelenti, hogy kevesebb orvosra, nővérre van szükség, hiszen ha a gyermek beteg, a család is beteg, el kell látni a gyermek mellett a családot is. Mindezeket túl a kórházban fekvő beteg gyermek nem tud önmagáról gondoskodni, akár még a fürdőszobába sem tud kimenni, ezért a minimumfeltételekben óriási létszámnövekedést kell elérnünk, elsősorban egészségügyi szakdolgozók terén, de természetesen orvosok, szakorvosok terén is.
- A csecsemő- és gyermekgyógyászat a Semmelweis-tervben fejlődési irányokat határozott meg, melyet a kormány saját programjaként elfogadott. Ezt később a „vasgyúró-programban” megerősített. Innen szeretném kiemelni a két következő vállalást. Az egyik, hogy a csecsemő- és gyermekgyógyászatban a várólista, a teljesítmény volumenkorlát nehezen értelmezhető, eltörlése indokolt lenne. A második, a csecsemő- és gyermekgyógyászati HBCS-k értékének emelése négy évvel ezelőtt is megfogalmazódott, hiszen az egészségügyi szakdolgozók létszámának indokolt emelése csak akkor valósulhat meg, hogyha a HBCS-ben tükröződik a gyermekellátás nagyobb mértékű humánerőforrás-igénye is.
- A csecsemő- és gyermekgyógyászat önálló alrendszerként való működtetése szintén szerepelt a korábbi programokban. Változatlanul indokolt ennek a jelentős programtervezetnek életben tartása, megvalósítása, mivel ezen keresztül a csecsemő- és gyermekellátás stabilitást kapna, a magyar családok éreznék, hogy az összes egészségügyi kiadásból megnyit szán hazánk a gyermekekre. A felhasználás folyamatosan követhető lenne és megteremtené annak lehetőségét is, hogy a célként kitűzendő 1,5-2,5%-os csecsemőhalálozási arány csökkenését megvalósítsuk. Az önálló alrendszer nem járhat azzal, hogy akár országos szinten, akár kórházon belül a csecsemő- és gyermekgyógyászat izolálódjon. Inkább azt kellene szolgálnia, hogy azon keresztül megkülönböztetett figyelmet kapjon, és a felnőttgyógyászok ritka, speciális esetekben könnyebben bevonhatók lehessenek egy-egy kis betegünk gyógyításába.

A szerző az MTA levelező tagja, a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Intézet igazgatója, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Csecsemő- és Gyermekgyógyász Tagozat elnöke

Onkológia és sugárterápia

Az Egészségügyi Gazdasági Szemle tematikus összeállításához az alábbiakban közölt, az onkológia és sugárterápia szakterület jelenlegi helyzetéről és a következő időszakra vonatkozó prioritásokról szóló összefoglalót készítettük el.

■ **Prof. dr. Kásler Miklós¹, prof. dr. Polgár Csaba²**

Az elmúlt négy év főbb tendenciái

A legfontosabb pozitívum, hogy az elmúlt négy évben kialakult az onkológiai ellátó helyek progresszivitási szintekhez kötött országos struktúrája, amit az Országos Onkológiai Intézet már régóta szorgalmazott. Ezek alapján egy országos intézet (III/b progresszivitási szint) mellett még négy regionális onkológiai központ (III/a szint: Pécs, Szeged, Debrecen és Szombathely) és a megyei onkológiai központok (II/a és II/b szint) a szakmai és emberi erőforrások centralizációjával egyenletes lefedettséget és hozzáférést biztosítanak a magyar daganatos betegeknek. Ezzel összhangban kerültek meghatározásra a szakmai minimumfeltételek mind a sugárterápia, mind a klinikai onkológia területén.

A szakorvosképzésben fontos előrelépést jelentett, hogy a sugárterápia mellett immár a klinikai onkológia is önálló alapszakvizsgával megszerezhető szakképesítéssé vált. Gazdaságossági szempontból fontos előrelépés volt az onkológiai generikus készítményeknél a sokat vitatott, de jelentős árcsökkenést eredményező vaklicit bevezetése, valamint az innovatív készítményeknél az ún. „outcome-based” finanszírozás elindítása.

A 2007–2013-as Európai Unió finanszírozási ciklusban elérhető fejlesztési források felhasználása ugyan igen vontatottan haladt, de még az előző kormányzati ciklus alatt elindított kiemelt budapesti projektek befejeződtek. Ennek következtében az Uzsoki utcai Kórház sugárterápiás gépparkja megújult, de az Országos Onkológiai Intézetben a rendelkezésre álló források a kemoterápia, a sebészet és a képalkotó diagnosztika részleges fejlesztésén kívül az amortizálódott sugárterápiás géppark modernizálására és szakmailag szükséges bővítésére már nem biztosítottak elegendő forrást. Korszakos jelentőségűnek kell tekintenünk azonban a dohányzás elleni törvény bevezetését, ami a szív és érrendszeri betegségekben már rövidtávon jelentkező javuló morbiditási és mortalitási adatok mellett egy-két évtizeden belül az onkológiai epidemiológiai adatok javulását is maga után fogja vonni.

A terület legfontosabb problémái

Az onkológia és sugárterápia területének legfontosabb problémája továbbra is az alulfinanszírozottság. Az Országos Intézet és a Szakmai Kollégium Onkológia és Sugárterápia Tagozata régóta azt az álláspontot képviseli, hogy az egyik legfontosabb népegészségügyi kihívás, a daganatos megbetegedések elleni küzdelem nem vívható meg a siker reményében,

amennyiben a teljesítményvolumen-korlát (TVK) és az ennek következtében kialakuló várólistákra kerülő betegek jelentős része még a megfelelő időben megszülető diagnózis esetén is elveszítheti a gyógyulás esélyét.

Az újabb és egyre drágább célzott daganatellenes terápiák finanszírozásában tovább kell folytatni a megkezdett utat, és a költséghatékonysági szempontok figyelembe vételén kívül a bizonyítottan valós túlélési előnyt biztosító készítmények finanszírozását kell biztosítani.

Emellett teljes revízióra szorul a daganatsebészeti beavatkozások és a modern sugárterápiás technikák finanszírozása. A daganatsebészetben mind a kiterjesztett, radikális műtétek, mind a modern, minimálisan invazív, laparoszkópos technikák finanszírozása elégtelen, a robotsebészet feltételei és finanszírozása pedig teljesen hiányzik. Sugárterápiában a brachyterápia elégtelen finanszírozása régi probléma. Emellett nem halasztható tovább a modern, külső besugárzási technikák (intenzitásmódult és képevezérelt radioterápia, sztereotaxiás sugárterápia stb.) társadalombiztosítási befogadása sem.

Nem hallgatható el az a tény sem, hogy a vidéki sugárterápiás centrumok Európai Unió fejlesztéseinek késlekedése és az utántöltő készülékek teljes amortizációja miatt a központok felében megszűnt a brachyterápia lehetősége, így a sugárterápiás minimumfeltételek sem biztosítottak jelenleg. A vidéki központokban kieső ellátást átmenetileg ugyan biztosítani tudja az Országos Onkológiai Intézet, de ennek finanszírozása sem biztosított.

Végül meg kell említeni, hogy az állami intézményekben nem biztosított a célzott daganatellenes terápiák alapját képező molekuláris patológiai vizsgálatok finanszírozása sem. A kialakult „piaci hiány” területére az utóbbi időben gombamódra szaporodó magánvállalkozások nyomultak be, amelyek bizonyos esetekben megfelelő szakmai kontroll nélkül végzik a sokszor magát kiszolgáltatottnak érző betegek „piaci alapon” történő molekuláris patológiai és genetikai vizsgálatát. Ez a szakmai problémákon kívül súlyos morális kérdéseket is felvet.

Elmaradásunk a fejlett országoktól

A fejlett országoktól való lemaradásunk nem szakmai természetű. Hazánkban a regionális és országos centrumokban mind a legújabb gyógyszeres terápiák, mind a legmodernebb

műtéti és sugárterápiás technikák elérhetőek. Természetesen a képalkotó és molekuláris diagnosztika, a sebészeti és sugárterápiás eszközök modernizációjának folytatása szükséges, de ki kell mondani, hogy a gyógyulási eredmények érdemi javulásához ez ma már kevés. A TVK szakmailag kontrollált megszüntetése – legalább az országos és regionális centrumokban – elengedhetetlen feltétele az időben történő hozzáférés és gyógyulás esélyének biztosításához.

Az elkövetkező négy évben megoldandó problémák

- Legfontosabb prioritás a daganatos betegek finanszírozási okokból kialakult várólistáinak felszámolása és a várakozási idők lerövidítése.
- A vidéki onkológiai centrumok 2007–2013-as Európai Unió ciklusra meghirdetett tízmilliárdos fejlesztésének, illetve a régóta tervezett, új veszprémi sugárterápiás központnak a befejezése sürgős feladat. A további késlekedés a már megítélt Európai Unió források elvesztésével fenyeget.
- A következő Európai Unió ciklusban rendelkezésre álló jóval szerényebb fejlesztési keretből be kell fejezni az Országos Onkológiai Intézet elmaradt fejlesztését, ami minimálisan magában foglalná a sugárterápia,

a képalkotó diagnosztika és a molekuláris patológia fejlesztését.

- Országos szinten mindenképpen megoldandó feladat a molekuláris patológiai és genetikai vizsgálatok állami finanszírozása, illetve a magánszektor szakmai kontrolljának biztosítása.
- A populációsztű daganatszűrések területén az időszakosan fellángoló PR-tevékenység helyett ismételt előtérbe kell helyezni a Magyarországon több mint húsz éve lefektetett szűrés szakmai irányelveket, amelyek mentén meg kell újítani és folytatni kell a méhnyak- és emlőrák szűrését, illetve hosszú késlekedés után el kell indítani a vastag- és végbéldaganatok széklet okkult vérzésének kimutatásán alapuló, populáció szintű szűrését is.
- Végül, de nem utolsó sorban, a graduális képzésben fontos előrelépést jelentene, ha a Semmelweis Egyetemen tíz éve megszünt onkológiai tanszékének helyreállításával a központi régióban is biztosítani lehetne a jövő orvosai számára a megfelelő szintű onkológiai és sugárterápiás képzést.

1. Az Onkológia és Sugárterápia Tagozat elnöke

2. Az Onkológia és Sugárterápia Tanács elnöke

Dietetika, élelmezés és étkeztetés

Milyen ma Magyarországon a diietetika és humán táplálkozás helyzete? A kérdés megválaszolásához néhány fogalom tisztázása elengedhetetlen. Véleményemet a diietetikus, okleveles táplálkozástudományi szakember szemszögéből és mint az Egészségügyi Szakmai Kollégium Diietetika, humán táplálkozás Tagozat vezetője fejtem ki.

■ Henter Izabella

A diietetikus a táplálkozástudomány és a diietetika területén szerzett végzettséggel rendelkező személy, akit a nemzeti kormányzati szervek elismernek. A diietetikus a táplálkozástudományt egészséges és beteg egyének, valamint csoportok élelmezési ellátása, gyógyítása és egészségnevelése céljából alkalmazza (EFAD 2005). Három területen tevékenykedik:

- **Élelmezési menedzser (adminisztratív diietetikus):** az élelmezési menedzsmentben dolgozik, felelősséget vállal a megfelelő tápanyagtartalmú és minőségű étel biztosítására egészséges egyének vagy betegcsoportok számára (pl. gyermekélelmezés, idősek otthona, egészségügyi intézmények, munkahelyi élelmezés stb.).
- **Klinikai diietetikus:** a beteg egészségének helyreállítása érdekében meghatározza és megtervezi a beteg étrendjét, felügyeli és értékeli a diétás ellátást, gyógyélelmezést, betegoktatást végez. Dolgozhat az alap- és szakellátásban, valamint különböző egészségügyi és szociális intézetekben.
- **Prevenció területén dolgozó diietetikus:** közvetlenül részt vesz az egészségpolitikai döntések előkészítésében (kutatások, projektek), az egészségmegőrzésben, amely az egyének és csoportok egészségfenntartására és a táplálkozással összefüggő betegségek rizikójának csökkentésére irányul (média, munkahelyi, oktatási, szociális intézményekben, kiadványok, információs anyagok).

Tény: európai szinten is kiváló a képzésünk, a hazai diietetikus diploma a fent említett mindhárom tevékenység végzésére feljogosít és mára az MSc diploma is elérhető a táplálkozástudomány területén, három hazai egyetemünkön is.

Elvárható követelmény, hogy a diietetikus legyen képes átfogóan és integráltan megérteni a curriculumban részletezett tudományterületeket. A bizonyítékokon alapuló tudományt használja a problémák megoldásához és a diietetika megválasztásakor. A képzés során megszerzett ismeretek birtokában kritikusan értékeli a táplálkozástudomány, a diietetika, valamint a határterületekről származó információkat. Megfelelően közvetíti az étkezéssel és egészséggel kapcsolatos információkat, ismereteket, problémákat és megoldásokat javasol különböző szakértő és nem szakértő csoportoknak és egyéneknek. Felelős döntéseket hoz

a diietetika alapvető kérdéseiben. Magabiztosan alkalmazza az étrendek tápanyagtartalmának elemzéséhez szükséges módszereket, kutatómunkát végez és színvonalas egészségnevelést folytat, amelyhez ismeri a tápláltsági állapot felmérésére szolgáló módszereket és a napi tápanyagbeviteli ajánlások korlátait.

Probléma: A fentieket tekintve komoly deficit jelentkezik.

A képzési kimeneti követelmények és az európai benchmark statement alapján a diietetikus magas szintű szakellátás biztosítására alkalmas, de diplomája, munkája a sokféle egyéb végzettség vagy önjelölt táplálkozási szakember mellett gyakran inkább hátrány, mint előny. Nem ritka, hogy képességihez és tudásához képest alulfoglalkoztatott nem ritka pályaelhagyás sem.

Tény: evidencián alapul, hogy a diéta az egyetlen kezelési mód: coeliakia, PKU, galaktozaemia, táplálékallergiák, intoleranciák (laktóz, fruktóz stb.), egyes hiánybetegségek esetén. A táplálásterápia a komplex kezelés elengedhetetlen része például diabetes mellitus, zsíryanycsere-zavarok, nephropathiák, daganatok, pulmonológiai kórképek, a gyomor és bélrendszer betegségeinél. A diéta kiegészítő kezelésként javítja a terápia hatékonyságát többek között májbetegségek, mozgásszervi kórképek, bőrbetegségek, decubitus, sebgyógyulás, pszichiátriai kórképek, gyógyszer mellékhatások és a rehabilitáció bizonyos területein.

Probléma: a diietetikus feladata még a társszakmák esetében is szinte kizárólag a diabetes és az obezitás menedzseléséhez kapcsolódik, gyakran korlátozott hatáskörrel. Nincs egységes szakmai terminológia, nem tisztázták a kompetenciahatárokat.

Tény: ideális esetben az irányelvek szerint, a meghatározott módon kiszűrt kliensek kerülnek a diietetikus szakemberhez, aki optimális esetben megfelelő személyi, tárgyi és pénzügyi feltételek mellett a táplálási intervenció/ NCP/Nutrition Care Process lépései alapján dolgozik.

A tápláltsági állapot felmérésének része a táplálkozási anamnézis (orvosi diagnózisok, antropometria, laboratóriumi vizsgálatok eredményei, szocioökonómiai faktorok, mozgási és étkezési szokások). A diietetikai diagnózis megállapítja az elfogyasztott illetve bevitt táplálékot összehasonlítva a becsült vagy kiszámított szükséglettel, kiter a táplálék biztonság és egyéb körülmények feltárására, megállapítja a konkrét

problémát. A táplálási tervben meghatározza a táplálás módját, összetételét, konzisztenciáját, egyénre szabott célt tűz ki. A hatékonyságot növeli a kliens követése, a táplálási intervenció eredményességének értékelése, a gondozás és a kooperáció a társszakmákkal.

Jó példák, tervek: az utóbbi pár évben több lépés is történt a helyzet javítása érdekében. A GYEMSZI által koordinált irányelvfejlesztés elősegíti a társszakmákkal történő együttműködést. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Dietetika, Humán Táplálkozás Tagozat létrejötte hozzájárul a jobb információáramláshoz és a dietetika, étkeztetés, élelmezés területének képviselését is segíti, a szakfelügyelet és a szakterületi minőségügyi vezető kinevezése és majdani tevékenysége biztosíthatja az ellátás javuló színvonalát.

Tény: a dietetikus szakemberek tevékenységét és önálló kompetenciáit tekintve is komoly a lemaradás.

Probléma: a szakellátásban, bár jogilag szabályozott, a gyakorlatban az egy dietetikusra jutó ellátottak száma igen nagy, illetve munkájuk hiányzik az alapellátásból. Az elvárásokat és lehetőségeket is erősen befolyásolja, hogy míg az ötvenes években a diétás szakemberek az orvosigazgatóhoz tartoztak, manapság jellemzően az ápolási vagy a gazdasági vezetőhöz. Nincs megfelelő ismeret dietetika és táplálkozástudomány területén a társszakmák körében és nem alakult ki egységes szakmai nyelvezet sem ezen témában. A tápláltsági állapot rizikószűrése jelenleg sem kötelező és nem tisztázott, ez mikor és kinek a feladata. A kiszűrt páciensek további gondozása sem tekinthető megoldottnak.

Jó példa, tervek: egy svájci projektben a családorvos praxis többféle szakemberrel dolgozik együtt, már az alapellátásban, megelőzésben (gyógytornász, dietetikus, népegészségügyi koordinátor, pszichológus). 2003-ban az Európa Tanács rendelete javasolta a tápláltsági állapot rizikószűrését a kórházban és az alapellátásban, valamint ezt az akkreditáció feltételévé is tette.

Tény: a dietetikai tevékenység, szolgáltatás finanszírozása méltatlan.

Probléma: a dietetikára/táplálási intervencióra vonatkozó, jelenleg csekély számú és korlátozottan használható OENOKód nem fedi le a kollégák által elvégzett feladatokat, munkájuk nem jelenik meg számszerűsíthető módon. Ez számos negatív következménnyel jár.

Tény: az élelmezés kiszervezésekor különösen nehéz helyzetben vannak a táplálkozási szakemberek, mivel a munkáltató számára nem jelennek meg, bevételt termelőként. A profitorientált szolgáltatók alkalmazásában könnyen kialakulhat a magas szintű szakmai tevékenység és a nyereségnövelés közötti ellentmondás. Ennek hátterében gyakori jelenség, hogy a pályázatok, tenderek kiírásakor nem vonják be az érintetteket és nem építenek be ellenőrzési pontokat. A jelenleg fennálló helyzet akadályozza a vállalkozó kollégák szerződését az OEP-el.

Jó példa, tervek: az élelmezés kiszervezése pályázat, tender kiírásnál és a szerződés feltételeinek folyamatos biztosítására a dietetikus szakemberek bevonásával, ahogy ez már jól bevált gyakorlat külföldön. Az utóbbi bő egy évben a minimumrendeletre hivatkozva több szakrendelőben kértek kapacitásbővítést dietetikai tevékenységre, bízunk benne, hogy a tendencia folytatódik.

Tény: az élelmezés, egészségnevelés és prevenció területén sok a tennivaló.

Probléma: a túlsúly és elhízás gyakorisága Európában járványszerű méreteket ölt. Az elhízás mértékétől függően nő a szív- és érrendszeri betegségek, a hipertónia, a II. típusú diabetes, zsíryanagcsere-zavarok, egyes daganatos betegségek, krónikus mozgásszervi betegségek, mentális kórképek, sőt az össz halálozás kockázata is. Az Európai Unió Bizottsága már 2007-ben megjelentette a táplálkozással, túlsúllyal és elhízással kapcsolatos egészségproblémákra vonatkozó európai stratégiát, amelynek célja a táplálkozással összefüggő krónikus betegségek csökkentése.

A gyermekek napi táplálékszükségletük 35-75%-át az intézményekben, a közétkeztetésben fogyasztják el. Az emberek naponta átlagosan 8 órát töltenek a munkahelyükön, így legalább 1-3-szor ott esznek (büfé, munkahelyi vagy külső étterem, ételrendelés stb.). Ma még nem mindenki számára ismert, hogy mi a különbség az eltérő típusú étkezések esetén, így az elvárásaik sem adekvátak, ami részben oka a súrlódásoknak. A vendéglátás olyan sajátos kereskedelmi tevékenység, melynek során a kül- és belföldi vendégeket lát el étellel, itallal. A közétkeztetésben az élettani szükségletnek megfelelő minőségű és tápértékű étkezést kell biztosítani. A családi és otthoni étkezés közösségi, szociális alkalom, energia- és tápanyagszükséglet biztosítása, kiegészíti a közétkeztetést.

Jó példa, tervek: megjelent a közösségi étkeztetés táplálkozás-egészségügyi jogszabály, a 2014/04 30 EMMI rendelet, amely 2014. 09. 1-jétől lép érvénybe. Ennek megvalósításában és ellenőrzésében a szakmára több feladat is hárul.

Az EFI irodák egészségfejlesztő tevékenységében sok dietetikus kolléga dolgozik, akik így esetenként jóval több lakossági csoporthoz jutnak el (várandósok, kamaszok, idősek, óvodások, iskolások) az egészségnapok, rendezvények, bemutatók, konzultációk, előadások kapcsán, ám többet tudnának tenni, ha az alapellátásban elfoglalnának méltó helyüket. Erre vonatkozóan külföldön kedvező eredményű költséghatékonysági vizsgálatok is történtek. Jelenleg is fut az Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége E3 programja több egyetemünkön, ahol diákok konzultálhatnak dietetikusokkal. A munkahelyi és iskolai egészségfejlesztő, a hátrányos helyzetűek étkeztetése, a helyi termelők bevonása az ellátásba aktivitásokban a dietetikus és okleveles táplálkozástudományi szakemberek hatékony közreműködők lehetnek.

Terveink között szerepel a jó gyakorlatok folytatása, az egyéges szakmai terminológia kidolgozása, a jogérvényesítés szakterületünkön, bekerülés az alapellátásba, a dietetika ár-érték arányos finanszírozása, továbbképzések szervezése, a vonzó életpálya modell kidolgozása, fejlesztése együttműködve a döntéshozókkal, országos intézetekkel, szervezetekkel a táplálkozással összefüggő betegségek megelőzése és kezelése javításának, illetve szakmánk fejlődésének érdekében.

Irodalomjegyzék

1. *European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) (2005.) június Dietetika Európai Oktatási és Hivatásgyakorlási Irányelvei (European Dietetic Benchmark Statement)*
2. *Tarján Róbert (1957.) A diétás nővér kézikönyve*
3. *Academy of Nutrition and Dietetics Evidence Analysis Library (formerly American Dietetic Association) Nutrition Care Process*

- <http://andvidencelibrary.com/category.cfm?cid=2&auth=1>
Letöltve: 2014-05-12
4. Council of Europe Appendix to Resolution ResAP(2003)3. The nutritional risk screening
 5. EFAD (2009) European Dietetic Competences and their Performance Indicators attained at the point of qualification and entry to the profession of Dietetics
 6. Lelovics, Henter, Erdélyi: A kórházban dolgozó dietetikusok helyzete 2005 végén (2006) ÚjDiéta
 7. Henter, Antal, Lelovics: A gyógyélelmezés minőségi javítása (2007) Kórház 2007/6 70-71.
 8. Radnai: A dietetikus szakmát érő hatások (2008) Magyar Orvos 18–19.
 9. OÉTI (2009) Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat
 10. Képzési kimeneti követelmények 15/2006 (IV.3.) OM rendelet
 11. 60/2003. (X. 20.) ESzCsM-rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
 12. 12/2011. (III. 30.) NEFMI-rendelet az egészségügyi szakmai kollégium működéséről
 13. 33/2013. (V. 10.) EMMI-rendelet az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és a minőségügyi vezetőkről
 14. EFAD (2012) Állásfoglalás a dietetikusok szerepéről az idősödő felnőttek táplálkozás-függő megbetegedéseinek megelőzésében és kezelésében
 15. EFAD (2012) Állásfoglalás a dietetikusok szerepéről a gesztációs és a 2-es típusú diabetes megelőzésében és kezelésében
 16. 37/2014. (IV. 30.) EMMI-rendelet a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról MAGYAR KÖZLÖNY 2014/61. szám (2014. április 30.)
 17. 18/2013. (III. 5.) EMMI-rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól
 18. 62/2011. (VI. 30.) VM-rendelet a vendéglátó-ipari termékek előállításának és forgalomba hozatalának élelmiszer-biztonsági feltételeiről
 19. Dutch Association of Dietitians (2012) Cost-benefit analysis of dietary treatment http://www.seo.nl/uploads/media/2012-76a_Cost-benefit_analysis_of_dietary_treatment.pdf Letöltve: 2014-05-15
 20. 2011. évi CIII. törvény a népegészségügyi termékadóról

A szerző az Egészségügyi Szakmai Kollégium Dietetika, Humán Táplálkozás Tagozat tagozatvezetője.

Ápolás

Ismert tény, hogy az egész világon a legnehezebb női hivatás az ápolás, hiszen ők azok, akik az év 52 hetének 365 napján nappal és éjjel egyaránt a betegek rendelkezésére állnak. Azonban az egyes országokban lényeges eltérés mutatkozik e hivatás gyakorlóinak között a fizetés, a társadalmi megbecsülés, a munkafeltételek, a munkakörnyezet és a szakmai előmeneteli lehetőségek tekintetében. Sajnálatos módon Magyarország a felsorolt feltételek mindegyikében még mindig csak a sereghajtók között szerepel annak ellenére, hogy az elmúlt négy évben számos olyan intézkedés történt, amelyek éppen a felsoroltak javítását célozták meg.

■ Mészáros Magdolna

Az elmúlt négy év legfontosabb tendenciái

2002 óta a jelenlegi kormány elsőként figyelt oda az ápolók helyzetére. Már az is sokat jelent, hogy ilyen szinten felismerték a problémát, és intézkedések is történtek azok orvoslása érdekében. Elsőként 2011-ben munkaszüneti nappá nyilvánították az egészségügyi dolgozók számára is július 1-jét. Továbbképzési ciklusonként egy kötelező továbbképzést minden szakdolgozó számára ingyenessé vált. Nagyon jókor jött az ápolókat érintő 2011. év végi jövedelem-kiegészítés, ami a bérpótlékhoz kötöten éppen azt a réteget érintette, akik valóban a betegágy mellett dolgozik. Ezt követték a 2012-es és 2013-as béremelések. Az ápolók és az ápolásvezetők szakmai munkájának segítése érdekében került kinevezésre 2013. május 13-án az országos vezető ápoló. 2014. február 16-án először ünnepelhettük a Magyar Ápolók Napját Kossuth Zsuzsanna emlékéhez híven, amelyet a Parlament 2014. február 6-án szavazott meg.

Az elmúlt négy esztendőben számos jogszabály született az ápolók szakképzése, továbbképzése, a gyakorlókörhelyek működtetése, az ápolói hivatás presztízsének emelése érdekében. Többek között átalakult a szakképzés struktúrája a 2011. évi CLXXXVII. törvény a szakképzésről értelmében.

Megjelent az új OKJ képzés szakmai és vizsga követelmény-rendszere (150/2012. [VII. 06.] Kormányrendelet az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről). A 240/2012. (VIII. 30.) Kormányrendelet útmutatás a gyakorlati képzés költségeire (tanulószerződés), ezzel lehetőséget teremt a kórházak számára szakmai anyag költsége. A 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet értelmében egy kötelező továbbképzést az állam finanszíroz, amely nem terheli a munkavállalót.

2014. február 6-án átadásra került az első Skill Labor, ami az első lépés az ápolóhallgatók gyakorlati képzésének magasabb szintre emeléséhez.

Uniói pályázatok keretében az alábbi lehetőségekkel élhettünk:

1. A TÁMOP-6.2.2/A/11/1 „Képzési programok az egészségügyi ágazat szolgáltatás-fejlesztése érdekében” segítségével ösztöndíj volt fizethető az ápoló hallgatóknak.
2. Többletmunkát vállaló ápolók a TÁMOP Foglalkoztatás támo-

gatása A) komponens: Foglalkoztatás támogatása egészségügyi intézmények számára – TÁMOP-6.2.4/A/11/1 segítségével részesülhetnek többletfinanszírozásban.

Megoldandó feladatok az ápolásszakma területén

Jól látható, hogy elindult egy erőteljes elmozdulás az ápolói hivatás megbecsülése érdekében, azonban azt is tudjuk, hogy nem állhatunk meg félúton, tekintettel arra, hogy számos kutatás igazolja az ápolókkal kapcsolatos sarkalatos problémákat.

1. Az Ápolás Szakmai Kollégium és a Magyar Ápolási Igazgatók Egyesületének felmérése bizonyítja, hogy a több műszakban dolgozó ápolók több mint 50%-a szenved mozgásszervi megbetegedésben, melynek oka a rájuk nehezedő fizikai terhelés (1. ábra).

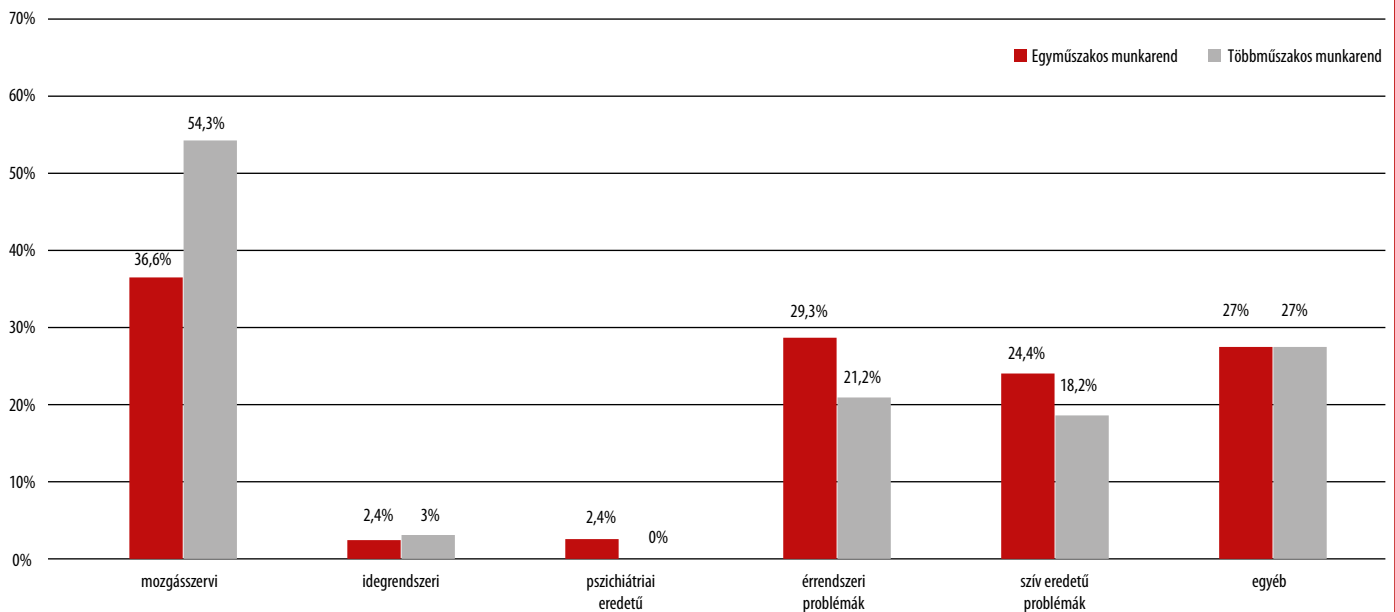
Egy 1980-as vizsgálatból is kitűnt, hogy egy ápoló egy munkanapján átlagosan (60 kg súlyú beteget figyelembe véve) megközelítőleg 2000-2800 kg súlyt mozgat meg a betegápolás során. Ezen terhek csökkentése érdekében nélkülözhetetlenek a korszerű ápolási eszközök. Ezen a téren is lényeges elmaradást tapasztaltunk. Az Ápolásszakmai Kollégium 2012-ben készült felméréséből kiderült, hogy a betegágyak közel 50%-a nem megfelelő minőségű, továbbá súlyos hiány mutatkozik betegemelő, ágytálmások, betegfürdetők és egyéb ápolási eszközök tekintetében. Ez azért is lényeges probléma, mert az ápolásszakma fejlődése nem valósulhat meg az ápolási igazgató részvétele nélkül.

2. Sajnos az elmúlt évtizedben nem csupán az ápolók, de az ápolási igazgatók presztízse is csökkent, megváltozott a vezetésben betöltött szerepük. Az ápolásvezetők 40%-a nem rendelkezik munkáltatói jogkörrel, jó részük nem dönthet ápolásszakmai kérdésekben.

3. Az elmúlt években az egészségügyi dolgozók társadalmi megbecsülésének hiánya, illetve a betegjogok megerősödése miatt megváltozott a jogvédelmi egyensúly a betegek és a hozzátartozók javára. Míg a betegek jogai evidensek lettek, addig teljesen megfeledkezünk azokról a sérelmekről, melyeket az ápolók és az egészségügyi dolgozók szenvednek el. Az Ápolásszakmai Kollégium 2013. évi kutatása igazolja, hogy a megkérdezett 2420 fő szakdolgozó 87%-át érte valamilyen atrocitás, amelyet beteg vagy hozzátartozó által szenvedett el (2. ábra).

Helyzetértékelés

1. ábra: A krónikus megbetegedések jellege (Forrás: Halmosné Mészáros Magdolna–Kovács Erzsébet: Az ápolók élet- és munkakörülményei, avagy a közel tízéves bérlemaradás hatása napjainkban, IME X. évfolyam 5. szám, 2011. június.)



4. Jelentős hiány mutatkozik a védőruhák, védőcipők területén is, ezeket a legtöbb kórház anyagi okok miatt nem tudja biztosítani a dolgozók számára. Ennek okán a munkavállalók kénytelenek saját ruhát és cipőt viselni, ami a legtöbb esetben nem felel meg az előírásnak.

5. Az intézmények jelentős részének a struktúrája elavult, zsúfolt kórtermek, szűk folyosók jellemzik. A vizesblokkok elégtelen száma és mérete tovább nehezíti az ápolás kivitelezését.

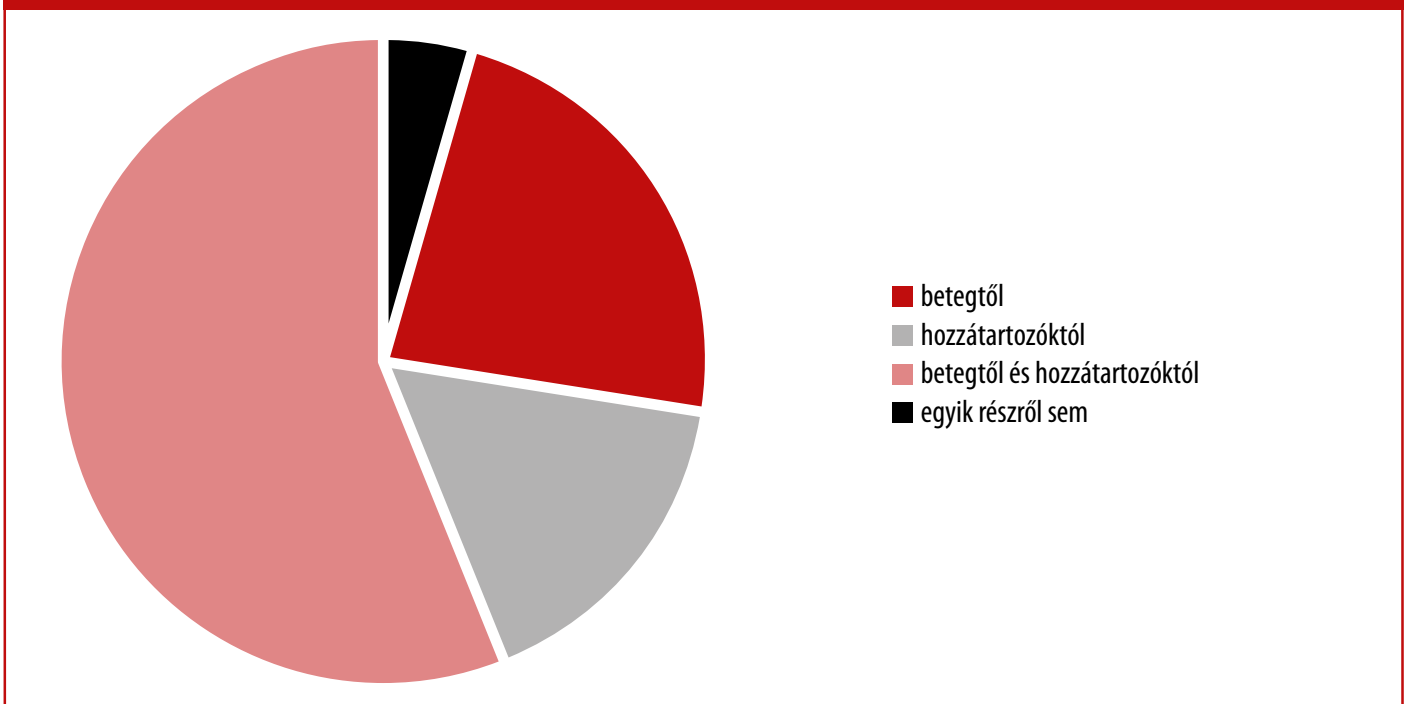
6. Az ápolók munkahelyi környezete szintén hagy maga után kívánni valót, hiszen számos esetben munkatársaink kénytelenek nélkülözni a kulturált nővérpihenőt és öltöző helyiségeket. Ez utóbbi is igen lényeges tényező, hiszen számos felmérés igazolja,

hogy a munka és munkakörnyezettel való elégedettség az általános egészségi mutatókkal is szorosan összefügg. Az elégedettség növeli az életkedvet, míg az elégedetlenség számos életproblémához vezet.

7. A többszöri bérrendezés ellenére még mindig jelentős az ápolók lemaradása a fizetések terén mind az uniós országok, mind az egyéb szakmák viszonylatában. Míg hazánkban egy ápoló átlagos bruttó jövedelme 170 000 Ft körül van, addig az EU-ban 2000 Euro.

8. Ismert tény, hogy az elmúlt években a képzésbe került ápolók száma csökkentő tendenciát mutat és az átlagéletkoruk is jelentősen emelkedik. Az elkövetkezendő években is folytatni

2. ábra. Kítől számíthat legtöbbször bántalmazásra az egészségügyi szakdolgozó?



kell azokat a kezdeményezéseket, amelyek az ápolók számának növelését, a szakképzés és a gyakorlati oktatás minőségének javítását célozzák meg. Ennek érdekében minden erővel segíteni kell azon felsőoktatási és szakképző intézetek működtetését, fenntartását és fejlesztését, melyek ápolóképzést folytatnak. Törekedni kell a gyakorlati helyszínek további fejlesztésére, újabb skill laborok beindítására.

9. A Semmelweis-tervben foglalt céloknak megfelelően meg kell határozni az egészségügyi dolgozók számára is azt az élet-pálya-modellt, amely biztosítja az ápolók karrierlehetőségét és a teljesített szolgálati idő méltó elismerését.

A fentiek alapján látható, hogy az ápolás területén igen nagy volt a lemaradásunk. Jóleső érzéssel töltötte el a szakma képviselőit, hogy az elmúlt négy évben az egészségügy egyenlő partnereiként érezhettük magunkat. Az összegzésből az is nyilvánvaló, hogy bőven van még tennivaló. Bízom abban, hogy a következő években is hasonló nyomatékkal és eredménnyel képviselhetjük a szakdolgozókat és négy év elteltével ismét intézkedések soráról számolhatunk be.

Összefoglalás

Külföldi irodalom is alátámasztja, hogy az ápolás a legnehezebb női hivatás, azonban ennek elismerésében az egyes országokban lényeges különbség mutatkozik. Sajnos hazánkban mind társadalmilag, mind anyagilag a kevésbé elismert foglalkozások körébe sorolható.

Rendkívül jó érzéssel töltött el az elmúlt négy évben, hogy az ápolók az egészségügy egyenrangú szereplőivé váltak. Az intézkedések ellenére még számos nehézség van a szakma képviselői részéről, hiszen több évtizedes lemaradást kell behozni. Bízunk

abban, hogy a pozitív tendencia folytatódik és ez további hitet és reményt jelent a szakma kiváló képviselőinek.

Irodalomjegyzék

1. *Halmosné Mészáros Magdolna–Kovács Erzsébet: Az ápolók élet- és munkakörülményei, avagy a közel 10 éves bérelemaradás hatása napjainkban, IME X. évfolyam 5. szám, 2011. június.*
2. *Vörösmarty Attila: Erőszakmentes Kórház, Ápolás Szakmai Kollégium, 2013.*
3. *Dr. Tettinger Antal: Egészségügyi dolgozók egészségi állapota, www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=1672;*
4. *Dr. Hegedűs Katalin, Mészáros Eszter, dr. Riskó Ágnes: A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. Lege Artis Medicinae 2004, 14(11):786–93*
5. *Halmos Miklósné (Mészáros Magdolna): Ápolói munkaterhelés többszempontú statisztikai elemzése, IME. I. évfolyam, 3. szám, 2002. október*
6. *Halmosné Mészáros Magdolna: „Volt egyszer egy ápoló”, IME VII. évfolyam, 7. szám, 2008. szeptember*
7. *Kiss Ferencné – Rábai Júlia: Mérések az ápolói létszám meghatározásához, Nővér, 1994. 7. évfolyam 2. szám*
8. *Komárominé Raniák Ilona: Az ápolók fizikai (betegmozgatási) terhelése és ennek következményei, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2001, 39, 1, 42–48.*

A szerző a Békés Megyei Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyula ápolási igazgatója, az Ápolás Szakmai Kollégium elnöke

Gyógyszerellátás

Igyekszem röviden összegezni az elmúlt négy év hivatásunkat és szakmánkat érintő főbb eseményeit, jelezve azokat a pontokat, ahol a következő kormányzati ciklusban előre kellene lépnie a lakossági ellátásban résztvevő gyógyszerészeknek, illetve a gyógyszerészet irányítóinak.

■ Dr. Télessy István

A gyógyszerellátás helyzete az elmúlt négy év során – az azt megelőző négy év viharos, és gyakran a környörtelen vad kapitalizmusra emlékeztető eseményei után – jelentősen stabilizálódott. A 2006-os jogszabályváltozás adta pillanatnyi lehetőséget kihasználók egy része elvitte a gyors hasznot és elhagyta a gyógyszertárak világát. Másik részük azóta elbukott. A harmadik részük megerősödött, és a régi alapítású patikákkal együtt ma is a betegellátást szolgálja – hadd higgyem azt, hogy a szükséglet szerinti eloszlásban, minőségben és etikusan.

Itt kell megemlíteni azt is, hogy a mai feltételek között a gyógyszertárak gazdaságos üzemeltetése általában nem teszi lehetővé annyi gyógyszerész alkalmazását, amennyire szükség lenne, különösen nem szakképesítéssel rendelkezőkét.

A gyógyszertár tisztességes működtetéséből élő és a betegek érdekében elkötelezett gyógyszerészek élhető körülményeinek helyreállítása tehát a gyógyszertárak többségében megtörtént. Ahol ez nem valósult meg, ott valószínűleg a fent említett liberalizációs változásokon kívüli okok is közrejátszottak.

További események

Régóta kifogásolt a szakgyógyszerész-képzés és hiányzott a szakképesítés értékének meghatározása. Az új jogszabály 2012-ben megszületett, de én úgy látom túl sokan szóltak bele a jogalkotásba. Végül annyi kompromisszum született, hogy az új jogszabály – a gyógyszerészek többsége szempontjából – nem javított a helyzeten. Sajnos egyes egyetemek érdekei felülírták a szakmai és piaci igényeket, sőt a politikai, illetve szakmapolitikai szándékokat is. A szakgyógyszerészek ezentúl sem tudják (belső szakmai indíttatásukon túl), miért is szerezték meg a magasabb tudásszintet, ugyanis a szakképesítéshez többletcompetencia nem társul.

A gyógyszerészek kompetenciahatárainak kiterjesztése (pl. a hatóanyag-néven történő rendelés) rétegérdekek nyomására ugyancsak gellert kapott.

A gyógyszerészi gondozás – megfelelő finanszírozás hiányában – csak elvétve működik, igaz, eddig nem is nagyon teremtett meg a feltételrendszer ennek kiterjesztésére, tömegesítésére.

Az elmúlt négy évben tovább emelkedett a bizonytalan eredetű gyógyszerek internetes forgalmazása, a gyógyszertárakban

exponenciálisan megszorodtak a sokszor csak marketing célokat szolgáló éttrendkiegészítők és a – gyakran indokolatlan, de forgalomnövelő – gyógyszerfogyasztásra buzdító reklámok is nagyon elterjedtek.

Közben a gyógyszertárakban jelenleg is többségében szakasszisztensek expediálnak és adnak tanácsot olyan kérdésekben, melyekről csak rövid (gyakran nem is orvos vagy gyógyszerész által tartott) tanfolyamokon hallottak, és amelyek nyomán a mélyebb összefüggések értékelésére alkalmatlanok. Pedig a lakosság körében egyre erősödik az egészség megőrzésének igénye, ennek támogatására – szemben az internetes érdekorientált vagy laikus eredetű „egészségoldallakkal” – az orvosegyetemi végzettséggel és tudással rendelkező gyógyszerészek hiteles tanácsadása nagyon is alkalmas lenne. Sajnos, a felelőtlenül felpörgetett és elsekélyesített asszisztens/szakasszisztens képzés öt-hat éve kitermelt egy olyan (nagy számú és erősen vitatható szaktudással rendelkező) munkavállalói réteget, melynek esetleges munkanélkülisége a kormányzat részére is rizikófaktor, így gyors változás itt nem is várható.

A jövőre nézve számos ponton van igény és lehetőség további fejlődésre. Elsőként kell megemlítenem a gyógyszerészképzés átalakításának igényét. A mai képzés még mindig jelentős mértékben természettudományos (főleg kémiai) alapokon áll, holott a nyugat-európai gyakorlat már sokkal erősebben humánorientált és kommunikációközpontú. A gyógyszerészek számára fontos, hogy valamennyi diagnosztikát, ápolást, orvosi pszichológiát és egyéb orvostudományi ismeretet is szerezzenek, mert a betegségek felismerése, a betegekkel való törődés, a tanácsadás, a gyógyító teamben való tevékenykedés ezt megkívánja.

Ha utol akarjuk érni Európa egészségparamétereit, egyre nagyobb szükség van az országban arra, hogy a terhet részben levegyük az orvosok válláról (azaz korrekt és szakszerű tanácsadással segítsük a prevenciót és az átmeneti betegségek gyógyulását), részben pedig (akiknél az indokolt és/vagy szükséges) beteretjük őket az orvosi ellátás csatornájába. Persze ahhoz, hogy ez működjön arra is szükség van, hogy az orvos ezt a tevékenységet ne konkurenciának, hanem segítségnek tekintse.

A másik említésre érdemes teendő a szakképzés megerősítése. Erre akkor van esély, ha a diplomás gyógyszerészek látják az értelmét a további tanulásnak. Akkor lesz használati

értéke a szakvizsgának, ha hozzáköthetők lesznek olyan tevékenységek, melyek csak az így megszerzett többlettudás és képesítés birtokában végezhető. Ma ez teljesen hiányzik.

A képzés-szakképzés-továbbképzés minőségéről ma szemérmesen hallgatunk, holott itt is van még fejlődési lehetőség... Addig, amíg egyes egyetemi oktatók nem állják ugyanazt az (esetenként sok éve megírt, és évente változatlan formában tárolt) előadást leadni alapképzésben, szakképzésben és továbbképzésben egyaránt, nem várható számottevő előrelépés.

De van egy további mozaikja a kirajzolódó képnek: ez a feladatvállalás. Ma mindenki a gyógyszerészi gondozásról beszél, de igazán senki sem végzi, mert a szabályozók révén a gyógyszerész még ma is a kereskedelmi tevékenységéből próbál megélni, nem az egyetemen elsajátított egészségügyi ismereteiből. Ma nem érdemes külön gyógyszerészt tartani az idő- és pénzigényes (bár népegészségügyi szempontból hasznos) felvilágosító-tanácsadó-gondoskodó-gonozó tevékenységre. Persze más lenne a helyzet, ha a fiatal és lelkes, már klinikai gyógyszerészetből, alkalmazott farmakológiából és terápiás ismeretekből (azaz gyógyszerészi gondozásból) vizsgázott gyógyszerészekből több lenne, sőt ha korszerű (az egyetemi évek, majd pedig a szakképzés során megszerzett) gazdasági-jogi-társadalmi ismeretekkel is rendelkező

gyógyszerészkollégák irányítanák a korrekt jövedelmezőségű gyógyszertárakat. De ehhez meg kellene teremteni az előregedett gyógyszerésztársadalom számára a karrier veszteségmentes befejezésének lehetőségét, például egy fiatal gyógyszerész számára elérhető hitelrendszerrel és legalább egy évtizedre garantált jogbiztonsággal. Nagyon fontos, hogy sok évre előre kiszámítható és méltányos jövedelemre lehessen szert tenni a gyógyszertár üzemeltetése révén. (Jelenleg ugyanis csak a nagypatikák igazán jövedelmezők, valamint azok a gyógyszertár-vállalkozások, melyek nem annyira a betegellátásból, mint főleg a „nem gyógyszer” eladásból szerzik a jövedelmüket, továbbá az évente emelkedő rezsiköltségeket és fizetéseket fedező bevételeiket.)

Ha az egészségügyi kormányzat a fent említett igények megvalósítására törekszik, úgy gondolom, elindulhatunk azon az úton, mely az Európához való felzárkózásunkat biztosítja a betegeknek egészségben megélt éveik és betegség esetén gyógyításuk/gyógyulásuk terén, a gyógyszerészeknek pedig megbecsülésük és bérük/jövedelmük terén is.

A szerző kandidátus, c. egyetemi docens, az ESZK Gyógyszerellátási Tagozatának elnöke

Transzplantáció

Hazánk 2013. július 1-jén az Eurotransplant teljes jogú tagjává vált. Egy ötéves folyamat lezárása, illetve egy új korszak kezdete volt ez az aktus a szakma életében.

■ Prof. dr. Langer Róbert

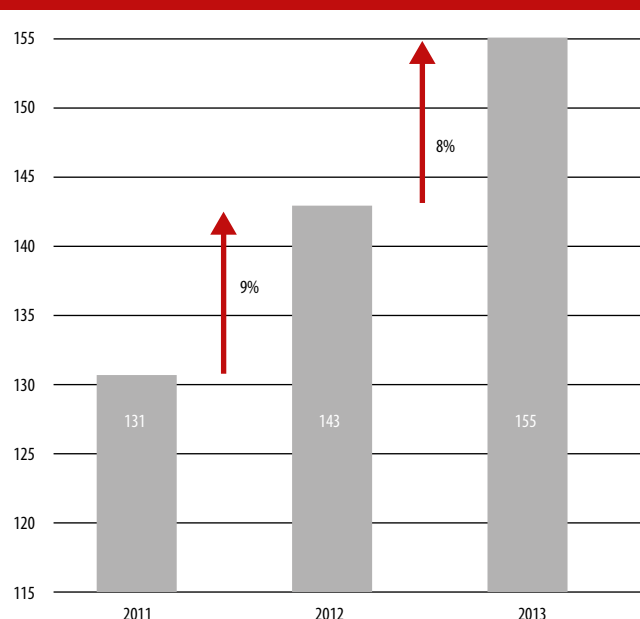
Öt éve néhány kulcspozícióban történt személycsera következtében egységessé vált a szakma, és megszületett a döntés arról, hogy az Eurotransplanthoz való csatlakozás jelenti a jövőbeni stratégiát, alternatíva nélkül. A korábbi szlovén és horvát csatlakozás pozitív tapasztalatai kódolták a sikertörténetet. Megkaptuk az akkor új politikai vezetés bizalmát, és hosszas, kitartó munkával elhárítottuk az akadályokat. A harmadik faktor – a korábbi időszakban már számos kudarcba fulladt tárgyalás ellenére – az Eurotransplant vezetőinek pozitív hozzáállása és nyitottsága volt.

Az ide vezető rögsz úton volt néhány fontos kulcslépés, ezeket magunknak kellett megtenni.

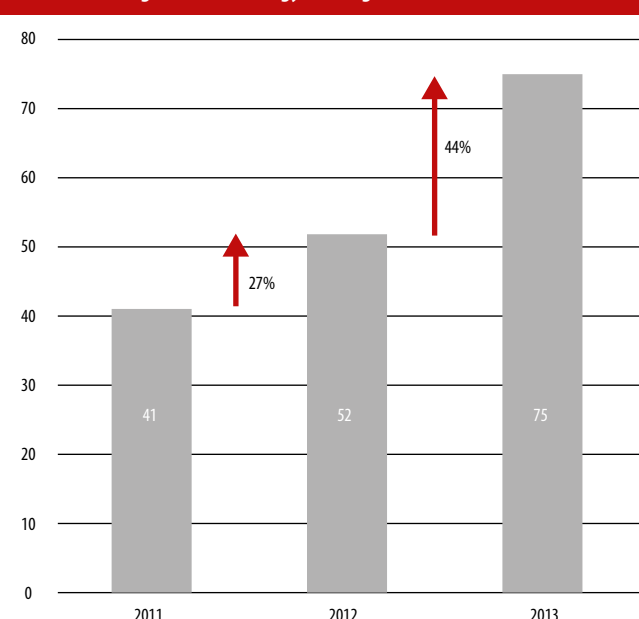
- Megszerveztük az egységes szállítást, melynek során az Országos Vérellátó Szolgálat öt autóval szállítja az explantáló teameket és a donorok vérmintáit.
- Lép helyett vérből végezzük az immunológiai vizsgálatokat. Ezzel a korábban átlagosan 23 óra hideg ischaemiás idő lecsökkenhetett 12-14 órára.
- A HLA-laboratórium nemzetközi akkreditációja a tagság alapfeltétele volt, ezt is sikerrel teljesítettük.

- Szakmai kollégiumot kapott a szervátültetés, ez igen fontos megbecsülés.
- Az úgynevezett spanyol modell, vagyis a kórházi koordinátori rendszer bevezetése is megvalósult: a donoraktivitás fokozása céljából nagy jelentőségű kórházakban, részálásban az orvoskollégák kiemelt figyelmet szentelnek a donorgondozásnak.
- Mind a négy centrumban elérhető az élődonoros veseátültetés. A korábbi 5-8%-os arányról az európai átlagnak megfelelő 18%-ra emeltük az országos arányt, a budapesti klinikán ez 20-25%-ot is elért.
- Az Eurotransplant segítségével immár kilenc akut májátültetést sikerült megvalósítani, korábban ezek a betegek gyakorlatilag esélytelenek voltak, a nagyobb közösség lehetőségei mellett ez ma már elérhető realitás.
- Ugyanekkor jelentős lendületet kaptak a szívatültetések, melyeknek száma megháromszorozódott.
- A gyermekek veseátültetése is új lendületet kapott, jelentősen csökkent a várakozási idő itt is, ami igen fontos a gyerekek fejlődése, növekedése szempontjából.

1. ábra: Cadaver donorok, Magyarország (2011–2013)



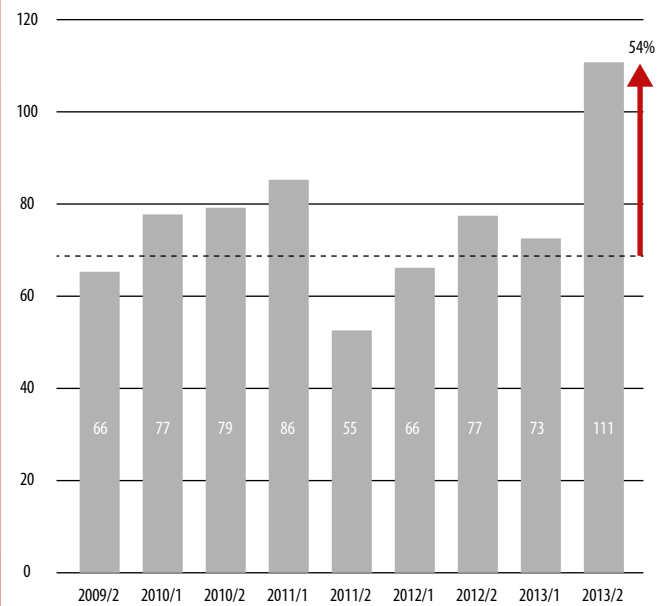
2. ábra: Multiorgan donorok, Magyarország (2011–2013, %)



- A nephrológiai szakma nyitottságát jelzi, hogy a várólistára helyezett betegek száma is megduplázódott az elmúlt időszakban, ami azt jelenti, hogy kitartó munkával olyan betegek is megkapják az átültetés esélyét, akik korábban nem jöhettek szóba. Kitolódtak az életkori határok és a társszakmáknak köszönhetően, a kardiológiai, pulmonológiai, érsebészeti, belgyógyászati, aneszteziológiai előkészítésnek hála, új dimenziót kapott a végstádiumú vesebetegek jövőképe.
- 2013 második fele igen sok munkát és örömet jelentett. A budapesti klinikán az elmúlt öt év során átlagosan 72 vesét ültettünk be félévenként, ez a szám 111-re ugrott a teljes tagság elnyerésével! Ez 54%-os aktivitásemelkedést jelent, amivel azonnal az Eurotransplant legnagyobb cadaver vese centrumává váltunk, megelőzve Berlint és Bécsset. Ezzel párhuzamosan a kombinált vese-hasnyálmirigy átültetések száma is megháromszorozódott klinikánkon, és immáron elérhető a veseátültetés utáni másik donorból származó hasnyálmirigy átültetése is. A megnövekedett donációs aktivitás nyomán sem a máj, sem a szív- sem a tüdőátültetések vonatkozásában soha ennyi szerv donációja és transzplantációja nem történt még hazánkban.

A következő négy év fontos feladata a szervátültetés finanszírozásának átgondolása. Idén megkezdődött a teljesen elavult húszéves rendszer átalakítása, a szívtranszplantáció finanszírozása végre el tudott mozdulni az 1992-es összegről. Ezt követnie kell az 1998-as árakon finanszírozott vese- és májátültetés árainak. El kell választani az utógondozást a TVK-, illetve HBCS-finanszírozástól és hasonló módon a listára helyezés, illetve listán tartás vizsgálatainak finanszírozását is.

3. ábra: Veseátültetések száma félelvi bontásban. Semmelweis Egyetem, Budapest (2011–2013, N=690)



A szakmapolitika – szintén már a korábbi ciklus elején – stratégiai célként jelölte ki a tüdőtranszplantáció hazai megvalósítását.

*Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika
Egészségügyi Szakmai Kollégium Transzplantáció Tagozat*

Orvosi rehabilitációs tevékenység

Válasz az Egészségügyi Gazdasági Szemle szerkesztősége által feltett kérdésekre – elsősorban az Egészségügyi Szakmai kollégium Fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz tagozata munkájának alapján és „szemüvegén” keresztül, a feltett kérdések sorrendjét követve.

■ Dr. Kullmann Lajos

A rehabilitáció területén nagyon dolgozós időszak volt az elmúlt négy év. Ennek legfőbb jellemzője a rehabilitációs medicinát érintő jogszabályok harmonizációja volt, közel négyéves folyamatos munka. Ez érintette a szakmakódokat, a minimumfeltételeket, a szakmai progresszivitási szintek szabályozását és a mindezek alapjául szolgáló Rehabilitációs Ellátási Protokollok fejlesztését.

Nálunk a rehabilitáció – szemben Európával, sőt a nagyvilággal – páratlanul sok szubspecialitásra tagozódott. Ezeket igyekeztünk fokozatosan a rehabilitációs medicina alaptevékenységbe visszailleszteni. A munka a végéhez közeledik. A minimumfeltételek szabályozása is nehéz kérdés, mivel a rehabilitáció különböző területein, de egy területen belül is nagyon eltérő mennyiségű munkaráfordításra van szükség, az aktuális betegösszetétel miatt. Tehát nem elsősorban a felszerelés, hanem az akadálymentes környezet, illetve elsősorban a team összetétele, teljessége a lényeges kérdés. Reményeink szerint sikerült tovább javítani a feltételrendszert, de nem gondolom, hogy megtaláltuk az ideális megoldást. A minimumfeltételek a szakmai progresszivitási szintekkel is szorosan összefüggenek, ebben a vonatkozásban is a rendszer egységesítése, összecsiszolása történt. Végül tovább folytak, és folynak még napjainkban is a már korábban fejleszteni kezdett Rehabilitációs Ellátási Protokollok (REP) finomítási munkálatai. Ezzel együtt sikerült új, a rehabilitációban szükséges OENO-kódok befogadását is elérni, és megkezdődtek a rehabilitációs esetfinanszírozás előkészítésének munkálatai is. A prospektív esetfinanszírozás a rehabilitációban is a beteg, pontosabban a fogyatékos ember állapotának súlyossága alapján számított térítést jelent. Reményeink szerint így igazságosabb lesz a finanszírozás, hiszen jelenleg az osztályok adottságai, illetve alku alapján a minél magasabb rapidíj érdekében érdekelték, ami később kevésbé súlyos állapotú betegek felvétele esetén akár nyereséget is eredményezhet.

Egy másik kiemelt kívánó terület a 18 milliárdos nagyságrendű, a TÁMOP 6.2.4. támogatásával a Regionális Operatív Programok keretén belüli jelentős rehabilitációs infrastruktúrafejlesztés (a Központi régió kivételével). A célkitűzés az ellátás hiányterületeinek felszámolása, így az addiktológiai és pszichiátriai rehabilitáció fejlesztése, a járóbeteg kardiológi-

ai és pulmonológiai rehabilitáció volumenének és lehetőség szerint közösen is használható infrastruktúrájának fejlesztése, a legsúlyosabb állapotú központi idegrendszer-sérült betegek régiókon is átívelő ellátásának fejlesztése, valamint az orvosképzés feltételeinek, tanszékek létesítésének támogatása az ilyennel még nem rendelkező egyetemeken. Szakterületünknek ezek mindegyikére nagy szüksége van.

Korábban többször, így utoljára 2007-ben is igen rövid, három hónapos határidő alatt a rehabilitációs ágyak számának több ezres emelkedése következett be, az aktív ágyak csökkentésével párhuzamosan, amihez nem volt meg sem a személyi, sem az infrastrukturális háttér. Az ágyak természetesen megteltek, de nem feltétlenül rehabilitációra szoruló emberekkel. Sikerként éltük meg, hogy az aktív ágyak számának csökkenését ebben a négyéves ciklusban nem kísérte a korábbiakhoz hasonló rehabilitációs fekvőbeteg-kapacitásnövekedés. Ezzel elkerülhetővé vált a szakmai presztízs további romlása.

Történtek javító intézkedések a segédeszközellátás rendszerében is, például a kölcsönzés, a házhozszállítás, illetve néhány eszköz indikációs körének pontosítása tekintetében. Ugyanakkor – és ezzel áttérünk a következő kérdésre, a problémákra – a segédeszközök volumene a kívánatos alatt marad és ma is szigorú szabályozás szükséges. Ez korábban is így volt, és ha a szakmai szempontok szigorú betartásával történik az ellátás, akkor nagyjából kielégíthetőek a személyes szükségletek. Nálunk jóval gazdagabb országokban, ahol ilyen korlátok nincsenek, felmérések alapján megállapították, hogy a segédeszközök egy jelentős részét a felhasználók nem használták. Ez a veszély minket nem fenyeget.

Problémaként éltük meg a finanszírozási korlátokat, amelyek elsősorban a megfelelő számú szakember alkalmazását akadályozzák. Olyan munkatársak alkalmazását sem engedhetik meg maguknak a kórházak, akikből akár túljelentkezés is van. Ezt a tényt is figyelembe kell vennünk a minimumfeltételek tervezésekor. Ismét külföldi hasonlaltal élve: nálunk az egy rehabilitációs kórházi ágyra jutó szakszemélyzet létszáma a régebbi EU-s tagországok átlagánál nagyságrendileg a felét éri el, ami azután kollégáink elfáradásához, kiegészéséhez és nagyobb fluktuációjához vezet, tovább nehezítve a helytálló

munkáját. A szakorvosok és néhány más rehabilitációs team tagjainak létszáma is alacsony.

Magyarországon és néhány környező országban a kórház-centrikus ellátás jellemző, mind a szakma, mind a páciensek elvárásaként. Észak- illetve Nyugat-Európában és a fejlett világ más területein sokkal többet kapnak ellátást nappali- vagy járóbetegként. Ez nemcsak és nem is elsősorban a finanszírozás szempontjából fontos. A rehabilitáció célja a fogyatékos emberek visszahelyezésének támogatása eredeti társadalmi környezetükbe, munkahelyükre. Az otthontól távol lévő ellátóhelyen kevésbé ismerik a befogadó környezetet, nehezebb az ott megtanított életmódbeli változásokat az otthoni napi rutin részévé tenni, ezért megfelelően választott esetekben a lakóhelyhez közeli rehabilitáció eredményessége jobb lehet, mint a kórházi körülmények között nyújtott szolgáltatásoké. Ugyanez a súlyosabb fogyatékosággal élő emberek mindenképpen kórházi körülmények között elkezdendő elsőbbségi rehabilitációját követően is lehetséges. A lakóhelyhez közeli ellátás kultúrája fejlesztésének tehát a jövő kiemelkedő fontosságú feladatai közé kell kerülnie.

További prioritásként kezeljük a finanszírozás és a munkatársak létszámának emelését, ami a betegellátás minőségének és biztonságának egyik alapvető feltétele. Ezt a kiemelkedően fontos célt további feltételek megteremtésével együtt véljük elérhetőnek. Ilyen a szakmai irányelvek megújítása, újak fejlesztése valamint a képzés javítása. A gyakorlati képzés a készségek

és attitűdök fejlesztése érdekében kiemelt jelentőséggel bír. A gyakorlati képzés is feltételezi a nem túlterhelt, nem frusztrált vagy kiégett, hanem kiegyensúlyozott munkatársak jelenlétét az intézményekben, osztályokon. Reményeink szerint mindezek együttesen a rehabilitáció szakmai presztízsének növekedéséhez is hozzá tudnak járulni.

Végül megemlítem, hogy az orvosi rehabilitációs tevékenység izoláltan nem tud hasznosan működni, koordinációra lenne szükség a rehabilitáció pedagógiai, foglalkoztatási és szociális területeivel. Ezek együtt, kiegészítve az akadálymentes közlekedés és infrastruktúra fejlesztésével a fogyatékos emberek sikeres beilleszkedését eredményezhetik a társadalomba – a társadalom oldaláról nézve, a befogadást. Egyes országokban balesetbiztosítási rendszer működik. Ezekben a munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések következtében fogyatékosá váló emberek teljes rehabilitációs folyamatában egységes a biztosító érdekeltsége, az akut ellátástól az orvosi rehabilitáción át a munkahelyre visszahelyezésig és a szociális támogatás működtetéséig. Egy ilyen rendszer létrehozása hazai környezetben is bemutatná a koordináció eredményességét, hatékonyságát, talán katalizátorként hatva a balesetbiztosító hatókörén kívüli területekre is.

A szerző az Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális Medicina, Rehabilitáció és Gyógyászati Segédeszköz Tagozata elnöke.

Határon átnyúló egészségügyi ellátás az Európai Unióban¹

A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv analízise.

■ Gellérné Lukács Éva*, Gyeney Laura**

Már maga az irányelv címe is sokatmondó: „a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről”.²

A fenti megfogalmazás, amely az egyéni „betegjogok” szociális területen való megjelenését hangsúlyozza, egyenesen azt sugallja, hogy e vállalkozás immár túl kíván lépni az Unió korábbi, gazdaságorientált szemléletén.³ Ezzel lényegében megerősítést nyer a Lisszaboni Szerződés által az uniós polgárok felé közvetíteni kívánt üzenet, miszerint az Unió a tisztán gazdasági szempontok ösvényéről letérve új, immár szociális megfontolásokat is figyelembe vevő úton halad tovább.⁴ A 2011/24/EU irányelv által kitűzött konkrét cél, így a jogbiztonság megteremtése, e grandiózus vállalkozás fényében persze igen szerénynek tűnhet. Ugyanakkor látnunk kell, hogy ezek az intézkedések a jövőre nézve fontos alapul szolgálhatnak egy integrált európai egészségpolitika megteremtéséhez.⁵

Való igaz, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátás területének szabályozása roppant szerteágazó. Amikor ugyanis határon átnyúló egészségügyi ellátásról beszélünk, igen sokféle dolgot értünk alatta. Egyes esetekben maga a szolgáltatásnyújtó utazik egy másik tagállamba kifejezetten kezelési céllal.⁶ Jóval gyakoribb, amikor nem az ellátást nyújtó, hanem maga a beteg utazik az ellátás helye szerinti tagállamba. Ennek tipikus esete, amikor a külföldi tartózkodás során merül fel az orvosilag szükséges vagy tervezett egészségügyi ellátás igénye. Ekkor a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EU rendelet nyer alkalmazást.⁷ Megint más szabályok alkalmazandók akkor, ha a beteg kifejezetten az ellátás igénybevétele céljából utazik a másik tagállamba. Az ilyen jellegű, azaz a tervezett külföldi ellátás igénybevételeire jelenleg az európai jogalkotás két másodlagos szabályozási eszköze irányadó. Egyfelől a már előbb említett koordinációs rendelet 20. cikkének 2. bekezdése,⁸ illetve a jelen tanulmány tárgyául szolgáló 2011/24/EU számú irányelv által rögzített szabályok.⁹ Láthatjuk tehát, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó szabályozás igen sok mozaikból áll össze. Ennek fényében messze nem meglepő, hogy a 2011/24/EU irányelv megszületésének hátterében mindenképp a jogbiztonság követelménye fenti területen való megteremtése állt.

Felvetődik ugyanakkor a kérdés, hogy vajon a kérdéses irányelv valóban kimerül-e a betegek európai mozgására vonat-

kozó – az EUB belső piaci joggyakorlatán keresztül fejlődött – joganyag kodifikáció útján való rendezésében,¹⁰ vagy az immár tényleges előrelépést jelent a szociális Európa ideájának megteremtésében. A következőkben az irányelv bemutatása mellett főként e kérdést vizsgáljuk.

2. A határon átnyúló egészségügyi ellátás „uniós megközelítésű” problémaköre

Mindenekelőtt érdemes megvizsgálni, mit értünk határon átnyúló egészségügyi ellátás alatt kifejezetten európai jogi megközelítésben. Nyilvánvalóan azt, ha a beteg nem a saját biztosítási helye szerinti országban, hanem egy másik tagállamban vesz igénybe az egészségügyi ellátást. Ugyanakkor a tagállamok közti szabad mozgására vonatkozó „európai jog” nem merülhet ki pusztán abban, hogy a beteg a biztosítás helye szerinti tagállamban is igénybe veheti az ellátást. Gondoljunk csak arra, hogy ez könnyen lehetséges, amennyiben az érintett kizárólag maga viseli annak költségeit. Az igazi kihívást a betegek szociális biztonsági jogosítványainak nemzeti határok átlépését követő megőrzése, így „a területiség elvének megkerülése” jelenti.¹¹

Az előbb említett, Magyarországgal szemben az uniós csatlakozása óta hatályos 883/2004/EK rendelet épp erre a problémára kínál megoldást egy jogi fikció segítségével. Az ún. koordinációs mechanizmus ugyanis lehetővé teszi a nemzeti ellátórendszerek párhuzamos működését – fenntartva egyben azok sajátosságait is. A betegek egyenlő hozzáférést kapnak az ellátó tagállam rendszeréhez, mintha ott helyben lennének biztosítva. Ez mind a fent már jelzett orvosilag szükséges, mind az ún. tervezett ellátásra is alkalmazandó.

A fenti rendelet jól átlátható rendszerébe robbanásszerűen tört be a Bíróság „Kohll és Decker” ügyekben hozott döntése,¹² amely az ellátás költségeinek megtérítése vonatkozásában új utakat nyitott a szolgáltatások szabad áramlására, mint alapvető gazdasági szabadságra hivatkozással.¹³ Így a rendeleti szabályozás mellett megjelent az elsődleges uniós joganyagon, konkrétan a szolgáltatás szabad áramlásának szerződéses rendelkezésein alapuló bírói esetjog által kifejlesztett mechanizmus.

Az irányelv célja épp ezen új ösvény mentén kialakult eset-jog kodifikálása egy hagyományosan tagállami hatáskörbe tartozó területen.

2.1. A Bíróság vonatkozó joggyakorlata – a belső piaci alapok

Elsőként érdemes megvizsgálni, hogy melyek is ezek a fent említett belső piaci alapok, amelyek egyfajta keretként szolgálták az irányelv kidolgozása során.¹⁴ A luxemburgi bíróságnak a más tagállamokban nyújtott egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre vonatkozó belső piaci tárgyú döntései csak a 80-as évek közepétől kerültek porondra.

Itt szükséges megemlíteni az Európai Bíróságnak azt a három döntését,¹⁵ így a Luisi és Carbone,¹⁶ a Grogan¹⁷ és a fent említett Kohll és Decker eseteket, amelyekben deklarálásra került, hogy az egészségügyi szolgáltatás gazdasági szolgáltatásnak minősül, így az a szolgáltatások szabad áramlása hatálya alá tartozik.

A Kohll eset volt az első eset azonban, ahol egy társadalombiztosítás hatálya alá tartozó ellátást vettek igénybe.¹⁸ A döntés heves vitákat generált, mivel ennek következtében a nemzeti jog, amely az ellátást nyújtó tagállamban felmerült költségek megtérítését előzetes engedélyhez köti, felülírásra kerül a belső piaci doktrínák által. A Bíróság ennek alapján a konkrét ügyben úgy határozott, hogy a térítés előzetes engedélyhez kötése indokolatlan akadályt emel a szolgáltatások, így a fogászati ellátások belső piacon történő szabad áramlása elé. Főszabályként a külföldön igénybe vett egészségügyi ellátás költségei is visszatéríthetők, méghozzá a rendeletben foglaltaktól eltérően, előzetes engedélyeztetés hiányában is. E korlátozás csak kivételesen nyerhet igazolást, így vagy szerződéses alapon, a közegészségügy védelmére hivatkozással vagy a bírói gyakorlatban kijegecesedett közérdekű kényszerítő követelményként. A konkrét ügyben Luxemburg azzal érvelt, hogy az előzetes engedélyeztetés hiánya kedvezőtlenül hatna a társadalombiztosítási rendszer finanszírozására. Mivel Kohll úr csak a luxemburgi nemzeti tarifák mértékéig kérte a térítést – nem pedig az egészségügyi szolgáltatást nyújtó ország tarifái szerint –, a luxemburgi egészségbiztosítási alaphoz nem kellett volna többet fizetnie a külföldi ellátás, illetve vásárlás miatt, mintha arra Luxemburgban került volna sor. Így a Bíróság a pénzügyi fenntarthatóság veszélyeztetésére vonatkozó fenti érvelést elutasította.

A Kohll és Decker ügyet számos további ügy követte, amelyben lényegében a „Kohll és Decker eljárás” finomhangolására került sor. Így a Smits és Peerbooms ügyben¹⁹ a Bíróság világossá tette, hogy a fenti alternatív eljárás ugyan az összes egészségügyi ellátásra vonatkozik, de a térítés előzetes engedélyeztetése *igazolható* mind a kórházi ellátások, mind pedig azon nem kórházi ellátások körében, amelyek tervezést igényelnek, illetve speciális és költséges orvosi infrastruktúra vagy orvosi felszerelés alkalmazását kívánják meg. Amíg azonban a 883/2004/EK rendelet 20 cikkének (2) bekezdése részletesen szabályozza az előzetes engedélyeztetés esetkörét, addig a Kohll és Decker ügyben megjelenő „alternatív eljárás” számos bizonytalanságot hagyott az igazolhatóság körét illetően.²⁰

2.2. A belső piac megközelítésből fakadó feszültségek

A Kohll–Decker eljárást számos kritika érte, mind a tagállamok, mind a jogirodalom részéről,²¹ elsősorban a tagállami

szociális biztonsági rendszerek pénzügyi egyensúlya fenntarthatóságának veszélyeztetése miatt. Ez a veszély azonban úgy tűnik, csak a kisebb államokat és azon belül is csak a határmenti régiókat fenyegeti.²² A Bizottság becslései alapján a határon átnyúló ellátások költségei a költségvetés közegészségügyi kiadásainak mindössze 1%-át teszik ki.²³ Úgy tűnik, a problémák nem annyira a pénzügyi kérdésekből, mint inkább a két normarendszer eltéréséből fakadnak. Amíg a koordinációs rendelet elsődleges célja az egyes tagállami rendszerek együttéléséből fakadó konfliktusok csökkentése, addig a szolgáltatások szabad áramlásán alapuló szisztéma a belső piaci kereskedelem teljes akadálymentesítését tűzi célul. A Bíróság a két eltérő logikán nyugvó struktúrából fakadó feszültséget azok egymást kiegészítő jellegének hangsúlyozásával igyekszik feloldani. Ezt jól tükrözi a Bíróságnak a más tagállamban igénybe vett kórházi ellátás előzetes engedélyeztetése tekintetében irányadó „megfelelő idő” követelményét koherenssé formáló gyakorlata. Ennek eredményeként maga az új rendelet is megköveteli már az egyedi esetre vonatkozó összes körülmény figyelembevételét az orvosilag indokolt idő követelménye tekintetében.²⁴

E fenti problémát tovább fokozza, hogy míg a bírói gyakorlat igen széles lehetőségeket kínál a betegek számára a határok felszámolásával járó negatív integrációnak köszönhetően, addig az uniós jog a kérdéses nemzeti politika formálására csak az ún. „soft law” szerény eszköztárából válogathat. Következésképpen a jóléti állam szervezését markánsan befolyásoló belső piaci hatások és a tagállami újraelosztó mechanizmusok védelmét biztosító uniós aktusok között diszkrépancia számottevő.

Mivel a Kohll–Decker megoldás végső soron az uniós jog alkalmazási körének kiterjesztését eredményezi, a tagállami politikák sajátosságai és működőképessége megőrzése céljából e mechanizmusnak valamilyen módon kereteket kell szabni. Ennek eszközeként szolgál az elsőként a Smits és Peerbooms esetben elismerést nyert közérdeken alapuló kényszerítő követelmények kategóriája.

Végül, talán mindezek közül a legkönnyebben orvosolható feszültségforrás, hogy a belső piaci akadályok igazolhatóságát illetően az európai jog jelenleg csak csekély mértékű eligazodást kínál.²⁵ A Bíróság gyakorlata ilyen közérdekű célként tartja számon „a szociális biztonsági rendszer pénzügyi egyensúlyának fenntarthatósága”,²⁶ illetve a „folyamatos hozzáférés biztosítása a magas szintű egészségügyi ellátáshoz” kényszerítő követelményét.²⁷ Épp ezért szükségesnek mutatkozott e követelmények pontosítása egy jogalkotási aktusban való rögzítés útján. Ezt szolgálja az alább bemutatásra kerülő irányelv egyik központi rendelkezése, így annak az előzetes engedélyeztetés kereteit lefektető 8. cikke.

3. Az irányelv megszületésének konkrét előzményei

A Bíróság Kohll és Decker, illetve a Smits és Peerbooms döntéseit követően tehát komolyan felmerült az igény a jogi keretek tisztázására, elsősorban a fenti bizonytalanságok eloszlátása útján. A Bizottság kompetens főigazgatósága számára ugyanakkor komoly fejtörést okozott, hogy az egészségügyi szektor modernizációjára a belső piac szabályainak átfogó reformja keretében vagy specifikusan, a szektorális megközelítést követve kerüljön-e sor.²⁸ A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások terén megvalósítandó jogbiztonság elérésére

2002-ben felállításra került egy magas szintű szakértői csoport (high level group).²⁹ A munkacsoport az egészségügyi szolgáltatási szektor általános szolgáltatási irányelv keretein belül történő szabályozására tett javaslatot. Így a Bolkenstein irányelv első verziója még tartalmazta az egészségügyi szolgáltatások kategóriáját.³⁰ Ami ezután következett, az mindenki számára jól ismert. 2005 áprilisában az Európai Parlament – a referendummal kapcsolatos viták feszült légkörében, amelyet az alkotmányos szerződéssel és a szolgáltatási irányelvvel szembeni általános bizalmatlanság jellemzett – elfogadott egy határozatot, amely az egészségügyi szolgáltatások speciális karakterét és ebből eredően azok általánostól eltérő megközelítését szorgalmazta. A 2006/123/EK irányelv végleges változata így már nem vonta szabályozási tárgy körébe az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó részt, utat nyitva ezzel egy önálló, kifejezetten „az egészségügyi szolgáltatások mozgására” fókuszáló irányelvtervezet előkészítésére.³¹

A Bizottság azonban épp a fenti bizonytalan hangulat okán csupán 2008 júliusában nyújtotta be a kérdéses irányelvre vonatkozó tervezetét. Annak Tanács általi első olvasatban történő elutasítása után³² végül a belga elnökségnek sikerült azt elfogadtatnia mind a Parlamenttel, mind pedig a Tanáccsal. A legvitásabb pontot a kórházi ellátásokkal kapcsolatos engedélyeztetési rendszer jelentette. A tagállamok ugyanis hevesen elleneztek a Parlament álláspontját, miszerint az engedélyeztetés a főszabály alóli kivételként szolgálhat csak. Az előzetes engedélyeztetés végül szigorú keretek közé lett szorítva. A Parlamentnek sikerült egy taxatív listát elfogadtatnia az előzetes engedély alkalmazhatóságának, ill. elutasíthatóságának eseteiről (lásd tárgyalat irányelv 8. cikk).

Az irányelv hatályos szövege 2011. március 9-én került végleges elfogadásra a magyar elnökség alatt, és a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelvként hirdették ki. A tagállamoknak 2013. október 25-ig kellett átültetniük az irányelvben foglalt szabályokat.

4. Az irányelv célja, jogalapja

Az irányelv lehetővé teszi, hogy az orvosi ellátás céljából más tagállamba utazó uniós polgárok és a szabad mozgás jogát gyakorló uniós tagállami biztosítottak ugyanolyan bánásmódban részesüljenek, mint annak az országnak az állampolgárai, amelyekben a kezelést kapják. Az irányelv elsődleges célja tehát a betegmobilitással kapcsolatos jelenlegi joggyakorlat átlátható és magas minőségi és biztonsági szempontokat garantáló rendszerbe foglalása, mindenekelőtt a *költségtérítés*, illetve az előzetes engedélyeztetéssel kapcsolatos *eljárási garanciák* terén. Az irányelv mindezt úgy teszi, hogy leszámol a szabad mozgást gátló igazolatlan akadályokkal, hangsúlyozva egyben az *európai értékek* egészségügy területén játszott szerepének fontosságát az új betegjogok deklarálásán keresztül.

Ami az irányelv *jogalapját* illeti, a preambulum úgy rendelkezik, hogy „mivel a belső piaci jogalap feltételei teljesülnek (EUMSz. 114. cikk), az uniós szabályozás akkor is erre a jogalapra támaszkodik, ha a közegészség védelme (EUMSz. 168. cikke) döntő tényező a meghozott döntésekben”.³³ Bár egyes szerzők csak a belső piaci cikkekre utalnak jogalkotási alapként,³⁴ hangsúlyozni szükséges, hogy az irányelv kettős jogi alapon nyugszik. Ennek rögzítése azért lényeges, mert épp a

közegészségügyi jogalapot tartalmazó 168. cikkre utalás az, ami a tagállami kompetencia közegészségügy területén való fenntartását szolgálja, és ami épp ezáltal jelentősen elvesz az irányelv erejéből. Ezt tükrözi az irányelv hatályos verziójában szereplő számos kimentési körülmény, hiszen köztudott, hogy a kérdéses jogszabály csak komoly kompromisszumok árán láthatott napvilágot.

5. Az irányelv szerkezeti felépítése

Az irányelv szerkezeti struktúráját illetően a következő. Az irányelv *első fejezete* tartalmazza az irányelv tárgyát és hatályát, annak más uniós rendelkezésekkel való kapcsolatát, továbbá fogalom meghatározásokat.

Az irányelv 1. cikke szerint: „Ez az irányelv a határon átnyúló, biztonságos és magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítését célzó szabályokról rendelkezik, és előmozdítja az egészségügyi ellátás területén folytatott tagállami együttműködést az egészségügyi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó nemzeti hatáskörök teljes mértékű tiszteletben tartása mellett. Az irányelv célja továbbá a szociális biztonsági rendszerek koordinálására vonatkozó meglévő kerettel, a 883/2004/EK rendelettel való kapcsolatának tisztázása a betegek jogainak érvényesítése céljából.”³⁵

Mint az fent már említésre került, láthatjuk, az irányelv lényegében azt hivatott elősegíteni, hogy az orvosi ellátás céljából más tagállamba utazó polgárok, *ugyanolyan orvosi kezelésben részesüljenek*, mint a kezelést nyújtó ország állampolgárai. Ennek érdekében az irányelv előmozdítja az egészségügyi ellátás területén folytatott *tagállami együttműködést, egyben garantálva a nemzeti hatáskörök tiszteletben tartását*. Az irányelv célja nem utolsósorban a *883/2004/EK rendelettel való kapcsolat* tisztázása a betegek jogainak érvényesítése céljából.

Az irányelv 3. cikke a fogalommeghatározások között definiálja az irányelv végrehajtása szempontjából kulcsfontossággal bíró „egészségügyi ellátás”, a „biztosított személy”, ill. az „egészségügyi szakember” fogalmát. Ami az egészségügyi ellátás fogalmának meghatározását illeti,³⁶ szükséges hangsúlyozni, hogy az kizárja mindazon ellátásokat, amelyek olyan tartós ápolási-gondozási szolgáltatásokra irányulnak, amelyek célja a napi, rutinjellegű teendők ellátásában segítségre szoruló támogatása, továbbá kizárja a szervátültetéssel kapcsolatos orvosi beavatkozásokat is.³⁷

Az irányelv a definíciók között – meglepő módon – nem határozza meg az előzetes engedélyeztetés körében kiemelt fontossággal bíró „*kórházi ellátás*” fogalmát.³⁸ Magából a jogszabályszövegből azonban arra a „minimumdefinícióra” következtethetünk, miszerint „*kórházi ellátásnak* minősül az az ellátás, amely az érintett beteg legalább egyéjszakás kórházi tartózkodását teszi szükségessé”. Így egy olyan beteg ellátása, aki kórházi vagy klinikai kezelést kap, majd hazatér és következő nap behívják kontrollra, vagy épp a kezelésének második része a rákövetkező napra esik, nem minősül az irányelv értelmében vett kórházi ellátásnak.³⁹

Az irányelv második és harmadik fejezete képezi a jogszabály központi magvát, így ez a rész rendezi a tagállami felelősségi szabályokat, illetve rögzíti a határon átnyúló egészségügyi ellátással kapcsolatos költségek megtérítésének általános szabályait.

Az irányelv külön rendelkezik az ellátást nyújtó tagállam (4. cikk) és a biztosítás helye szerinti tagállam (5. cikk) felelősségéről. Az irányelv értelmében az *ellátás helye szerinti tagállam* szervezi és biztosítja az egészségügyi ellátást a más országból származó betegekkel való *egyenlő bánásmód* követelményét tiszteletben tartva. Ezen felül, ellenőrző mechanizmusok révén, gondoskodik az egészségügyi ellátás nyújtásához kapcsolódó *minőségi és biztonsági normák* tiszteletben tartásáról. Biztosítja továbbá a *személyes adatok védelmének betartását*. Az ellátás helye szerinti ország nemzeti kapcsolattartó pontja megfelelő *tájékoztatást* nyújt a betegek részére az ellátórendszer általános működéséről, az azt irányító, ellenőrző szervezetrendszeréről.

Az egészségügyi ellátás nyújtását követően a *biztosítás helye szerinti tagállam* feladata az *ellátás költségei megfelelő részének a biztosított személy részére történő megtérítése*, amennyiben az igénybe vett kezelés a nemzeti jogszabályok szerint része az érintett személynek járó biztosítási csomagnak. A térítés mértéke annak az összegnek felel meg, amelyet a kötelező szociális biztonsági rendszerben a finanszírozó biztosító fizetett volna az egészségügyi ellátást nyújtó hazai szolgáltatónak, ha az ellátást a saját területén nyújtotta volna. A megtérített összeg nem haladhatja meg az igénybe vett egészségügyi ellátás tényleges költségét.

Az irányelv tehát a bíróság korábbi ítélkezési gyakorlatában kidolgozott megoldásra támaszkodik, azaz különbséget tesz a *kórházi és a nem kórházi ellátások* között. Főszabály szerint a beteg azon *nem kórházi ellátásokat*, amelyekre egyébként saját államában is jogosult, és amelyek előzetes engedélyeztetést nem igényelnek, akár tervezett módon is igénybe veheti egy másik tagállamban. Ez esetben az ellátás költségeinek megtérítésére a saját biztosítási rendszer szerinti belföldi költség alapján jogosult (7. cikk).

Az irányelv kiindulási alapja, hogy ez a rendszer nem veszélyezteti a szociális biztonsági rendszerek érzékeny pénzügyi egyensúlyát, ugyanakkor, amennyiben a veszélyeztetés mégis bekövetkezik, a tagállamok jogosulttá válnak „ellenintézkedések” meghozatalára. Erre a 4. cikk ad lehetőséget, amikor kimondja, hogy a megkülönböztetés tilalmának irányelvben lefektetett követelménye „nem érinti az ellátás helye szerinti tagállam azon lehetőségét, hogy – amennyiben ez közérdeken alapuló kényszerítő okokkal, mint például az adott tagállamban a magas színvonalú és kiegyensúlyozottan sokrétű ellátáshoz való elégséges és állandó hozzáférés biztosításának céljával, vagy (lehetőség szerint) a költségek ellenőrzésére és a pénzügyi, technikai és humán erőforrások bármiféle pazarlásának megelőzésére irányuló törekvéssel kapcsolatos tervezési követelményekkel indokolható – az ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos intézkedéseket fogadjon el a területén az egészségügyi ellátáshoz való megfelelő és állandó hozzáférés biztosításával kapcsolatos alapvető feladata teljesítése érdekében.”⁴⁰ Ezek az intézkedések természetesen meg kell, hogy feleljenek a cél érdekében szükséges és azzal arányos mértéknek, nem válhatnak önkényes megkülönböztetés eszközévé, továbbá előzetesen nyilvánosan hozzáférhetővé kell tenni őket.

Ahogy említettük, bizonyos határon átnyúló egészségügyi ellátások, így a *kórházi ellátások* tekintetében a biztosítás helye szerinti tagállam előzetes engedélyezési rendszert alkalmazhat (8. cikk 1. bekezdés). Az irányelv megszületése során az egyik legnagyobb kihívást a tagállamok általi előzetes en-

gedély jövőbeni alkalmazási körének behatárolása jelentette.⁴¹ Végeredményként elmondhatjuk, hogy az irányelv *nem vezet be általános engedélyezési rendszert*, csupán lehetővé teszi annak fenntartását a tagállamok számára, amennyiben előbbiek az irányelvben foglalt feltételek fennállását bizonyítani tudják.

Az irányelv rögzíti továbbá, hogy a biztosítás helye szerinti tagállam milyen okok alapján tagadhatja meg az előzetes engedély megadását (8. cikk 6. bekezdés).

Végül az irányelv negyedik fejezete az egészségügyi együttműködés kérdéseit rendezi.

A tagállamok *együttműködnek egymással* az irányelv megvalósításának megkönnyítése érdekében. Így különösen támogatják az egészségügyi szolgáltatók európai referenciahálózatának létrejöttét, amelynek célja a szakértelem Európán belüli mobilitásának elősegítéséhez való hozzájárulás, valamint a kiemelten speciális egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása a rendelkezésre álló források és szakértelem koncentrációja és összefogása által. A tagállamok elismerik a más tagállamban kiállított orvosi rendelvények érvényességét, amennyiben azok a területükön engedélyezett gyógyszerre vonatkoznak.

6. A megtérítés rendje

Amint azt bemutatuk, az irányelv egyik központi eleme a más tagállamban igénybe vett egészségügyi ellátás során felmerült költségek bizonyos hányadának a biztosító általi kötelező megtérítése. Mindenekelőtt célszerű rögzíteni, hogy a megtérítés tekintetében egyrészt a jogosultság *expressis verbis rögzítéséről*, másrészt a *megtérítés rendjének tisztázásáról*, átláthatóbbá tételéről van szó. Természetesen a megtérítésre való jog már következik a Bíróság esetjogából, de ennek egy irányelvben való kimondása kétségtelenül erősíti a jogalkalmazás egységességét. Az irányelv a rendeleti mechanizmus mellé egy új mechanizmust léptet életbe, amely a szerződés szabad mozgásra vonatkozó rendelkezésein alapul. Ez a mechanizmus lehetővé teszi a beteg számára, hogy egy másik tagállamban vegyen igénybe ellátást, ha erre a lakhelye szerinti államban is jogosult lenne, és ennek költségeit olyan összegig térítse meg számára a biztosító, mintha a kezelést otthon vette volna igénybe (7. cikk 4. bekezdés).

Az irányelv 7. cikkének 4. bekezdése úgy rendelkezik, miszerint „a határon átnyúló egészségügyi ellátás költségeit a *biztosítás helye szerinti* tagállam a költségek azon *mértékéig* téríti vissza vagy fizeti ki közvetlenül, amelyet akkor vállalt volna át, ha ezt az egészségügyi ellátást a *saját területén* vették volna igénybe, az igénybe vett egészségügyi ellátás *tényleges költségeinek* meghaladása nélkül”. Ez a megfogalmazás a *Vanbraekel* esetben⁴² lefektetett elvet tükrözi vissza, amely értelmében a biztosítás helye szerinti tagállam jogszabályában szereplő és a tartózkodási hely szerinti tagállam által alkalmazott megtérítési szint közötti különbségnek megfelelő mértékű *kiegészítő megtérítést* kell teljesíteni a beteg részére. E körülmény indokál az szolgáltató, hogy amennyiben a biztosított valamely tagállamban nyújtott kórházi ellátás alkalmával *kevésbé kedvező megtérítésben* részesül, mint ugyanezen ellátásnak a biztosítás helye szerinti tagállamban történő igénybevételekor, az elbizonytalaníthatja, sőt meg is akadályozhatja abban, hogy más tagállamban letelepedett egészségügyi szolgáltatókhoz forduljon, ezzel a *szolgáltatásnyújtás szabadságának akadályát* képezve.⁴³

E ponton érdemes megemlíteni, hogy vajon a fenti elv magában foglalja-e a beteg által fizetendő olyan költségeket is, amelyeket abban a tagállamban a saját állampolgárok is maguk fizetnek (egyfajta vizitdíjként). A Bíróság egy friss döntésében, a rendelet talaján állva, a Bizottság kontra Spanyolország jogesetben⁴⁴ úgy határozott, miszerint ha a biztosítás szerinti tagállamtól eltérő tagállamban való ideiglenes tartózkodás alatt nem tervezett kórházi ellátások nyújtására kerül sor, a biztosítás szerinti tagállamnak nem kell megtérítenie a beteg számára azon költségeket, amelyeket az ellátás nyújtásának helye szerinti államban e betegnek *kell viselnie* (klasszikusan ez a „co-payment” konstrukció). Így Spanyolország azzal, hogy a spanyol egészségbiztosítási rendszer biztosítottjaival szemben megtagadta a számukra más tagállamban nyújtott, nem tervezett kórházi kezelésekhöz kapcsolódó „co-payment” költségek megtérítését, tehát amikor e tagállamban a *fedezeti arány alacsonyabb* a spanyol jogban előírtnál, nem sérti az Európai Uniónak a szolgáltatásnyújtás szabadságára vonatkozó jogelveit.

Mivel az irányelv hatálya kiterjed mind a sürgősségi, mind a tervezett ellátásokra, joggal feltételezhetjük, hogy az irányelv nem differenciál a tervezett illetve a sürgősségi ellátások között, tehát a megtérítés kötelezettsége (a „co-payment” kérdését kivéve) minden esetben fennáll.

Mint azt látjuk, az irányelv a megtérítéssel kapcsolatos liberális bírói esetjog kodifikálására törekszik, ugyanakkor figyelemmel van a *tagállamok pénzügyi érdekei megőrzésének követelményére is*. A tagállami hatáskör mindenekelőtt abban manifesztálódik, hogy a tagállamok jogosultak annak meghatározására, *mely ellátások után térít* a biztosító, ugyanakkor csak is az irányelv adta keretek között gyakorolhatják ezt a jogukat.⁴⁵ Főszabály szerint, nem kötelező megtérítés nyújtása, ha az ellátás nem szerepel a „tagállami biztosítási csomagban”. Tipikusan ilyen ellátások a különböző, kizárólag szépészeti típusú plasztikai műtétek. Ugyanakkor, ha a másik tagállambeli ellátás nem szerepel a „megtérített ellátások listáján”, minden esetben egyedi mérlegelés tárgyául kell szolgáljon a biztosítás szerinti ország kompetens hatósága részéről az engedély megadása illetve megtagadása, ha a betegség gyógyítása nem biztosított a biztosítás helye szerinti tagállamban. Következésképp, ha megfelelő kezelés nem biztosítható, az uniós joggal ellentétes az olyan nemzeti szabályozás, amely esetében az engedély automatikusan megtagadásra kerül azon az alapon, hogy a kezelés nem elérhető annak területén.⁴⁶ Fontos azonban hangsúlyozni, hogy ha a nemzeti szabályozás kellően részletes, és csak egy adott kezelés típusához fűz megtérítést a területén igénybevett ellátás után, akkor ez az elv kifelé is érvényes, tehát más tagállamban igénybevett ellátásnál is csak az adott kezelés-típust téríti meg. Magát az elvet az irányelv 8. cikk 5. bekezdése rögzíti, amely alapján a Bíróság híres Elchinov döntésében foglaltak szolgáltak.⁴⁷ Ugyanakkor a kérdéses bolgár szabályozás nem volt részletes, tehát nem határozta meg pontosan, milyen kezelések után járt megtérítés (konkrétan: nem mindegy, hogy a nemzeti szabály azt mondja, hogy biztosítja a szemészeti ellátást, vagy azt mondja, hogy biztosítja a szemészeti ellátásnak egy adott, konkrét formáját).

Végül a megtérítéssel kapcsolatos szabályok körében szükséges megemlíteni azokat a rendelkezéseket, amelyek tagállami diszkréció függvényében a beteg számára a főszabálynál előnyösebb feltételek tartalmaznak. A tagállamok ugyanis dönthetnek úgy, hogy amennyiben a határon átnyúló egész-

ségügyi ellátás teljes költsége több, mint amennyibe az adott ellátás a saját területén került volna, a *teljes költséget* visszatérítik.

Ez vonatkozik az ún. *kapcsolódó költségek* térítésére is, így a szállás- és utazási költségekre vagy a fogyatékkal élő személyek számára felmerülő esetleges többletköltségekre.⁴⁸

7. Az irányelv és a koordinációs rendelet közti kapcsolat

Hangsúlyozni szükséges, hogy a *koordinációs rendelet továbbra is hatályban marad* az irányelv mellett, sőt prioritást élvez, amennyiben kedvezőbbek a szabályai.⁴⁹ Az irányelv preambulumban rögzítést nyert az a nagyon fontos elv, miszerint a beteget nem lehet megfosztani a szociális biztonsági rendszerek összehangolásáról szóló uniós rendeletek által biztosított *előnyösebb jogoktól*, ha annak feltételei teljesülnek. Ugyanakkor a beteg ennek ellenére dönthet úgy, hogy mégis az irányelvi utat választja, mert az egyszerűbb vagy gyorsabb számára.

Amennyiben közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál *sürgősségi ellátásra* kerül sor, értelemszerűen a rendelet szabályai alapján kell eljárni. Ez esetben a kompetens intézmények egymás közt megtérítik a költségeket, így a betegnek nem kell fizetnie az ellátást nyújtó intézmény számára, illetve csak a saját állampolgár betegekre is irányadó költséget („co-payment”). Az irányelv e tekintetben abban hoz változást, hogy a nem közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál igénybevett ellátások is a megtérítés hatálya alá esnek, de – és itt a különbség a rendelethez képest – nem teljes költségen, hanem csak a biztosítás államában érvényes belföldi költségen, legfeljebb tényleges költségen.⁵⁰

Fontos tehát látnunk, hogy minden betegnek, aki azért folyamodik engedélyért, hogy egy másik tagállamban részesülhessen az állapotának megfelelő ellátásban, minden esetben meg kell kapnia az *engedélyt az uniós rendeletekben előírt feltételek* teljesülése esetén.⁵¹ Az irányelv 8. cikkének 3. bekezdése pedig úgy rendelkezik, hogy „amennyiben egy biztosított személy *előzetes engedélyt kér*, hogy határon átnyúló egészségügyi ellátást vehessen igénybe, a *biztosítás helye szerinti tagállamnak meg kell győződnie arról, hogy teljesülnek-e a 883/2004/EK rendeletben foglalt feltételek*”. Ha e *feltételek teljesülnek*, a rendelet értelmében kell megadni az előzetes engedélyt, kivéve, ha a beteg ettől eltérő kérelmet nyújt be. Elképzelhető ugyanis, hogy a beteg *inkább az irányelv feltételei* mellett kíván ellátásban részesülni. Így ha az előzetes engedélyezés eljárását nem tudja vagy kívánja követni (példának okáért nem tudja kívárni az engedély megadását), a rendeletben foglalt kedvezőbb lehetőségekkel sem élhet majd.

Ez a megoldás, azaz a választás lehetőségének konstrukciója nem előzmény nélküli, hiszen már a 883/2004/EK rendelet végrehajtási rendelete is úgy rendelkezik, hogy a biztosítás helyétől eltérő tagállamban lakhellyel rendelkező biztosított személy választási joggal bír a tekintetben, hogy a tartózkodás helye szerinti ország szabályai vagy a biztosítás helye szerinti ország szabályai (tarifái) szerint kéri-e a megtérítést. A választás lehetőségének a fényében a betegek vélhetően a rendelet szerinti megtérítési utat részesítik majd előnyben, nemcsak a teljes térítés miatt, hanem mert itt a felmerült költségek rendezésére főszabályként az ellátó intézmény és a biztosítás tagállamának kompetens hatósága között kerül sor, azaz a betegnek nem kell megelőlegeznie az ellátás költségeit.⁵²

A lényeg tehát, hogy a két mechanizmus *komplementer* jelleggel bír, bizonyos intézkedési körben a rendeletben foglaltak érvényesülését biztosítva első helyen. A két jogforrás tekintetében a legkomolyabb érintkezési pont az előzetes engedélyeztetés kérdésköre, ezért a következőkben azt vizsgáljuk meg részletesebben.

7. Az előzetes engedélyeztetés az irányelv rendelkezései tükrében

Az irányelv elsődleges célja a jogbiztonság megteremtése a kodifikáció útján. Ez utóbbi segítségül szolgál a tagállamok által élvezett mozgástér kereteinek rögzítésére.

A kodifikáció során felmerült legvitásabb kérdések egyike az előzetes engedélyhez kötött ellátások körének bővítése volt. Az irányelv ugyanis egyfelől fenntartja a korábbi esetjogában rögzített kényszerítő követelményeket, ugyanakkor *bővíti* is az előzetes engedélyhez köthető ellátások körét, melyek a következők.

1. A magas színvonalú és kiegyensúlyozottan sokrétű ellátáshoz való elégséges és állandó hozzáférés biztosításának célja,
2. a költségek ellenőrzésére és a pénzügyi, technikai és humán erőforrások bármiféle pazarlásának megelőzésére irányuló törekvéssel kapcsolatos tervezési követelmények fennállása,
3. végül abban az esetben, ha az ellátási kapacitásnak, illetve az egészségügyi szaktudásnak a tagállam területén való fenntartása alapvető fontosságú a közegészség szempontjából.

E három kényszerítő követelmény fényében határozhatók meg azon esetek, amelyek körében előzetes engedélyezés követelhető meg. Ez képezi tárgyát az irányelv 8. cikkének, amely három ilyen ellátási kört nevesít. Ami ezen a körön kívül esik – így a nem kórházi ellátások legnagyobb része – arra nem terjed ki az előzetes engedélyeztetés. Leszögezhetjük tehát, hogy az irányelv az engedélyre köteles ellátások zárt listáját rögzíti úgy, hogy ezek értelmezését illetően rugalmasságot biztosít a tagállamok számára. Melyek ezek az esetek, amikor az irányelv szabályai értelmében *előzetes engedélyhez köthető* az egészségügyi ellátás?

1. Ha az adott tagállamban a magas színvonalú és kiegyensúlyozottan sokrétű ellátáshoz való elégséges és állandó hozzáférés biztosításával, vagy a költségek ellenőrzésére és a pénzügyi, technikai és humán erőforrások bármiféle jelentős pazarlásának megelőzésére irányuló törekvéssel kapcsolatos *tervezési követelményekhez* kötött az egészségügyi ellátás, és – kumulatív módon – megvalósul még egy a két alább ismertetett alponthoz megadott lehetőség közül (lásd az irányelv 8. cikkének 2a pontját). Így vagy legalább egy éjszakai kórházi tartózkodással jár az ellátás, vagy *speciális és nagy költségű*. A kórházi ellátás kapcsán, ahogy arra a Bíróság már a Smits és Peerbooms esetben is rámutatott, az előzetes engedélyeztetés teljességgel érthető, hiszen a kórházak számaránya, földrajzi elhelyezkedése, felszereltsége és az általuk kínált orvosi szolgáltatások komoly tervezést kívánnak meg. A tagállamok tehát nagyfokú szabadságot élveznek a politika terén, amely lehetővé teszi az eltérő standardok alkalmazást számukra az egyes régióknaként. Ugyanakkor az irányelv vélhetően hozzá is járul majd a tagállamok „közös gondolkodásához” a határmenti régiókban.

A másik irányelvben foglalt esetkör, ha az ellátás kórházon kívül esik, mégis az kiemelten *speciális és költséges orvosi infrastruktúra vagy orvosi felszerelés alkalmazását* kívánja meg, amely az előzőekhez hasonlóan szintén előzetes tervezést követel. A Bizottság kontra Franciaország eset⁵³ ebben a tekintetben fontos adaléku szolgál, hiszen a Bíróság kimondta, hogy ilyennek kell tekinteni az MRI-szkennert és a PET-szkennert. Az irányelvben foglalt másik két esetkör sokkal inkább vonható az EUMSz. 36. cikkében található közegészségügyi kivétel, mint sem a kényszerítő követelmények igazolási indoka alá.

2. Így ha az ellátás a beteg vagy a lakosság számára *különleges kockázattal* jár (lásd az irányelv 8. cikkének 2a és 2b pontjait).
3. Az ellátást olyan egészségügyi szolgáltató nyújtja, amely vonatkozásában súlyos és kifejezett aggályok merülhetnek fel az ellátás *minőségével vagy biztonságával* kapcsolatban (lásd az irányelv 8. cikkének (2) (c) pontját).⁵⁴

Ez utóbbi kivételek a tagállamok mozgástérének növelése szándékával kifejezetten a Tanács kérésére kerültek a jogszabály szövegébe, még hozzá nem pontosan definiált megfogalmazással.⁵⁵ Pennings szerint, ez túl tág mozgástérrel adhat a tagállamoknak, továbbá az esetjog alapján feszültséget generálhat, hiszen az csak a kórházi és a nem kórházi ellátások közt differenciál.⁵⁶

E ponton szükséges megemlíteni az irányelv egyik legfontosabb garanciális elemét, így azt, hogy a hatóság csak az irányelv 8. cikk 6. bekezdésében rögzített, zárt *listában szereplő taxatív okok alapján utasíthatja el az engedély kiadását*.

8. Az eljárási garanciák

Mint azt fent láthattuk, az előzetes engedélyeztetés rendje képezi azt a sarokpontot, amelyen keresztül a tagállamok korlátozni képesek a másik tagállami ellátás biztosítottjait általi olyan igénybevitelét, amelyhez a biztosítás helye szerinti tagállam pénzügyi kötelezettségvállalást nyújt. Így elsősorban e tekintetben mutatkozott szükségesnek a biztosítás helye szerinti tagállamok által élvezett diszkréció kereteinek pontosítása. Nyilvánvalóan e körben is elsősorban a vonatkozó bírói esetjog kodifikálására került sor.⁵⁷ Ennek értelmében, az engedélyezés minden esetben *egyénre szabott* kell legyen, amely figyelembe veszi a beteg egészségi állapotát. A biztosítás helye szerinti tagállamnak garantálnia kell, hogy a más tagállamban igénybe vett ellátások és az ott felmerült költségek megtérítésére vonatkozó *közigazgatási eljárások objektív, megkülönböztetéstől mentes kritériumokon* alapuljanak, amelyek az elérendő célkitűzést tekintve szükségesek és arányosak.⁵⁸ Biztosítani szükséges tehát a *kérelmek igazságos elbírálását*.

A tagállamoknak továbbá ésszerű határidőn belül kell a kérelmeket elbírálniuk, amely határidőket előzetesen közzé kell tenniük.⁵⁹ Az egyedi *határozatokat indokolni* kell, biztosítva egyben a megfelelő jogorvoslatot.⁶⁰ Végül általában véve garantálni kell a rendszer átláthatóságát, amely követelmény kiterjed a tagállamok azon kötelezettségére is, hogy azok közzé tegyék az előzetes engedélyt igénylő egészségügyi ellátások listáját illetve az előzetes engedélyezési rendszerre vonatkozó valamennyi releváns információt is.⁶¹

Az esetjogba foglalt követelmények kodifikálása mindenképp előrelépést jelent, ugyanakkor *de la Rosa* úgy véli, ebben

nincs semmi újszerű, lényegében az általános szolgáltatási irányelvben foglaltak visszhangoznak az irányelv rendelkezéseiben.⁶²

A fenti, *tradicionális elemek* mellett továbbá kiemelt fontossággal bírnak az irányelvben rögzítésre került új típusú, garanciális elemként szolgáló betegjogok.

E körben elsőként szükséges megemlíteni azokat az irányelvben is deklarált értékeket, amelyek a határon átnyúló egészségügyi ellátás területén kiemelt szerepet kell, hogy játsszanak a betegek jogainak érvényesítése során.

Az irányelv preambuluma így erőteljesen hangsúlyozza az európai értékek figyelembevételének szükségességét a közegészségügy területén, és külön ki is emeli az *egyetemesség, a jó minőségű ellátáshoz való hozzáférés, a méltányosság és a szolidaritás átfogó értékeit*.⁶³ Mint azt fent már említésre került, az Unió a Lisszaboni Szerződés elfogadását követően igyekszik minél erősebben demonstrálni az Unió szociális irányú elköteleződését, mind az Alapjogi Chartában foglalt egészségügyi jogokon, mind pedig az elsődleges jogban rögzítésre került „szociális klauzulán” keresztül.⁶⁴

Másodsorban nagyon fontos garanciális elemet jelent az irányelvben foglalt azon követelmény, miszerint a különböző *közigazgatási vagy pénzügyi megfontolások nem játszhatnak szerepet az előzetes engedély megadása vagy elutasítása* tekintetében.⁶⁵ A 8. cikk 5. bekezdése alapján így nem tagadható meg az engedély, ha az egészségügyi ellátás a betegnek az engedély iránti kérelem benyújtása vagy megújítása időpontjában fennálló egészségi állapotára, a kórelőzményekre és a betegség valószínű lefolyására, a beteg fájdalmi intenzitására, illetve a beteg fogyatékoságára vonatkozó objektív orvosi értékelés alapján orvosi szempontból elfogadható időn belül nem biztosítható.

Noha az irányelv – összhangban a bírósági esetjoggal, konkrétan a Watts esettel – önmagában nem kifogásolja a várólistás rendszert, a tagállamoktól e tekintetben mégis némi rugalmasságot követel. E ponton a fent említett értékek kiemelt szerephez jutnak. A bürokratikus illetve pénzügy megfontolások ugyanis semmiképpen sem lehetnek fontosabbak a beteg állapotánál. Ahogy azt az irányelv preambuluma is rögzíti „...az előzetes engedély megtagadása nem alapulhat azon, hogy a tagállam területén léteznek általános klinikai prioritások alapján felállított, tervezési és igazgatási célokat szolgáló belföldi várólisták”,⁶⁶ amennyiben nincsen egy objektív, egyénre szabott orvosi vizsgálat.

De la Rosa figyelmeztet ugyanakkor az ezzel járó veszélyekre is. Nézete szerint az irányelv ugyan jótékony hatással lehet a várólistás rendszerre az ellátások minősége növelésén és a várakozási idő csökkentésén keresztül. Ez azonban éppen ellenkező hatást is kiválthat, így a tagállamokat eltérítheti a költséges kórházi beruházásokról. A tagállamok passzív hozzáállását tovább erősítheti az európai szintű „presszió” hiánya. Mint azt már említettük, az irányelv nyomásgyakorlás helyett sokkal inkább csak ösztönzi a tagállamokat a szoros együttműködésre az egészségügy területén.

Az újfajta betegjogok körében szükséges végül megemlíteni az irányelv által garantált információs jogosítványokat.

Így az irányelv rendelkezései értelmében minden tagállam kijelöl a határon átnyúló egészségügyi ellátás terén egy vagy több nemzeti kapcsolattartó pontot, nevüket és elérhetőségüket pedig továbbítja a Bizottsághoz.⁶⁷ Annak lehetővé

tétele érdekében, hogy a betegek ténylegesen élhessenek a határon átnyúló egészségügyi ellátással kapcsolatos jogaikkal, az ellátás helye szerinti tagállam nemzeti kapcsolattartó pontja tájékoztatást nyújt számukra az egészségügyi szolgáltatókról, továbbá a betegek jogairól, különös tekintettel a panasztételi eljárásokra és jogorvoslati mechanizmusokra, valamint a vitarendezésre szolgáló jogi és közigazgatási lehetőségekre, beleértve a határon átnyúló egészségügyi ellátásból eredő károk esetét is. Az információhoz való hozzáférés, a tájékoztatás kiemelt fontossággal bír egy olyan érzékeny területen, mint a határon átnyúló egészségügyi ellátás, hiszen a beteg ez alapján tud kellően megalapozott döntést hozni az ellátás külföldön történő igénybevételéről.⁶⁸

Az irányelv eredeti tervezetében még az szerepelt, hogy a nemzeti kapcsolattartó pontok a más tagállamban nyújtott ellátásokról is szolgáltatnak információt. A hatályos verzió értelmében azonban ezen információs pontok szerepe már csak a saját tagállami rendszerükről nyújtott információkra korlátozódik. Vélhetően ezzel azt kívánták elkerülni a jogalkotók, hogy a nemzeti kapcsolattartó pontok egyfajta közvetítői szerepet is ellássanak, amely árnyalhatta volna alapvetően objektív tájékoztatási jellegüket.

Ugyanakkor az irányelv hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltatóknak feladata, hogy tájékoztatást nyújtsanak a konkrét ellátásról. Az irányelv 4. cikkének 2b pontja rendelkezik arról, hogy az egészségügyi szolgáltatók az egyéni betegek tájékoztatáson alapuló, megalapozott választásának elősegítése céljából releváns információt nyújtanak többek között az ellátási lehetőségekről, az ellátás helye szerinti tagállamban biztosított egészségügyi ellátás rendelkezésre állásáról, minőségéről és biztonságáról, az továbbá világos számlákat biztosítanak, és világos információkat nyújtanak az árakról, engedélyükről vagy bejegyzésük állapotáról, biztosítási fedezetükről, illetve a szakmai felelősséggel összefüggő személyes vagy kollektív védelem egyéb eszközeiről.

Az eurobarometer által készített felmérés ugyanakkor azt mutatja, hogy sem maguk a betegek, sem az egészségügyi intézmények dolgozói nincsenek tisztában azzal, hogy a megterítés tekintetében milyen jogokkal rendelkeznek. Sőt az Unió lakosságának 30%-a annak sincs tudatában, hogy más tagállamban is igényelhet egészségügyi ellátást biztosítójának pénzügyi kötelezettségvállalása mellett.⁶⁹ A Bizottság kérdőívére adott tagállami válaszokból is az derül ki, hogy e téren jelenleg is nagyfokú a bizonytalanság.⁷⁰ Ugyanakkor az irányelv hatályba lépése óta a betegjogokkal foglalkozó szervezetek is egyre aktívabbak az irányelv szabályainak ismertetésében.⁷¹

A lényegi kérdés az, hogy vajon a betegek képesek lesznek-e az Unió által lefektetett jogokat ténylegesen kiaknázni. Ez némileg kétségesnek tűnhet, különösen ha figyelembe vesszük az egyes területi és szociális kiegyenlítetlenségeket, még tagállami kereteken belül is. Erről az irányelv mélyen hallgat, márpedig gondoljunk csak arra, milyen esélyei vannak a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre egy idegen nyelven nem beszélő, információktól elzárva élő tagállami polgárnak, aki egy az uniós átlagtól messze elmaradott fejlettségű régió lakosa. Az irányelv, így bátran mondhatjuk, lényegében azon polgároknak nyújt segítséget, akik jól tájékozottak, nyelveket beszélnek, és kellő módon ki tudják aknázni a mobilitással járó előnyöket.

9. A tagállamok közti együttműködés

Az Unió a közegészségügy területén a tagállamok intézkedéseit támogató, összehangoló vagy kiegészítő intézkedések végrehajtására jogosult, amely így főszabályként nem teszi lehetővé kötelező erejű normák lefektetését, hanem az pusztán olyan eszközökre szorítkozik, amelyek a tagállamok közötti együttműködést hivatottak előmozdítani. Miben ölt, illetve ölthet formát a tagállami együttműködés?

Az irányelv IV. fejezete tárgyalja a tagállamok kölcsönös segítségnyújtását, az együttműködést és az információcserét (10. cikk), a más tagállamban kiállított orvosi rendelvények elismerését (11. cikk), az egészségügyi szolgáltatók, ill. a szakértői központok európai referenciahálózatának fejlesztését (12. cikk) a ritka betegségek diagnosztikája és ellátása terén való együttműködést (13. cikk) az e-egészségügyért felelős nemzeti hatóságokat összekötő önkéntes hálózat keretében történő együttműködést (14. cikk) egészségügyi technológiák értékelésére vonatkozó együttműködést (15. cikk).

A következőkben csak nagyon röviden szeretnénk kitérni az egyes pontokra. A *nemzeti kapcsolattartó pontok* közti együttműködés és a Bizottság tagállami együttműködésben játszott szerepe megfelelő kifejeződése az ún. támogató jellegű politikának. Ez az az intézményi keret, amely az irányelvben foglalt elvek végrehajtása tekintetében ösztönző elemként szolgál. Hasonlóképpen az *egészségügyi technológiák értékeléséért* felelős hálózat segíti a tagállamok közötti együttműködést és a tudományos információk, tapasztalatok cseréjét. E hálózat a nyitott koordinációs mechanizmus egy relatíve rugalmas formáját testesíti meg.⁷² Az egészségügyi technológiák értékeléséért felelős hálózat alapvetően önkéntes jellegű, a hálózat tagjai a székhelyük szerinti tagállam jogszabályaival összhangban vesznek részt a hálózat tevékenységében anélkül, hogy a jogszabályszöveg bármilyen közös bizottságra utalna.

Ennél jóval eredetibb struktúra az ún. *európai referenciahálózat*, amely tekintetében a Bizottság támogatólag lép fel a tagállamokban működő egészségügyi szolgáltatók, illetve szakértői központok *európai referenciahálózatainak* tagállamok általi *fejlesztésében*, különösen a ritka betegségek területén. E hálózat tekintetében a Bizottság fogadja el azon sajátos kritériumok és feltételek listáját, amelyeket az európai referenciahálózatokhoz csatlakozni kívánó egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó feltételeket és kritériumokat. Ugyanakkor maguk a tagállamok hozzák azt létre, ill. tartják életben azt. Semmiféle hagyományos, a tagállamközi együttműködést segítő eszköz nem szolgál e hálózat működtetésére (lásd monitoring). A hatékony működés ez esetben kizárólag maguktól a tagállamoktól függ.

Mint láthatjuk, az „európai egészségügy” jelenlegi állapotában – épp a hatásköri korlátok okán – végeredményben hálózatok és folyamatok szövevénye⁷³, amely magában foglalja az irányelv formális monitoring mechanizmusát, az ún. nyitott koordinációs mechanizmust, a Bizottság által szervezett struktúrákat, a tagállamok által működtetett hálózatokat, illetve a jövőben formálódó határmenti együttműködések.

10. Az irányelv magyar jogba történő átültetése

Magyarország határidőre implementálta a teljes irányelvet, ami komoly sikerként könyvelhető el, tekintettel arra, hogy

a tagállamok kevesebb mint fele tudta csupán tartani az átültetési határidőt. A jogharmonizáció eredményeként számos jogszabály módosult (EBtv.⁷⁴, Eüak.⁷⁵, Ebtv VHR.⁷⁶, 43/99 Kormányrendelet⁷⁷), továbbá – mintegy az átültetés legfontosabb elemeként – elfogadásra került a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013 (IX. 25.) Kormányrendelet. Magyarország a Kormányrendelet mellékletében transzparenssé tette, hogy mely ellátásokra kell előzetes engedélyt kérni, amennyiben a magyar biztosított térítéssel kívánja az ellátást igénybe venni⁷⁸, továbbá részletesen meghatározta ennek a feltételeit.

A centrális jogalkalmazás mellett döntött a magyar kormányzat, azaz a rendszert az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban OEP) működteti az eljárás egységes és jól monitorozható jellege érdekében. Az OEP minden hónapban jelentést készít a folyamatokról az Emberi Erőforrások Minisztériuma felé, amely beavatkozhat a rendszerbe, ha a kiutazó magyar biztosítottak által generált költség az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyát veszélyeztetné. Hasonlóképpen, a magyar kórházak visszautasíthatják a külföldről érkező betegeket, ha az a területi ellátási kötelezettségüknek való megfelelést veszélyeztetné.

Konklúzió

Sokáig a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló rendeletet, az 1408/71/EK rendeletet, illetve az azt felváltó 883/2004/EK rendeletet tekintették az egyedüli olyan közösségi mechanizmusnak, mely lehetővé teszi a betegek finanszírozással párosuló külföldi kezelését (elteltek a saját költségen történő kezeltetéstől).⁷⁹

1998-tól kezdődően az Európai Közösségek Bírósága (a továbbiakban: Bíróság) ítéletei során (*Kohll és Decker*,⁸⁰ *Vanbraekel*⁸¹, *Smits-Peerbooms*⁸², *Watts*⁸³ stb.) olyan új elveket állapított meg, melyek a Római Szerződés áruk és szolgáltatások szabad mozgásáról szóló cikkeinek a betegek számára külföldön nyújtott egészségügyi szolgáltatások költségterítésére való közvetlen alkalmazására vonatkoznak. Ítéleteiben a Bíróság egyértelművé tette, hogy amennyiben díjazás ellenében történik az egészségügyi szolgáltatások nyújtása, azok a Szerződés értelmében szolgáltatásoknak minősülnek, és emiatt a szolgáltatások szabad mozgására vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni. Az új irányelv a belső piaci elvek alkalmazása által generált feszültséget hivatott feloldani, elsősorban az esetjog kodifikálása útján, a koordinációs rendelet és az irányelv összhangjának maximális biztosításával.

Ez messze nem könnyű feladat, hiszen a jelenlegi európai egészségpolitika kompromisszumokra épül. Elsősorban a belső piaci szabadság és a hagyományosan tagállami hatáskörbe tartozó egészségpolitika kompromisszumára, másodsorban az Unió szociális értékek irányába való jövőbeli elköteleződése és az ehhez képest rendelkezésre álló eszköztár hiányos voltából fakadó kompromisszumra. A kérdés az, hogy a jogalkotóknak e nehézségeket leküzdve vakon sikerült-e egy valóban előremutató jogszabályt alkotniuk.

A válasz igen is és nem is. Igen pozitív, hogy az irányelv teljesíti a kitűzött célt, és a belső piaci alapokra építve jogbiztonságot teremt a megtérítés rendjében, segítségül szolgál a „beteg” európai jogi státuszának meghatározásában, az információs jogok rögzítésén, az előzetes engedélykérelmet kísérő

eljárési biztosítékok lefektetésén, és az orvosi rendelvevények kölcsönös elismerésének biztosításán keresztül.

A belső piaci elvek kodifikálása mellett ugyanakkor nagyon is tiszteletben tartja a tagállami kompetenciákat azáltal, hogy továbbra is tagállami kézben hagyja a megtérítendő ellátások körének meghatározását, lehetőséget ad előzetes engedélyeztetésre bizonyos ellátások körében, továbbá csupán „együtműködési struktúrákat” állít fel, elsősorban önkéntes alapon történő részvétellel. Így lényegében azt mondhatjuk, hogy egyensúlyt teremt az ellentétes irányú érdekek között a kodifikáció során.

Ugyanakkor az irányelv, amely nem lép túl a belső piac dik-tálta logikán, csupán azok számára biztosítja a más tagállami ellátást, akik kellő „eszköztárral” (nyelvismerettel, megfelelő információval, anyagi fedezettel, ill. a mobilitás lehetőségével) rendelkeznek annak igénybevételéhez. Az irányelv mindezzel együtt fontos építőköve lehet egy valódi európai egészségügyi térség megteremtésének, hiszen a tagállami együtműködés – akár gyakorlati szintű – erősítése vélhetően pozitív irányuló elmozdulást jelent a jelenleg szigorú hatásköri korlátok közé szorított uniós egészségpolitika területén.

Irodalom

1. *A tanulmány a Pázmány Péter Katolikus Egyetem TÁMOP-4.2.1.B-11/2/KMR-2011-0002. sz. projektje (A tudományos kutatások kibontakoztatása a PPKE-n) keretében jelent meg*
2. AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2011/24/EU IRÁNYELVE (2011. március 9.) a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről, (HL L 88., 2011.4.4., 45. o.).
3. *Stephanie DE LA ROSA: The Directive on cross border healthcare or the art of codifying complex case law. CMLRev. 49, 2012*
4. Az EUSz. 3. cikk (3) bekezdése értelmében „az Unió küzd a társadalmi kirekesztés és megkülönböztetés ellen, és előmozdítja a társadalmi igazságosságot és védelmet, a nők és férfiak közötti egyenlőséget, a nemzedékek közötti szolidaritást és a gyermekek jogainak védelmét.”
5. *Willy Palm, Rita Baeten: The quality and safety paradox in the patient's rights directive. Downloaded: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/21/3/272.full.pdf+html>, 272. o.*
6. *Ezt szolgálja a diplomák és szakképesítések kölcsönös elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelv.*
7. *A 19. cikk szerint az illetékestől eltérő tagállamban ideiglenesen tartózkodó biztosított személy a tartózkodása alatt orvosi okokból szükségessé váló természetbeni ellátásokra jogosult, figyelembe véve az ellátások jellegét és a tartózkodás várható időtartamát.*
8. *Ennek értelmében a biztosított személy, akit az illetékes intézmény feljogosít arra, hogy kezelés igénybevétele céljából egy másik tagállamba utazzon, a tartózkodási hely szerinti tagállam intézménye által az általa alkalmazott jogszabályoknak megfelelően nyújtott természetbeni ellátásban részesül, mintha az említett jogszabályok szerint lenne biztosított.*
9. *Ez az irányelv alkalmazandó továbbá az ún. telemedicina szolgáltatásokra, így az olyan egészségügyi szolgáltatásokra, amelyek során az ellátásban részesülő és az ellátó személy közvetlenül nem találkozik. A kapcsolat ez esetben valamilyen távoli adatátviteli rendszeren keresztül jön létre – elsősorban interneten, telefonon keresztül – főként diagnosztikai konzultáció céljából. Hasonlóképpen a fenti irányelv szabályai nyerne alkalmazást a gyógyszerek, illetve gyógyászati segédeszközök határon átnyúló vásárlása során.*
10. *Frans Pennings: The Draft Patient Mobility Directive and the Coordination Regulations of Social Security, In Helath Care and EU Law, Legal Issues of Services of Genaral Interest, 2011. 147. o.*
11. *De la Rosa i. m. 16. o. Utóbbi megköveteli, hogy a biztosított az ellátás helye szerinti tagállam lakosa legyen.*
12. *C-120/95, Decker v Caisse de Maladie des Employés Privés (Decker) and C-158/96, Kohll v Union des Caisses de Maladie (Kohll) [1998] ECR I-1831*
13. *Lásd a témakörrel: dr. Lukács Éva – Ki fizeti a számlát? A személyek szabad mozgása és az egészségügy kapcsolata az EU tagállamaiban, Magyar Jog 2002/8. 485. o.*
14. *A közegészségügy kérdése a belső piac területén ugyan halványan már korábban is jelen volt, méghozzá a mennyiségi korlátozással azonos hatású intézkedések körében, egyfajta szerződéses kimentési okként. Jelenleg az EUMSZ. 36(2) bekezdése rögzíti a közegészségügyi kivételek esetkörét.*
15. *C-286/82 és 26/83 Luisi and Carbone egyesített esetek (1984) ECR 377, C-159/90, Society for the Protection of Unborn Children Ireland/Grogan (1991) ECR I-4685, C-158/96, Kohll (1998) ECRI-1931.*
16. *Luisi and Carbone v Ministero del Tesoro egyesített ügyek 286/82 and 26/83 [1981] ECR 2595.*
17. *Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd. v. Grogan , C-159/90, [1991] ECR 4685.*
18. *Kohll úr egészségügyi ellátás igénybevétele céljából lépte át a luxemburgi országhatárt. Raymond Kohll lánya fogszabályozását Németországban végeztette el. Ezt követően kérelmezte költségei megtérítését saját luxemburgi egészségbiztosítójától, noha a külföldi ellátáshoz a biztosító előzetesen nem járult hozzá. Kohll ugyan kifejezetten kérte az engedély kiadását a kezelésre, melyet azonban azon az alapon utasítottak vissza, miszerint a fogszabályozást nem tekintik sürgős kezelésnek, ezért ezt Luxemburgban is elvégezhetnék. Kohll érvelése szerint az előzetes engedélyezési eljárás korlátozta őt abban, hogy más uniós tagállamban vásárolhasson szolgáltatást, ami ellentétes az akkor hatályban lévő EK Szerződés szolgáltatások szabad áramlására vonatkozó 49. és 50. cikkeivel. Tamara K. Hervey and Jean V. McHale: Health Law and the European Union, Cambridge University Press, 2004. 126.o.*
19. *C157/99 Smits and Peerbooms [2001] ECR I5473*
20. *A Kohll és Decker ügyeket követő Vanbraekel és Watts ügyek tovább cizellálták a szolgáltatások szabad áramlásán alapuló mechanizmust. C-368/98, Vanbraekel, ECR 2001, 1-53631 ill. Yvonne Watts (Case C-372/04) [2006] ECR I-4325.*

21. Vassilis G. Hatzopoulos: *Killing national health and insurance systems but helaing patients? The European market for healthcare services after the judgements of the ECJ in Vanbrakel and Perbooms*", 39 CMLRev.2002 683-729.
22. De La Rosa i.m. 21.
23. *Community Action on Health Services*. 26 September 2006, SEC (2006) 1195/4, 6.
24. A Smits és Peerbooms (104.), ill. a Müller Fauré (90.) döntéseiben a Bíróság úgy fogalmaz, hogy a nemzeti hatóságok kötelesek az adott esetre jellemző valamennyi körülményt figyelembe venni, így nemcsak a betegnek az engedély iránti kérelem benyújtásakor meglévő egészségi állapotát, hanem a beteg kórelőzményét is annak eldöntésekor, hogy az ugyanolyan eredményességű kezelést megfelelő időben igénybe lehet-e venni egy olyan intézményben, amely a biztosított egészségbiztosítási pénztárával megállapodást kötött. Amíg az eredeti, azaz a 1408/71 EK rendelet 22. cikke még „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges idő” fogalmával operált, az új rendelet már a fenti döntéseket figyelembe véve úgy rendelkezik, hogy „
25. Mindebből következően ahhoz, hogy az előzetes közigazgatási engedélyezésen alapuló rendszer annak ellenére igazolt legyen, hogy eltér ettől az alapvető szabadságtól, minden esetben objektív, hátrányos megkülönböztetéstől mentes és előzetesen ismert szempontokon kell alapulnia, hogy kellően behatárolja a nemzeti hatóságok mérlegelési jogkörének gyakorlását, hogy azok ne tudják önkényesen alkalmazni. Az efféle előzetes közigazgatási engedélyezési rendszer alapja ugyancsak olyan, könnyen hozzáférhető eljárási rendszer, amely megfelelően gondoskodik arról, hogy az érdekeltek kérelmét ésszerű határidőn belül, objektíven és pártatlanul bírálják el, és amelyben az engedély esetleges megtagadását bírói úton meg lehet támadni. Lásd Smits és Perbooms 90. pont
26. Lásd Decker ítélet 39. pont
27. Lásd Smits és Perbooms ítélet C-157/99 105. pont.
28. De La Rosa i.m. 25. o., Miek Peeters: *Free movement of patients: Directive 2011/24 on the application of Patients' Rights in cross - border healthcare*. *European Journal of Health Law*, 19 (2012) 30. o.
29. *Folow up to the High Level Process of Reflection on patient mobility and healthcare developments in the European Union*, COM (2004) 301 of 30 April 2004
30. Peeters i.m. 31., De La Rosa i.m. 25.
31. Végső soron tehát a betegjogi irányelv megszületése annak köszönhető, hogy a Bolkenstein direktíva kizárta az egészségügyi szolgáltatásokat alkalmazási köréből. Ez nem jelenti azt, hogy előbbi az utóbbi vonatkozásában hézagpótló jelleggel bír. A 2011/24/EU irányelv semmiképp sem tekinthető az általános szolgáltatási direktíva szektorális leképeződésének. Amíg utóbbi a valamely tagállamban honos vállalkozások piacra jutását igyekszik megkönnyíteni egy másik tagállamban való szolgáltatásnyújtás céljából, addig a betegjogi irányelv alapvetően úgy kívánja az egészségügyi szolgáltatások határon átnyúló mozgását elősegíteni, hogy maguk a betegek, azaz a szolgáltatás igénybevevői számára biztosít különböző jogosítványokat a más tagállami ellátás elérése céljából. Ugyanakkor nem lehet eleget hangsúlyozni, noha az egészségügy nem tartozik az általános szolgáltatási irányelv hatálya alá, a belső piaci elvek e területre is alkalmazandók.
32. A blokkoló kisebbség sorai közt szerepelt elsősorban Spanyolország, Portugáliával, Lengyelországgal, Romániával, Litvániával, Szlovákiával és Görögországgal karöltve.
33. Lásd preambulum 2. pont.
34. Peeters i.m. 33
35. Lásd irányelv 1. cikk
36. Az irányelv szerint: „egészségügyi ellátás”: olyan egészségügyi szolgáltatás, amelyet egészségügyi szakemberek nyújtanak betegeknek egészségi állapotuk értékelése, fenntartása vagy javítása érdekében, ideértve a gyógyszerek és az orvostechikai eszközök felírását, kiadását és az azokkal való ellátást. Lásd IE 3. cikk (a) pont
37. Ez a Tanácsban komoly vita tárgyát képezte. Lásd Pennings i.m. 149.o.
38. Peeters i.m. 34. o.
39. Pennings i.m. 154.o.
40. Lásd irányelv 4. cikk (3) bekezdés
41. Lásd irányelv 8. cikk (2)(b)(c) amikor is az ellátás a beteg vagy a lakosság számára különleges kockázatot jelentő kezelésekkel jár; vagy olyan egészségügyi szolgáltató nyújtja, amely vonatkozásában eseti elbírálás alapján súlyos és kifejezett aggályok merülhetnek fel az ellátás minőségével vagy biztonságával kapcsolatban
42. A C-368/98 sz. Vanbraekel ügy [2001] ECR I-5363. Az ügy tényállása szerint, Descamps asszony – a belga társadalombiztosítás biztosítottja – saját betegbiztosítási alapjától engedélyt kért egy franciaországi ortopédiai műtét elvégzésére. A belga hatóságok azért utasították vissza Descamps asszony kérelmét, mert a beavatkozást nem véleményeztette valamely belga egyetemi kórház szakértőjével. Miután – előzetes engedélyeztetés nélkül – kezelésben részesült Franciaországban, Descamps asszony visszatért Belgiumba és sikeresen fellebbezett a belga bíróságon. A térítés mértékének eldöntésében fordultak az Európai Bírósághoz azaz, hogy a francia, vagy a belga tarifák alkalmazásával kerüljön az ellátás megtérítésre. Az E 112. számú formanyomtatvány rendszere szerint a francia tarifák alapján kellett volna térítést kapnia (38 ezer francia frank), amíg a Kohll és Decker eljárás értelmében belga tarifák alapján kellett volna térítésben részesülnie (50 ezer francia frank) a biztosítottnak. A Bíróság végül arra a következtetésre jutott, hogy amennyiben a beteg kevesebb térítést kapna annál, mintha saját hazájában kezelték volna, ez meggátolná őt abban, hogy külföldi egészségügyi szolgáltatót keressen, ezért a belga hatóságokat arra utasította, hogy a magasabb belga tarifák alkalmazásával adjon térítést.
43. Vanbraekel ítélet 45. pont
44. A C-211/08 sz. Bizottság kontra Spanyolország ügy tényállása szerint Chollet úr, aki Spanyolországban lakóhellyel rendelkező francia állampolgár, és aki a spanyol társadalombiztosítási rendszer alá tartozik, váratlanul kórházi ápolásra szorult franciaországi tartózkodása során. Spanyolországba való

- visszatértek megtagadták a kórházi költségek azon részének megtérítését, amelyet a francia szabályozás értelmében neki kellett viselnie. Ezért a Bizottság úgy határozott, hogy megindítja a kötelezettségszegés megállapítása iránti keresetet Spanyolországgal szemben. A Bizottság álláspontja szerint Spanyolország ugyanis azzal, hogy a spanyol egészségbiztosítási rendszer biztosítottjaival szemben megtagadta a számukra más tagállamban nyújtott, nem tervezett kórházi kezelésekre kapcsolódó költségek megtérítését olyan esetben, amikor e tagállamban a fedezeti szint alacsonyabb a spanyol jogban előírtnál, sérti az Európai Uniónak a szolgáltatásnyújtás szabadságára vonatkozó szabályozását.. C– 211/08 sz. Bizottság kontra Spanyolország [2010] ECR I5267.
45. Lásd irányelv 7. cikk (3) bekezdés
46. Lásd irányelv 8(5) cikk: „A Biztosítás helye szerinti tagállam nem tagadhatja meg az előzetes engedély megadását abban az esetben, ha a 7. cikk értelmében a beteg jogosult a szóban forgó ellátásra, és ha ez az egészségügyi ellátás a tagállamban – a betegnek az engedély iránti kérelem benyújtása vagy megújítása időpontjában fennálló egészségi állapotára, a kórelőzményekre és a betegség valószínű lefolyására, a beteg fájdalmi intenzitására, illetve a beteg fogyatékosságára vonatkozó objektív orvosi értékelés alapján orvosi szempontból elfogadható időn belül – nem biztosítható”.
47. Elchinov bolgár lakos, aki az NZOK-nál rendelkezett egészségbiztosítással és súlyos betegségben szenvedett, kérte az egészségbiztosítási pénztártól az E 112-es formanyomtatvány kiállítását, annak érdekében, hogy egy berlini szakklinikán olyan csúcstechnológias kezelést vehessen igénybe, amelyet Bulgáriában nem alkalmaznak. Egészségi állapotára való tekintettel Elchinovot időközben felvették a németországi klinikára, és ott kezelésben részesült, még mielőtt megkapta volna az NZOK választát. Az NZOK igazgatója ugyanakkor megtagadta a kért engedélyt Elchinovtól, többek között azzal az indokkal, hogy nem teljesültek az 1408/71 rendelet 22. cikkében említett engedély megadásához szükséges feltételek, mivel az igazgató szerint az említett kezelés nem szerepel a bolgár jogszabályok által szabályozott és az NZOK által megtérített ellátások között. C173/09 Elchinov [2010] ECR I0000
Az előzetes döntéshozatali kérelem többek között annak megválaszolására irányult, hogy vajon kérheti-e valamely biztosított a lakóhelye szerinti tagállam területén kívül található más tagállamban az illetékes intézmény előzetes engedélye nélkül igénybe vett kórházi ellátás megtérítését, ha egészségi állapota szükségessé tette a kezelést. Berki, Gabriella: Az Európai Bíróság újabb ítélete az egészségügyi szolgáltatás tervezett külföldi igénybevételének tárgyában. A tagállami ellátási csomag tartalmának kérdése. JEMA, 2012/2.
48. Irányelv 7. cikk (4)(3) Lásd C– 466/04 Acerada Herrera v. Servicio Cantabro de Salud eset [2006] ECR I-5341
E döntésében a Bíróság kimondta, hogy a rendelet 22. cikke nem értelmezhető úgy, mint ami jogosultságot keletkeztetnek a kórházi kezelés igénybevétele céljából más tagállamba való utazáshoz engedéllyel rendelkező biztosított számára az e tagállam területén felmerült saját, illetve az őt kísérő személy utazási, tartózkodási és étkezési költségeinek az említett intézmény által történő megtérítésére, kivéve a biztosított kórházi tartózkodásának és étkezésének költségeit.
49. Pennings i.m. 147.o.
50. Továbbá, az irányelvben rögzített információs jogok elősegítik a jól tájékozottságot mind a beteg, mind az intézmények oldaláról, akik korábban esetleg megkívánták a költségek helyszínen történő rendezését. Hasonlóképpen igaz ez az előzetes engedélyezést igénylő tervezett ellátásokra vonatkozó szabályok tekintetében.
51. Így ha a szóban forgó ellátás a beteg lakhelye szerinti tagállam jogszabályai által előírt ellátások között szerepel, valamint ha orvosilag indokolt határidőn belül nem biztosítható ilyen ellátás, figyelembe véve a beteg pillanatnyi egészségi állapotát és a betegség valószínű lefolyását.
52. Egyes tagállamok esetében problémát jelenthet, hogy az ellátásoknak nincs előre megállapított visszatérítési összege (integrated public financing health system). Ezen esetekben a tagállamoknak életbe kell léptetni egy a határon átnyúló ellátások esetén irányadó költségkalkulációs mechanizmust, amelynek előre megállapított objektív és nem diszkriminatív kritériumokon kell alapulnia.
53. C–512/08 Bizottság kontra Franciaország (ECR) 2010 I-08833
54. E derogációk lényegében összekapcsolhatók a gyógyszerkészítményekre vagy az egészségügyi szakma gyakorlására vonatkozó másodlagos jogalkotással
55. Az eredeti szövegtervezet értelmében még a Bizottság által készítendő lista tartalmazta volna a konkrét eseteket.
56. Pennings i.m. 152.o.
57. Geraets Smits and Peerbooms (Case C—157/ 99) [2001] ECR I-5473, és a fent már hivatkozott Watts esetek.
58. Irányelv 9. cikk 1. bekezdés
59. Lásd Irányelv 9. cikk (3) bekezdése A tagállamok a határon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló kérelem elbírálásakor a következőket veszik figyelembe: a) az adott egészségügyi állapot; b) a sürgősség és az egyedi körülmények. E kritériumok az eredeti javaslatban szélesebb körben kerültek meghatározásra.
60. Lásd uo. 9. cikk (4) bek.
61. Uo. 8. cikk 7. bek.
62. De la Rosa i.m.34. o.
63. Lásd irányelv Preambulum 21. pont
64. EUMSz. 9. cikk
65. Watts ügy, 120. pont
66. Lásd irányelv Preambulum 43. pont.
67. Lásd hivatkozott irányelv 6. cikk
68. Mikor veszi igénybe a beteg a külföldi ellátást. Alapvetően két esetben. Így nyilvánvalóan akkor, ha a kérdéses ellátás nem elérhető vagy nem ésszerű időn belül elérhető a számára saját tagállamában. Másodsorban, ha az ellátás másik tagállamban való igénybevétele kényelmesebb a számára, mert az közelebb van, jobb vagy gyorsabb az ellátás.

69. *Analytical report, cross border health services in the EU, 2007*
70. *Commission staff working document SEC 2008 2163, p. 12. Így különösen problematikus az információáramlás az ellátást nyújtó és a biztosítás helye szerinti intézmény között illetve a külföldön felírt gyógyszerek beszerzése tekintetében. 14.*
71. EPF, EU Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare: Legislation Guidance for Patient Organisations, letöltés (2013.12.10.) http://www.eu-patient.eu/Documents/Policy/Cross-borderHealthcare/2013%2011%2018_CBHC_guidance-final.pdf
72. *A nyitott koordináció módszere a jó gyakorlatok elterjesztésének és az európai célok fele mutató nagyobb konvergencia elérésének módszere. Ez a módszer, ahogy az Európa Tanács fogalmaz: elősegíti, hogy a tagországok progresszíven alakíthassák saját politikájukat.*
73. De La Rosa i.m. 39.o.
74. 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
75. 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
76. 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról
77. 3/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
78. *A legtöbb ellátás esetén előzetes engedélyeztetés alapján történhet az igénybevétel (az engedély alapján igénybe vehető ellátásokat Kormányrendelet melléklete sorolja fel, így ide tartozik a fekvőbeteg-szakellátás, az egynapos és a kúraszerűen végzett ellátások, például a CT, MRI diagnosztikai és terápiás beavatkozások, a labor diagnosztikai, és a molekuláris biológiai diagnosztikai eljárások.*
79. Gellérné Lukács Éva, Az 1408/71/EGK tanácsi rendelet modernizációja, IN Dr. Király Miklós (szerk.), Európai Tanulmányok 7., ELTE Állam- és Jogi Tudományi Kar Nemzetközi Magánjog és Európai Gazdasági Jogi Tanszék, Budapest 2006, 63-83.
80. C-158/96 Kohll [1998] ügy és C-120/95 Decker [1998] ügy
81. C-368/98 Vanbraekel [2001] ügy;
82. C-157/99 Smits és Peerbooms [2001] ügy
83. C-372/04. sz. Watts-ügy [2006] ügy

* osztályvezető, Emberi Erőforrások Minisztériuma

** egyetemi adjunktus, Európai Tanulmányok, PPKÉ JÁK

Változó közleménypiac és dinamizálódó egészség-gazdaságtani kutatói közösség

A tudományos folyóiratokban megjelenő tanulmányok nem pusztán az evidencia-szintézis folyamatának nyersanyagai: a megjelentetett közlemények egy folyóirat vagy kutatói közösség aktivitását jól leírhatják, azonban ennek méréséhez kifinomult eszköztár szükséges. Jelen elemzés célja a magyar nyelven megjelenő, illetve magyarországi kiadású tudományos folyóiratok publikációs gyakoriságának leírása, illetve a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság, mint kutatói közösség publikációs aktivitásának elemzése. Eredményeink alapján a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság taglétszámának bővülésével párhuzamosan emelkedett a tagok tudományos közleményeinek száma és összesített impaktfaktor-értéke, míg a magyar nyelvű vagy kiadású lapok aktivitása változó tendenciát mutatott a vizsgált tíz év során. Az alkalmazott módszer alkalmas a tudományos tevékenység kvantitatív leírására, ezáltal az egészségügy más területein is hasznosítható mind tendenciák elemzésére, mind pedig objektív összehasonlításra.

■ Merész Gergő¹, Földesi Csenge², Nagyistók Szilvia^{1,3}, Vincziczki Áron Zoltán³

Háttér

A tudományos közlemények az egyik leginkább látványos ismérvei egy kutató munkájának. A sikeresen publikált tanulmány szakmai előrelépést, pályázati sikereket, további megbízásokat, és nem utolsósorban jó hírnevet garantál a szerzőknek. Az adott tudományterületen tevékenykedők publikációs aktivitása azonban releváns információ a területet lefedő szakmai szervezetek számára is, mely információkból szakmapolitikai vitaanyagok születhetnek a publikációs körülmények javítására [1]. A vitaanyagok alapjául szolgáló kvantitatív ismeretek összegzésére azonban Magyarországon kevés erőfeszítés történt.

A Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) 2003-ban alakult azzal a közvetlen céllal, hogy háttérrel biztosítson a különböző szektorokban dolgozó hazai szakembereknek, illetve e tudományos terület iránt érdeklődőknek az egészségügyi közgazdaságtan aktuális kérdéseivel kapcsolatos szakmai megbeszélésekre [2]. A megalapítása óta eltelt több mint tíz évben a META jelentős taglétszámbővülésen ment keresztül, és tudományos tevékenysége jelentős mértékben kiszélesedett: a havi rendszerességű vitafórumok lebonyolítása mellett 2007 óta minden évben részt vesz az országos egészség-gazdaságtani konferencia megszervezésében, illetve 2012 óta elindított egy nyári egyetemi képzést is. A rendezvényszervezési tevékenységen felül pályázatokkal, illetve az egészség-gazdaságtani irányelv gondozásával támogatja a tudományterület fejlődését.

A META szervezetében a Nagyistók Szilvia és munkatársai [3] által jegyzett tanulmánnyal megindult egy önreflexiós folyamat, melynek részeként felmérték az egyes vitafórumok,

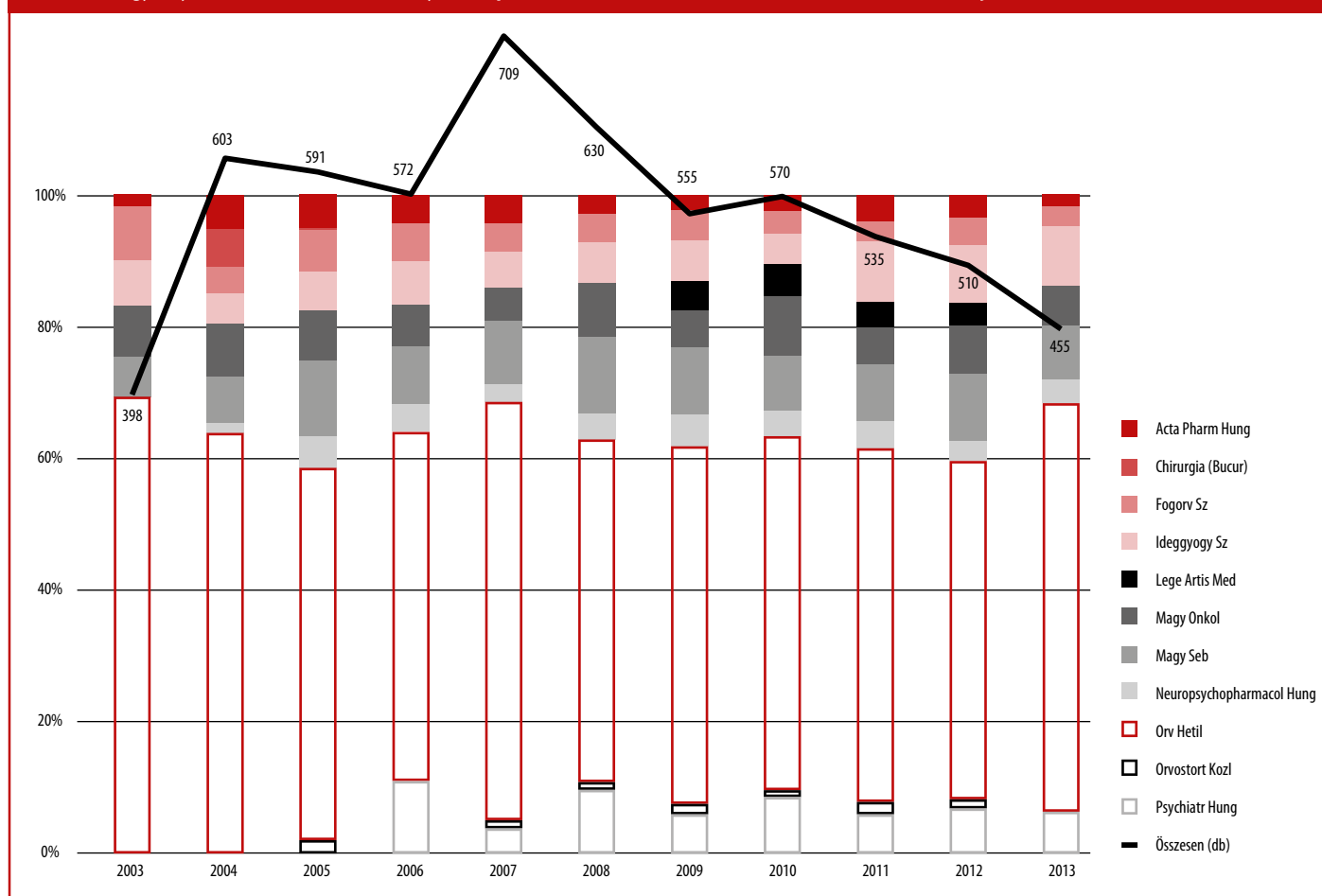
rendezvények látogatottságát. Mindezek mellett azonban fontos felmérni a tagok publikációs aktivitását is, hogy árnyaltabb képet kaphatunk a tagok tudományos közéletben való részvételi hajlandóságáról. Ennek felmérése azonban a tagok számánál és a publikációk sokféleségénél fogva nehézségekbe ütközik: kérdőíves felmérés, illetve manuális irodalomkeresés csak súlyos korlátokkal, vagy időigényes módszertan alkalmazása mellett valósítható meg. Mindezek figyelembevételével a publikációs aktivitás hatékony felméréséhez jól karbantartott adatbázisokra, illetve kifinomult kvantitatív adatgyűjtési és elemzési technikákra van szükség.

Jelen tanulmány két fő kutatási célkitűzés elérésére vállalkozik: (1) a magyar nyelven, illetve a Magyarországon megjelenő, PubMed-en indexált tudományos folyóiratok publikációs aktivitásának kvantitatív leírására, és (2) a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság tagjainak PubMed-en indexált, hazai és nemzetközi tudományos folyóiratokon belüli publikációs aktivitásának kvantitatív leírására a 2003–2013-as időszakban.

A publikációs aktivitás mérése

A publikációs aktivitást a megjelent közlemények számával, illetve a tagság aktivitásának leírásakor a közlemények impaktfaktor-értékével becsüljük. Az impaktfaktorokat tudományos folyóiratok minőségének általános jellemzésére használják, amit a közölt cikkek átlagos idézettsége alapján becsülnék a tárgyvetet megelőző két év figyelembevételével. A megjelenő közleményekre vonatkozó összegyűjtött adatokat minden kutatási cél esetében a vizsgálati időszakban évente aggregáltuk, és idősorosan mutatjuk be. Az első kutatási cél esetében az eredményeket folyóiratanként és

1. ábra: A magyar nyelven, PubMed-en indexált folyóiratok publikációs aktivitása, 2003–2013. (Adatkérés dátuma: 2014. január 11.)



mindösszesen is ismerjük. A második kutatási cél esetében a publikációs aktivitás leírására áttekintjük a teljes tag-ság szintjén aggregált impaktfaktor értéket és a megjelent közlemények számát.

Folyóiratok publikációs aktivitása

A magyar nyelven megjelenő tanulmányok azonosításához a PubMed adatbázisából éves bontásban leválogattuk azoknak a közleményeknek a bejegyzéseit, amelyek a 2003–2013-as időszakban jelentek meg, és a publikáció nyelvére vonatkozó keresőkifejezés a „hun” értéket vette fel. Ezen feltételek alapján ebben az időszakban 11 különböző folyóirat bejegyzéseit azonosítottuk. Az összegyűjtött adatokat az 1. ábra mutatja be.

A bemutatott adatok alapján elmondható, hogy a magyar nyelven megjelenő közlemények száma 2003–2007 között váltokozva csökkent illetve nőtt, 2007 óta pedig többé-kevésbé egyenletesen csökkenő tendenciát mutat. A 2007-es kiugró értéket az Orvosi Hetilapban megjelenő kiemelkedően magas számú közlemény magyarázta. A publikált cikkek folyóiratok közötti megoszlását vizsgálva elmondható, hogy a csökkenő aktivitás mellett látványos átrendeződés nem ment végbe a célfolyóiratok tekintetében, és továbbra is az Orvosi Hetilap dominanciája figyelhető meg. Érdekeség, hogy a vizsgált közlemények közé bekerült a Chirurgia című, Romániában megjelenő sebészeti témájú lap néhány magyar nyelven megjelent közleménye 2004-ből és 2005-ből.

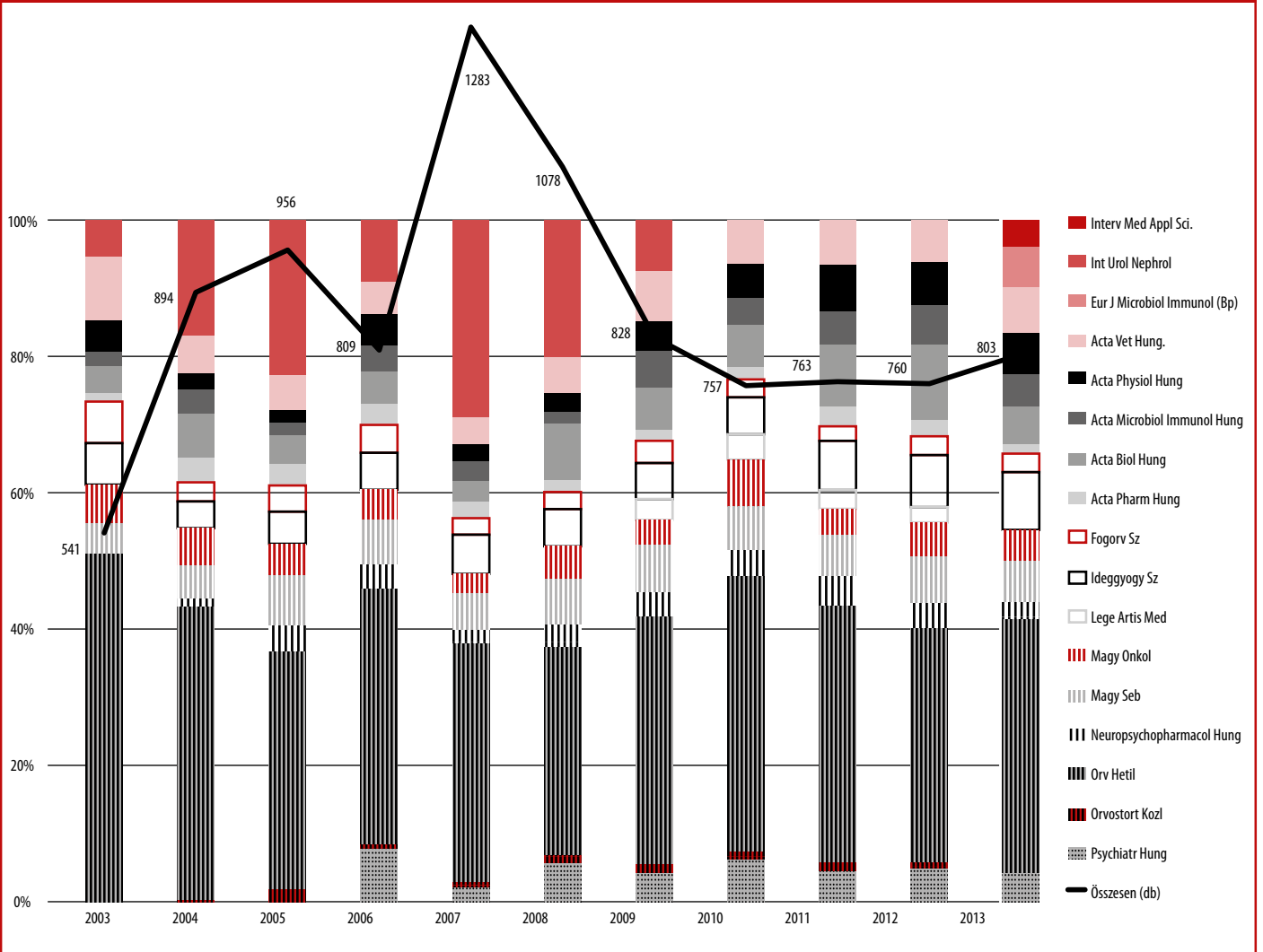
A Magyarországon megjelenő folyóiratok azonosításához a PubMed adatbázisából éves bontásban leválogattuk azoknak a közleményeknek a bejegyzéseit, amelyek a 2003–2013-as időszakban jelentek meg, és a publikáció helyére vonatkozó keresőkifejezés a „Hungary” értéket vette fel. Ezen feltételek alapján ebben az időszakban 17 különböző folyóirat bejegyzéseit azonosítottuk. Az összegyűjtött adatokat a 2. ábra mutatja be.

A bemutatott adatok alapján elmondható, hogy a hazai folyóiratokban megjelenő közlemények száma 2003–2007 között növekedési pályát írt le, 2007 és 2009 között látványosan csökkent, majd pedig lényegében stagnál. A 2007-es év szokatlanul magas értékéhez a már említett Orvosi Hetilapon kívül jelen mintában az Ideggyógyászati Szemle, és az International Urology and Nephrology járult hozzá. A vizsgált folyóiratok közötti jelentős átrendeződés ez utóbbi lap megjelenési helyének változására vezethető vissza (az International Urology and Nephrology 2010. óta Hollandiában jelenik meg). 2013-ban viszont két új lappal színesedett a Magyarországon megjelenő folyóiratok köre (European Journal of Microbiology and Immunology, Interventional Medicine and Applied Science).

Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság tagjainak publikációs aktivitása

A META tagok publikációs aktivitásának leírása során első lépésként tagonként meghatároztuk azon éveket, amelyben az adott tag megtette az éves díj befizetését. Ezt követően a

2. ábra: A Magyarországon megjelenő folyóiratok publikációs aktivitása, 2003–2013. (Adatkérés dátuma: 2014. január 11.)



PubMed adatbázisban elvégeztük az adatkérést a tag teljes nevéből és a megjelenés évéből létrehozott keresőkifejezéssel. Az összegyűjtött közlemények számát (a grafikonon „nyers” adatsor) megtisztítottuk a tagok közös publikációjának torzító hatásától (a grafikonon „tisztított” adatsor), a kapott eredményeket a 3. ábra mutatja be.

A bemutatott adatok alapján elmondható, hogy a megjelent közlemények száma a vizsgált időszakban emelkedett. A fizető tagság számával párhuzamosan nőtt a publikált közlemények száma, ezen felül a fizető tagság számához viszonyított közleményszám a publikációs aktivitás emelkedésére utal. A vizsgált időszak során mindvégig hasonló tendencia volt megfigyelhető a tisztított és a nyers adatokban.

A publikációk számán túlmenően fontos szempont a közlemények impaktfaktor értéke, amely a tagság kutatómunkájának jelentőségét írja le. A 4. ábrán látható, éves szinten aggregált impaktfaktor értékeket az egyes folyóiratok adott évre számított értékeinek összeadásával kaptuk meg. Amennyiben egy adott évben, ugyanazon folyóiratban több közlemény jelent meg, azokat külön-külön vettük figyelembe.

Az összesített impaktfaktor érték kiszámításánál a tagok által közösen jegyzett publikációk torzító hatásától megtisztított közleményszámot vettük alapul. A 2003-2013-as

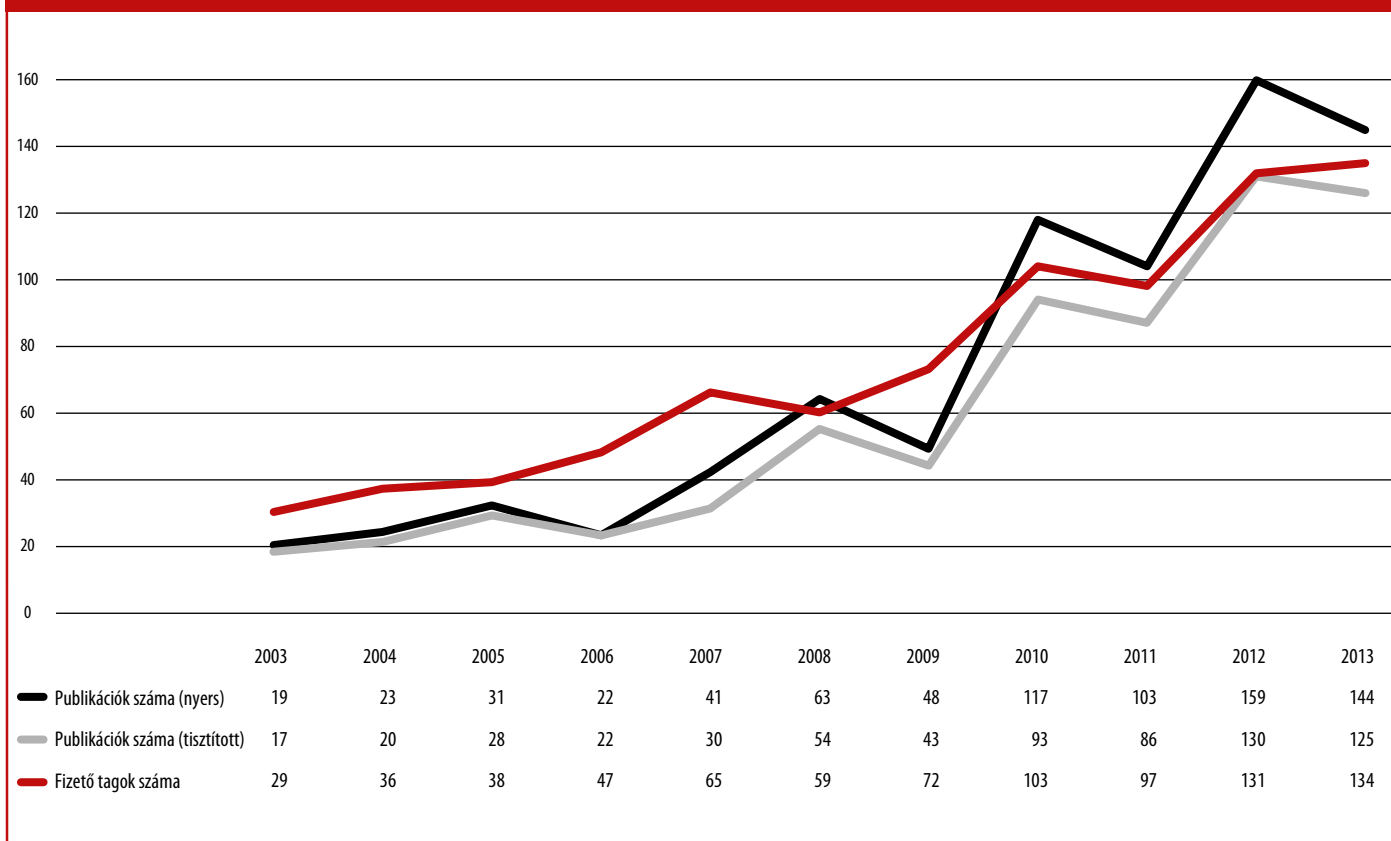
időszakban a tagság által jegyzett publikációk összesített impaktfaktor értéke látványosan emelkedett, különösen a 2010–2013-as időszakban. Az összesített impaktfaktor érték a fizető tagság számával összefüggésben változott. A 2012-es év kiugró értéke mögött 7 olyan közlemény állt, melyek feltehetően névegyezés miatt kerültek be az elemzésbe.

Mit olvashatunk ki az eredményeinkből?

A jelen elemzésben bemutatott adatok alapján megfigyelhető, hogy a vizsgált időszakban a hazai megjelenésű lapokban magyar nyelven megjelent közlemények aránya 55–75% között alakult, azonban egyértelmű trend nem olvasható ki annak tekintetében, hogy ezek a lapok inkább angol, vagy inkább magyar nyelven jelentetik meg közleményeiket.

A Társaság tagjainak, és a tagok publikációinak számát összevetve a tagság lassú aktivizálódása tapasztalható a vizsgált időszak vége felé haladva. A tagság által jegyzett publikációk nyers, illetve a közös publikációk hatásától megtisztított számát összevetve a tagok együttműködésének lassú fokozódása tapasztalható. A publikációkon keresztül felhalmozott impaktfaktorok értékét a fizető tagság szá-

3. ábra: A META-tagok közleményeinek száma PubMed-en indexált folyóiratokban, 2003–2013 között. (Adatkérés dátuma: 2014. március 2.)



mával összehasonlítva az egy tagra jutó impaktfaktor érték emelkedését láthatjuk, ugyanakkor ezek az adatok a név-egyezés miatti felülbecslés lehetősége okán kellő óvatossággal kezelendők.

Milyen sajátosságai és nehézségei vannak a publikációs adatok gyűjtésének?

Az elemzéshez szükséges adatok forrásaként olyan nemzetközi adatbázisra volt szükség, amely kellően naprakész adatokat szolgáltat a megjelenő publikációkról, és standard, strukturált formában tartalmazza azokat. Ezen szempontok mentén a PubMed adatbázisára [4] esett a választásunk.

Elemzésünkben az impaktfaktorokat publikus, ingyenesen elérhető források felhasználásával határoztuk meg: a vizsgált tízéves időszakban a 2008 utáni évekre vonatkozóan szisztematikusan gyűjtött adatbázisból dolgoztunk [5]. Az ezt megelőző években, elsősorban a 2003–2005 közötti időszakból származó impaktfaktor értékek tekintetében a változatos forrásból való gyűjtés hordozott magában némi bizonytalanságot. A szerzők egybehangzó véleménye szerint az eredményeket ez a limitáció jelentősen nem befolyásolhatta, mivel ezek kivétel nélkül alacsonyabb impaktfaktorral rendelkező folyóiratok voltak. Mivel a 2013-as évre vonatkozó impaktfaktorok az elemzés elvégzésének időpontjában még nem álltak rendelkezésre, így azokat a 2012. évi adatokkal helyettesítettük.

A META tagokkal kapcsolatos információkat a META Elnöksége bocsátotta rendelkezésünkre. Két adatsorra volt szükség az elemzés elvégzéséhez: a tagok névsorára, és az

aktív tagságuk éveire. A kapott információt az elemzés során anonimizáltuk, az egyéni adatokat harmadik fél részére nem adtuk át.

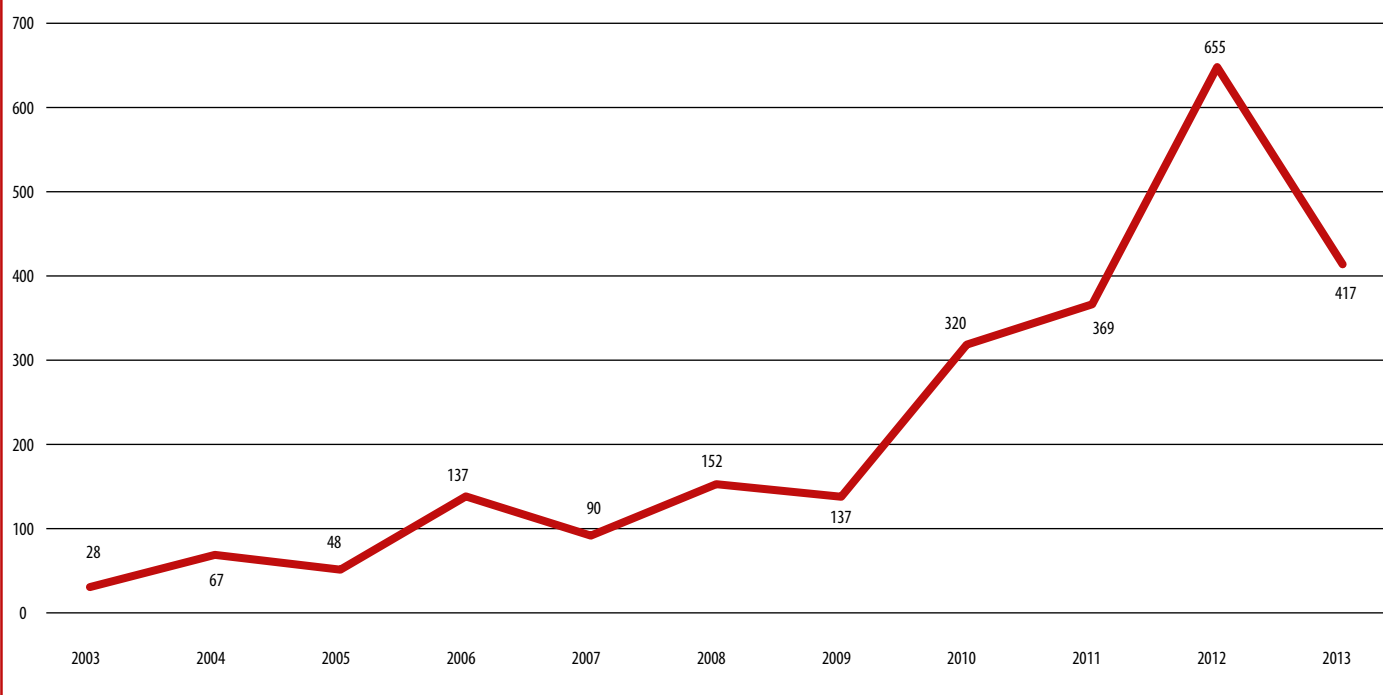
A megjelent közlemények impaktfaktor értékére vonatkozó adatokat a teljes tagság publikációs aktivitásának elemzése során meg kellett tisztítani a tagok közös publikációinak torzító hatásától, ezek ugyanis az impaktfaktor értékeken keresztül mért publikációs aktivitás jelentős felülbecslésére adhatnak lehetőséget. A szerzők konszenzusa alapján a tanulmányban bemutatásra került a nyers, illetve a közös publikációk hatásától tisztított elemzés is.

Az egyes tagok nevei alapján történő keresés esetében az adatbázisokban szereplő, a tagokkal azonos vagy hasonló nevű kutatók közötti átfedések kiszűrése merült fel problémaként. A PubMed adatbázisában az egyedi szerzőazonosítók rendszere [9] a tanulmány elkészültének időpontjáig nem állt készen, ezért a téves találatok minimalizálása okán az adott tag teljes nevét használtuk a keresőkifejezés összeállításánál.

Az elemzésbe bevont tagok körének meghatározásakor nemcsak a META taglistáját, hanem a tagok aktivitását is figyelembe vettük. Így csak annak a tagnak a közleményei kerültek be az elemzésünkbe, aki az adott évben rendezte éves tagsági díját.

A második kutatási kérdés esetében az adatgyűjtés és adataelemzés során azzal a lényeges előfeltételezéssel éltünk, hogy az impaktfaktor értékkel nem rendelkező, ugyanakkor a PubMed-en nem jegyzett hazai és nemzetközi tudományos folyóiratok száma elhanyagolható. A kutatás elvi kiindulási alapjaként elfogadtuk, hogy a publikációs aktivitás kellő alapossággal leírható a megjelent közlemények számával,

4. ábra: A META tagsága által jegyzett, PubMed-en indexált folyóiratban megjelent publikációk impaktfaktora évente aggregálva, 2003–2013. (Adatkérés dátuma: 2013. március 17.)



és az összegyűjtött impaktfaktorok mennyiségével, illetve a PubMed adatbázisa kellő alapossággal gyűjti és dolgozza fel a megjelenő közlemények adatait.

Az adatok összegyűjtése számítógépes szoftverrel történt. A megjelenő közleményekre vonatkozó információkat az RStudio statisztikai szoftver 0.97.551-es verziójával [6] és annak „XML” [7] valamint „RCurl” [8] csomagjának segítségével elkészített programkóddal gyűjtöttük össze és elemeztük. A programkód feladata a megadott keresőszavak és feltételek alapján keresőkifejezések összeállítása volt a vizsgált adatbázis számára, valamint a visszaérkező adatok összegyűjtése, rendszerezése, további elemzésre való előkészítése volt.

Milyen újdonságot hordoz magában az elemzés?

A jelen kutatás újszerűségét a tudománymetriai adatok gyűjtésének formalizált és automatizált mivolta adja. Az összegyűjtött adatok további elemzési lehetőséget rejtenek magukban, elsősorban a Társaság tagságának témapreferenciáira, illetve a tagok közötti együttműködés további kutatására vonatkozóan.

Az elemzés korlátai

Mint minden kutatás, jelen elemzésünk eredményei, következtetései is adott korlátok figyelembe vétele mellett értelmezhetők. Nem vettük figyelembe a PubMed-en nem indexált folyóiratban megjelent közleményeket; a tudományos kutatómunka leírására változatos forrásokból vett, szabadon hozzáférhető impaktfaktor értékeket használtunk; a tagság elemzésbe bevonható körének meghatározásakor meglehetősen konzervatív megközelítést alkalmaztunk; nem kutattuk a publikációs aktivitás megváltozásának kvalitatív okait; habár az azonos nevű szerzők miatti tévesztés lehetőségének

kiszűrésére tettünk erőfeszítéseket, az ebből fakadó torzító hatás teljesen nem zárható ki.

Szerzők hozzájárulása és anyagi támogatás

A közlemény szerzői egyenlő mértékben járultak hozzá a kutatás elvégzéséhez és a kézirat összeállításához. Jelen kutatás anyagi támogatásban nem részesült, a szerzők külső finanszírozás nélkül végezték a kutatással kapcsolatos feladataikat.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők hálás köszönetüket fejezik ki Vízvári Dórának, a GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Egészségtudományi Szakkönyvtár munkatársának az impaktfaktorokkal kapcsolatos adatok gyűjtésében nyújtott fáradhatatlan segítségéért, valamint a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság Elnökségének a tagsággal kapcsolatos adatok rendelkezésünkre bocsátásáért.

Irodalom

1. Harsányi L, Weltner J, Zaránd A.: *Why is the scientometric gap widening? Deterioration of the scientific parameters of surgical specialties.* *Magy Seb.* 2013 Feb;66(1):3-13.
2. *Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság weboldala*
Elérhető: http://www.metaweb.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=45&lang=hu
Utoljára elérve: 2014. március 18.
3. Nagyistók Sz., Borsi A., Sinkovits B.: *META ülések többváltozós adatelemzése.* *IME-META VII.*

- Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia, poszter, Budapest, 2013. június 19-20.
4. PubMed Health (Internet). Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); Elérhető: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/> Utoljára elérve: 2014. március 18.
 5. SCI Journal Impact Factor adatbázis weboldala Elérhető: <http://www.bioxbio.com/if/> Utoljára elérve: 2014. március 25.
 6. R Core Team (2013). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>.
 7. Duncan Temple Lang (2013). XML: Tools for parsing and generating XML within R and S-Plus. R package version 3.96-1.1. <http://CRAN.R-project.org/package=XML>
 8. Duncan Temple Lang (2013). RCurl: General network (HTTP/FTP/...) client interface for R. R package version 1.95-4.1. <http://CRAN.R-project.org/package=RCurl>
 9. <http://www.nlm.nih.gov/bsd/mms/medlineelements.html> Utoljára elérve: 2014. március 18.
-
1. Syreon Kutató Intézet, Budapest
 2. GYEMSZI Technológia-értékelő Főosztály, Budapest
 3. Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság, Budapest

A metabolikus szindróma epidemiológiája Magyarországon*

■ Szigethy Endre^I, dr. Széles György^I, dr. Kardos László^I, dr. Horváth Attila^{II}, dr. Hidvégi Tibor^{III}, dr. Jermendy György^{IV}, dr. Paragh György^V, dr. Blaskó György^{VI}, dr. Ádány Róza^I, dr. Vokó Zoltán^I

Cél: Magyarországon magas a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta mortalitás. A legújabb vizsgálati eredmények igazolták a kardiovaszkuláris megbetegedések kockázati tényezőinek, többek között az elhízás, a cukorbetegség és a magas vérnyomás magas előfordulási gyakoriságát. Vizsgálatunk célja a metabolikus szindróma hazai gyakoriságának feltérképezése volt.

Vizsgálati elrendezés: Keresztmetszeti vizsgálat

Módszerek: A Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Programban 2006-ban regisztrált háziiorvosi praxisokhoz tartozó 20–69 éves lakosok köréből véletlenszerűen került kiválasztásra az összesen 2006 főből álló vizsgálati minta. A háziorvosok fizikális vizsgálatot, vérvételt végeztek, valamint kérdőívek segítségével információkat gyűjtöttek kockázati tényezőkről. A vizsgálati mintán mért gyakorisági adatok alapján populációs prevalencia becslésére került sor.

Eredmények: A teljes válaszadási arány 91% volt. A metabolikus szindróma életkorral korrigált előfordulási gyakorisága a 2009-es harmonizált definíció alapján férfiaknál 38% (95%-os konfidencia intervallum [KI] 35–42%), nőknél 30% (95% KI, 28–33%) a 20–69 évesek körében. A prevalencia adatokban regionális eltérések statisztikailag nem voltak igazolhatóak.

Következtetések: A metabolikus szindróma magas prevalenciája komoly népegészségügyi problémát jelent ma Magyarországon, lévén a kardiovaszkuláris megbetegedések okozta betegségteher lényeges meghatározó tényezője.

Bevezetés

Magyarországon a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta korai halálozás csökkenő tendenciát mutat az elmúlt 15 évben, nemzetközi összehasonlításban ugyanakkor még mindig nagyon kedvezőtlen a helyzet.¹ A kiemelkedő népegészségügyi problémát jelentő kardiovaszkuláris megbetegedések kialakulásának fő oka az egészségtelen életmód, azaz a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód miatt kialakuló elhízás és magas vérnyomás.² A korábban végzett felmérések eredményei alapján valószínűsíthető, hogy a felnőtt magyar lakosság nagy részénél egyszerre van jelen az elhízás, az anyagcsere-betegség, valamint a magas vérnyomás.^{1,3,4} Az aktuális irányelvek szerint a szív- és érrendszeri betegségek kialakulása szempontjából magas kockázatú személyek körében kiemelkedően fontos a megelőző intézkedések alkalmazása.⁵⁻⁸ A hazai egészségügyi ellátórend-

szerben döntő fontosságú az alapellátásban dolgozó orvosok szerepe ezen megelőző intézkedések végrehajtásakor.

A metabolikus szindrómában (MS) szenvedő betegek esetében a magas vérnyomás, a túlsúly vagy elhízás, valamint a lipid- és szénhidrát-anyagcsere zavarok együttes jelenlétéről beszélünk, amely multiplex kockázati tényezője az atheroscleroticus szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának. A szindróma prevalenciája az egész világon növekvő tendenciát mutat, népegészségügyi szempontból kiemelten fontos problémát jelent. Hozzávetőlegesen az európai felnőtt lakosság negyede szenved a betegségben.⁹⁻¹⁹ A MS definícióját illetően számos nyitott kérdéssel találkozhatunk a szakirodalomban, több kutató megkérdőjelezte alkalmazhatóságát a klinikai gyakorlatban. Az, hogy a MS nagyobb kardiovaszkuláris kockázatot jelent-e, mint az egyes komponenseihez tartozó kockázatok összege, továbbra is vita tárgyát képezi.^{20, 21} Ugyanakkor a MS egy széles körben használt egyszerű klinikai entitás az adott kockázati tényezőkkel rendelkező személyek azonosítására, akiknél magasabb az ateroszklerotikus szív- és érrendszeri megbetegedések, valamint a 2. típusú cukorbetegség kialakulásának valószínűsége.²² A MS felismerése, megelőzése és kezelése döntő jelentőséggel bír a felnőtt magyar lakosságot érintő kardiovaszkuláris betegségteher csökkenését célzó intézkedések között.

Vizsgálatunk célja a MS és komponensei prevalenciájának becslése a magyar felnőtt lakosság körében, továbbá az egészségügyi alapellátásban jellemző felismerési arány meghatározása.

Módszerek

Keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk a Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Programban (HMAP) résztvevő háziiorvosi praxisokhoz tartozó lakosok körében. Az adatgyűjtési programról megjelent tudományos közlemény részletesen bemutatja a kutatás módszertanát.¹ A programban résztvevő háziorvosok (jelenleg 192) 11 megyében folyamatosan jelentik a nagy népegészségügyi jelentőséggel bíró, nem fertőző új megbetegedéseket standardizált diagnosztikai kritériumrendszer használatával. Vizsgálatunkban 8 megyéből összesen 59 háziorvos vett részt, képviselve az ország különböző társadalmi-gazdasági jellemzőkkel bíró régióit. A praxisokhoz tartozó populáció jól reprezentálta az adott megye földrajzi és településméret szerinti megoszlását.

1. táblázat. A MS komponensek kombinációinak prevalenciája a Harmonizált I kritériumrendszer szerint a forráspopulációban

	Személyek száma a mintában	Prevalencia a mintában az MS betegek körében (95% KI)	Populációs prevalencia (95% KI)
Három komponens	346	51% (47–55)	18% (16–20)
Centrális elhízás + szénhidrát anyagcsere zavar + hipertónia	65	9,5% (7,3–12)	3,1% (2,4–3,9)
Centrális elhízás + szénhidrát anyagcsere zavar + emelkedett triglicerid	4	0,6% (0,0–1,2)	0,2% (0,0–0,5)
Centrális elhízás + szénhidrát anyagcsere zavar + alacsony HDL	1	0,1% (0,0–0,4)	0,04% (0,0–0,3)
Centrális elhízás + hipertónia + emelkedett triglicerid	127	19% (16–22)	6,3% (5,3–7,5)
Centrális elhízás + hipertónia + alacsony HDL	67	9,8% (7,6–12)	3,5% (2,7–4,4)
Centrális elhízás + emelkedett triglicerid + alacsony HDL	65	9,5% (7,3–12)	3,9% (3,0–5,0)
Szénhidrát anyagcsere zavar + hipertónia + emelkedett triglicerid	3	0,4% (0,0–0,9)	0,2% (0,1–0,6)
Szénhidrát anyagcsere zavar + hipertónia + alacsony HDL	1	0,1% (0,0–0,4)	0,1% (0,0–0,4)
Szénhidrát anyagcsere zavar + emelkedett triglicerid + alacsony HDL	0	–	–
Hipertónia + emelkedett triglicerid + alacsony HDL	13	1,9% (0,9–2,9)	0,7% (0,4–1,3)
Négy komponens	235	35% (31–38)	12% (10–13)
Centrális elhízás + szénhidrát anyagcsere zavar + hipertónia + emelkedett triglicerid	56	8,2% (6,2–10)	2,7% (2,1–3,5)
Centrális elhízás + szénhidrát anyagcsere zavar + hipertónia + alacsony HDL	24	3,5% (2,1–4,9)	1,1% (0,8–1,7)
Centrális elhízás + szénhidrát anyagcsere zavar + emelkedett triglicerid + alacsony HDL	11	1,6% (0,7–2,6)	0,6% (0,3–1,0)
Centrális elhízás + hipertónia + emelkedett triglicerid + alacsony HDL	139	20% (17–23)	7,1% (6,0–8,4)
Szénhidrát anyagcsere zavar + hipertónia + emelkedett triglicerid + alacsony HDL	5	0,7% (0,1–1,4)	0,3% (0,1–0,6)
Öt komponens	100	15% (12–17)	4,8% (4,0–5,9)
Összesen	683	100%	35% (32–37)

MS: metabolikus szindróma, IDF: International Diabetes Federation, Harmonizált I: Az IDF és az American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute, joined by the World Heart Federation, International Atherosclerosis Society, and International Association for the Study of Obesity konszenzuson alapuló definíciója alacsonyabb háskörfogat határértéket alkalmazva, HDL: high density lipoprotein, KI: konfidencia

Vizsgálatunk során a forráspopulációt a felmérésben résztvevő háziorvosi praxisokhoz 2005. december 31-jén tartozó 20–69 éves lakosság alkotta. Közülük többlépcsős, nem és kor szerint rétegzett mintavétel segítségével, praxismérettel arányosan került az összesen 2006 főből álló vizsgálati minta kiválasztásra, mely földrajzi szempontból, valamint nem és életkor megoszlás szerint megfelelt a felnőtt magyar lakosság körében mérhető értékeknek.

A kiválasztottakat háziorvosuk kérte fel a vizsgálatban való részvételre. Adatlapok segítségével gyűjtöttek adatokat a releváns kórtörténetéről, az ismert betegségeikről, az alkalmazott terápiákról, valamint az abban bekövetkezett esetleges változásokról. A háziorvos ezeken kívül fizikális vizsgálatot végzett, mely során testsúly, testmagasság, háskörfogat és vérnyomásmérés történt. A vérnyomásmérést standardizált higanyos vérnyomásmérővel, két alkalommal azonos napon, de legalább 3 perc eltéréssel végezték, az analízis során a két mérés átlaga került felhasználásra. Éhomi vérvételre került sor a szérum triglicerid szint, a HDL-koleszterin szintje, valamint szérum glükóz szint meghatározása érdekében. A vérminták a levételtől számított 3 órán belül megérkeztek a helyi laboratóriumokba, szállításuk az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat közreműködésével történt. A laboratóriumi méréseket központilag, a Debreceni Egyetem Klinikai Kémiai Analitikai Tanszékén végezték. Önkitöltős kérdőívek segítségével történt adatgyűjtés többek között a résztvevők szociális státuszáról, a családi kórtörténetéről és életmódjáról.

A metabolikus szindróma

A MS és egyes komponensei prevalenciájának meghatározásához a National Cholesterol Education Program Adult Treatment

Panel III (ATP III),²³ az International Diabetes Federation (IDF) kritériumrendszerét²⁴, valamint az IDF és az American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute, a World Heart Federation, International Atherosclerosis Society és az International Association for the Study of Obesity közös (Harmonizált) kritériumrendszerét használtuk.²⁵

Mivel az ATP III kritériumrendszer nem ad egyértelmű iránymutatást a kezelésben részesülő, de normál értékekkel rendelkező betegek besorolására vonatkozóan, ezért akik vérnyomáscsökkentő kezelésben részesültek, azoknak a vérnyomásértékét kórosnak tekintették függetlenül a mérések eredményétől. A MS abban az esetben volt igazolható, ha három vagy több komponens jelen volt az adott személynél az alábbiak közül:

1. hasi elhízás: háskörfogat férfiaknál >102 cm, nőknél >88 cm,
2. emelkedett triglicerid szint: $\geq 1,7$ mmol/l,
3. csökkent HDL-koleszterin szint: férfiaknál <1,03 mmol/l, nőknél <1,29 mmol/l (4) emelkedett vérnyomás: $\geq 130/85$ Hgmm vagy korábban diagnosztizált és kezelt magasvérnyomás, (5) emelkedett éhomi vércukorszint $\geq 6,1$ mmol/l.

Az IDF kritériumrendszere a hasi elhízást a definíció középpontjába helyezi azáltal, hogy a diagnózis megállapításához kötelezően szükséges feltételként határozza azt meg. A centrálisan elhízott betegeknél (háskörfogat ≥ 94 cm az europid férfiaknál és ≥ 80 cm az europid nőknél) abban az esetben állapítható meg a MS diagnózisa, ha jelen van bármely kettő a következő négy komponens közül:

1. emelkedett triglicerid szint: $\geq 1,7$ mmol/l, vagy ezt a lipid-rendellenességet célzó specifikus kezelés,

2. táblázat. Az életkor és a nem hatása a MS-ra és a komponenseire a Harmonizált I kritériumrendszer szerint

		EH ^a	(95% KI)	EH ^b	(95% KI)
metabolikus szindróma	Nők vs. Férfiak	0,72	(0,60–0,87)	0,63	(0,52–0,78)
	35–54 vs. 20–34	3,54	(2,62–4,79)	3,66	(2,70–4,95)
	55–69 vs. 20–34	8,06	(5,89–11,04)	8,53	(6,22–11,72)
centrális elhízás	Nők vs. Férfiak	2,02	(1,64–2,49)	2,03	(1,62–2,55)
	35–54 vs. 20–34	3,53	(2,76–4,50)	3,55	(2,77–4,55)
	55–69 vs. 20–34	10,81	(7,73–15,11)	10,84	(7,73–15,20)
emelkedett éhomi vércukorszint	Nők vs. Férfiak	0,50	(0,39–0,64)	0,43	(0,33–0,56)
	35–54 vs. 20–34	7,04	(3,81–12,87)	7,46	(4,07–13,66)
	55–69 vs. 20–34	16,10	(8,82–29,36)	18,01	(9,83–32,99)
emelkedett vérnyomás	Nők vs. Férfiak	0,79	(0,65–0,95)	0,64	(0,51–0,79)
	35–54 vs. 20–34	4,06	(3,14–5,24)	4,21	(3,25–5,44)
	55–69 vs. 20–34	21,22	(15,24–29,53)	22,66	(16,21–31,67)
emelkedett trigliceridszint	Nők vs. Férfiak	0,52	(0,43–0,63)	0,48	(0,40–0,59)
	35–54 vs. 20–34	2,10	(1,60–2,74)	2,20	(1,68–2,89)
	55–69 vs. 20–34	2,98	(2,25–3,95)	3,25	(2,44–4,33)
csökkent HDL koleszterinszint	Nők vs. Férfiak	1,06	(0,86–1,29)	1,03	(0,84–1,27)
	35–54 vs. 20–34	1,47	(1,13–1,91)	1,46	(1,12–1,91)
	55–69 vs. 20–34	1,66	(1,26–2,20)	1,66	(1,25–2,20)

MS: metabolikus szindróma, IDF: International Diabetes Federation, Harmonizált I: Az IDF és az American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute, joined by the World Heart Federation, International Atherosclerosis Society, and International Association for the Study of Obesity konszenzuson alapuló definíciója alacsonyabb háskörfogat határértéket alkalmazva, HDL: high density lipoprotein, EH: esélyhányados, KI: konfidencia intervallum
a: Nyers EH; b: Nem vagy életkor szerint korrigált EH

- csökkent HDL-koleszterin: <1,03 mmol/l férfiaknál, és <1,29 mmol/l nőknél, vagy ezt a lipid-rendellenességet célzó specifikus kezelés,
- emelkedett vérnyomás: szisztolés vérnyomás ≥ 130 Hgmm vagy diasztolés vérnyomás ≥ 85 Hgmm vagy korábban diagnosztizált hipertónia kezelése,
- emelkedett éhgyomri vércukorérték $\geq 5,6$ mmol/l, vagy korábban diagnosztizált 2-es típusú cukorbetegség.

A legújabban közzétett Harmonizált kritériumrendszer a korábbi IDF definíció határértékeit alkalmazza az egyes komponensek esetében, a hasi elhízást azon nem teszi a diagnózis feltételévé. További lényeges különbség, hogy az európai populáció esetében egy alacsonyabb és egy magasabb háskörfogat határértéket is meghatároz a metabolikus szövődmények kockázatától függően. Emelkedett a kockázat (Harmonizált I) amennyiben a háskörfogat érték ≥ 94 cm a férfiaknál és ≥ 80 cm a nőknél (IDF kritériumrendszernek megfelelően), továbbá lényegesen magasabb a kockázat (Harmonizált II), ha a háskörfogat értéke eléri vagy meghaladja a 102 cm-t férfiaknál, illetve 88 cm-t nőknél (ATPIII szerinti meghatározás).

Statistikai elemzés

Prevalenciákat és azok 95% konfidencia intervallumait (95% KI) becsültük a forrás populációban. Az eredmények életkor és nem szerinti súlyozásával korrigáltuk a mintában enyhén alul vagy túlreprezentált rétegek okozta torzításokat. Logisztikus regressziós elemzés használatával korrigált esélyhányadosokat (EH) becsültünk, melyek alkalmasak a vizsgált expozíciós tényezők MS-ra vagy valamely komponensére gyakorolt hatásának leírására, más oki tényező hatásától függetlenül. Az analízisek során kétoldalas próbákat alkalmaztunk, a tesztek eredményeinél a $p < 0,05$ valószínűségi szint tekinthető szignifikánsnak. Az elemzések a STATA 8 statisztikai programcsomag használatával készültek.²⁶

Eredmények

A részvételi arány magas volt, 1819 személy vett részt a vizsgálatban, ami 91%-a tervezett mintaméretnek. Technikai okokból 16 esetben az elemzés nem volt maradéktalanul kivitelezhető (hiányzó vérminták vagy kérdőívek miatt), végül 1803 résztvevő adatait elemeztük.

A centrális elhízás prevalenciája minden korosztályban magas volt férfiak és nők körében egyaránt (1. ábra). A prevalencia nők és a férfiak közötti relatív különbsége csökken az életkor előrehaladtával. Az IDF kritériumrendszer alkalmazásával számolt előfordulási gyakoriságok 1,2–2,8-szer magasabbak voltak, mint az ATP III kritériumrendszer alapján számított értékek.

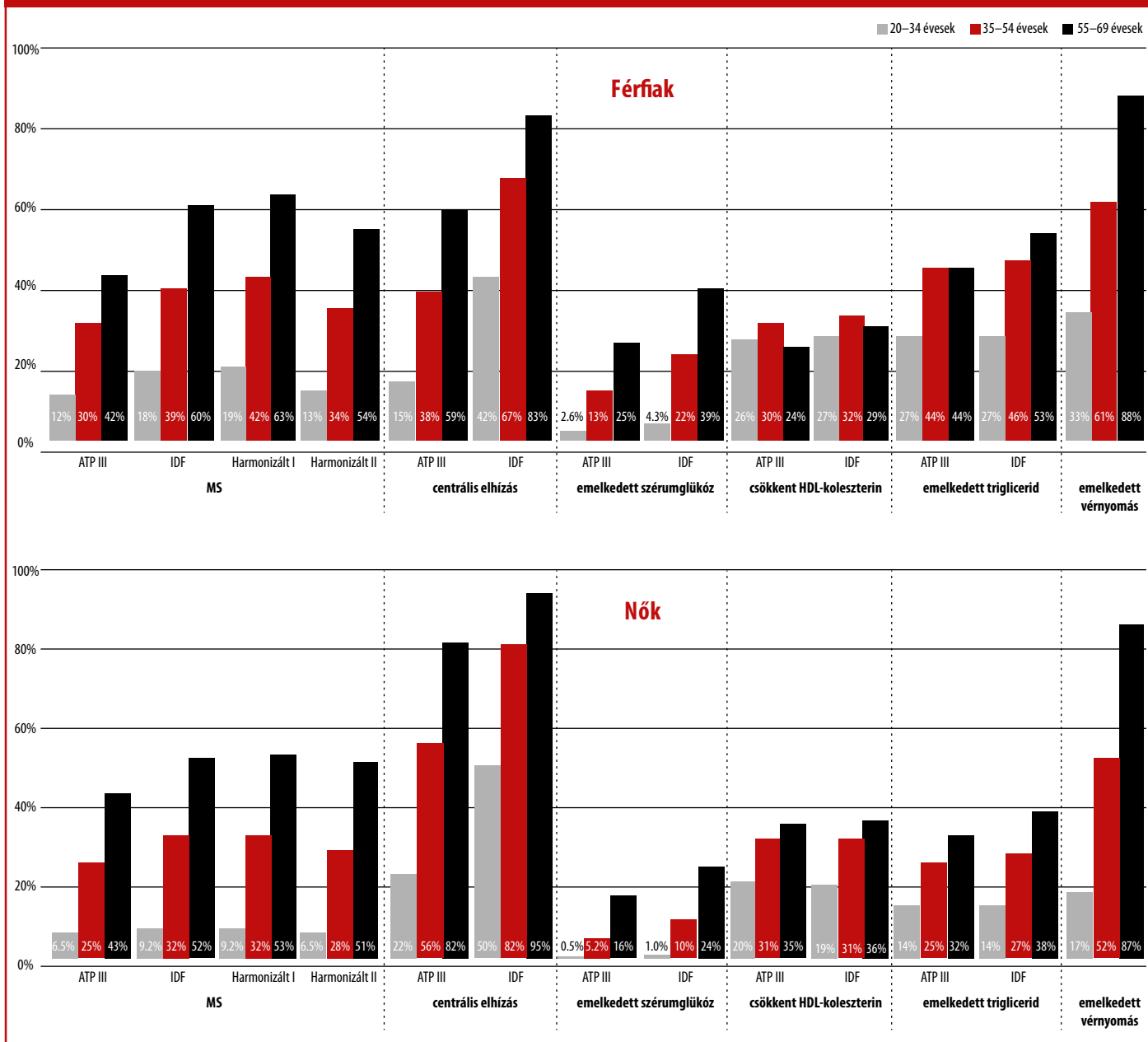
A forrás populációban a férfiak 20%-a (95% KI: 17–23%), a nők 11%-a (95% KI: 9,2–13%) rendelkezett 5,6 mmol/l feletti éhomi vércukorértékkel, vagy kezelték 2. típusú cukorbetegség miatt (1. ábra). Az ismert cukorbetegség aránya férfiaknál 7,7% (95% KI: 6,2–9,6%), nőknél 4,8% (95% KI: 3,6–6,2%).

A lipid-anyagcsere zavarok prevalenciája szintén magas volt férfiaknál és nőknél egyaránt: 41% (95% KI: 38–44%) és 26% (95% KI: 24–29%) emelkedett szérumszintű triglicerid szinttel, 29% (95% KI: 26–33%) és 29% (95%-os KI: 26–32%) csökkent szérumszintű HDL-koleszterin-szinttel (1. táblázat), továbbá 20%-a a férfiaknak (95% KI: 18–23,2%) és 16%-a a nőknek (95% KI: 14–19%) mindkét lipid abnormalitással rendelkezett. Az összes lipid-metabolizmus rendellenességnek csupán 46%-a volt ismert a vizsgálat előtt.

Az emelkedett vérnyomás vagy magas vérnyomással kezelt betegek becsült prevalenciája férfiaknál 57% (95% KI: 54–61%), nőknél 51% (95% KI: 47–54%) a forrás populációban (1. ábra).

Az ATP III kritériumrendszer alapján a férfiak 26%-a (95% KI: 23–29%), a nők 24% (95% KI: 22–27%) szenvedett MS-ban, az IDF kritériumrendszer alapján elvégzett számítások szerint pedig a férfiak 37%-a (95% KI: 33–40%), a nők 30%-a (95% KI:

1. ábra. A centrális elhízás, a hipertónia, a metabolikus zavarok, valamint az MS prevalenciája korcsoportonként és nemenként az ATP III, az IDF, a Harmonizált I és Harmonizált II kritériumrendszerek szerint



27–33%). A Harmonizált I. definíció szerint MS beteg volt a férfiak 39%-a (95% KI: 35–42%), a nők 31%-a (95% KI: 28–34%) (1. ábra). A szignifikánsan több a nem elhízott MS beteg férfi (3,2%, 95% KI: 2,0–5,1%), mint nő (0,6% 95% KI: 0,2–1,5%). Mindössze a nők 5,5%-ánál (95% KI: 4,3–7,1%), a férfiak 7,0%-ánál (95% KI: 5,5–8,8%) volt a háziorvos által ismert a MS a vizsgálatot megelőzően. Miután az egyes megyék eredményeit korrigáltuk az eltérő nem és életkor szerinti megoszlásokra, nem volt igazolható földrajzi különbség a gyakorisági adatokban az egyes megyei eredményeket összehasonlítva.

A forráspopuláció 18%-ánál (95% KI: 16–20%) a MS komponensei (Harmonizált I) közül három abnormalis értékű volt, 12%-ánál (95% KI: 10–13%) négy abnormalis paraméter került detektálásra, illetve 4,8% (95% KI: 4,0–5,9%) esetében a MS mind az öt komponense kóros értékűnek bizonyult. A MS betegek körében 51% (95% KI: 47–55%) három, 35% (95% KI: 31–38%) négy és 15% (95% MT: 12–17%) öt komponens ese-

tében volt tapasztalható kóros érték (1. táblázat). Atherogén diszlipidémia (emelkedett szérum triglicerid szint és csökkent HDL-koleszterin-szint) kifejezetten gyakori volt a MS betegek körében (78%, 95% KI: 74–82%). Mindössze 3,2% (95% MT: 1,9–4,6%) azon MS beteg emberek aránya, akik normális házkörfogat értékkel rendelkeztek.

Az életkorral korrigált elemzések eredményei szerint a nők 37%-kal kevésbé érintettek a MS-val, mint a férfiak. A középkorúak (35–55 év) körében 3,7-szeres az esélye a MS jelenlétének, mint a fiatal felnőtteknél (20–34 év). A MS becslésértéke 8,5 volt az idősebbeknél (55–69 év) fiatalokhoz mérve. A férfiaknak magasabb az esélye a kóros vércukorérték, az emelkedett vérnyomás és az emelkedett triglicerid szint jelenlétére a nőkhöz viszonyítva az életkor hatásától függetlenül. Ugyanakkor a nők esetében kétszeres a centrális elhízás esélye a férfiakhoz képest. Nem volt szignifikáns nemi különbség a csökkent HDL-koleszterin szint tekintetében. Az életkor

erősen meghatározó mind a MS, mind a komponensei esetében (2. táblázat).

Megbeszélés

Tanulmányunk az első Magyarországon, melynek a célja a MS és kockázati tényezői prevalenciájának meghatározása volt a felnőtt magyar lakosságra reprezentatív mintáján. A MS magas prevalenciája nagy terhet jelent a lakosságra nézve, valamint a kardiovaszkuláris események magas előfordulási gyakorisága egyik lehetséges magyarázatául szolgál.

Nemzetközi összehasonlításban az eredmények azt mutatják, hogy a magyar lakosság a MS jelenléte szempontjából az egyik leginkább érintett.²⁷⁻³¹ A 20–69 éves magyar lakosság több mint harmadánál megfigyelhetőek a MS klinikai jellemzői.

Az 55–69 évesek körében a MS prevalenciája körülbelül 60%. A betegség általában gyakoribb a férfiaknál mint a nőknél, a különbség a 20–34 éves korcsoportban a legkifejezettebb. Nem találtunk regionális különbséget a MS előfordulási gyakoriságában.

A nők közel 80%-a esetében kórosan nagy a haskörfogat értéke az IDF kritériumrendszer szerint, de a kevésbé szigorú ATP III definíció alapján is meghaladja az 50%-ot a centrálisan elhízott nők aránya. A vizsgált legfiatalabb 20–34 éves korcsoportnak közel fele már rendelkezik legalább egy kóros MS komponenssel. A 20–69 éves férfiaknak több mint harmadánál magas a szérum triglicerid szint. Mindössze 11% esetében volt a vizsgálat előtt a háziorvos által ismert három vagy több MS komponens, ezeknek az embereknek csupán 40%-át tekintették MS betegnek. Az eredmények megerősítik a rejtett morbiditás közvetlen népegészségügyi jelentőségét, valamint hangsúlyozzák alapellátásban alkalmazott diagnosztikai gyakorlat fejlesztésének szükségességét.^{1,32,33}

A MS prevalenciája 25–30% körül mozog a különböző európai populációkban.⁹⁻¹⁹ A metabolikus szindróma Egyesült Államokban mért előfordulási gyakorisága a 20 évnél idősebb felnőtt populációban 22%, a 60 évnél idősebbek körében ez az arány 44%.²⁸ Egy Magyarországon készült korábbi tanulmány eredményei szerint a túlsúlyos vagy hipertóniás betegek 69% volt MS beteg (ATP III kritérium szerint).³⁴ Egy, a háziorvosi rendelőkben megjelent betegek körében végzett felmérés eredményei szerint az életkor szerint súlyozott MS prevalencia férfiaknál 14,9% nőknél 8,6% volt.³⁵ Mivel a közzétett a tanulmány nem tartalmazott részletes leírást a felmérés módszertanáról, az eredményeket nem tudtuk összehasonlítani a jelen vizsgálat során mért gyakorisági adatokkal.

A kutatási eredmények egyértelműen bizonyítják, hogy a metabolikus szindróma és egyes komponensei igen gyakoriak a felnőtt magyar lakosság körében. A centrális elhízás és a lipidanyagcsere-zavarok prevalenciája meghaladja a korábban más európai országokban végzett felmérések során mért értékeket. Az emelkedett vérnyomás és a szénhidrát-anyagcsere zavar tekintetében a magyar férfiak és a nők a leginkább érintettek között vannak Európában.⁹⁻¹⁹

Tanulmányunk korlátja, hogy a vizsgálati minta nem a teljes magyar lakosság köréből került kiválasztásra, hanem a HMAP-ban résztvevő háziorvosi praxisokhoz tartozó lakosok adatait használtuk. A praxisba regisztrálás ténye vélhetően nincs jelentős hatással az eredményeinkre, mivel hazánkban szinte

minden lakos regisztrálva van háziiorvoshoz. Mivel a HMAP nem terjed ki minden megyére – például Budapest nem vesz részt a vizsgálatban –, így ez korlátozza eredményeink általánosíthatóságát.

A MS magas prevalenciája jelentős népegészségügyi probléma Magyarországon, mivel az elhízás, a magas vérnyomás, a hiperlipidémia és a cukorbetegség megfelelő kezelésével a szív- és érrendszeri események bekövetkezésének kockázata nagymértékben csökkenthető.³⁶

A megelőzés általános eszközeinek, különösen az alapellátási rendszer hatékonyságának növelésével számottevően csökkenthető lenne a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta betegségteher Magyarországon.

Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk köszönetet mondani minden vizsgálatban résztvevő háziorvosnak és munkatársainak a közreműködésükért. Ugyancsak köszönettel tartozunk a vizsgálatban résztvevő személyeknek az együttműködésükért a vizsgálatok és az interjúk során. Szeretnénk megköszönni az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat munkatársainak munkáját a laboratóriumi vizsgálatoknál, az adatgyűjtésben és a logisztikai szolgáltatásokban.

Finanszírozás

Munkánkat a Nemzeti Kutatási és Fejlesztési Program [NKFP-1/0003/2005], a Magyar Tudományos Akadémia [MTA 11.003, 2006TKI227] és a Magyar Diabetes Társaság finanszírozta.

Etikai jóváhagyás

Vizsgálatunkat jóváhagyta a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Tudományi Centrum Etikai Bizottsága, [hivatkozási szám: 2462-2006].

Érdeklődés

Nincs.

* A Szigethy E., Széles Gy., Horváth A., Hidvégi T., Jermendy Gy., Paragh Gy., Blaskó Gy., Adány R., Vokó Z.: „The epidemiology of metabolic syndrome in Hungary. *Public Health* 2012;126:143-9.” közlemény magyar nyelvű utánközlése.

Irodalom

1. Szeles G, Voko Z, Jenei T, Kardos L, Pocsai Z, Bajtay A, Papp E, Pásti G, Kósa Z, Molnár I, Lun K, Adány R. A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. *Eur J Public Health* 2005;15:26-32.
2. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyorala K, Keil U. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;373:929-40.
3. Kiss C, Poor G, Donath J, Gergely P, Jr., Paksy A, Zajkas G, Antal M. Prevalence of obesity in an elderly Hungarian population. *Eur J Epidemiol* 2003;18:653-7.
4. Vamos EP, Kopp MS, Keszei A, Novak M, Mucsi I. Prevalence of diabetes in a large, nationally

- representative population sample in Hungary. *Diabetes Res Clin Pract* 2008;81:e5-8.
5. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. *International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention.* *Diabet Med* 2007;24:451-63.
 6. Balkau B, Valensi P, Eschwege E, Slama G. *A review of the metabolic syndrome.* *Diabetes Metab* 2007;33:405-413.
 7. Obunai K, Jani S, Dangas GD. *Cardiovascular morbidity and mortality of the metabolic syndrome.* *Med Clin North Am.* 2007;91:1169-1184.
 8. Taslim S, Tai ES. *The relevance of the metabolic syndrome.* *Ann Acad Med Singapore* 2009;38(1):29-33.
 9. Grundy SM. *Metabolic syndrome pandemic.* *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2008;28:629-36.
 10. Miccoli R, Bianchi C, Odoguardi L, Penno G, Caricato F, Giovannitti MG, et al. *Prevalence of the metabolic syndrome among Italian adults according to ATP III definition.* *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2005 Aug;15(4):250-4.
 11. Balkau B, Vernay M, Mhamdi L, Novak M, Arondel D, Vol S, et al. *The incidence and persistence of the NCEP (National Cholesterol Education Program) metabolic syndrome. The French D.E.S.I.R. study.* *Diabetes & metabolism.* 2003 Nov;29(5):526-32.
 12. Matei C, Pop I, Jurcut R, Suceveanu M, Predescu D, Nechita E, et al. *ROMANIAN multicentric study of the prevalence of metabolic syndrome – ROMES.* *Hellenic J Cardiol.* 2008 Sep-Oct;49(5):303-9.
 13. Santos AC, Barros H. *Prevalence and determinants of obesity in an urban sample of Portuguese adults.* *Public health.* 2003 Nov;117(6):430-7.
 14. Wittek A, Sokalski B, Grzeszczak W, Strojek K. *Prevalence of diabetes and cardiovascular risk factors of industrial area in southern Poland.* *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2009 Jul;117(7):350-3.
 15. Athyros VG, Ganotakis ES, Bathianaki M, Monedas I, Goudevenos IA, Papageorgiou AA, et al. *Awareness, treatment and control of the metabolic syndrome and its components: a multicentre Greek study.* *Hellenic J Cardiol.* 2005 Nov-Dec;46(6):380-6.
 16. Bonora E, Kiechl S, Willeit J, Oberhollenzer F, Egger G, Bonadonna RC, et al. *Metabolic syndrome: epidemiology and more extensive phenotypic description. Cross-sectional data from the Bruneck Study.* *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003 Oct;27(10):1283-9.
 17. Hollman G, Kristenson M. *The prevalence of the metabolic syndrome and its risk factors in a middle-aged Swedish population – mainly a function of overweight?* *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008 Mar;7(1):21-6.
 18. Kolcic I, Vorko-Jovic A, Salzer B, Smoljanovic M, Kern J, Vuletic S. *Metabolic syndrome in a metapopulation of Croatian island isolates.* *Croatian medical journal.* 2006 Aug;47(4):585-92.
 19. Lorenzo C, Serrano-Rios M, Martinez-Larrad MT, Gonzalez-Sanchez JL, Seclen S, Villena A, et al. *Geographic variations of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III definitions of the metabolic syndrome in nondiabetic subjects.* *Diabetes care.* 2006 Mar;29(3):685-91.
 20. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. *The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes.* *Diabetes care* 2005;28(9):2289-304.
 21. Reaven GM. *The metabolic syndrome: is this diagnosis necessary?* *Am J Clin Nutr* 2006;83:1237-47.
 22. Grundy SM. *Does the metabolic syndrome exist?* *Diabetes care* 2006;29:1689-92; discussion 93-6.
 23. *Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III).* *Jama* 2001;285:2486-97.
 24. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. *The metabolic syndrome—a new worldwide definition.* *Lancet* 2005;366:1059-62.
 25. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WP, Loria CM, Smith SC Jr; *International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity.* *Circulation* 2009;120:1640-5.
 26. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 8.2.* College Station, TX, USA: StataCorp LP; 2003.
 27. Day C. *Metabolic syndrome, or what you will: definitions and epidemiology.* *Diab Vasc Dis Res* 2007;4:32-8.
 28. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. *Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey.* *Jama* 2002;287:356-9.
 29. Martinez MA, Puig JG, Mora M, Aragon R, O'Dogherty P, Anton JL, Sánchez-Villares T, Rubio JM, Rosado J, Torres R, Marcos J, Pallardo LF, Banegas JR; MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial) Working Group. *Metabolic syndrome: prevalence, associated factors, and C-reactive protein: the MADRIC (MADrid RIesgo Cardiovascular) Study.* *Metabolism* 2008;57:1232-40.
 30. Moka M, Galajda P, Pridavkova D, Tomaskova V, Sutarik L, Krucinska L, Bukovská A, Rusnáková G. *Prevalence of diabetes mellitus and metabolic syndrome in Slovakia.* *Diabetes Res Clin Pract* 2008;81:238-42.
 31. Pitsavos C. *The prevalence of the metabolic syndrome is high in Balkan countries.* *Hellenic J Cardiol* 2008;49:310-1.
 32. Ádány R. *Health status of the Hungarian population with special respect to the period after the turn of*

- millennium. [in Hungarian] *Népegészségügy* 2008;2:5-20.
33. Rurik I, Kalabay L. Primary healthcare in the developing part of Europe: changes and development in the former Eastern Bloc countries that joined the European Union following 2004. *Med Sci Monit* 2009;15:PH78-84.
34. Jermendy G, Hetyesi K, Biro L, Hidvegi T. Prevalence of the metabolic syndrome in hypertensive and/or obese subjects. *Diabet Med* 2004;21:805-6.
35. Csaszar A, Kekes E, Abel T, Papp R, Kiss I, Balogh S. Prevalence of metabolic syndrome estimated by International Diabetes Federation criteria in a Hungarian population. *Blood Press* 2006;15:101-6.
36. Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Diabetes care* 2008;31:1686-96.
-
- I. Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Debrecen
- II. Sanofi-Aventis zRt.
- III. Petz Aladár Városi Oktató Kórház, Győr
- IV. Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Debrecen
- V. Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen⁵
- VI. Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Gyógyszerésztudományi Kar, Debrecen

Kontrollingrendszer és keretgazdálkodás kialakítása, valamint az ezzel összefüggő szervezeti konfliktusok megoldásának jelentősége az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet (OKITI) működtethetőségében

Egy nagy múltú intézmény esetén a mindenkori menedzsment felelőssége különösen nagy az intézmény hosszútávú, eredményes és korábbi önállóságát az észszerűség és a jogi környezet keretein belül megőrző működésében. Jelen munkám során ezért két alapvető kérdésre kerestem választ: (1) szigorú keretgazdálkodás mellett megvalósítható-e egy önálló, országos idegtudományi intézetként működő 175 ágyas kórház gazdaságos és fenntartható működése, (2) miképpen lehet felkészülni a keretgazdálkodás jelentette szervezeten belüli elkerülhetetlen konfliktusok megoldására, kezelésére, különös tekintettel arra, hogy ennek a keretgazdálkodás sikerében alapvető szerepe lehet.

■ Dr. Óváry Csaba

1. Bevezetés

1.1. Az intézet struktúrája, kapacitása és a hazai ellátásban betöltött szerepe

OKITI jelenleg összesen 175 fekvő ágygal, ezen belül összesen 26 intenzív ágygal működik, specializált szakkórház, amelynek ágyszám szerinti mérete lényegesen elmarad a hazai fekvőbeteg-ellátásban megszokott, gazdaságos működéshez szükségesnek tartott 700 ágyas átlagos kórházmérettől (GYÓGYINFOK Adatbázisa).

Ugyanakkor szakkórházként és országos központként el látott feladatainak jelentős része nem helyettesíthető. Mind idegsebészeti, mind neurológiai ellátásban évtizedek alatt kialakult szakértelem-koncentráció eredményeként egyedülálló munkacsoportok jöttek létre. A specializált ellátásból kiragadott két példán szemléltetve mindennek jelentőségét: ezen intézetben végzik az összes hazai nagy intracranialis műtétek kb. felét, valamint a hazai epidemiológiai adatok alapján kiemelt fontosságú akut stroke-ellátásban (Óváry Cs., 2004.) az összes Magyarországon elvégzett akut ischaemiás stroke neurointervenció beavatkozások kétharmadát.

Idegsebészetben 2,7 millió lakosra kiterjedő III. progresszív szivítási szintű ellátási kötelezettség mellett heti három nap nem-traumás idegsebészeti ügyeletet ad az intézet Pest megye és a főváros területére. Neurológiai ellátásban felvétele a hét minden napján 250 ezer, thrombolysis-ügyeletben a neurológiai ellátásnál valamivel több, 350 000 lakosra. A legmagasabb III. neurológiai progresszív szivítási szinthez rendelt ellátási területe 1,2 millió lakos.

Intézetünkben működik az ország egyetlen gyermek-idegsebészeti, valamint Kelet-Európa egyetlen funkcionális idegsebészeti osztálya.

Neuro-intervenció osztályunk, hazánkban egyedülállóan, a hét minden napján 24 órában, megfelelő szakemberekkel megszervezett ügyeleti ellátással egyaránt alkalmas aneurysmák endovasculáris terápiájára, illetve a már említett akut ischaemiás stroke események endovasculáris recanalizációjára.

Diagnosztikumok vonatkozásában intézetünkben működik az ország egyetlen neuro-radiológiai osztálya, természetesen az intézet fenti profiljaira specializáltan.

1.2. Történeti előzmények

A jelen dolgozat témáját adó országos intézet történeti előzménye szorosan kapcsolódik a későbbiekben tárgyalandó átalakításhoz és annak következményeihez, ezért ennek rövid összefoglalása elkerülhetetlen. Az OKITI jelenlegi struktúrája idegsebészeti, neurológiai, stroke- és epilepsziacentrumként 2007-ben alakult ki, azt követően, hogy a tisztán gyermek- és felnőtt-idegsebészeti profilú intézetbe összevontan átkerültek a Molnár-féle átalakítás kapcsán bezárt OPNI neurológiai osztályai. Három évig tartó építkezés során végül 2010-re készült el az új 175 ágyas struktúra. A 2007–2009 közötti periódusban az ágyszámhoz mérten kimagaslóan nagy, 1400 súlyszámnyi havi TVK-keret mellett az intézet fedezeti pont felett nyereségesen működött.

Az intézet pénzügyi stabilitása azonban átmenetinek bizonyult, a traumás idegsebészeti ellátás egyébként szakmailag indokolt kiszervezését és egy későbbi súlyszám-újraelosztást követően két lépésben 2010 második felében 970 súlyszámra csökkentett fekvőbeteg-kapacitás korláttal az intézet már havonta 50 millió forintot meghaladó veszteséget termelt, és ez idő tájt a fennmaradása is kérdésessé vált.

Végül 2012. február 1-jén a Nemzeti Erőforrás Miniszter új főigazgatót nevezett ki, azzal a nyíltan deklarált szándékkal,

hogy az intézet megtartása mellett, az új menedzsment találjon megoldást az intézet stabilizálására.

1.3. Célkitűzések

Dolgozatom célkitűzése, mindezen fentiekben bemutatott jellemzők és feladatok tükrében, a hazánkban egyedülálló profilú és struktúrájú intézetben a gazdaságos működtetéshez alapvető fontosságú kontrolling rendszerre épített keretgazdálkodás kialakítása, valamint a keretgazdálkodás okozta szervezeten belüli konfliktusok megoldására vagy a szervezet céljainak megvalósításában való felhasználására tett és a jövőben teendő intézkedések és vezetői eszközök értékelése, valamint a szakdolgozat alapjául szolgáló projekt eredményességének vizsgálata.

Munkám során külön érintem a keretgazdálkodás, számonkérési rendszerek mentén kiéleződő konfliktusok kezelésének azon lehetőségét is, amely során a külső körülmények befolyásolhatóak, természetesen korlátozott mértékben és megfelelő indokok esetén.

1.4. A témaválasztás indoklása

A témaválasztást, különös tekintettel az intézet által ellátott országos feladatkörre, elsősorban az intézet gazdaságos működtetésének szándéka indokolta, illetve az a meggyőződés, hogy a bevezetőben részletezett feltételek mellett hazánkban is működhet 175 ágyas, döntően sebészeti profilú szakkórház gazdaságosan.

Másodlagosan, szorosan az előző szemponthoz kapcsolódóan, ugyancsak a témaválasztást indokolta az a meggyőződésem, hogy a szigorú, szoros keretgazdálkodás szervezeten belüli konfliktusok elkerülhetetlen forrása lesz, ezért ezen konfliktusok megoldása, kezelése alapvető fontosságú a gazdaságos működtetésben és végső során az intézet fenntarthatóságban.

A projekt egészétől, annak sikeres lebonyolítása esetén, azt reméltem, hogy a módszerek körében bemutatott mérhető paraméterekkel követhető módon, megvalósul mind a keretgazdálkodás követése, mind pedig ennek remélt jótékony hatása az intézet gazdaságos működtetésére.

1.5. A szakdolgozatban szereplő projekt ütemezése

Noha az intézet konszolidációját elősegítő intézkedések 2012 februárjától, az intézet új menedzsmentjének kinevezésétől elkezdődtek, a keretgazdálkodás jelenlegi vázát adó intézeti struktúra kialakítása 2013 februárjában fejeződött be. A teljesítményarányos felhasznált keretek meghatározása a dolgozat alapjául szolgáló, 2013 márciusában megkezdett projekt szerves részét képezte, csakúgy, mint a keretgazdálkodásból származó szervezeti konfliktusok kezelése és megoldása.

A dolgozatban bemutatandó munkám kezdete tehát 2013 tavasza, a keretgazdálkodás és kontrollingrendszer végleges kialakítása vonatkozásában befejezésének határideje 2014. december 31.

A szervezeti konfliktusok kezelésére vonatkozó áttekintés egyfajta középtávú stratégiaként értelmezhető (2-5 év), ezért szigorú időkorlátja nincs, az abban foglaltak alkalmazása, alkalmazhatósága elhúzódó, különösképpen az intézetnek a külső körülmények befolyásolására tett erőfeszítéseinek várható következményeiben.

1.6. Az érintett munkatársak köre és feladatai

Munkámban az adatgyűjtésben, adatfeldolgozásban az intézet finanszírozási csoportjára támaszkodhattam, munkámat velük közösen végeztem. Az intézet működésével kapcsolatos adatokat részben a pénzügyi osztály szolgáltatta, részben a finanszírozási csoporton keresztül az OEP intézetspecifikus adatait használtam. Az általunk javasolt keretek és elszámolási egységek tekintetében a főigazgató főorvos jóváhagyási jogköre mellett a gazdasági és pénzügyi osztállyal kellett heti, kétheti gyakorisággal egyeztetnem.

A munka során személyes feladatomból volt az intézet menedzsmentjén belül a keretgazdálkodás, kontrollingrendszer megtervezése és kialakítása, a működtetés során felmerülő legtöbb probléma operatív megoldása, vagy a megoldási javaslatok menedzsment elé terjesztése, a keretgazdálkodás heti gyakoriságú ellenőrzése, és az abban érintett osztályok vezetőivel való folyamatos kapcsolattartás és egyeztetés, valamint a kéthetente megtartott főorvosi értekezleteken a projekt aktuális eredményeinek és problémáinak ismertetése, értékelése.

2. Konfliktusok a szervezetben

Az emberi erőforrások menedzsmentje korszerű szemlélete szerint, szemben a korábbi felfogással, a szervezeti konfliktusok nem kerülendő és negatív következményei a szervezetek működésének. Létüket el kell fogadni, együtt kell élni velük és fel is kell őket használni a szervezet jobb működése érdekében. Ezen konfliktusfelfogás egyenesen bátorítja a konfliktusok felszínre kerülését és a harmónia-konfliktus megfelelő arányának elérésére helyezi a hangsúlyt, annak érdekében, hogy a szervezetek megőrizzék változási, változtatási képességüket, a szervezet tagjai motiváltak maradjanak, közöttük konstruktív verseny alakuljon ki, kreativitásukkal segítsék a szervezet fejlődését (Bakacsi, 2005).

A Lawrence és Lorsch által leírt differenciált szervezeti struktúra, annak lényeges előnyös tulajdonságai mellett, önmagában szervezeti konfliktusokat eredményez. Hasonlóképpen, a mátrixstruktúrát is intézményesített konfliktusok jellemzik, márpedig az egészségügyi intézetek szerkezetét mind a differenciált szervezeteknél, mind a mátrixstruktúrájánál leírtak jellemezhetik. A mátrixszervezetek működésében érintett vezetők hatáskörei gyakran nehezen szabályozhatóak, és bár rugalmasságukhoz, adaptivitásukhoz kétség nem fér, működésük során elkerülhetetlen a konfliktusok keletkezése. A mátrixszervezet éppen ezért intézményesíti a konfliktusokat.

A konfliktusok ilyenén keletkezését alapvetően két struktúrális ok magyarázza:

1. a vezetők közös anyagi és emberi erőforrásokra támaszkodnak,
2. a mátrixot jellemző speciális munkamegosztásból fakadóan eltérő a vezetők feladat-, cél-, idő- és interperszonális orientáltsága (Dobák M., Antall Zs., 2010.)

2.1. Szervezeti konfliktus

Konfliktus két vagy több személy, vagy csoport rivalizálása, versengése valamilyen célért, vagy értekeik, érdekeik elismeréséért. Konfliktus kialakulásának két alapvető feltétele a kölcsönös függőség és az egymást kölcsönösen kizáró érdek (Zoltayné Paprika Zita, 2005).

A konfliktus egyúttal észlelt jelenség, amelynek tudatosulása, percepciója nélkül nincs konfliktus. Noha a konfliktus

definíciója szerint emberek és csoportok között alakul ki, a mélyben legtöbbször annak szervezeti okai vannak. Ennek megállapítása azért fontos, mert a konfliktusok kezelése, a fentiekből következően, értelemszerűen, soha sem szorítkozhat a személyek és csoportok közötti felületre, a konfliktusok valódi kiváltóókaiként definiálható szervezeti okokat is mindig szem előtt kell tartanunk.

Ezen szervezeti okokkal magyarázható konfliktusok forrása általában az alábbiak közül való:

- információhiány a vezetés elgondolásairól,
- ellentétes tartalmú utasítások,
- szűkös rendelkezésre álló erőforrások,
- belső teljesítményátadások elszámolása,
- vezetők vagy munkatársak felelősségre vonása olyan jelenségekért, amelyeket személyesen nem befolyásolhatnak (Dobák, Antall, 2010).

Ugyanakkor a konfliktusokat azok dinamikája is jellemzi (Jávor, Rozgonyi, 2005). A konfliktus kialakulásakor kezdetben adott egy hajlamosító tényező, például információhiány, értékek vagy érdekek szembenállása, nem megfelelő vezetői magatartás. A szervezeti konfliktus úgy alakul ki, hogy az egyik fél a másik hozzáállását negatívnak, ellenségesnek ítéli meg és emiatt ő maga is ellenségesen kezd viszonyulni. Ebben az első fázisban az észlelés játssza a fő szerepet. Ez a fázis mindig szubjektív, egyéni személyiségtulajdonságok számottevően modellezik. Frustráció, szorongás, negatív érzelmek jellemzik. A következő, második fázisban a konfliktus életre kel, azáltal, hogy a felek negatív hozzáállása már viselkedésükben is megnyilvánul. Ekkor a felek önvédelemre rendezkednek be és ehhez stratégiát készítenek. Ezt követően a harmadik fázisban a felek megoldják a konfliktust, vagy elkerülik, elnyomják azt a későbbiekben részletezett módokon. Végezetül a konfliktusnak mindig van jövőbemutató következménye, a konfliktus következményeként a felek kapcsolata egyaránt javulhat vagy romolhat (Jávor, Rozgonyi, 2007).

2.2. Jó és rossz konfliktus

Némileg leegyszerűsítő, de nagyon is kézenfekvő az a megközelítés, amely szerint a jó konfliktus az, amely elősegíti a csoport, szervezet céljainak elérését, jobb teljesítményét, a rossz, vagy másnéven destruktív konfliktus pedig teljesítményromláshoz vezet.

Ezen meghatározás ugyan leegyszerűsíti a szervezet teljesítményét az output mértékére vagy a minőségre és megfeleltetik azon szervezettulajdonságokról, mint például a szervezet tagjai meglegedettségének mértéke. Ugyanakkor található olyan egyértelmű jellemzők, amelyek a konstruktív és destruktív konfliktusokkal kapcsolhatóak össze:

Destruktívak azok a konfliktusok, amelyek:

- olyan helyzetet eredményeznek, amelyek érzelmileg telítettek, mert pl. valaki nyer vagy veszít,
- amelyek védekező, blokkoló magatartáshoz vezetnek,
- polarizálják a csoportvéleményt,
- a csoport széteséséhez vezetnek.

Konstruktívknak tekintjük ezzel szemben azokat a konfliktusokat, amelyek:

- bátorítják a kreativitást, az ötletek felszínre kerülését,
- leleplezik az irracionális érveket,

- leválasztják a problémát az egyénről,
- enyhítik a feszültséget,
- a változás és az önértékelés szellemét viszik a csoportba,
- átláthatóvá teszik a hatalmi és erőviszonyokat. (Bakacsi, 2005, p.295)

A konstruktív konfliktus végeredményben teret enged minden ötletnek, kritikus értékelést és hatékony problémamegoldást eredményez. Ugyanakkor a jó és rossz konfliktusdichotomizálás annak szervezetre gyakorolt hatását messze nem írja le kielégítően, mert a konfliktusoknak további meghatározott jellemzőjével, a konfliktus szintjével nem foglalkozik. Általánosságban elmondható, hogy a konfliktusok mértékével arányosan egy bizonyos küszöbíg a szervezet teljesítménye fokozatosan növekszik, azt követően viszont meredeken csökken (Zoltayné, 2005).

2.3. A konfliktusok kezelése szervezeti szinten

A szervezeti szintű konfliktusok csoportok, szervezeti egységek között alakulnak ki, amellett, hogy nagy hatalommal, szaktekintéllyel, személyes befolyással rendelkező emberek is szereplői lehetnek.

Három magatartásformát különíthetünk el ezen konfliktusok elemzése során: (1) az elsimítást, elkerülést, (2) a tárgyalást, kényszerítést, valamint (3) az ütköztetést, problémamegoldást (Bakacsi, 2005).

2.3.1. Elsimítás, elkerülés

Ezen magatartásforma alkalmazói alkalmazkodók és konfliktuskerülők, óvakodnak mások pozícióit fenyegetni, bár készek saját pozíciójuk megvédésére. A konfliktust destruktívnak és romboló hatásúnak tekintik, a konfliktusok megfogalmazóit a szervezeti érdekek elleni vétséggel vádolják. A problémák megfogalmazása során a felek kerülnek a konfrontációt, a harmónia látszatát kívánják keltetni, a véleményeltéréseket a megfogalmazás során is minimalizálni igyekeznek.

Az elsimítás, elkerülés tipikusan olyan feltételek mellett alakul ki, ahol a szervezet környezete stabil, nincs külső kényszer a belső hatalmi és szervezeti struktúra megváltoztatására. Ráadásul a belső erőviszonyok is kiegyensúlyozottak, senki nem olyan erős, hogy megváltoztassa a status quo-t, de ugyanakkor minden jelentős szereplő elég erős ahhoz, hogy jelenlegi státusát megőrizze. Ezen magatartásforma domináns kapcsolati rendszere hatalmi, minden történés kapcsán felmerül a kérdés, hogyan érinti ez az egyensúlyi viszonyokat. Noha ez a magatartásforma emlékeztet a személyközi konfliktus kerülő magatartásra, lényeges különbség, hogy utóbbival ellentétben ennek háttere döntően nem személyiségjellemző, hanem a stabil intézményesült hatalmi szerkezet. Ugyanakkor – és ez jelen dolgozat később tárgyalt, konkrét szervezeti konfliktusokat taglaló részében kiemelt jelentőséget kap – az elkerülő, elsimító konfliktuskezelő helyzetekben a status quo ritkán bekövetkező változása robbanásszerű és intenzív hatalmi harc formájában zajlik, többnyire gyökeresen átrajzolva a korábbi hatalmi viszonyokat (Bakacsi, 2005).

2.3.2. Tárgyalás, kényszerítés

Amikor a konfliktusban érintettek ellenfeleknek tekintik egymást, minden résztvevő érdeke, hogy nyerjen, ennek során a tortából minél nagyobb szeletet megtartva a másik fél vagy felek rovására, egyfajta zéró összegű játszmaként. Vannak

akik előremutatónak, vannak akik destruktívnak ítélik meg a szervezetre nézve, amely véleménykülönbség alapvetően a nyertesek és vesztesek érthetően eltérő véleményéből fakad. Tipikus magatartás a pozíciók védelme, a lehetőségek kihasználása, hosszabb-rövidebb időre szóló koalíciók jönnek létre a döntések kedvező befolyásolása reményében, a jelentős szervezeti döntések befolyásolásában rengeteg a politikai elem. Jellemzően olyan helyzetekben találkozunk vele, ahol a környezet kikényszeríti az erőforráselosztás rendjének átalakítását, módosítását. Ugyan vannak a szervezetben hatalmi struktúrák és pozíciók, de a hatalmi mechanizmus, amely a környezeti változásokat követi, ezt erodálja. Az alkalmazkodás kényszere felülírja a status quo megőrzését. Ez tehát erőforrások elosztásának következményeként kialakuló tipikus szervezeti konfliktusforma. Domináns kapcsolati rendszere hatalmi, de azt tárgyalási kapcsolatok, instrumentális függőség is modellálja.

A tárgyalás, kényszerítés magatartásforma a versengő elemeket tolja előtérbe. Ez a fajta konfliktuskezelés a konfliktusszintet a közepes és magas tartomány között tartja, de lefutása konstruktív irányba mutat, csillapuló, amennyiben ezt személyeskedő, destruktív irányba mutató konfliktuslefolyások meg nem akadályozzák (Bakacsi, 2005).

2.3.3. Ütköztetés, problémamegoldás

Amikor az érintettek, a konfliktus résztvevői együttműködőknek tekintik egymást, jellemző a partneri viszony és a konszenzusra törekvés. Minden fél a másik érdekeire is tekintettel törekszik a legjobb megoldásra. A konfliktust nagy többséggel előremutatónak és konstruktívnak tekintik. Ezen konfliktushelyzet legfontosabb jellemzője az együttműködésre való készség. A felek felismerik az egymásrataltságot és a kölcsönös függést, a konfliktushelyzetet sem tekintik zéró összegű játszmának, racionális az az alapfelvetés, hogy a konfliktus megoldásával mindenki nyerhet, saját pozícióját javíthatja.

Ezen problémakezelési formát érdemi megoldások jellemzik, az eltérő álláspontok nyílt ütköztetésével. Jellemzően dinamikusan változó, kihívó környezeti feltételrendszerben jelenik meg, sokszor a szervezet egészének fennmaradásának kulcsa az ezen környezetéhez való kiváló alkalmazkodás. A szervezeti egységek ezen folyamatokban egymásra utaltak, az együttműködésnek nincs alternatívája.

Ezen konfliktuskezelési forma gyakorlatilag mentes a hatalmi befolyásoltságtól, a technológiai problémát műszaki, a koordinációs problémákat szervezeti kérdésként kezelik. Az erőforrások elosztása itt sem mentes tárgyalásos elemektől, de tiszteletben tartják, hogy a nagyobb tortából mindenki részesedjék, és az alkuk inkább arányokat céloznak. Az ütköztetés, problémamegoldás az együttműködési elemeket tolja előtérbe, a saját érdekek csak a közös siker révén valósulhatnak meg. Ezt a konfliktustípust közepes konfliktusszint jellemzi, amely gyakran ideális szervezeti teljesítménnyel is párosul (Bakacsi, 2005).

3. Kontrolling és keretgazdálkodás

A kontrolling, jelen munkámban is követett megfogalmazása szerint, önmagában nem vezetési funkció, hanem egy eszközrendszer, amelynek alapvető elemei a tervezés, tervteljesülés ellenőrzése, valamint a menedzsment döntéseihez nélkülöz-

hetetlen információellátás biztosítása (Horváth és Partner, 1997). A kontrolling-szabályzókör három eleme: (1) tervezés, (2) elszámolás, (3) beszámolás (Dobák, Antall, 2010). A tervezés jelen esetben operatív kerettervezést, az elszámolás költség- és teljesítményszámolást takar.

Ha egy szervezet és annak környezete elér egy bizonyos komplexitási fokot és változékonysági szintet, a vezetők tervezési és kontroll feladatai ellátásához szükség van erre szakosodott szakemberekre, illetve szervezeti egységekre. Ekkor a vezetés feladata a tervezés, a kontroller vagy kontrolling csoport pedig a szükséges eszközöket és információkat biztosítja, megteremtve egyúttal a tervek, eszközök, információk közötti összhangot is.

A kontrolling fentiekben vázolt fogalma szorosan kapcsolódik az egészségügyi szervezetek szervezettelméleti megközelítéséhez is. Míg az üzleti élet szervezetei profitorientált vállalkozások és vállalatok, amelyek hosszú távú nyereségre törekednek és magánjavakat állítanak elő ennek érdekében, addig a közszektor szervezeteinek, így az egészségügyi ellátóknak is, elsődleges célja kollektív igények kielégítése. Bár az állami szektor egészségügyi ellátásért felelős szereplői hazánkban nonprofit szervezetként működnek, ez nem jelenti, hogy a gazdaságosság és fenntarthatóság szempontjai alapvetően ne befolyásolnák működésüket, vagy akár fennmaradásukat is.

3.1. Szakértői bürokrácia

A közigazgatási, így az egészségügyi intézmények is, hagyományosan bürokratikusak (Belicza, Lám, 2013). Max Weber szerint a modern közigazgatás egyfajta racionalizálódás eredménye, amely során a közigazgatás törvényes, intézményes keretei kialakultak (Dobák, Antall, 2010).

Az egészségügyi ellátó intézmények fontos jellemzője a komplex feladatellátás és a szakértők dominanciája. Henry Mintzberg alapján ezek a szervezetek szakértői bürokráciaként írhatók le, melyek fő jellemzői az alábbiak:

- a szakértők (orvosok) munkája komplex és az ahhoz szükséges szakértelem elsajátításához éveken keresztül képzik őket a megfelelő egyetemen vagy intézetben, és azt követően is a szakmai szervezetek által meghatározott követelmények szerinti továbbképzéseken vesznek részt;
- e szervezetek környezete viszonylag stabil abban az értelemben, hogy a szakértői munkához szükséges szakismeret, tudás lassabban változik;
- a komplex munkához szükséges képességek, szakismertek standardizációja a legfontosabb koordinációs mechanizmus;
- a szakértői szervezeten belül a szakértők, azaz az orvosok autonómiája jelentős, ami azt jelenti, hogy a kollégáiktól viszonylag függetlenül dolgoznak, de az ügyfelekkel szoros kapcsolatban állnak (jelen esetben az orvos a beteggel) (Takács, 2012).

3.2. Vezetői feladatok az egészségügyben

A szervezetekben a vezetők határozzák meg a működés mi-kéntjét, az elérendő célokat, valamint ők irányítják a munkatársakat és ellenőrzik azok munkáját, feladataik végrehajtását. A vezetés vezetési problémák megjelenésével jár együtt. Nem véletlen, hogy a menedzsmenttudomány központi kérdése, hogy milyen a jó vezető, milyen tulajdonságokkal kell rendel-

keznie, mely feladatokat kell ellátnia ahhoz, hogy a szervezet, amelyet irányít, a lehető legjobban teljesítsen.

Fontos azt is megemlíteni, hogy a szervezetek környezetének számos elemét egy vezető önmagában nem tudja befolyásolni, noha ezek is jelentős mértékben meghatározhatják a szervezet teljesítményét. Ezen megállapítás egyébként nem mond ellent a bevezetőben leírtaknak, amely szerint kivételes és fontos esetekben a vezetők feladata túlterjed a szervezet határain túlra és a külső környezet befolyásolását igényelheti a szervezet megfelelő teljesítményének biztosítása (Bodnár, 2007).

3.3. A motiváció szerepe a kontrollingban

A vezetői munka kulcsfontosságú kérdése és sikerének lényeges eleme, hogy sikerül-e a vezetőnek rávennie a beosztottait arra, hogy a kijelölt szervezeti célok elérése érdekében végezzék munkájukat. A motiváció számos elméletének ismeretése meghaladná jelen dolgozat terjedelmét, ehelyütt csak a motiváció fogalmának tisztázására szorítkozom, tekintettel annak kulcsfontosságára a későbbiekben részletezett keretgazdálkodás során.

Akkor beszélünk motiváltságról, ha valaki a szervezeti célok elérése érdekében hajlandó erőfeszítéseket tenni, úgy hogy ezáltal saját egyéni céljaihoz is közelebb jut. A meghatározás értelmében tehát a vezető feladata az, hogy összehangolja a munkatársak egyéni céljait a szervezeti célokkal (Dobák M., Antall Zs., 2010).

3.4. Felelősségi és elszámolási egységek

Egy intézményi kontrolling rendszer kialakításának és működésének előfeltétele a felelősségi és elszámolási rendszer kialakítása. A felelősségi és elszámolási központok a viszonylagos önállósággal rendelkező, meghatározott tevékenységek elvégzéséért felelős szervezeti egységeket – jelen dolgozat keretében adott speciális szakmai profillal felruházott fekvőbeteg osztályok – jelentik, melyek vezetői a felelősségi körükbe tartozó tételekért (költségekért, anyag- és gyógyszerfelhasználásért, OEP-bevételért, illetve a teljesítménykorlátok betartásáért) vagy azok egy jól meghatározható részéért felelősséggel tartoznak. Bizonyos értelemben maga az egészségügyi szervezet felelősségi és elszámolási egységek összessége (Siegerist, 1988).

Ezek az egységek egyúttal az intézményi kontrolling építőkövei is, általuk valósul meg a szervezeti célok szervezeten belüli lebontása és a teljesítményelvárások szervezeti egységekhez történő rendelése is. Az egyes egységeknek, illetve azok vezetőiknek a magatartására hatással van felelősségük természete is, így a felelősségi és elszámolási rendszer kialakítása egyúttal a szervezeti teljesítményt is alapvetően meghatározza.

3.4.1. A felelősségi és elszámolási rendszer kialakítása

A felelősségi rendszer meghatározása során két szempontot kell figyelembe venni.

1. Az egyes szervezeti egységek hatáskörét és a velük szemben támasztott feladatokat egymással konzisztens módon kell kialakítani. Ha valamelyik szervezeti egység feladatává tesszük valamilyen tevékenység végrehajtását vagy bizonyos eredmény elérését, akkor az ehhez szükséges hatáskört is biztosítanunk kell hozzá. Ha egy szervezeti egységet úgy teszünk felelőssé valaminek a végrehajtásá-

ért vagy eléréséért, hogy az események befolyásolásához szükséges eszközöket, kompetenciákat nem biztosítjuk a számára, akkor az motiválatlansághoz és frusztrációhoz vezet.

2. Az egyes szervezeti egységek felelősségét és hatáskörét a többi szervezeti egységgel összhangban kell kialakítani: ha valamely tevékenység vagy eredmény esetében osztott felelősséget és hatáskört alkalmazunk (pl. mátrix-megoldás esetében), akkor az együttműködésre vonatkozó szabályrendszert az összes érintett számára elfogadhatóan és érthetően kell rögzíteni, valamint gondoskodni kell az esetleges konfliktusokat feloldó mechanizmusokról is, amely legtöbbször azt jelenti, hogy előzetesen le kell szögezni, hogy a szervezetben ki dönt akkor, ha a felek nem tudnak megállapodni (Belicza, Lám, 2013).

Tisztázatlan felelősségi körök esetén az alábbi két probléma elkerülhetetlenül előfordul: (1) elsikkadnak olyan tevékenységek, amelyekért senki nem vállal felelősséget, vagy (2) versenyeznek az egységek olyan tevékenységért, amelyet szívesebben ellátnának, illetve az ellátásukból járulékos hasznuk származna, ez pedig belátható módon mind az erőforrásokat pazarolná, mind pedig a keretgazdálkodás felboríthatná (Bodnár, 2007).

A szervezeti egységek elszámolásához önmagában is mérhetővé kell tenni az egyes egységek inputjait (felhasznált erőforrásait) és outputjait (termékeit, szolgáltatásait), valamint bevételeit, ráfordításait. Ehhez szükséges, hogy a felelősségi egységek költségként megjelenjenek, így lehetővé válik, hogy a költségeket, bevételeket a felmerülés, keletkezés helye szerint tartsuk nyilván.

A felelősségi és elszámolási egységek kialakítására ezen fel fogás alapján tehát azért van szükség, hogy hozzájáruljanak a szervezeti célkitűzések eléréséhez, annak köszönhetően, hogy a rendszer szabályozhatóvá teszi a szervezet egészének tevékenységét az erőforrás-felhasználástól a kibocsátásig, a meghatározott egységek működésén keresztül. Ennek során ezen egységek inputokat (erőforrásokat) kapnak, például gyógyszerkeretet, anyagfelhasználási keretet, bérkeretet, a szervezeti egység pedig megvalósítja feladatait, miközben az erőforrásait outputokká alakítja.

Ezen megállapítás kapcsán joggal felmerülő kérdés, hogy az egyes egységek vezetőit miért érdemes felelőssé tenni. Jelen módszertani bevezetőben csak a speciális szakmai profilokat képviselő fekvőbeteg-osztályokra és járóbeteg-ellátásra fókuszálva, az alábbi megállapításokat tehetjük.

- A fekvő- és járóbeteg-osztályok a szervezeten kívüli igénybevevőknek, azaz a pácienseknek nyújtanak egészségügyi szolgáltatásokat, és a jelenlegi finanszírozási rendszerben ezen szolgáltatásokért árbevétel kap az intézmény HBCS vagy németpont alapú elszámolás során;
- az osztályok vezetői tehát felelősek az általuk irányított egység egészségügyi ellátásból származó bevételéért, a saját irányításuk alatt álló erőforrások (dolgozók munkája, anyagok, infrastruktúra) költségeiért, valamint az általuk igénybe vett belső szolgáltatások költségeiért;
- ugyanakkor nem tehetők felelőssé az általuk igénybe vett szolgáltatások tervezettől eltérő költségeiért és a kórház egészének irányítási, igazgatási költségeiért, ahogy arra a szervezeti konfliktusok lehetséges okait taglaló korábbi fejezetben kitértem.

1. táblázat: Erőtelemzés a keretgazdálkodás bevezetésére és kiterjesztésére (zárójelben az egyes tényezők jelentősége 1–5-ig)

A sikeres bevezetést támogató tényezők:

- A Fenntartó részéről elvárás az új menedzsementtől (5)
- A gazdasági igazgató és a kincstári felügyelő mindenben támogatni fogja (4)
- A műtőszemélyzet érdekelt a terhelése csökkentésében (3)
- Az anesthesiológusok érdekelték a műtétek számának mérséklésében (4)
- Az intenzív osztály érdekelt a teljesítmény racionális korlátozásában (4)

Hátráltató tényezők:

- Az osztályvezető főorvosok korlátozásuk ellen fognak fellépni (5)
- A betegek tiltakozása, amennyiben a korlátozás kapcsán várakozásra kényszerülhetnek (4)

A felelősségi és elszámolási egységek kialakítását számos tényező befolyásolja.

- A szervezeti jellemzők: mekkora méretű az adott intézmény, hány telephelyen, milyen szervezeti struktúrában működik? Ezek alapvetően meghatározzák a felelősségi és elszámolási egységek számát és típusát.
- Az értékteremtés adottságai, azaz a tevékenység egyedisége, komplexitása és bonyolultsága jelentősen befolyásolja a mérhetőséget és a teljesítmények összevethetőségét.
- A teljesítmény-elszámolási rendszerek specifikumai, azaz az elszámolóárak kialakításának gyakorlata, a szervezeti egységek közötti belső teljesítményátadások korrekt nyomonkövetése fontos feltétele a szolgáltatóközpontok megfelelő működésének.
- A vezetési és irányítási filozófia, azaz mi az intézmény vezetésének célja a felelősségi egységek működtetésével? A felelősségi és elszámolási egységek a decentralizált működés irányába hatnak, a vállalkozói felelősségvállalást terjesztik ki az alsóbb vezetői szintekre.
- A külső környezet, előírások, törvényi kötelezettségek szintén nagymértékben befolyásolják a felelősségi és elszámolási rendszer kialakítását, gondoljunk például az egészségügy finanszírozásának szerepére, amely jelenleg teljesítményfinanszírozást jelent a fekvő- és járóbeteg-ellátásban, amely fontos tényező az output mérhetősége szempontjából (Bodnár, 2007, p: 33).

2. táblázat: SWOT analízis a keretgazdálkodás bevezetéséről, kiterjesztéséről

Erősségek

- könnyen ellenőrizhető a kibocsátások volumene
- Felelős Elszámolási Egységek (FEE) szerint adaptálhatóak a keretek az akut ellátás egyenlőtlenségeinek igényeihez
- a feladatok intézeten belüli megoszlása egyenletes, illetve szabályozható
- azonosíthatók a kerettúllépésben érintett osztályok, főorvosok

Gyengeségek

- manipulálható adatok a jelentésnél: „lefelé kódolás”, kiírások időpontja, következő hónapra elhúzódnak az ápolások
- a várhatóan költséges ellátástól az osztályok szabadulni igyekeznek (különösen az akut aneurysma ellátásban)
- a keretgazdálkodás szervezeten belüli konfliktusokforrás
- ha keretgazdálkodás ellenére sem sikerül a fenntarthatóságot igazolni, az az egész törekvést és a menedzsment hitelességét is aláássa

Lehetőségek

- az intézmény a folyamatosan változó finanszírozási és ellátási feltételek közepette is megőrizheti működőképességét
- amely tény a szükséges további és folyamatos fejlesztések megalapozását jelentheti
- ezáltal is növelve az intézmény érdekérvényesítő erejét

Veszélyek

- a megfelelő keretgazdálkodás önmagában nem oldja meg az alapvető pénzügyi problémákat, amennyiben az ágazat alulfinanszírozott
- túl kis ellátási terület nem teszi lehetővé a fedezeti pont elérését
- túl nagy feladat elláthatatlan terhet jelenthet az intézménynek

A dolgozatomban szereplő keretgazdálkodás bevezetését megelőző erőtelemzést a 1. táblázat foglalja össze, amelyet a kiterjesztett keretgazdálkodás bevezetése melletti egyértelmű érveként értékeltem. Az elemzés azt mutatta, hogy lényegesen több és döntően erős támogató tényezővel szemben mindössze csak kettő, ugyan jelentős, de mégis jól körülhatárolható hátráltató tényező szerep merül fel, amelyekre megfelelő körültekintéssel felkészülhetünk.

A kontrollingrendszerre épített keretgazdálkodás bevezetésével kapcsolatos, annak kiterjesztését megelőzően elvégzett SWOT analízist a 2. táblázat ismerteti. Az elemzés, amely jelen esetben ugyan nem különböző módszerek és megközelítések összevetését szolgálta, már önmagában felhívta a figyelmet a keretgazdálkodás és a szervezeti konfliktusok összefüggésére, valamint annak veszélyére, hogy a keretgazdálkodás önmagában nem oldhatja meg egy intézet fenntarthatóságát, amennyiben például az ellátott feladatokhoz rendelkezésre álló volumenkorlátok fedezeti pont alatti keretet adnak.

4. Módszerek, menedzsmenteszközök bemutatása és a megvalósítás egyes alapvető állomásai

4.1. Felelős elszámolási egységek kialakítása

Az Intézet 2012-es átalakításának első lépése – amely jelen projekt kezdetét nagyjából egy évvel előzte meg – a szakmá-

3. táblázat: TVK-keretek osztályonkénti lebontása és a felhasznált keretek alakulása 2012 májusában

Táv.nap	Intravasculáris és neuro-intervenciók osztály	Neuro-onkológiai osztály	Vascularis idegsebészeti osztály	Koponyaalapi sebészeti osztály	Funkcionális sebészeti osztály	Gerincsebészeti osztály
Telj. keret	205,56	193,28	95,91	136,63	47,13	149,25
szabad k.	212,70	131,70	112,90	103,50	45,20	155,20
	7,14	-61,58	16,99	-33,13	-1,93	5,95

Táv.nap	Gyermek idegsebészeti osztály	Általános neorológiai osztály	Epilepszia részleg	Stroke részleg	Kúra	OEP össz.
Telj. keret:	73,06	23,35	41,60	60,21	35,43	1 061,42
szabad k.	54,60	22,60	22,60	79,30	30,10	970,40
	-18,46	-0,75	-19,00	19,09	-5,33	-91,02

kon belüli speciális profilokat tükröző osztályok kialakítása volt, amely lehetőséget teremtett a későbbiekben arra, hogy ezen osztályokat felelős elszámolási egységként (FEE) definiálhassuk későbbi munkánk során. Az új struktúrában nevesített fekvőbeteg osztályok az alábbiak lettek: neurointervenciók osztály, funkcionális idegsebészeti osztály, neuro-onkológiai osztály, gerincsebészeti osztály, koponyaalapi sebészeti osztály, vaszkuláris idegsebészeti osztály, gyermek-idegsebészeti osztály, általános neurológiai osztály, epilepszia osztály és monitorozó, stroke osztály, központi intenzív osztály, központi műtő. Ezen felosztást mind a TVK-keret, mind a gyógyszer- és anyagfelhasználás kereteinek elosztására kiterjesztettük. A keretek felosztásának elve az előző évek teljesítménye, valamint a rendelkezésre álló keret, illetve az adott szakma valamely hasonló profilú osztályának benchmarkként rendelkezésre álló, kontrollingelemzésben publikált adata adta. A 3. táblázat ismerteti a fekvőbeteg TVK osztályonkénti lebontását egy kiválasztott hónap adatai alapján (2012. május).

4.2. Járóbeteg-teljesítmények, MRI-műszak

A járóbeteg-rendelések és ennek keretében elszámolható diagnosztikumok (CT, MRI) havi volumenkorlátja (29 millió német pont) ugyanakkor 2012-ben kb. 10%-ban kihasználatlan volt. Ennek megoldására a korábbi vezetés hétvégi MR-műszak beindítását kezdeményezte. 2012. februárjától, ennek folytatása mellett, 2012-ben, 2013-ban új ambulanciák nyíltak (zárójelben a kialakítás évszáma):

- kardiológia (2013)
- TIA és szinkope ambulancia (2012)
- demencia rendelés (2012)
- Parkinson ambulancia (2012)
- sclerosis multiplex ambulancia (2013)

4.3. Laborpontszámok

Az intézet havi 456 000 laborpontszámnyi keretéhez 1,5-1,6 millió pontszámnyi havi teljesítés társul, döntően az idegsebészeti, epileptológiai és stroke-ambulanciákhoz kapcsolódva. A nyilvánvaló diszcrepancia ellenére jelen dolgozat ennek taglalására, megoldására nem terjed ki, de általánosságban megállapítható, hogy a havi keret az intézet működéséhez szükséges vizsgálatokat nem fedezi, annak kigazdálkodása az intézet egészségének feladata.

4.4. Gyógyszerkeretek és anyagfelhasználás

Ezen gazdálkodási keretek kialakításakor ugyancsak a korábbi teljesítményeket, valamint a bevétel adta lehetőségeket

vettük alapul, kerettúllépés esetén indoklást kérve a túlköltés engedélyezéséhez. A költségeket hónapról-hónapra elemezve számos alkalommal módosítottuk a kereteket, egyes osztályok általunk is preferált megnövekedett forgalma többször is keretemelést tett szükségessé.

4.5. A felelős elszámolási egységek kibocsátásainak és az erőforrások felhasználásának összevetése

Egy korábbi kutatásom során felmerült az intézeti kontrolling rendszerének azon hiányossága, hogy nem követi a fekvő teljesítmények és a felhasznált keretek közötti kézenfekvően meglévő kapcsolatot. Ennek orvoslására az anyaggazdálkodás és gyógyszerfelhasználás kórházi informatikai rendszerben történő jelen idejű rögzítését megvalósítottuk és 2014 februárjától ez az elem a keretgazdálkodásba beépül. Ettől kezdve lehetőségünk lesz a keretek egyidejű, prognosztizálható, teljesítményarányos meghatározására. Tervünk szerint minimális időegységként heti bontásban, az adott hét fekvőbeteg-teljesítményéhez igazítva lehet gyógyszer- és anyagfelhasználási kereteket meghatározni, amely módszer kiszűri a megfelelő fekvőbeteg-teljesítés nélküli túlzott keretfelhasználás lehetőségét. A módszer további járulékos előnye, hogy lehetőséget teremt a keretfelhasználás monitorozása révén a várható fekvő kapacitáskorlát túllépés előrejelzésére is.

4.6. A szervezeten belüli konfliktusok értékelése

A TVK-keret betartásáért felelős főorvos a keret túllépéséért éppúgy felet, mint a várható túllépés előrejelzéséért, amely tény indokolt esetekben lehetővé tette a más osztályok kerete terhére történő beavatkozást.

A konfliktusok objektív mérésére alkalmas módszert nem alkalmaztunk, azokat szubjektíven értékeltem, illetve a következő pontban leírandó eredményértékelés során az eltérések elemzésénél igyekeztem a szervezeti konfliktusok szerepét is figelembe venni.

4.7. Az elért eredmények értékelése

A sikeresség szempontjából az előzetesen megszabott TVK, valamint anyag- és gyógyszerkereteknek való megfelelés mértékét tekintettem végpontként intézeti szinten. Ezen túlmenően a keretekhez alkalmazkodó fekvőbeteg ellátás és az intézet egésze fenntarthatósága közötti feltételezett összefüggés igazolhatósága ugyancsak a dolgozat egyik kulcskérdése volt.

A szervezeti konfliktusok megoldásának, kezelésének kéréseit a keretektől való eltérések kapcsán esetileg értékeltem,

illetve a konfliktusokkal feltehetően össze-függésben lévő emberierőforrás-fluktuáció jelenségén keresztül vizsgáltam.

5. Alapadatok és előzetes megállapítások

5.1. Fekvőbeteg-teljesítmény és TVK

2012 februárjában az intézet a fekvőbeteg-ellátásban 970,44 súlyszámnyi havi TVK-kerettel rendelkezett. A korábbi pénzügyi és finanszírozási adatok áttekintése alapján a fedezeti pont 1250 súlyszám körül lehetett, azonos működési méret, változatlan költségek és változatlan labor-, valamint ambulánskapacitás-korlát mellett.

A lecsökkentett TVK mellett a szakma meghatározó idegsebészei által generált fekvőbeteg-forgalom mellett a finanszírozatlan ellátások aránya óriási volt, 150-200 súlyszámnyi TVK-túllépés mellett 2011-ben összesen 295 millió forintnyi TVK feletti fekvőtéljesítéssel. 2012 februárjában az intézet 60 napon túli lejárt adósága meghaladta a 840 millió forintot.

A 2011-es, 2012-es és munkánk eredményét előrevetítve a 2013-as év fekvőbeteg TVK-túllépését az 1. ábra mutatja. Az ábra oszlopdigramján az alsó szürke sáv a degresszióval finanszírozott teljesítményt, a piros sáv a nem finanszírozott teljesítményt jelöli.

A vizsgált adatok alapján, azok eredményét alapul véve, az alábbi főbb megállapítások vonhatóak le a kontrolling elemzése során.

- A veszteséges működés felszámolásának kulcskérdése a fekvőbetegellátás TVK-t meghaladó teljesítésének megakadályozása. Bár a TVK emelés megfelelő indokkal elkerülhetetlen volt, az emelést megelőzően, amely egyébként 2012 júliusában bekövetkezett, a felelős elszámolási egységenkénti pontos TVK-keretgazdálkodás az adott osztályok vezetőinek számonkérhető munkaköri kötelezettségévé vált.
- A járóbeteg-kapacitás kihasználatlansága az adott helyzetben nem megengedhető, általa havi körülbelül 3,75 millió forint bevételről mond le az intézet. Ráadásul a járóbeteg-rendelés minél nagyobb és a fekvőbeteg ellátáshoz mérten sokkal gazdaságosabb teljesítménynövelése elengedhetetlen az alulfinanszírozott központi labor fenntartásához, valamint azért is, mert
- a beavatkozások egyedi költségelemzésében napvilágra került adatok szerint a fekvőbeteg-ellátás leggyakoribb beavatkozásai döntően veszteségesek, mind az idegsebészet, mind pedig – meglepő módon – a neurológiai ellátás területén.

5.2. Szakmai profilok szerinti önálló felelősségi egységek keret-gazdálkodása

5.2.1. TVK

A korábbiakban is részletezett módon az új osztályok TVK-kerete az intézeti havi TVK és az osztályok korábbi teljesítménye alapján alakult ki, amely keretszámokat – bizonyos rugalmasságot megengedve – az osztályok esetlegesen változó igénybevétele, valamint az ügyeleti felvételek ingadozása alapján szükség szerint egyedileg korrigáltuk. A TVK-keret betartásáért felelős főorvos a keret túllépéséért éppúgy felel, mint a várható túllépés előrejelzéséért, amely tény indokolt esetekben lehetővé tette a más osztályok kerete terhére történő beavatkozást. Ezen jelentési, előrejelzési kötelezettség elmu-

lasztásáért, illetve kerettúllépésért összesen két alkalommal írásbeli figyelmeztetést kellett adni, a felelősség következő fokozatát jelentő lépésként vezetői megbízás visszavonására ezt követően már nem került sor.

Nem állítva, hogy ezen döntően restriktív szabályozás feszültségektől mentesen működött, az intézet adott helyzetében azt utólagosan is indokoltnak tartom, különös tekintettel arra, hogy az intézetben végzett idegsebészeti beavatkozások minimum fele – a gyermekidegsebészeti osztály kivételével – bizonyos keretek között halasztható, elektív beavatkozás, valamint, hogy az intézetben jelen pillanatban sincs hosszú várólista.

5.2.2. Gyógyszerkeret, anyagfelhasználás

Ezen gazdálkodási keretek kialakításakor ugyancsak a korábbi teljesítményeket, valamint a bevétel adta lehetőségeket vettük alapul, kerettúllépés esetén indoklást kérve a túlköltség engedélyezéséhez. Hónapról-hónapra elemezve a költségeket számos alkalommal módosítottuk a kereteket, egyes osztályok általunk is preferált megnövekedett forgalma többször is keretemelést tett szükségessé. Összességében megállapítható, hogy osztályonkénti bontásban a túllépések okozta többletköltségek a töredékét jelentették a felesleges TVK-túllépésből származó kieső bevételeknek. Mindemellett a gyógyszerfelhasználás vonatkozásában a szigorú keretgazdálkodás havi kétmillió forintnyi megtakarítást eredményezett (havi 15 millió helyett 13 millió forint), amely kb. 15%-os csökkenés. Az anyagfelhasználás hasonló arányú csökkentése döntően a szállítói szerződések újratárgyalásából, egyedi kedvezményekből származott, a keretgazdálkodás szerepe ebben a tekintetben kisebb mértékűnek bizonyult.

5.2.3. Teljesítmény és erőforrás-felhasználás összekapcsolása

Lásd a 4.5 alatt leírtakat.

5.3. A felelősségi rendszer szervezeti érvényesítése és az új struktúra

5.3.1. Az új SzMSz

A felelős ellátó egységek eredményes és garantált keretgazdálkodása reményében a szakmai alapon szervezett új struktúrát új SzMSz-ben is rögzítettük és azt 2014 februárjában a fenntartó számára véleményezésre, jóhagyásra benyújtjuk. Az SzMSz alapjául szolgáló organogram kialakítása során, jelen dolgozat szempontjait is figyelembe véve – tekintettel a szervezeti konfliktusokra, ezek kezelése, a felelősségi körökre – a fontosabb pozíciók az alábbiak lettek.

1. A főigazgatóhelyettesei beosztással kinevezett szakigazgatók (neurológia, idegsebészet)

A szakigazgatók kiemelt felelősségi körébe tartozik az általuk képviselt szakág egészének keretgazdálkodása, közvetlen ellenőrzési és utasítási jogkörük keretgazdálkodás vonatkozásában is kiterjed az osztályvezető főorvosokra.

2. Osztályvezető főorvosok

Számonkérhetőségük a keretgazdálkodásban közvetlen, irányításuk alatt álló osztály, mint felelős elszámolási egység vezetőiként felelnek az osztály szakmai irányításán túl a keretgazdálkodásért. Jelentési kötelezettséggel és felelősséggel tartoznak mind a szakigazgatók, mint a főigazgató, szakmai igazgató felé,

akik prognosztizálható teljesítménytúllépés esetén betegfelvételt korlátozhatnak és szankcionálhatnak.

5.3.2. A keretek szabályozása

A kerettúllépések személyes engedélyeztetését, megfelelő indok esetén, az alábbiak szerint szabályoztuk

- Fekvő TVK-túllépés esetén az adott szakág szakigazgatója havi 50-50 elkülönített, az osztályos keretekben fel nem tüntetett TVK felett rendelkezik. Ezen keretek kimerülése esetén TVK túllépés a főigazgató írásos engedélyéhez kötött.
- Gyógyszerkeret-túllépés minden esetben a főigazgató engedélyéhez kötött. A jelenlegi rendszer a két fajta keretfelhasználás összehangolására 2014 februárjától lesz alkalmas.

5.4. A kontrollingelemzés alapján támogatott további egyensúlyjavító kezdeményezések

Az intézet finanszírozott fekvőbeteg ellátásának, elszámolt HBCS értékek alapján átlagosan több mint hatodát akut aneurysma ellátás teszi ki. Tekintettel arra, hogy ezen betegcsoport korszerű műtéti kezelése, mind neurointervenció, ún. minimálinvazív eljárással, mind transcranialis műtéttel elvégezve nagyon nagy gyakorlatot és szakmai felkészültséget igényel, Intézetünk az ország teljes területéről lát el beteget, messze meghaladóan területi ellátási kötelezettség (TEK) szerinti feladatán túl. Ez természetesen önmagában a díkekt kapacitáskorlát túllépésével fenyeget, ráadásul az ellátott esetek száma ingadozik, az elmúlt két év során havi 6 és 22 között váltakozott. Korábbi kezdeményezésünk az intézeti TVK növelésére, vagy a más ellátási területről átvett betegek TVK-jának utólagos kiegyenlítésére (az ellátott beteg „hozza a TVK-t”) nem vezetett sikerre, és ezen kezdeményezésünk nyilvánvalóan nem találkozott az egészségpolitikának a regionálisan szervezett egészségügyi ellátás megerősítése érdekében tett erőfeszítéseivel.

5.4.1. Az akut aneurysma-ellátás TVK-mentessége

A helyzet megoldására végül, a legegyszerűbb módon áthidalva a fenti problémát, az aneurysma-ellátás TVK-mentessé tétele eredményezte, amely egyszerre oldja meg az ingadozó esetszám és a területen kívülség problémáját is (519/2013, XII. 30. Kormányrendelet). Noha a TVK-mentességgel a havi TVK ösztönzési szinten csökkent, 1019,6 súlyszámra, a TVK-mentesen elvégzett beavatkozások súlyszámértéke 280 és 350 súlyszám között ingadozott, ez a teljesítmény a korábbi finanszírozás szerint tehát 1300-1370 közötti teljesítménynek felel meg.

5.4.2. MRI-műszak és új ambulanciák

A havi kb 2,5 millió német pont kihasználatlan járóbeteg kapacitás kitöltésére alapvetően két út kínálkozott.

1. A legnagyobb járóbeteg-teljesítmény forgalmat bonyolító MRI működési idejének bővítése hétvégi műszakkal és az ott dolgozóknak a többletbevétel terhére fizetett külön juttatással. Ezen teljesítménynövelő intézkedés járulékos előnye, hogy az érintett neuroradiológusok, operátorok, aszisztensek számára bérnövekményt is jelent, amely esetlegesen más munkahelyen vállalt másodállások helyett az Intézetben is megkereshető.
2. A fentnél kisebb volumenű de szakmapolitikai, szakmai szempontból fontos járóbetegrendelések megindítása,

úgy mint

- kardiológiai rendelés (heti 4 óra),
- fájdalomambulancia,
- TIA és szinkope ambulancia (heti 8 óra)
- sclerosis multiplex ambulancia (heti 12-16 óra, jelenleg szervezés alatt).

Ezen megoldás az Intézet országos profilját, kiemelt jelentőségét erősítő speciális ellátások mind szélesebb skáláját megteremtve az Intézet szakmapolitikai pozicionálásában jelent másodlagos előnyöket.

5.4.3. Külföldi piacok keresése és orvosi turizmus

Az orvosi turizmus kérdése a jelenlegi kormányzat részéről kiemelt fontosságú. Noha fogalma elsődlegesen fogászti ellátásra, gyógyturizmusra, fürdőszolgáltatásokra korlátozódott, mind nagyobb szerep juthat egyéb elektív, specializált egészségügyi ellátásoknak, például idegsebészeti műtéteknek, epilepszia műtéti megoldásának vagy a Parkinson-kór mélyagyi stimulációjának. Ezen gondolatmenet értelmében, kihasználva azt, hogy az Intézet nemzetközi hírneve okán korábban is ellátott évente néhány tucat külföldi fizetős beteget (Ukrajnából, Albániából, korábban Líbiából és Észak-Afrikából), a külföldi betegek ellátásában elérhető nagyobb szerepvállalás az Intézetet a TVK-tól független és felülről nem korlátozott többlet bevételhez juttathatja. Ráadásul Európai Unió kívüli fizetős beteg ellátásakor ezen ellátások finanszírozása nem csak a korábbiakban bemutatott, sokszor önmagában veszteséges hazai finanszírozás keretei között lehetséges.

Jelen pont tárgyalásakor ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy az Intézet ezirányú erőfeszítései, új honlapja, angol nyelvű kiadványa, valamint számos nemzetközi fórumon történt személyes megjelenése ellenére az elmúlt két évben ezen törekvésünknek kézzelfogható eredménye nem volt.

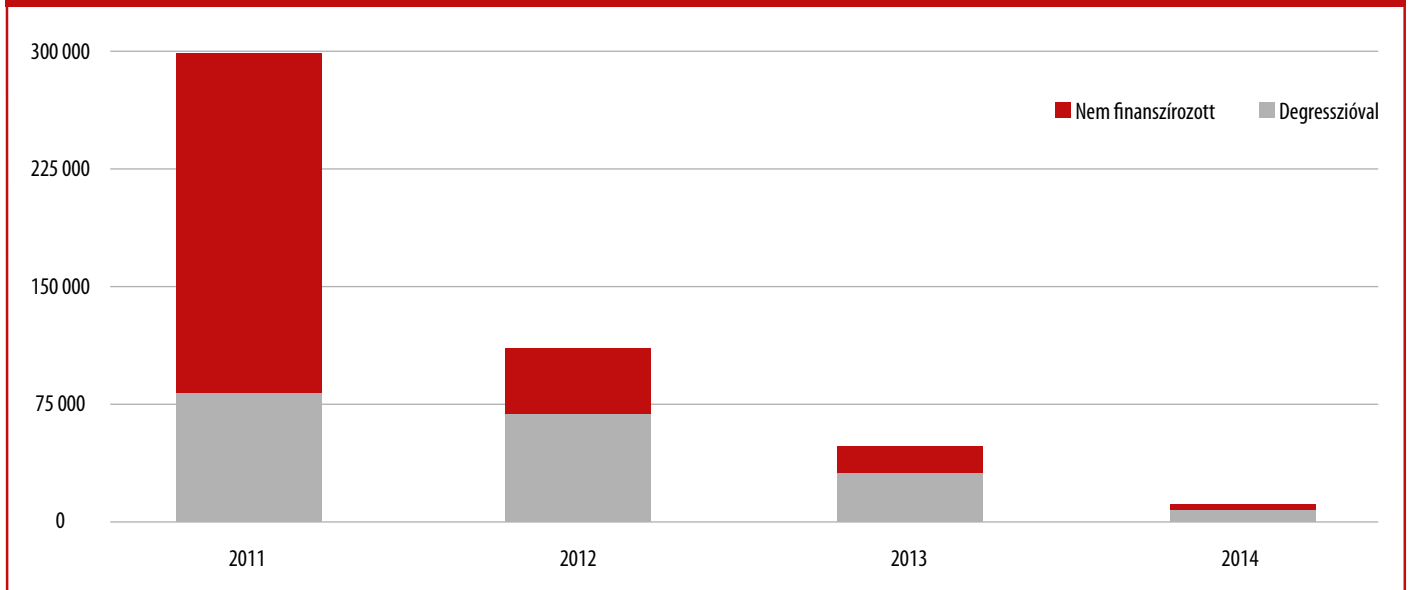
6. Megoldások és kezdeményezések a szervezeten belüli konfliktusok kezelésében

6.1. A keretgazdálkodás okozta feszültség jelentősége

A gazdaságos működtethetőség és fenntarthatóság érdekében tett elkerülhetetlen lépésként az intézet már 2012 márciusától szigorú keretgazdálkodást vezetett be, amelyet 2013 márciusától a jelen szakdolgozat alapjául szolgáló projekt mentén kiterjesztett a felhasznált erőforrásokra. Ugyanakkor a kontrollingrendszer okozta szervezeti konfliktus, amely részben a vezetés és az osztályok vezetői, részben pedig az osztályok, illetve a szakmák között feszül – amennyiben nem párosul a teljesítmény eredményes korlátozásával – alapjaiban alááshatja az intézet szervezeti céljainak megvalósítását. A mindennapi működés során az is beigazolódtott, hogy sokkal egyszerűbb kereteket meghatározni, akár bonyolult költséglelemzéseket és önköltségszámítást végezni, mint azok betartását hónapról-hónapra elérni.

A keretgazdálkodás tekintetében azt is fontos hangsúlyozni, hogy speciális finanszírozási szempontok, döntően a volumenkorlát okán, az intézet fenntarthatóságát garantáló jó teljesítménye nem a minél nagyobb, hanem a meghatározott határig vezetett kontrollált teljesítmény, amely a volumenkorlát adta lehetőséget minél jobban kihasználja, de azt nem lépi át. Ezen korlát betarthatósága pedig elsősorban az intézet

1. ábra: TVK- túllépés mértéke ezer forintban (a 2014-es adatok májusig érvényesek, forrás: OEP adatok)



sebészeinek és kiemelten az osztályvezetők önkorlátozásának, önkontrolljának függvénye.

6.2. A profilok közötti egyenlőség és teljesítményfelosztás kérdései, zéróösszegű játszma

A 2013 februári keretek az új menedzsment kinevezését követően természetesen minden idegsebészeti osztály számára „megszorítást” jelentettek, még akkor is, ha azokat gondos elemzés és a korábbi teljesítmények áttekintése előzte meg. Ez leegyszerűsítve azt is jelentette, hogy az intézet meghatározó idegsebész szakemberei átmenetileg saját praxisuk korlátozására kényszerültek, és vissza kellett utasítaniuk vagy várakoztatniuk kellett olyan betegeket, akiket a korábban bejáratott szokásjog szerint a lehető leghamarabb megoperáltak.

A téma keretgazdálkodással kapcsolatos leírásához szorosan hozzátartozik, hogy az intézet szakmai profiljai mentén, a korábbiakban részletezett Felelős Elszámolási Egységekként is értelmezett osztályok vezetői munkaköri leírásukban is a keretgazdálkodás felelőseivé váltak, kombinálva technokratikus és strukturális koordinációs eszközöket is. A 2. ábra a TVK-kereteket és a tényleges teljesítményt mutatja 2013-ban és 2014-ben, havi bontásban.

6.3. TVK-keret növelése, mint tortanagyobbító intézkedés

Az intézet vezetésének azon, kinevezésekor tett ígérete, hogy a megfelelő gazdálkodási fegyelem teljesülése esetén jó eséllyel a TVK növelését fogja a finanszírozni elérni, részben a 2012 júliusi TVK-emelés során már megvalósult. Ez egyben azt is jelentette, hogy a struktúrába épített szabályozó mechanizmusokra, elsősorban a túllépés szankcionálására a korábbiakban nem került sor és ez a projekt induláskor már nehézséget jelentett. Ez a magatartásforma, vezetői hozzáállás utólagosan elsímításként, elkerülésként határozható meg, noha az eredeti szándékunk a kiindulópontban a kényszerítés lett volna (Bakacsi Gy., 2005).

Ugyanakkor, ahogy az a 2013-es adatokat mutató 2. ábrán jól látható, a fekvőtelteljesítmény az év nagy részében

kisebb kilengésekkel jól követte a TVK alakulását és ad hoc vezetői beavatkozásra ritkán volt szükség. A direkt kapacitáskorlát korábbi felemelése pedig tortanagyobbító intézkedésként, a menedzsment érdekérvényesítő erejét is demonstrálva, a konfliktusban érintettek számára megnyugvást eredményezett.

6.4. Felelős elszámolási egységek és az elszámoltatás problémája

Mindezen körülmények között a szakmai specifikus osztályok, mint FEE-ek, illetve ezen egységek vezetői elkerülték az esetleges túllépésekből fakadó stresszhelyzetet vagy szankcionálást. Ugyan egy-egy esetben egy osztály akár jelentősen túl is léphette adott havi keretét, kellő szakmai indokkal és a többi osztály jelentette pufferelés lehetőségével intézeti szinten ez komolyabb zavart nem keltett, és ezért azt a számonkérés is elmaradt.

Ennek következményét már a projekt kezdetén, 2013 márciusában tapasztaltuk: nem kompenzálható mértékben egyszerűen több osztály is jelentősen túllépte teljesítménykeretét, intézeti szinten csaknem 10%-os kerettúllépést, a pénzügyi egyensúly oldalán márciusban 16 millió forintot, áprilisban 23 millió forintot meghaladó deficitet eredményezve. A korábbi hónapok kiegyensúlyozott és konfliktusmentes működéséből fakadóan ráadásul ezt nem követte azonnali szankcionálás, a rendelkezésre álló vezetői eszközök a verbális intervenció szintjén maradtak, megerősítve az osztályok vezetőit abban, hogy újra szabad lehetőségük nyílik tetszőleges számú beteg ellátására.

Utólag egyáltalán nem meglepő, hogy április hónapban újból teljesítménykeret-túllépés mutatkozott. Annak ellenére, hogy a hó közti elemzések ezt előrejelezték, az osztályok vezetőit erre figyelmeztettük és már korábban világos, technokratikus elvű szankcionálási rendszert állítottunk fel. Mindez nyilvánvalóvá tette az elszámolási rendszer gyengeségeit, valamint hogy a korábbi konfliktusmentes, a konfliktusokat elsímítő magatartásforma nem szolgálhatja az intézet céljait ilyen szélsőségesen versengő szervezeten belüli csoport önérdékérvényesítésével szemben.

6.5. Jó konfliktus lehetősége a felelős elszámolási egységek teljesítményének összehangolásában

Ezen helyzetben egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy nem az elkerülés, hanem a szervezeten belüli, elkerülhetetlen konfliktusoknak megfelelő irányítás mellett, az intézet alapvető szervezeti céljai irányba terelése a helyes megoldás, még akkor is ha ez szankcionáláson, vitákon és hosszadalmas, néhol kellemetlenkedő, személyeskedő összecsapásokon keresztül vezet.

Az is nyilvánvalóvá vált, hogy az ellentéteket felszító, de következetes szankcionálás nem adható fel, a legcsekélyebb következetlenség, jelen esetben a gazdasági egyensúly felborulásának kockázatát, hosszabb távon akár az intézet fennmaradását, az eddigi konszolidációját és jövőjét is veszélyeztetheti.

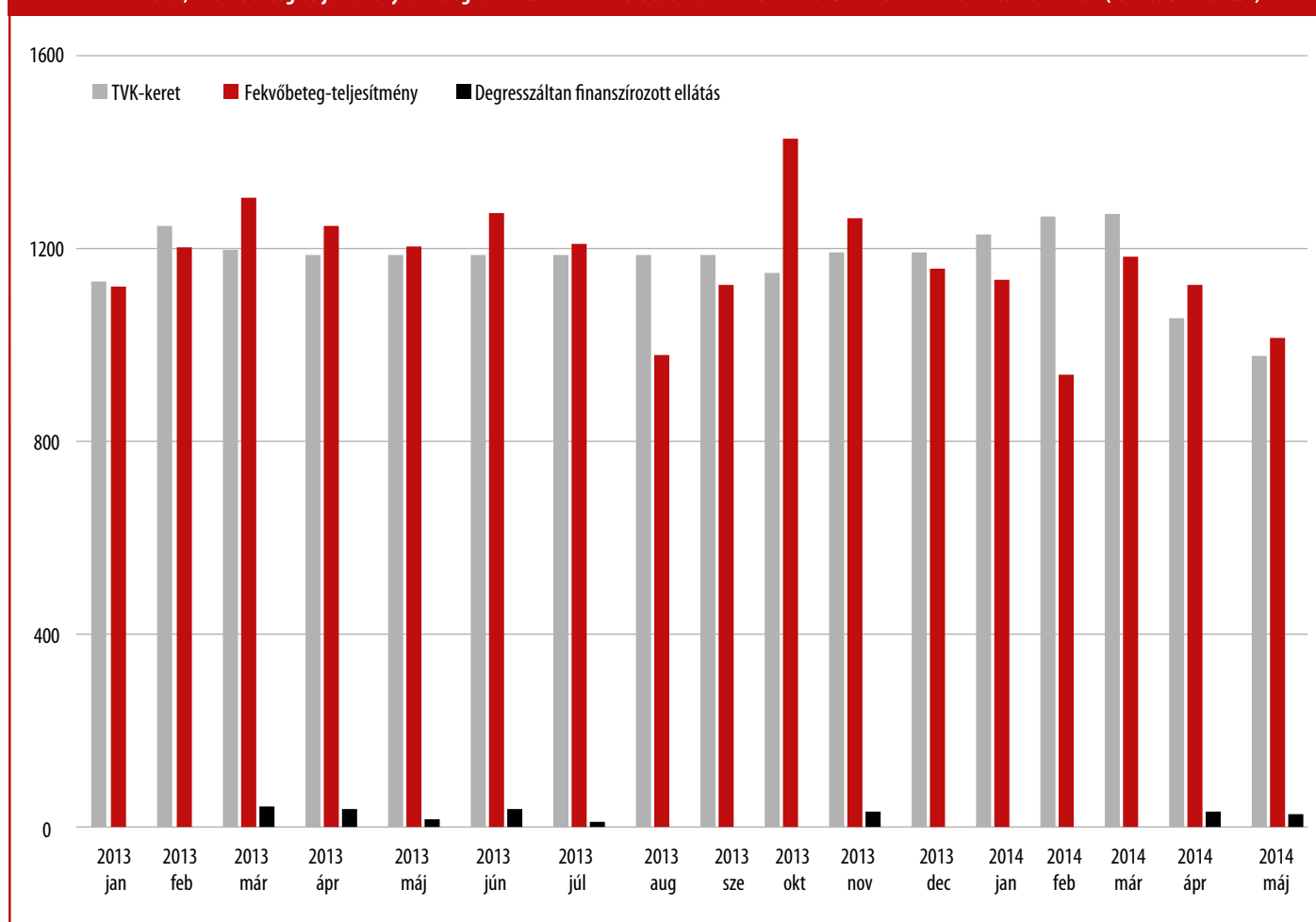
Jelen helyzet orvoslásában végül a kiugróan szabályellenes viselkedésű osztályvezető vezetői megbízásának visszavonása és korábbi keretgazdálkodásban betöltött szerepének megszüntetése járt sikerrel áprilisban. Tudva azt, hogy jelen intézkedések sikere esetén is csak rövid távon, feltehetően 4-6 hónapig tartható az intézet teljesítménye optimális szinten, további, az intézet sajátosságaihoz adaptált koordinációs lehetőségeket készítünk elő, mint például további személyek rotációja (vezetéváltás azon osztályok élén, amelyek túllépek korlátjaikat), valamint fölérrendelt célok kijelölése (fejlesztéseknek, keretbővítéseknek az intézet optimális működésétől függő bevezetése).

7. Eredmények

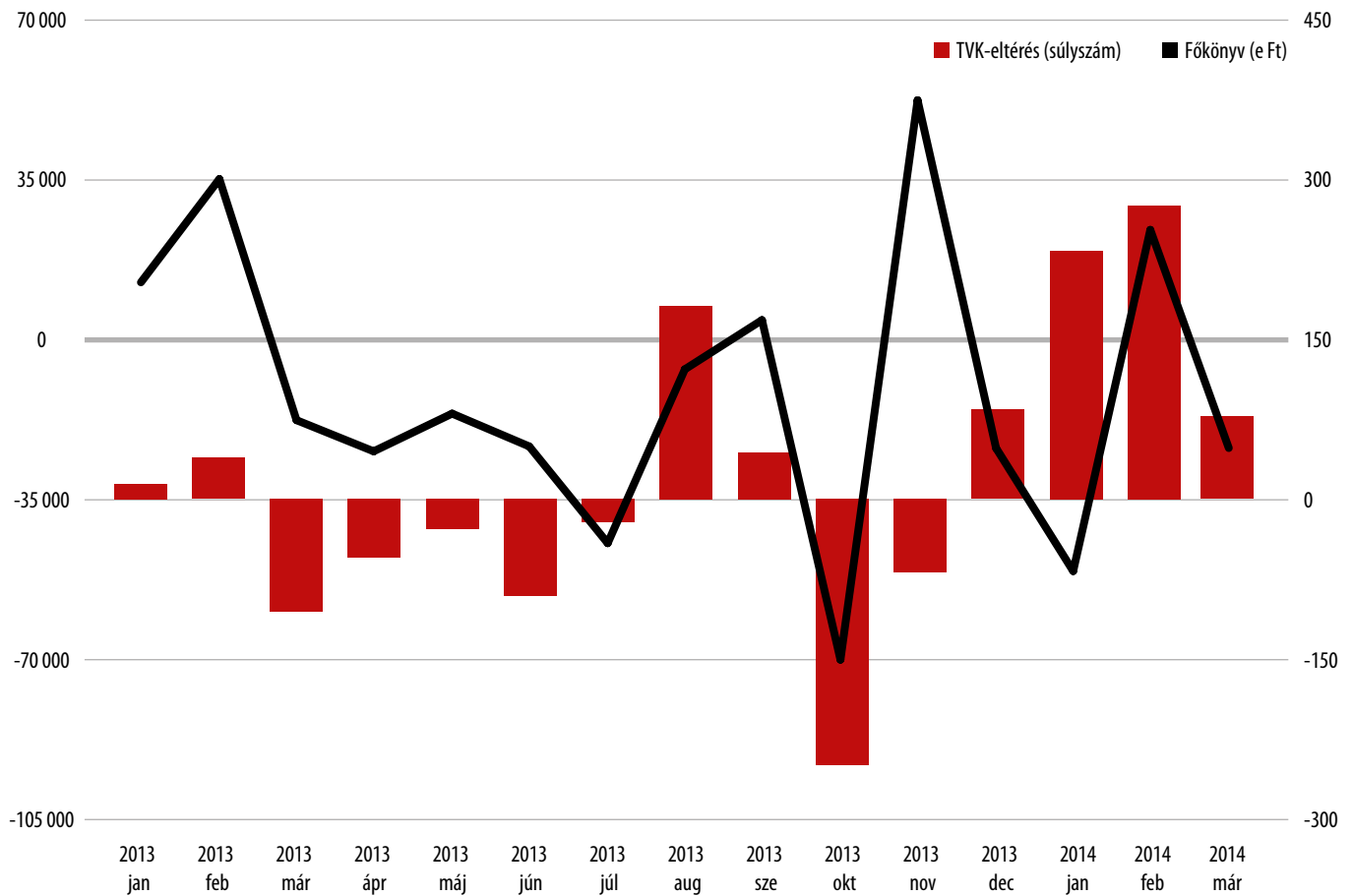
7.1. TVK-keretek és fenntarthatóság

A célkitűzésekben felsoroltak szerint haladva a dolgozat elsődleges eredménye – a kereteknek való megfelelés intézeti szinten – összefüggésben a szervezeten belüli konfliktusokkal, illetve azok kezelésével, a projekt hatodik hónapját követően, 2013 augusztusától megvalósult (2. ábra). A 3. ábrán bemutatott módon a keretgazdálkodás és a gazdasági szempontból definiált fenntarthatóság összefüggését jelen projekt megerősítette, és a dolgozat egyik legfontosabb eredményeként a fenntarthatóság tényét is alátámasztotta. A 2013 január-december közötti időszak összes vesztesége 110 445 eFt volt, amely lényegesen kevesebb a korábbi éveketől. Augusztus és december kivételével a keret betartása mellett az intézet nem termelt veszteséget, a kerettúllépés mértéke jól követte a veszteség alakulását, legalábbis decemberig. Itt az aneurysma-ellátás TVK-mentesítése, de még inkább a januári egyhetes kényszerű műtőleállás és fel nem használt, még hónapokig görgetett maradvány TVK befolyásolta a grafikon alakulását. Ugyanakkor még ebben a periódusban is, február hónapban, relatíve alacsony fekvőbeteg-teljesítmény mellett nyerséges volt az intézet, úgy hogy a görgetett TVK még kismértékben növekedett is. A grafikon második fele azt is jól mutatja, hogy mind a TVK-maradvány, mint kiesett teljesítmény, mind annak felhasználására irányuló törekvések, hosszított műszakokkal,

2. ábra: A TVK-keret, a fekvőbeteg-teljesítmény és a degresszáltan finanszírozott ellátás alakulása 2013-ban és 2014-ben intézeti szinten (forrás: OEP adatok)



3. ábra: A keretgazdálkodás és a finanszírozási bevétellel visszafelé korrigált főkönyvi adatok (bal oldali skála) összefüggése. A TVK eltérés negatív értéke (jobb oldali skála) túllépést jelez (forrás: saját kontrolling és pénzügyi adatok)



túllérakkal és arányosan növelt gyógyszer- és anyaggazdálkodási keretekkel, egyaránt a veszteségesség irányába hat. Stabil gazdálkodást a dolgozat során feldolgozott adatok alapján mindig havi szinten hasonló mértékű, kiegyensúlyozott teljesítménnyel és persze ehhez igazodó keretekkel, munkaóra-felhasználásokkal lehetett elérni. Noha a váratlan eseményekhez az intézet az ellátás megszervezése, folyamatosága és biztonsága tekintetében alkalmazkodott, ennek ára a gazdaságosság vizsgálatában már megjelent.

7.2. Gyógyszer- és anyagfelhasználás gazdálkodási keretei

A gyógyszerkeretek visszanyomása a várakozásnak megfelelően havi kétmillió forintnyi megtakarítást eredményezett rövid távon (havi 15 millió helyett 13 millió forint), amely kb. 15%-os csökkenés.

Az anyagfelhasználásban előirányzott csökkentést végül nem a felhasználás csökkentése, hanem a szállítói szerződések újratárgyalása és egyedi kedvezmények adása eredményezte, a keretgazdálkodás szerepe ebben a tekintetben kisebb mértékűnek bizonyult.

Összességében megállapítható, hogy osztályonkénti bontásban, a túllépések okozta többletköltségek a töredékét jelentették a felesleges TVK-túllépésből származó kieső bevételeknek, még 2014. januárja után is, amikor a maradvány TVK felhasználása miatt a gyógyszerfelhasználás is jelentősen emelkedett.

7.3. Új intézeti SzMSz

Bár dolgozatom célkitűzési közt nem szerepelt új SzMSz kialakítása, a projekt tapasztalatai, tanulságai számottevően hozzájárultak az új SzMSz szükségességének megfogalmazásához és a tervezet kialakításához egyaránt.

8. Összefoglalás

Az intézet korábbi működésében fenntarthatatlan elemként azonosítottuk a TVK-keretet jelentősen meghaladó fekvőbeteg-teljesítményt. Ennek kiküszöbölésére, döntően technokratikus koordináció lehetőségét kihasználva, az egyes szakmán belüli profilokat lefedő osztályokat felelős elszámolási egységként definiáltuk. Ezen kontrolling-rendszerben rejlő, szervezetben belüli konfliktusokkal, azok kezelésével, és az alkalmazott magatartásformákkal kapcsolatos legfontosabb megállapítások az alábbiakban összegezhetők.

- A keretgazdálkodás bevezetése, kiterjesztése igazolható módon hozzájárult az intézet gazdasági fenntarthatóságának megteremtéséhez. Lényeges szempont, hogy a fenntarthatóság ténye önmagában is igazolódott.
- A keretgazdálkodás szigorú betartatása, az esetleges kerettúllépések osztályok közötti zéró összegű kompenzálása rövidebb távon működőképes megoldás az egyensúly megőrzésében, megteremtésében.
- A vezetés keretgazdálkodással kapcsolatos elkerülő maga-

- tartása következményeként a keretgazdálkodás eredményessége felborult,
- amely szükségessé tette a szélsőségesen versengő szervezeti csoporttal szemben az összecsapást, szem előtt tartva a konfliktus mértékének az optimális szervezeti teljesítmény eléréséig történő fokozását is.
 - Ezen összecsapással összefüggésben mérhető fluktuáció nem volt, az ápolók, szakdolgozók fluktuációja a dolgozatban ismertetett projekt egészének ideje során, minden bizonnyal annak tárgykörén kívül eső okokkal magyarázhatóan csökkent.
 - Dolgozatom egészének tanulsága szerint közép- és hosszútávon további koordinációs lehetőségek kiépítésével (személyek rotációja, fölérendelt célok) kell a remélt optimális teljesítményt fenntartanunk,
 - és ezen munkánk tanulságai alapján az elért eredmények hosszú távú szavatolása reményében új SzMSz-tervezetet készítettünk.
 - Végezetül a külső körülmények további kedvező befolyásolásával, újabb tortanövelő intézkedésként, az akut aneurysma-ellátás TVK-mentessége további alapot adhatott a tartós stabilizációhoz, amellyel a TVK-mentesség bevezetése óta eltelt idő tapasztalatai alapján az Intézet élni is tudott.

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm projekt munkám témavezetőjének, dr. Gaál Péter Tanár Úrnak és tutoromnak, Ragány Károly Tanár Úrnak azt a sok segítséget, türelmet, támogatást amelyet a dolgozatom elkészítéséhez nyújtottak.

Külön köszönet illeti az Egészségügyi Menedzserképző Központ minden oktatóját, akik magabiztos felkészültségükkel két év alatt átforgattak bennünket és a központ minden munkatársát, akik az oktatás feltételét megteremtették.

Baráti köszönettel tartozom munkatársaimnak az Országos Klinikai Idegtudományi Intézetben, akik mindennapi munkámban segítettek és ezzel lehetőséget teremtettek dolgozatom elkészítéséhez és tanulmányaim befejezéséhez.

Végül köszönettel tartozom szüleimnek, testvéremnek és családomnak, feleségemnek Annának és leányaimnak, Borókának és Dalmának, hogy türelmükkel, vidámságukkal és szeretetükkel megteremtették azt a környezetet, amelyben munkám elvégezhettem

Rövidítések jegyzéke

CT: computer tomográfia

FEE: felelős elszámolási egység

GYÓGYINFOK: Gyógyító Ellátás Információs Központja

MRI: mágneses rezonancia image

OEP: Országos Egészségbiztosító Pénztár

OKITI: Országos Klinikai Idegtudományi Intézet

TIA: tranzitorikus ischémias attack

(átmeneti agyi keringészavar)

TVK: teljesítményvolumen-korlát

Irodalom

1. Bakacsi Gyula (2004): *Konfliktusok a szervezetben. In Bakacsi Gy (szerk.), Szervezeti magatartás és vezetés. Scientia Kiadó, Kolozsvár, pp:292-323.*
2. Belicza Éva, Lám Judit (2013): *Kontrolling az egészségügyben. E-Book. <http://semmelweis.hu/eii/files/2013/11/Kontrolling-az-egeszsegugyben.pdf>*
3. Bodnár Viktória (2007): *A controlling rendszer kiépítésének és működtetésének előfeltételei. Előadás az Egészségügyi Menedzserképző Központ (EMK) posztgraduális Controlling kurzusában. EMK, február 21.*
4. Dobák Miklós, Antall Zsuzsanna (2010): *Vezetés és szervezés. Szervezetek kialakítása és működtetése. Aula Kiadó, Budapest.*
5. GYÓGYINFOK Adatbázis. http://www.gyogyinfok.hu/magyar/archiv/betegforgalmi/2012/korhazi_agyszam2012_v2.pdf
6. Horváth & Partner (1997): *Kontrolling (út egy hatékony controlling rendszer kiépítéséhez), KJK, Budapest*
7. Jávör István, Rozgonyi Tamás (2005): *Hatalom Konfliktus Kultúra. KJK Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Kft.*
8. Jávör István, Rozgonyi Tamás. (2007): *A szervezetek és munka világa. Budapest: L'Harmattan Zsigmond Király Főiskola.*
9. Óváry Csaba (2005): *Összehasonlító epidemiológiai adatok. In: Nagy Z (szerk.), Vasculáris neurológia. B+V Kiadó, Budapest, pp: 537- 543.*
10. Óváry C, Suzuki K, Nagy Z. (2004): *Regional Differences in Incidence Rates, Outcome Predictors and Survival of Stroke. Neuroepidemiology, 23 (5): 240-6.*
11. Siegerist RB Jr, Blish CS. (1988) *Cost accounting, management control, and planning in health care. J Hosp Pharm. Feb;45(2):372-9.*
12. Takács Erika (2012): *A külső értékelés kórházon belüli hatásmechanizmusa. Disszertáció-tervezet. Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola*
13. Zoltayné Paprika Zita (2005): *Döntésmélet. Alinea Kiadó, Budapest.*

A szerző neurológus szakorvos, egészségügyi menedzser, az OKITI orvosigazgatója

Az Egészségügyi Technológiaelemzés Európai Hálózata

Európai együttműködés az egészségügyi technológiaértékelés terén és Magyarország részvétele

Az egészségügyi technológia-értékelés (HTA) megfelelő elkészítése és alkalmazása iránti igény az utóbbi évtizedekben felértékelődött, mivel egyre fontosabbá válik a szűkös erőforrások legoptimálisabb felhasználásának kérdése. Ehhez a megfelelő forrásallokációhoz tud hozzájárulni a HTA azáltal, hogy orvosi, gazdasági, etikai és szociális szempontokat is figyelembe véve igyekszik segíteni az objektív és transzparens döntéshozatalt. Az elemzésnek három fő célja van. Egyrészt bemutatni, hogy a transzferabilitási nehézségek ellenére az Egészségügyi Technológiaelemzés Európai Hálózata (EUnetHTA) eddig milyen eredményeket ért el, és ezek hogyan tudnak hozzájárulni egy egységes európai HTA rendszer létrejöttéhez. Másrészt annak körülményeire, hogy Magyarország miképp vesz részt az együttműködésben, és milyen szakmai hozadéka van az itt végzett munkának. Végezetül annak vizsgálata, hogy mi a jövője az együttműködésnek, reális-e egy egységes európai technológia-értékelő rendszer kialakulása.

■ Szerencsés Viktória

1. Bevezetés

Az európai uniós országoknak mind szembe kell nézniük az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságának kérdésével. Ebből kifolyólag az egészségügyi technológia-értékelésnek kiemelt szerepet kell kapnia mindegyik tagállamban. Az ehhez szükséges szakmai felkészültség azonban heterogén képet mutat a kontinensen belül. Az is probléma, hogy gyakran a HTA-irodák ugyanazt a munkát végzik el, ugyanarról a technológiáról készítenek értékelést, amit egy másik iroda már elvégzett. Ezt felismerve az Európai Bizottság 2005-ben életre hívta az Egészségügyi Technológiaelemzés Európai Hálózatát (European network for Health Technology Assessment – EUnetHTA). A hálózat munkájának fő célja, hogy megpróbálja egységesíteni az európai egészségügyi technológia-értékelést, megtakarításokat érjen el a felesleges párhuzamosságok csökkentésével, és hogy létrehozzon egy működőképes és fenntartható HTA-hálózatot. A célkitűzéseket tekintve ez egy rendkívül ambiciózus elképzelés, azonban teljes körű megvalósulását transzferabilitási problémák nehezítik.

Kutatásom során a következő kérdéseket vizsgálom: milyen transzferabilitással kapcsolatos problémák merülnek fel, amik megnehezítik az egységes egészségügyi technológia-értékelési rendszer kialakulását? Az együttműködés eddig milyen eredményeket ért el, és ezek hogyan tudnak hozzájárulni egy egységes európai HTA-rendszer létrejöttéhez? Milyen módon vesz

részt Magyarország a hálózat munkájában, és milyen szakmai hozadéka van az itt végzett munkának? Végezetül arra keresem a választ, hogy mi a jövője az együttműködésnek.

Dolgozatom első részében a technológia-értékelések során felmerülő transzferabilitási problémákra világítok rá, és bemutatom az egészségügyi technológia-értékelések transzferabilitásának vizsgálatára kidolgozott eszközöket. Ezt követően végigveszem az EUnetHTA kialakulását és fejlődését, és kiemelem az együttműködés legjelentősebb eredményeit. A következő fejezet Magyarország részvételéről szól, annak bemutatásáról, hogy konkrétan milyen feladatokban tudunk részt venni, mi a szerepünk az EUnetHTA munkacsoportokban. Továbbá azt is vizsgálom, hogy milyen szakmai hozadéka van hazánk számára a különböző európai HTA-irodákkal való együttműködésnek, és az eddig kifejlesztett eszközök, módszerek közül miket tudunk a gyakorlatban hasznosítani. Az utolsó fejezet az EUnetHTA jövőjére vonatkozó lehetséges forgatókönyveket mutatja be. Milyen időtávon várható (ha várható egyáltalán) egy közös egészségügyi technológia-értékelési rendszer kialakulása.

2. Módszertan

Vizsgálatom módszere irodalmi áttekintés, valamint a hazánkat a hálózatban jelenleg képviselő GYEMSZI Technológia-értékelő Iroda (TEI) Főosztály munkatársaival készített interjú

volt. Az interjúk során lehetőség nyílt mind közgazdasági, mind orvosi szempontok megjelenítésére. Az interjúk mellett felhasználásra került a 2013. november 14-i META ülés is, melynek témáját a GYEMSZI-TEI részvétele az EUnetHTA munkacsoportjaiban adta.

3. Eredmények

3.1. Egészségügyi technológia-értékelés és transzferabilitás

Az egészségügyi technológia-értékelésnek (health technology assessment – HTA) nincs egységesen elfogadott definíciója. A különböző definíciók azonban alapvetően „csak megfogalmazásukban, esetleg hangsúlyaikban térnek el egymástól” (Brodzsky & Gulácsi, 2008, p. 30). Összességében az egészségügyi technológia-értékelés jóval többet foglal magába, mint egy teljes körű gazdasági elemzés, és pont ebben rejlik erőssége. Orvosi, gazdasági, etikai és társadalmi szempontokat is figyelembe vesz, és mindezzel az egészségügyben rendelkezésre álló szűkös erőforrások legoptimálisabb felhasználását hivatott elősegíteni.

3.2. HTA és transzferabilitás

Az egészségügyi technológia-értékelések lehetséges transzferabilitásának vizsgálata egyre inkább megkerülhetetlenné válik, mivel a HTA-k elkészítése komoly idő és erőforrás ráfordítást igényel. Nagy könnyebbség lenne, ha a már elkészült értékeléseket nemzetközi szinten fel lehetne használni. A technológia-értékelésekhez felhasznált adatok gyakran országspecifikus jellege azonban megnehezíti más országban történő alkalmazásukat.

A transzferabilitást olyan tényezők nehezítik, mint a komparátor választás, a betegpopuláció összetétele, epidemiológia adatok, költségadatok, diszkontráták, eltérő struktúrájú egészségügyi ellátórendszerek, eltérő preferenciák (Drummond et al., 2009; Kristensen et al., 2008), valamint az eltérő politikai környezet, kultúra és a források rendelkezésre állása is akadályozza a külföldi technológia-értékelések felhasználását (Neumann, 2009).

A kérdéskör súlyát az is jelzi, hogy a szakmailag megfelelő HTA elkészítéséhez megfogalmazott tizenöt alapelv között is szerepel a transzferabilitás kérdése. A 9. alapelv értelmében meg kell vizsgálni a HTA-eredmények általánosíthatóságát és transzferabilitását eltérő betegkör, populáció és országok tekintetében (Drummond et al., 2008).

Transzferabilitás tekintetében a 2004-ben publikált Welte-féle megközelítés az egyik legismertebb a szakirodalomban. Ő egy döntési modellt készített, mely az „általános kizáró kritériumokkal” kezdődik (releváns-e az adott technológia és a komparátor, megfelelő-e az értékelés színvonala). Amennyiben ezeknek megfelel az értékelés, akkor a 14. „speciális kizáró kritérium” következik a nézőponttól kezdve a diszkontrátán és a különböző költségeken keresztül egészen az emberek preferenciáig. Amennyiben mindegyik kritériumon „átmegy” egy adott értékelés, akkor az adatok elérhetősége alapján tovább vizsgálja, hogy milyen módosításokra szorul az átvett modell (Welte et al., 2004).

Az egy évvel később megjelent Boulenger-féle ellenőrző lista a tekintetben volt újdonság, hogy a kérdéssor végére érve egy pontszámot kapunk, ami az elemzésben szereplő, és

a transzferabilitásnak megfelelő elemek arányát mutatja. A 42 kérdés a korábbi módszerekhez hasonló módon épül fel. Először módszertani és belső validitási kérdések, majd a transzferabilitásra vonatkozó rész jön. Az igen válasz egy, a részben fél, a nem/nincs információ pedig nulla pontot ér (Boulenger et al., 2005).

2009-ben a Drummond vezette ISPOR munkacsoport állt elő egy négylépéses algoritmussal. Welte módszeréhez hasonlóan ebben a megközelítésben is először általános szempontoknak kell megfelelni (vizsgált technológia és komparátor relevanciája, helyi elvárásoknak megfelelő minőségű módszertan, vizsgált populáció megfelelése). Ezután jöhet csak az algoritmus, mellyel megállapítható, hogy az adott értékelést egyszerű módosításokkal át lehet-e venni, vagy összetettebb kiigazításokra van szükség (Drummond et al., 2009).

Mikor transzferabilitásról beszélünk, érdemes azt is vizsgálni, hogy a különböző HTA-irodák milyen módszereket alkalmaznak technológia-értékelésük elkészítése során. Először a gazdasági értékelésekre vonatkozó vizsgálatokat lehet találni a szakirodalomban. Egy 2008-as WHO-tanulmány szerint a gazdasági értékelés tekintetében a költséghatékonysági és a költséghasznossági elemzés a legelterjedtebb típus, míg a technológiák terápiás előnyeit randomizált kontrollált vizsgálatok szisztematikus áttekintéséből, illetve meta-analízisből nyerik. Komparátorválasztásnál egyes szervezetek az összes lényeges komparátort figyelembe veszik, mások legfeljebb hármát, néhány ország pedig elvárja, hogy az adott terápiás csoport összes egyéb technológiájához hasonlítsák az értékelendő egészségügyi technológiát. A költségek tekintetében, miszerint csak a direkt vagy az indirekt költségeket vegyék-e figyelembe az értékeléskor, nincs egységes álláspont. Az alkalmazott diszkontráta nagysága 2,5% és 10% között mozog. Az érzékenységvizsgálatok elvégzése elterjedt, ám típusuk eltérő lehet (Sorenson et al., 2008).

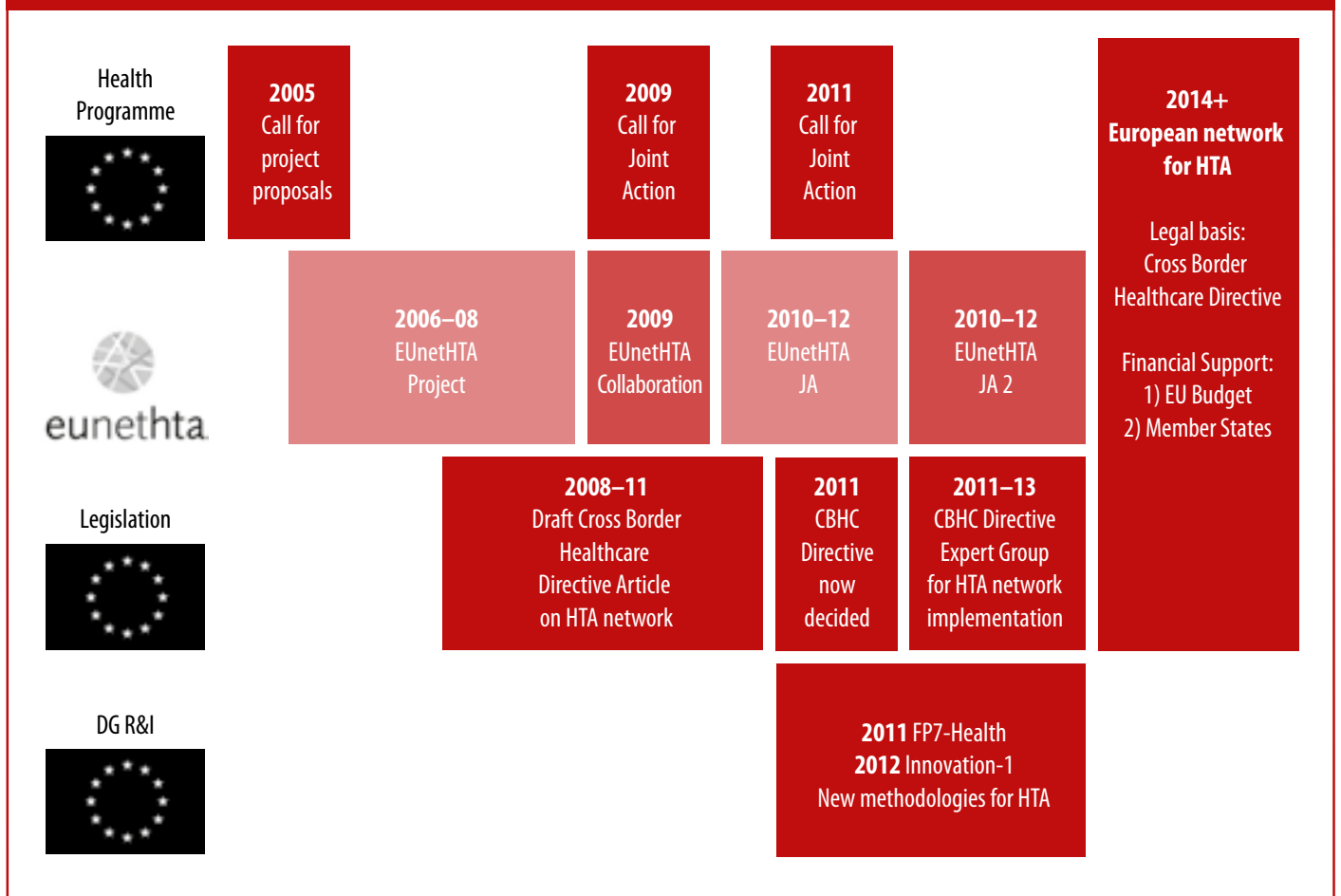
Összességében megállapítható, hogy a szakirodalom alapvetően az egészség-gazdaságtani elemzések transzferabilitását, az alkalmazott módszertanok különbségeit és hasonlóságait vizsgálja. Ennek oka abban keresendő, hogy a HTA elemei közül a gazdasági elemzés transzferabilitása minden esetben ellenőrzésre szorul. A transzferabilitást ellenőrző módszerek többsége először általános módszertani, majd specifikus transzferabilitással összefüggő kérdésekből áll. Különösen az epidemiológiai és költség adatok, valamint a komparátor választás transzferabilitása problémás. Ezenkívül jelentős különbségek mutatkoznak az alkalmazott diszkontráta nagyságában. A transzferabilitási problémák ugyanakkor egyáltalán nem meglepőek, ha azt nézzük, hogy mennyire eltérő az országok gazdasági helyzete, árszintje, egészségügyi rendszere vagy épp társadalmi preferenciája. A transzferabilitási nehézségek fényében tehát különösen érdekes annak vizsgálata, hogy miben tudnak az európai HTA-irodák együttműködni.

3.3. Az EUnetHTA kialakulása

Az egészségügyi technológia-értékelés fontosságát tükrözi, hogy a 80-as évektől kezdve több nemzetközi együttműködés jött létre annak érdekében, hogy megfelelő platformot biztosítsanak az információ cserére, és így elősegítsék a HTA fejlődését és széles körben való elterjesztését.

Az Európai Unió figyelme is a 80-as években kezdett a HTA felé fordulni, mivel a tagállamok számos hasonló problémával

1. ábra: Az EUnetHTA fejlődése és kapcsolata egyéb EU-s projektekkel (forrás: Kristensen, 2012, p. 153.)



szembesültek (egészségügyi ellátások növekvő költségei, idősödő lakosság, várólisták, hozzáférési problémák). Az Európai Bizottság kezdetben egészségügyi technológia-értékeléssel foglalkozó tanulmányokat támogatott, majd uniós politikai dokumentumokban is hangsúlyozta a technológiaelemzés kiemelt szerepét. A 90-es években már az sem volt ritka, hogy kapcsolatba kerültek egymással a különböző országokban dolgozó HTA-val foglalkozó szakemberek. Végül az egyre gyakoribbá váló duplikációk, azaz hasonló témájú HTA-k elkészülése előhívta azt az igényt, hogy koordinálják európai szinten az egészségügyi technológia-értékelést (Banta et al., 2009). Ennek eleget téve a jelenleg működő EUnetHTA-t megelőzőleg már három technológia-értékeléssel kapcsolatos program valósult meg az Európai Bizottság finanszírozásával (EUR-ASSESS, HTA Europe, ECHTA/ECAHI Projekt).

2004-ben az Európai Bizottság és az Európai Unió Tanácsa végül megállapította, hogy „sürgető szükség” van egy európai hálózatra az egészségügyi technológia-értékelés terén, és a HTA-t politikai prioritásnak nyilvánították (Kristensen, 2006, p. 36.). Erre a felhívásra volt válasz az EUnetHTA (European network for Health Technology Assessment), az Egészségügyi Technológiaelemzés Európai Hálózatának megalakulása. A hálózat azzal a céllal jött létre, hogy megpróbálja egységesíteni az európai egészségügyi technológia-értékelést, megtakarításokat érjen el a felesleges párhuzamosságok csökkentésével, és hogy létrehozzon egy működőképes és fenntartható HTA hálózatot. Ezenkívül a prioritásai közé tartozik „a források hatékonyabb felhasználásának előmozdítása, az egészségügyi

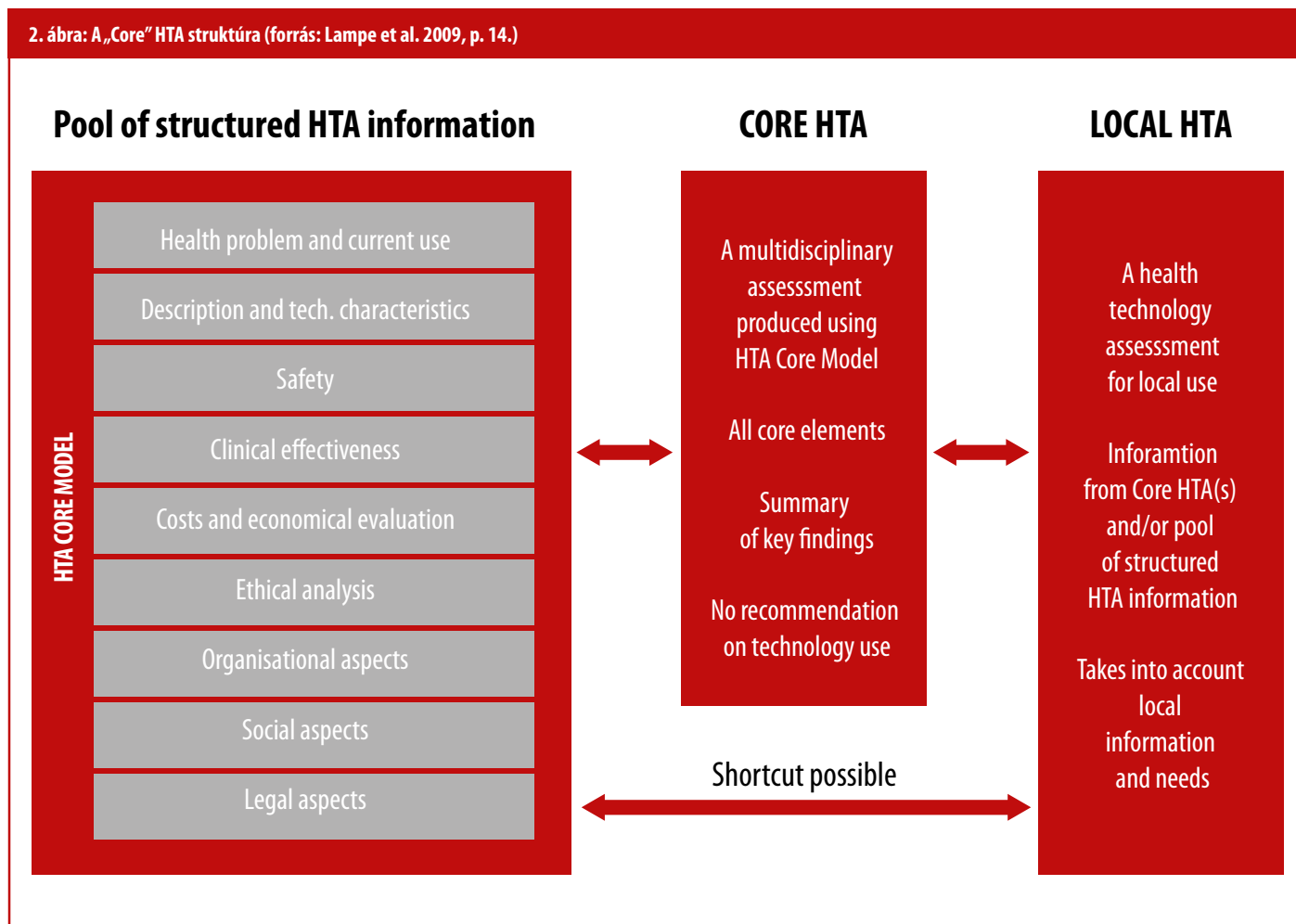
technológia-értékelés szerepének növelése a döntéshozatalban, [...] és segítségnyújtás azon országok számára, melyek kevés tapasztalattal rendelkeznek az egészségügyi technológia-értékelés terén.” (Kristensen, 2012, p. 147.).

Az EUnetHTA öt csoportot nevezett meg, akik várhatóan sokat tudnak profitálni az együttműködésből: politikai döntéshozók nemzeti és regionális szinten, politikai döntéshozók intézményi szinten, ipar, betegszervezetek, egészségügyi ellátásban dolgozók (Kristensen, 2012).

Az 1. ábra jól szemlélteti az EUnetHTA fejlődésének folyamatát. Az Európai Bizottság felhívása hívta életre, és 2006-ban indult el EUnetHTA Projekt néven. Ezt követően 2009-ben zajlott egy ún. EUnetHTA Együttműködés (EUnetHTA Collaboration), majd 2010-2012 között az első Közös Fellépésre (Joint Action – JA) került sor, amit a jelenleg is zajló második Közös Fellépés követett (JA 2).

Az egészségügyi technológia-értékelés kiemelt uniós szerepét a 2008-ban elfogadott bizottsági közlemény a határokon átnyúló egészségügyi ellátásban érvényesítendő betegjogok közösségi keretéről is hangsúlyozza. A közlemény szerint „egyértelmű, hogy ezen a területen az európai fellépés hozzáadott értéket jelent: a közösségi szintű együttműködés hozzájárul az erőfeszítések közötti átfedések csökkentéséhez, és ezáltal elősegíti a források hatékonyabb és eredményesebb használatát” (Európai Bizottság, 2008, p. 7.). 2011-ben pedig már uniós irányelvben is megjelent az egészségügyi technológia-értékelés (2011/24/EU) (részletebben lásd később).

2. ábra: A „Core” HTA struktúra (forrás: Lampe et al. 2009, p. 14.)



3.4. EUnetHTA Projekt

Az EUnetHTA Projekt időtartama három év volt, és ez idő alatt 64 szervezet (társult és együttműködő partnerek) vett részt a munkájában (50 szervezet uniós tagállamból, 5 Kanadából, USA-ból, Ausztráliából, illetve Izraelből és 9 nemzetközi szervezet) (EUnetHTA, 2009). A Dán Egészségügyi Technológia-értékelő Központ (DACEHTA) volt a vezető partner, mely mind a mai napig vezető partneri státuszt tölt be. A projekt munkájában Magyarország is részt vett, ám ekkor még a Budapesti Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpontja (HunHTA) képviselte hazánkat (Brodzsky & Gulácsi, 2008).

A projekt az Európai Bizottság társfinanszírozásával valósult meg, melyre a pénzügyi keretet a közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008) adta. A program célkitűzései között ugyanis szerepelt az „egészségügyi tájékoztatás és ismeretek javítása a közegészség fejlesztése érdekében”, többek között „az egészségügyi technológiákkal kapcsolatos tapasztalatok cseréjének felülvizsgálata, elemzése és támogatása [...]”, által (Az Európai Unió Hivatalos Lapja, 2002, p. 173.).

Az EUnetHTA projekt célkitűzése az volt, hogy minél inkább összehangolja az Európában zajló egészségügyi technológia-értékelést, és egy HTA hálózatot hozzon létre, mely „össze-kapcsolja a nemzeti HTA szervezeteket, kutatóintézeteket és egészségügyi minisztériumokat, lehetővé téve az információ-cserét és a döntéspolitikai támogatását.” (Brodzsky & Gulácsi, 2008, p. 31.).

A projekt megvalósítására nyolc munkacsoportot (WP) alakítottak ki: koordináció, kommunikáció, értékelés, „core” modell, adaptáció, HTA és egészségpolitika, új technológiák, a HTA kapacitás kialakításának támogatása. Magyarország két munkacsoportban vett részt (kommunikáció és a HTA kapacitás kialakításának támogatása) (Brodzsky & Gulácsi, 2008).

A következőkben az együttműködés legjelentősebb eredményeit fogom bemutatni, amik segítik az országok közötti információ és tapasztalatcserét, valamint bizonyos értelemben hozzájárulnak a HTA-k transzferabilitásával kapcsolatos nehézségek leküzdéséhez.

Az egyik fő eredmény a HTA „Core” modell, mely a különböző nemzeti HTA-k nemzetközi alkalmazhatóság igyekszik elősegíteni. Ennek érdekében „a kortárs HTA két kihívását kell legyőznie: az elemzések kiterjedésének és témájának eltéréseit, és az eredmények közzétételének különbözőségeit” (Lampe et al., 2009, p. 11.).

A modell három fő részből áll. Egyrészt egy „HTA ontológiából”, mely olyan kérdések tartalmaz, amikre egy technológia-értékelésnek meg kell adnia választ, másrészt egy útmutatót, ami segíti ezt a választkeresést, és végül egy HTA struktúrából, hogy legyen egy egységes standard formája a HTA-k közzétételének (EUnetHTA, 2012).

Összességében a „Core modell egy metodológiai keret a közös munkához és információcseréhez” (EUnetHTA, 2012, p. 2.). A projekt időtartama alatt két nagyobb technológia típusra dolgoztak ki minta HTA jelentést, orvosi és műtéti beavatkozásokra, illetve diagnosztikai eszközökre.

A „core” az elemzések magját jelenti, azokat az elemeket, amiket egy egészségügyi technológia-értékelésnek mindenképpen tartalmaznia kell. Ezek az elemek, másnéven domének egyenrangúak, együtt teszik ki a HTA magját. A domének a következők (EUnetHTA, 2009; Lampe et al., 2009):

- 1) Egészségi probléma és a technológia jelenlegi alkalmazása
- 2) A technológia leírása és technikai jellemzői
- 3) Hatásosság, eredményesség
- 4) Biztonságosság
- 5) Költségek, gazdasági értékelés
- 6) Etikai elemzés
- 7) Szervezeti aspektusok
- 8) Társadalmi aspektusok
- 9) Jogi aspektusok

Diagnosztikai eszközök esetén még a pontosságot is vizsgálják tizedik doménként.

A domének kisebb témákra tagolódnak, azok pedig további altémákra bomlanak, amiket kérdések fejeznek ki. Ez a három egység tesz ki egy értékelési elemet (assessment element), mely a technológiáról és alkalmazásának hatásairól nyújt információkat. Az értékelési elemekhez ún. értékelési kártyák kapcsolódnak, amik részletesebben bemutatnak egy-egy elemet (Lampe et al., 2009, p. 12.).

Az értékelési elemeket a technológia-értékelés szerinti fontosság és transzferabilitás alapján felosztják központi, „core” és azon kívüli elemekre (EUnetHTA, 2008). A „core” elemekre vonatkozóan megoldható a közös európai értékelés, egy „core” HTA elkészítése. Egy ilyen „core” HTA elkészítése egyrészt egy jó alapot jelent a különböző országoknak, hogy felhasználják saját technológia-értékelésükhöz, kiegészítve a hiányzó elemekre és doménekre vonatkozó területspecifikus elemekkel, másrészt a HTA irodák közötti együttműködést is elő tudja segíteni (EUnetHTA, 2009).

Összességében a HTA „Core” Modell és a segítségével elkészülő „core” és helyi, országspecifikus HTA-kat (local HTA) „Core” HTA Struktúrájának nevezi a szakirodalom (Lampe et al., 2009). A 2. ábra ezt a struktúrát ábrázolja.

Az ábra is szemlélteti, hogy a HTA „Core” modellnek köszönhetően a helyi technológia-értékelések gyorsabban és könnyebben tudnak elkészülni, mivel ha már elkészültek a transzferábilis részek értékelései, akkor azt már „csak” ki kell egészíteni a specifikus adatokkal, ami jelentős erőforrás megtakarítást jelent.

Mind a sebészeti beavatkozásokra, mind a diagnosztikai eszközökre kidolgozott HTA „Core” modellt tesztelték már egy-egy konkrét technológia értékelésével (DES – gyógyszerkibocsátó stent, MSCT – többszeletes CT)(Pasternack et al., 2009).

Mindent összevetve a „Core” modell kidolgozása az egyik legjelentősebb eredménye az EUnetHTA-nak. Igyekeztek egy olyan módszertani ajánlást kidolgozni, amelynek segítségével egységesíteni lehet a HTA-k struktúráját és módszertanát, és könnyebben ki lehet szűrni a transzferabilitás szempontjából problémás részeket. Ezenfelül a modell konkrétan ki is jelöli, hogy melyek azok az elemek, amiknél megvalósítható egy közös európai értékelés („core” HTA), és melyek azok, amiket minden országnak saját magának kell elkészítenie a saját környezetének megfelelően. A „core” HTA-k ezután könnyen felhasználhatóak lesznek más országok számára is, és mivel a „core” elemekkel kapcsolatos munkát nem kell minden egyes

HTA irodának külön megcsinálnia, megszüntethetőek a felesleges párhuzamosságok. A „Core” modell fontosságát jelzi, hogy az EUnetHTA későbbi szakaszaiban is meg fog jelenni a munkacsoportok feladatai között, folyamatosan tesztelni és finomítani fogják.

A másik kiemelt fontosságú eredménynek az adaptációs eszköztár (adaptation toolkit) kifejlesztése tekinthető, ami lényegében egy többlépcsős kérdéssor, mellyel a különböző HTA-k adaptációs potenciálját lehet értékelni a megbízhatóság, a relevancia és a transzferabilitás szempontjából. Első körben megnézik, hogy készült-e már olyan egészségügyi technológia-értékelés, ami megfelel az ő célkitűzésüknek. Amennyiben találnak hasonló témájút, akkor végigmennek az adaptációs eszköz első részén, amivel eldönthető, hogy mennyire releváns az értékelés. Pozitív válasz esetén jön a következő szakasz, ahol elsősorban a választott HTA megbízhatóságát és transzferabilitását lehet értékelni. Végül a felhasználó ezek alapján eldöntheti, hogy mely részeket, adatokat tudja saját értékeléséhez felhasználni (Turner et al., 2009b, EUnetHTA, 2011).

A cél az lenne, hogy a már elkészült technológia-értékeléseket könnyen értelmezni lehessen abból a szempontból, hogy mennyire lehet őket egy másik környezetre, országra átültetni, továbbá, hogy milyen részei használhatóak fel. A már elkészített és felhasználható HTA-k gyors azonosítása komoly idő és erőforrás megtakarítást eredményezhet, mivel nem lenne szükség minden esetben teljesen új technológia-értékelésre egy adott egészségügyi technológiánál. Különösen a szűkös erőforrásokkal rendelkező HTA irodák és tágabb értelemben országok számára lenne ez jelentős előrelépés (Turner et al., 2009a).

Egy HTA szójegyzéket is létrehoztak, és mellékeltek az adaptációs eszközhöz, mivel egy-egy fogalom alatt nem minden esetben értik pontosan ugyanazt a különböző országok technológia-értékelő irodái. Az ebből fakadó félreértéseket hivatott megakadályozni a HTA szójegyzék. Az egységes fogalomértelmezés és alkalmazás a HTA adaptálását is megkönnyíti. Éppen emiatt minden kifejezés megtalálható benne, ami az adaptációs eszközben szerepel. Továbbá tartalmaz egyéb, az egészségügyi technológia-értékelések során felmerülő fogalmakat, azonban csak azokat, amik valamilyen módon az adaptáláshoz kapcsolódnak. Ebben eltér a már meglévő hasonló fogalomtáraktól. Összesen 42 fogalmat tartalmaz, azonban nem csupán arról van szó, hogy megadja a definíciójukat, hanem bemutatja, hogy a különböző HTA irodák mit értenek egy-egy kifejezés alatt. Ez a másik olyan jellemzője, ami megkülönbözteti a többi HTA-val kapcsolatos szójegyzéktől (Rosten et al., 2009).

Emellett új technológiákkal is foglalkozott a munkacsoport. A velük kapcsolatos evidenciák, a gyakorlatban történő monitorizálás folyamatának és eredményeinek nemzetközi megosztását igyekeztek erősíteni. Ennek érdekében létrehoztak egy internetes adatbázist, ahol a különböző kérdőívek és adatbázisok segítik az információ megosztást (pl. mennyire terjedt már el egy-egy újabb innovatív technológia, készültek-e már értékelések az adott új technológiáról, milyen protokollok, regiszterek, posztmarketing vizsgálatok készültek). Eddig ugyanis kevés volt ezzel kapcsolatban a strukturált együttműködés a HTA irodák között. A létrehozott online felület (EIFFEL) lehetőséget adott információ kérésre és arra való válaszadásra is (EUnetHTA, 2009; Kristensen et al., 2009).

Sor került egy kézikönyv kidolgozására is a kevésbé fejlett HTA rendszerrel rendelkező, vagy egészségügyi technológia-értékelést még nem folytató országok számára. A cél a HTA kapacitás kialakításának segítése, a meglévő tapasztalatok átadása, miközben szem előtt tartják, hogy nem létezik arany-szabály, csupán jól bevált gyakorlatok. Így igyekeznek gyakorlati tanácsokat adni a tekintetben, hogy milyen legyen a szervezeti és jogi háttér, milyen struktúrára, anyagi és humán-erőforrásra van szükség, mi a technológia-értékelések célja és javasolt fölépítése, valamint hogy lehet az értékelések eredményét széles körben elterjeszteni (EUnetHTA, 2009).

A kézikönyvön kívül az egészségügyi technológia-értékelés és az egészségpolitika kapcsolatát elemző tanulmánykötet is napvilágot látott a European Observatory on Health Systems and Policies kiadásában. A kötet részletesen bemutatja az egészségpolitika és az egészségügyi technológia-értékelés kapcsolatát, valamint a különböző HTA irodák működését az európai országokban. Felhívja a figyelmet a technológia-értékelés fontosságára és a HTA előtt álló jövőbeni kihívásokra (EUnetHTA, 2009).

3.5. EUnetHTA Együttműködés (EUnetHTA Collaboration)

2008 végén befejeződött a sikeresnek tekinthető EUnetHTA Projekt, és egyetértés volt a résztvevő tagok és az Európai Bizottság között az együttműködés folytatására, valamint egy szervezettebb együttműködési rendszer kialakítására. Az eddig elért eredményeket felhasználva egy Közös Fellépés (Joint Action - JA) keretében folytatták 2010-től a közös munkát. Az egyéves átmenet lebonyolítására alakult meg az EUnetHTA Együttműködés. A cél továbbra is az volt, hogy egy állandó és működőképes együttműködés alakuljon ki Európában az egészségügyi technológia-értékelés terén. Az együttműködés legfőbb sikere, hogy kialakította az öt felváltó Közös Fellépés keretrendszerét, és működési feltételeit, technikai, szervezeti, pénzügyi hátterét (EUnetHTA, 2010).

A technikai és adminisztratív jellegű munkák mellett az eddig elért eredmények alkalmazásán és tesztelésén is dolgoztak. Különböző szakmai funkciókat ellátó kisebb csoportokban működtek együtt a résztvevők, ahol az EUnetHTA projekt több eredményének online felületen történő megvalósítását érték el. Jó példa erre az új, innovatív technológiákkal kapcsolatos evidenciákat összegző online adatbázis elindítása, ami kezdetben rögtön 29 technológiára terjedt ki. A HTA „Core” modell online felületének a kialakítása is 2009-ben zajlott le (EUnetHTA, 2010).

3.6. Közös Fellépés (Joint Action)

2010 és 2012 között zajlott az EUnetHTA első Közös Fellépése (Joint Action 1). A résztvevő HTA irodákat, szervezeteket a tagállamok egészségügyi minisztériumai nevezték ki, összesen 55 szervezet vett részt az első Közös Fellépés munkájában (EUnetHTA, 2010). A fő cél továbbra is egy hatékony európai együttműködés kialakítása volt az egészségügyi technológia-értékelés terén, ennek érdekében ajánlások, irányelvek, online eszközök kidolgozására, továbbá az EUnetHTA Projekt során már kifejlesztett eszközök és módszerek tesztelésére, gyakorlati alkalmazására, valamint újak fejlesztésére került sor (EUnetHTA, 2013a). Magyarországot ekkor már az ESKI-TEI, illetve az akkor még különálló EMKI képviselte. Az első Közös Fellépés 8 munkacsoportból állt: koordináció, disszemináció, a projekt értékelése, HTA „Core” modell, gyógyszerek relatív ha-

tásossága, információ management rendszer, új technológiák, stratégia és business modell fejlesztés. Ezek közül háromban (WP5,6,7) vett részt Magyarország.

A Közös Fellépés számos az EUnetHTA Projekt során elért eredmény továbbfejlesztésével és tesztelésével foglalkozott (pl. „Core” modell). Voltak azonban új elemek is. Az egyik újtásnak a gyógyszerek relatív hatásosságáról szóló munkacsoport megjelenése tekinthető. Ehhez az volt szükséges (és ezért is jelent meg ez a terület), hogy együttműködés jöjjön létre az Európai Gyógyszerügyi Hatóság (EMA) és az EUnetHTA között. A két szervezet 2010 óta fűzte szorosabbra kapcsolatait. 2008 végén döntött úgy a Gyógyszerészeti Fórum, hogy szükséges lenne a két szervezet közti együttműködés, és erre politikai jóváhagyás is született. Mindez annak érdekében történt, hogy az egészségügyi technológia-értékeléshez szükséges adatok hozzáférése és alkalmazása javuljon (EUnetHTA & European Medicines Agency, 2013).

A Joint Action 1 keretében sor került a gyógyszerek relatív hatásosság értékeléséről szóló „Core” modell kifejlesztésére. A modell azonban a kilenc doménből mindössze négyet tartalmaz. Ennek oka a „technológia természetében (gyógyszerek) és az értékelés céljában” (EUnetHTA, 2013b, p. 14.) keresendő. Ebből kifolyólag csak az Egészségi probléma és a technológia jelenlegi alkalmazása; A technológia leírása és technikai jellemzői; Biztonságosság, valamint a Hatásosság, eredményesség domének kerültek bele. Azaz csak olyanok, melyek transzferabilitása nem problémás. A költségekre, gazdasági elemzésre vonatkozó részt egyáltalán nem vették bele, míg az etikai, jogi, társadalmi és szervezeti aspektusokra rövid kérdőív keretében térnek ki. Az ezekre adott igen/nem válaszok ahhoz adnak támpontot, hogy vannak-e olyan elemek, amiket a későbbiekben még figyelembe kell venni (EUnetHTA, 2013b).

A relatív hatásosság értékelések transzparens és megfelelő szakmai színvonalú elkészítéséhez járulnak hozzá a kifejlesztett módszertani irányelvek is. Az alábbi 9 területre dolgoztak ki ajánlást:

- klinikai végpontok
- összetett végpontok
- köztes végpontok
- biztonságosság
- életminőség
- komparátor választás
- direkt és indirekt összehasonlítás
- belső validitás
- külső validitás

Segítségükkel egyszerűbbé válik a meglévő adatok és evidenciák feldolgozása és értékelése, mivel a fogalmak és a módszertani kérdések tisztázás mellett egy ellenőrző kérdéssort is tartalmaznak, ami az adott terület szempontjából legrelevánsabb kérdésekre tér ki. Az irányelvek véglegesítése előtt nyilvános konzultációra is sor került (EUnetHTA, 2014a).

Az első Közös Fellépés során dolgozták ki a szűrésekre vonatkozó „Core” modellt. 2012 decemberében jött ki az első verziója, azonban nem alkalmazható minden fajta szűrésre. Amikor egy HTA arra irányul, hogy egy kockázati tényezőre vagy egy betegségre elvégzett teszt pontosságát vizsgálja, vagy ha pusztán a szűrések eredményességére vonatkozik, akkor nem lehet használni a „Core” modellt (EUnetHTA, 2014b).

A „Core” modellek internetes felületen történő megjelenítése érdekében is történtek erőfeszítések, hogy megkönnyítsék

a felhasználók számára a modell alkalmazását, és a különböző technológiákra való rákeresést. Ezenkívül folyamatosan zajlik a „Core” modellek gyakorlati alkalmazásának tesztelése is (EUnetHTA, 2013a).

Az információ megosztás tekintetében komoly előrelépések történtek. Egyrészt létrejött az ún. POP (Planned and Ongoing Projects) Adatbázis, mely összegyűjtve tartalmazza a HTA irodák által tervezett és folyamatban lévő projekteket. Már több, mint 1000 projekt van feltöltve. Az adatbázis is a főleg párhuzamosságok csökkentéséhez kíván hozzájárulni. Segítségével az irodák látják egymás éppen aktuális projekteit, ahová lehetőségük van bekapcsolódni, valamint információt kérni, ahelyett, hogy önállóan ők is elkezdnék az adott munkát. Az adatbázis zártkörű, csak az EUnetHTA résztvevőknek elérhető (EUnetHTA, 2014d).

Létrejött a Joint Action során az EVIDENT Adatbázis (Evidence Database on New Technologies) is, ami a korábbi EIFFEL –t váltotta föl, és a POP-hoz hasonlóan zártkörű. Az új technológiákról kezdetben kevés evidenciával rendelkeznek a technológia-értékelő irodák, és az ezen a területen való információcseré nagy segítséget tud nyújtani a HTA irodáknak. Az adatbázisba a résztvevők az új, ígéretes technológiákra vonatkozó tanulmányokat és meglévő adatokat tudnak feltölteni, amik jó kiindulási pontot nyújtanak a HTA-k elkezdéséhez. Ezenkívül a befogadási és értékelési folyamat helyzetéről is információkat gyűjt az adatbázis. Jelenleg körülbelül 16 projekt van feltöltve 5 EUnetHTA partner jövevényéből (EUnetHTA, 2014c).

Végezetül az EUnetHTA Aggregátort kell kiemelni. Ez az eszköz a fenti két adatbázistól eltérően bárki számára elérhető. Az Aggregátor összegyűjtve tartalmazza a programban résztvevő összes partner és társult intézmény olyan jellegű híreit, amit a saját honlapjukra is feltettek. A legtöbb esetben egy-egy értékelés elkészülése van feltüntetve, és a felület tovább irányít az adott iroda oldalára. A hírek nincsenek angolra fordítva, de az oldalon lehet szűrni nyelvre, országra, dátumra és HTA irodára is, ami megkönnyíti a célzott keresést (EUnetHTA, 2014e).

3.7. Közös Fellépés 2 (Joint Action 2)

A Joint Action 1 eredményeire építve indult el 2012-ben a Joint Action 2 ismét nyolc munkacsoporttal:

- koordináció
- disszemináció
- a projekt értékelése
- „Core” modell és a közös HTA információk nemzeti adaptációja
- a HTA „Core” modell alkalmazása a rapid értékeléseknél és a nemzeti adaptáció során
- információ management
- metodológiai fejlesztés és evidenciák: guideline-ok és pilot-ok
- a HTA „Core” modell infrastruktúrájának karbantartása

A Joint Action 2 2015-ig tart, és az egészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési programból 9,4 millió eurós támogatásban részesül. A rendes tagokon túl (tagállamok HTA irodái, mely önmagában 40 résztvevőt tesz ki 22 országból) számtalan megfigyelő intézet is részt vesz az együttműködésben (pl. Svájc, Izland, Törökország, Oroszország). A cél a meglévő eszközök és módszerek erősítése, és egy fenntartható struktúrájú egészségügyi technológia-értékelő hálózat kialakulá-

sához való hozzájárulás (EUnetHTA, 2013c). A korábbiakhoz hasonlóan Magyarország három munkacsoportban vesz részt a második Közös Fellépésben (WP3, WP5, WP7).

Sor került a „Core” modellek továbbfejlesztésére, és már mindegyikből elérhető egy második verzió. Az orvosi és sebészeti beavatkozásokra vonatkozó modell esetében például meghatározták, hogy mit értenek beavatkozás alatt: „minden terápiás cselekvés és módszer, ami az egészségi állapotba, annak tüneteibe vagy előidéző okaiba avatkozik bele” (EUnetHTA, 2014b). Ez a definíció eddig hiányzott. Azt is vizsgálják, hogy a „Core” modellből nyerhető információk mennyire alkalmazhatóak a gyakorlatban. Továbbra is fontos a különböző ajánlások és irányelvek elkészítése, valamint számos új elem is megjelent (Early Dialogue, Módszertani irányelv fejlesztés, Befogadási Sablon) (EUnetHTA, 2013c). A munkafolyamatok részletes bemutatására a következő fejezetben kerül sor, mivel Magyarország is szerepet vállal bennük.

3.8. Magyarország részvétele az EUnetHTA programban és ennek szakmai hozadéka

3.8.1. Részvétel a Közös Fellépésekben

Magyarország már az EUnetHTA kezdete óta részt vesz a közös munkában. Az EUnetHTA Projektben a Budapesti Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpontja (HunHTA) képviselte hazánkat. A Kutatóközpont a kommunikációval (WP2) és a HTA kapacitás kialakításának támogatásával foglalkozó munkacsoport tevékenységébe (WP8) kapcsolódott be. A 2010-es Közös Fellépéstől kezdődően már a GYEMSZI-TEI Főosztály látja el az ország képviseletét. Pontosabban az első fellépés esetében még az ESKI-TEI és az akkor még különálló EMKI, a második Közös Fellépéstől pedig az intézményi összevonások után megszülető GYEMSZI-TEI Főosztály.

A Joint Action 1 nyolc munkacsoportja közül háromban, a gyógyszerek relatív hatásosságával (WP5), az információ management rendszerrel (WP6) és az új technológiákkal foglalkozó munkacsoportban (WP7) vállalt hazánk szerepet.

A WP5-ben a „Core” modellek tesztelése zajlott, és a gyógyszerek gyors (rapid) HTA-ját végezték el a „Core” modell alapján, ami egy relatív hatásosság értékelést jelent. Olyan gyógyszerekre alkalmazták a modellt, amit a legtöbb résztvevő már értékelt. Itt külső megfigyelőként vettünk részt, ám a munkacsoport munkája a JA2-ben is folytatódott, ahol már aktívabb szerepünk volt.

A WP6 munkájába tanácskozási jelleggel tudott hazánk bekapcsolódni. Az EUnetHTA információs háttérének kialakításán, monitorozásán és az azt használók visszajelzéseinek értékelésén dolgozott ez a munkacsoport. Az ESKI-TEI munkatársainak feladatai az informatikai háttér megtervezéséhez, és a felület titkosításának kidolgozásához kapcsolódtak.

A WP7 eredménye a POP és EVIDENT Adatbázis volt, azonban csak olyan adatokat tudtak a TEI munkatársai feltölteni, amit a munkájukhoz részben maguk dolgoztak ki. Ilyen volt a diszkontráta lecsökkentése 5%-ról 3,7%-ra. Összességében azt lehet mondani, hogy „a POP adatbázisban a feladataink általános leírását adtuk meg, az EVIDENT adatbázisban pedig alapvető információkat a tervezett, futó, illetve befejezett projektekkel kapcsolatban, a vonatkozó titoktartási szabályok betartása mellett.”

A 2012 és 2015 között megvalósuló Joint Action 2 esetében is a korábbiakhoz hasonlóan három munkacsoportban vesz Magyarország részt. Ezek az alábbiak: a projekt értékelése (WP3), a HTA Core modell alkalmazása a rapid értékeléseknél és a nemzeti adaptáció során (WP5), metodológiai fejlesztés és evidenciák, guideline-ok és pilotok (WP7).

A WP3 a Közös Fellépés során felhasznált erőforrásokat ellenőrzi. A cél ugyanis az lenne, hogy az együttműködésnek köszönhetően erőforrásokat takarítsanak meg az országok, és ez a munkacsoport igyekszik pontosan nyomon követni az EUnetHTA-val kapcsolatos munkaórákat, költségeket és megtakarításokat (Földesi et al., 2013).

A WP5 szerves folytatása a JA1 WP5-nek, és ennek értelmében folytatja a megkezdett munkát a HTA „Core” modell alkalmazásával és nemzeti adaptációjával kapcsolatban. A munkacsoport a gyógyszerek és orvostechikái vagy nem gyógyszeres egészségügyi technológiák közös relatív hatásosság értékelését végzi (ún. rapid értékelések), majd ezen értékelések nemzeti adaptációját, lehetséges felhasználását vizsgálják. Ezenkívül a korábban fejlesztett „Core” modellt és az első Joint Action során létrehozott egyéb eszközök alkalmazhatóságát is tesztelik.

Magyarország inkább a pilot relatív hatásossági értékelések elkészítésében vesz részt. Összesen tíz pilot gyógyszerértékelés, és négy pilot nem gyógyszeres technológia értékelésének elvégzését tűzték ki célul. A GYEMSZI-TEI Főosztály munkatársai a gyógyszeres pilotokban nem, csak a nem gyógyszeresekben vettek részt.

A pilot értékeléseket több szerző végzi egyszerre, és bírálók, más néven reviewerek is ellenőrzik munkájukat. Fontos kiemelni, hogy az értékelés folyamata össze van hangolva az EMA késői gyógyszerfejlesztési fázisával, hogy a lehető leg hamarabb, akár a törzskönyvezés végső stádiumában elkezdődessen az adott gyógyszer értékelése (Földesi et al., 2013).

A pilot értékelések öt legfontosabb része (ami a „Core” modell doménjeinek felel meg):

- alkalmazási terület bemutatása
- egészségügyi szükséglet jellemzése,
- a technológia bemutatása
- a biztonságosság és a hatásosság ismertetése

A leghosszabb részt az értékelés melléklete teszi ki, ahol az evidenciák és kiválasztásuk módszertana, valamint a domén kérdések tartalma és módszertana mellett etikai, szervezeti, szociális és jogi kérdéslista is szerepel. Továbbá tartalmazza a klinikai vizsgálatok listáját és az értékelés bírálóinak a javaslatait és az azokra adott válaszokat, illetve korrekciókat (Földesi et al., 2013).

Magyarország reviewer szerepkört tölt be az értékelés elkészítése során, azaz átnézésre, javaslatra és jóváhagyásra korlátozódik tevékenységünk, azonban hosszútávon cél, hogy mi is társszerzői státuszba kerüljünk.

A pilot értékelések kiválasztásánál az az elsődleges prioritás, hogy olyan technológiákat értékeljenek, melyek a legtöbb résztvevő ország számára relevánsak, azaz kérelmezni fogják társadalombiztosítási támogatásukat, és szükség lesz a megfelelő értékelésükre.

Kulcskérdés, hogy mennyire fogják az egyes HTA irodák felhasználni az elkészülő értékeléseket. Ez egy kritikus kérdés, ami bármelyik EUnetHTA által kifejlesztett eszköznél felvethető. Az interjúkban azonban kiemelték, hogy vannak pozitív példák, „az osztrákok már adaptáltak egy ilyen pilot értékelést

(gyógyszert és orvostechikait is). Ők biztos, hogy intenzíven használják is.” A relatív hatásossági értékelések azonban nem vizsgálják a transzferabilitás szempontjából meghatározó doméneket. Esetükben egyedül a komparátor választás az, ami felvet problémákat mind orvostechikái, mint közgazdasági szempontból, és akadálya lehet a széleskörű felhasználásának. Egyelőre kérdés, hogy lesz-e kapacitás arra, hogy több komparátorral is megcsinálják az értékelést.

A WP7 a Metodológiai fejlesztés és evidenciák: guideline-ok és pilot-ok elnevezést viseli. Evidencia- és módszertani fejlesztés és kidolgozás a fő feladata. Négy alcsoportja van: betegség specifikus HTA irányelv fejlesztés, illetve early dialogue, evidencia továbbfejlesztés (jelenleg nem aktív munkacsoport), módszertani irányelv fejlesztés, befogadási sablon elkészítése (Földesi et al., 2013).

Az első alcsoport keretében jelenleg fejlesztés alatt áll az első betegség specifikus HTA irányelv. Az irányelv azt a célt szolgálja, hogy javaslatokat adjon arra nézve, hogy milyen adatokra kell a hangsúlyt helyezni a technológiák fejlesztése során (EUnetHTA, 2013d). Ilyen például a terápiás hatás mérésének az időtávja, ami orvos szakmai guideline-ban nem igazán jelenik meg. Ezenkívül a betegkör jellemzői, végpontok, komparátor, mellékhatások jelennek meg a főbb szempontok között. Ebben az alcsoportban reviewerek vagyunk, és a WP5-höz hasonlóan javaslattételre, átnézésre van lehetőségünk (Földesi et al., 2013).

Az első alcsoport másik fontos feladata az early dialogue. Ennek lényege, hogy a fázis III-as klinikai vizsgálatok tervezési szakaszában konzultáció jön létre a gyógyszergyártó cégek és a HTA irodák között. A gyógyszergyártó cégeknek lehetősége van feltenni a kérdéseiket a HTA irodáknak, melyek külön-külön fogják megfogalmazni véleményüket, így a nemzeti különbségek is meg tudnak jelenni. A későbbi befogadási eljárásra mindez azonban nincsen hatással, csupán egy ingyenes tanácsadásról van szó, melyre jelentkezhetnek a gyógyszercégek, ám a tanácsokat nem kötelesek elfogadni. A HTA irodák pedig kiválaszthatják, hogy melyekben akarnak részt venni. (Földesi et al., 2013).

Egy ilyen „korai párbeszéd” körülbelül két hónapig tart. Egyszerre csak egy indikációban lehet early dialogue-t kezdeményezni, és a folyamat teljes dokumentációja titkos marad. Egyik félre nézve sem kötelező az early dialogue. A Joint Action2 során 8 pilotot terveznek, mindegyiket gyógyszerből. A GYEMSZI-TEI Főosztály háromban vett részt, egy Sclerosis multiplex és két Alzheimer készítménnyel kapcsolatos pilotban, melyek során lehetőségeikhez mérten mindvégig igyekeztek megjeleníteni Magyarország érdekeit. Különösen fontosnak tartották az elemzés nézőpontját érintő kérdés esetén annak hangsúlyozását, hogy finanszírozói nézőpontból is készítsék el azokat az elemzéseket, ahol csak társadalmi szertettek voltak.

A gyártók által feltett kérdések elég változatosak, de vannak gyakran előkerülő problémák. Például, hogy megfelelő-e a beválasztani kívánt betegkör, a tervezett végpont a HTA irodák szempontjából? Vagy hogy elfogadható-e a tervezett egészség-gazdaságtani elemzés, megfelelő-e a tervezett Markov állapotok? Komparátorra ritkán érkezik kérdés. A munkacsoportban résztvevő GYEMSZI-TEI munkatárs szerint összességében azt lehet mondani, hogy a „kérdések legnagyobb része [...] inkább orvosi jellegű, beteganyagra, metodikára, végpontokra, elemzésekre vonatkozik, miután azt még nem tudják, hogy mi

lesz az eredmény, csak van egy elképzelés, és ahhoz még kell igazítani az egészség-gazdaságtani elemzést.”

A válaszok terén viszonylag nagy az egyetértés a különböző HTA irodák között, amint azt az interjúkban is megfogalmazták „érdekes, hogy általában hasonló megoldásokat javasolnak a HTA irodák, és nincs negatív felhang. Ez egy kötetlen dolog, mert nincsen kötelező érvénye. Mindenki elmondja véleményét, ha nincs megegyezés, akkor is pozitív a légkör.”

Az early dialogue novemberben lezárult, folytatása 2014 márciusától a SEED konzorcium (Shaping European Early Dialogues for Health Technologies), melynek finanszírozása kicsit eltérő lesz, és a résztvevők sem ugyanazok. A SEED szintén párbeszédre alapul, és 10 pilotot szerveznek, melyből 7 gyógyszeres, 3 pedig nem gyógyszeres eljárás lesz. Ebből a GYEMSZI-TEI Főosztály 3 gyógyszeres és 1 orvostechikai pilotban fog részt venni (Földesi et al., 2013).

Az early dialogue és a SEED kapcsán az legégetőbb kérdés, hogy vajon a gyógyszercégek mennyire fogadják meg a kapott válaszokat, tanácsokat. Összességében azonban elmondható, hogy a gyógyszercégek örülnek ennek a kezdeményezésnek, és igyekeznek kihasználni. A dialógusra valóban nagy szükség van, mivel nagyon drága egy klinika vizsgálat lefolytatása, és míg az EMA elvárásai jól ismeretek, addig a HTA elvárásokkal még mindig nincs megfelelően tisztában valamennyi gyógyszerész, illetve tágabb értelemben az egészségügyi technológiákat fejlesztő cégek.

A WP7 harmadik alcsoportja módszertani irányelv fejlesztéssel foglalkozik, melynek első részében, a diagnosztikus tesztekkel végzett vizsgálatok meta-analízisében képviselteti magát a GYEMSZI-TEI Főosztály reviewer szerepkörben (Földesi et al., 2013).

A negyedik alcsoport egy egységes befogadási sablon kialakításán dolgozik, mely fontos metodológiai alapot nyújtana a kooperációhoz. Ennek keretében vizsgálják, hogy jelenleg milyen, a befogadás során kitöltendő sablonok vannak az egyes országokban. A fő cél az lenne, hogy létrejöjjön egy közös európai minta sablon, és ebből mindenki ki tudja venni azon kérdéseket, ami számukra releváns. Kiemelten hasznos lehet olyan esetekben, amikor egy új sablont készít el egy ország. Azt viszont az interjúk során kihangsúlyozták, hogy egy kötelező érvényű teljesen egységes európai sablon nem fog létrejönni a közeljövőben. Legfeljebb „az egységesség felé egy lépés lehet ez.” A gyakorlatban megoldhatatlan, hogy minden ország ugyanazt használja fel, mivel a finanszírozási módszerek eltérőek, és mindig az adott rendszerhez igazítják a befogadást és ebből kifolyólag a befogadási sablonokat.

3.8.2. A részvétel szakmai hozadéka

Az EUnetHTA különböző munkacsoportjaiban való részvétel komoly munkával jár, így érdemes megvizsgálni, hogy a befektetett munka mennyire hozza meg a gyümölcsét, azaz milyen szakmai hozadéka, előnye van annak, hogy Magyarország immáron évek óta aktívan részt vesz az EUnetHTA programban.

Elsőként rögtön azt kell kiemelni, hogy azáltal, hogy Magyarország képviselteti magát egy ilyen színvonalas európai együttműködésben, lehetőségünk van megmutatni, hogy számos jól felkészült szakemberünk van, akik méltó partnerei lehetnek a nyugat-európai szakértőknek. A program egy olyan fórumot jelent, ahol hallatni tudjuk hangunkat. Erre pe-

dig nem csak hazánknak, hanem az egész közép-kelet-európai régióknak szüksége van, mivel nagyon alacsony a kutatási projekteknél való részvételünk. Ezenkívül képviselőnk összhangban van erősödő egészség-gazdaságtani szerepünkkel a régióban. Szakemberképzés terén például jól állunk a régióban, és a magyar módszertani fejlesztések (MCDA, checklist) iránt több térségbeli ország is érdeklődik (Inotai, 2013).

A GYEMSZI-TEI Főosztály munkatársai tisztában vannak vele, hogy nem csak magukat, hanem a teljes magyar HTA irodát és egyúttal Magyarországot képviselik. Kiemelték, hogy „fontos, hogy lássák, mi igenis részt veszünk az együttműködésben. Az Európai Bizottság, vagy épp a gyógyszercégek nem feltétlenül kíváncsiak a magyarok véleményére, de ha legalább annyi megmarad a fejükben, hogy itt volt egy magyar, az [...] nagyon sokat számít.”

A régió sajátosságainak megjelenítésén túl a tapasztalatcsere, és a kapcsolati hálózat kialakításának lehetősége is komoly hozadék hazánknak. Amint arra az interjúk során kitértek, korábban komoly probléma volt, hogy bizonyos klinikai vizsgálatok eredményei értelmezhetetlenek voltak, például nem volt jó a betegpopuláció, esetleg nem lehetett kivetíteni az eredményeket az adott indikációra. Az EUnetHTA-s együttműködésnek, konkrétan az early dialogue-ban való részvételnek köszönhetően azonban most már jobban belelátunk a vizsgálatok tervezésébe, és látják, hogy sok esetben nem lehet teljes mértékben megfelelő vizsgálatot lefolytatni. A programban részt vevők szakmai fejlődéséhez tehát nagyban hozzájárul, hogy sokkal nagyobb rálátásuk lesz az éppen folyó vizsgálatokra, ami az értékelések elkészítését segíti.

Rendkívül hasznos a többi HTA iroda véleményének a megismerése is. Az interjúk alapján elmondható, hogy a részvétel rávilágított arra, hogy a „különbözőségek mellett is nagy az egyetértés”, a több szempont pedig „árnyalja az ember munkáját.”

Orvos szakmai szempontból komoly hozadékot jelentenek a relatív hatásosság értékelésre vonatkozó módszertani irányelvek. Szakmai színvonaluk kiváló.

A „Core” modell alkalmazásával több probléma is adódik. Ez alapvetően egy teljes körű egészségügyi technológia-elemzés, mely a technológia alkalmazásának valamennyi részére kiterjed. Azonban Magyarországon a HTA egyes elemei a támogatáspolitikai rendszer más-más szintjén (TEI, OEP, EMMI) jelennek meg. A TEI Főosztályhoz mindössze egy egészség-gazdaságtani elemzés érkezik be, ami lényegében egy költséghatékonysági és egy költségvetési hatás-elemzésből tevődik össze. Ez pedig csak része a HTA-nak. Majd „ahogy a beadvány kezd átmenni a rendszeren, ahogy a befogadási eljárás halad tovább úgy jönnek hozzá a különböző domének.”

A POP és EVIDENT Adatbázist sajnos nem igazán tudjuk kihasználni. Egyrészt az a gond velük, hogy inkább csak azok a HTA irodák töltenek föl ide adatokat, akik a saját honlapjukra amúgy is feltöltik őket (lásd NICE). Továbbá a TEI Főosztályhoz elsősorban új, innovatív technológiákra vonatkozó beadványokat nyújtanak be, melyeknek még nagyon friss az EMA regisztrációja, és még nem foglalkoztak vele a HTA irodák.

Végezetül azt kell kiemelni, és az interjúk során azt is hangsúlyozták, hogy „az EUnetHTA jelenlegi formájában sokkal inkább az orvosi jellegű kérdésekre koncentrálnak. Modellezés pl. még egyszer nem került elő, az egészségnyereséget vagy épp az elemzés nézőpontját csak súroltuk.” Így nem meglepő, hogy a közgazdászok a munkájukhoz nyújtott szakmai segít-

3. ábra: Az EUnetHTA jövőjére vonatkozó forgatókönyvek
(forrás: Have et al., 2013, 24. o., saját szerkesztés)



ségről kevésbé tudtak beszámolni, mint az orvosok, és összességében kritikusabban, ám egyúttal várakozóan tekintenek az együttműködésre.

Magyarországon egyelőre csak a GYEMSZI-TEI Főosztály használja föl az EUnetHTA eddigi eredményeit. Ők azonban nem végeznek technológia-értékelést, hanem az OEP döntés előkészítő szerveként a társadalombiztosítási támogatásba vételi kérelmekhez benyújtott elemzések kritikai értékelését végzik. Emiatt például a „Core” modell koncepciója számukra irreleváns. A magyarországi egészség-gazdaságtani elemző cégek jobban tudnának profitálni az együttműködésből, ők azonban nem használják az eredményeket. Összességében az látszik, hogy még nem tudunk annyi mindent hasznosítani belőle, mint amennyi potenciál van benne.

3.9. Kilátások az EUnetHTA jövőjére nézve

A 2011/24/EU irányelv elfogadása egyértelművé tette, hogy az Európai Unió részéről van igény az együttműködés folytatására (Az Európai Unió Hivatalos Lapja, 2011). Az irányelv elfogadása megteremtette egy uniós egészségügyi technológia-értékelő hálózat kialakulásának a jogi alapját. 2013-ban az irányelv végrehajtására vonatkozó bizottsági határozatot is kihirdették (Az Európai Unió Hivatalos Lapja, 2013).

A hálózat finanszírozásának egy jelentős részét továbbra is az Unió fogja állni. 2014-től erre a legújabb 2020-ig terjedő uniós egészségügyi program (Egészségügy a növekedésért program) és az innovációt ösztönző Horizon 2020 program fogja a keretet biztosítani. A hosszú távú fenntarthatóság szempontjából azonban el kell gondolkodni egy uniós forrás nélkül is fenntartható rendszeren. Ráadásul minél előbb, mert a folyamatos projektalapú finanszírozás nem megengedett az állandó jellegű tevékenységek esetén (Európai Bizottság, 2013).

Elképzelhető, hogy amennyiben 2020-ig sikerül olyan szintre fejleszteni az együttműködést, amelynek köszönhetően mind a HTA irodák, mind a gyártók erőforrás megtakarítást érhetnek el, akkor ennek a megtakarításnak egy részét vissza lehet fordítani a működésbe. Ennek több formája is megvalósulhat. Például az early dialogue-ért eljárási díj beszedése, a résztvevő HTA irodákra éves tagdíj kivetése vagy ugyanez más konstrukcióban, azaz tagállami hozzájárulás olyan formában, hogy a több HTA irodával résztvevő országok valamivel többet fizessenek be. A hosszú távú stabil, fenntartható működéshez azonban ezek a kézenfekvő megoldások nem lesznek elegendők, így kiemelt prioritásként kell foglalkozni a jövőbeni anyagi háttér megteremtésével.

Az EUnetHTA renoméját nagyban javítaná, és a működéséhez szükséges anyagi támogatás megszerzése is jobban menne a jövőben, ha számszerűleg be lehetne mutatni, hogy mennyit tudnak a résztvevő felek megspórolni az együtt-

működésnek köszönhetően. Többek között ez volt a célja az Európai Bizottság Egészség- és Fogyasztóügyi Végrehajtó Ügynöksége megbízásából készült vizsgálatnak. Ennek keretében kimutatták, hogy a résztvevők által közösen elkészített technológia-értékelésekkel éves szinten 19 millió eurót lehet megspórolni. Ez az összeg a HTA irodák és az ipar között megoszlik, és a közös HTA-k felhasználása által könnyebbé és olcsóbbá teszi a technológia-értékelést. A képet azonban árnyalja, hogy ez a jelentős megtakarítás csak akkor érhető el, ha eljut az együttműködés egy olyan szintre, ahol valóban meg tudnak valósulni olyan közös értékelések, amiket fel is tudnak használni a résztvevők (Have et al., 2013).

A vizsgálat során három forgatókönyvet vázoltak fel az európai HTA értékelés jövőjére vonatkozóan (3. ábra), valamint interjúkat készítettek az EUnetHTA titkárságával és HTA irodákkal, de kikérték betegszervezetek, egészségügyi szakemberek és gyártók véleményét is.

Az első forgatókönyv szerint az együttműködés egy ICT felület kidolgozásában és fenntartásában fog kimerülni. Ez az internetes felület az információk megosztásában, a személyes találkozások és workshopok megszervezésében tud segítséget nyújtani a HTA irodáknak. Szakmai szempontból ez tekinthető a legalacsonyabb szintű együttműködésnek, és a technológia-értékelésekhez való hozzáadott értéke is alacsonynak mondható. A megkérdezettek ezt az alternatívát kedvelték a legkevésbé, de a semminél azonban ezt is jobbnak vélték (Have et al., 2013).

A második szcenárió egy olyan jövőképet vázol fel, melyben az egészségügyi technológia-értékelések elkészítéséhez a HTA irodák különböző módszertani irányelveket fejlesztenek ki. Ez már jóval komolyabb feladat, és intenzívebb együttműködést vár el a résztvevőktől, ám ezzel összhangban szakmailag is nagyobb a hozzáadott értéke. Az ilyen jellegű munkából leginkább a szakmailag kevésbé fejlett, továbbá a frissen kialakult, kevesebb tapasztalattal rendelkező HTA irodák tudnak profitálni. Több interjú alany is kiemelte azonban, hogy nem lenne szerencsés a kifejlesztett irányelvek használatának kötelezővé tétele. Jobb, ha csak opcionális marad, és minden iroda azt használja fel belőle, ami számára releváns (Have et al., 2013).

A harmadik forgatókönyv már közösen elkészített értékelésekben gondolkodik. Ezt az opciót rövidtávon a megkérdezettek nem tartják reálisan megvalósulhatónak, ennek ellenére a többségük ennek a létrejöttét preferálja a legjobban. Értelemszerűen ennek van a legnagyobb hozzáadott értéke, ám megvalósulására kevés reális esély van a következő 10 évben (Have et al., 2013).

A bemutatott forgatókönyvek úgy is felfoghatóak, mint a lépéscsúfok, amiket be kell járni ahhoz, hogy végül megszülessenek a közös, és európai szinten egységes egészségügyi technológia-értékelések. A felvázolt opciók ugyanis egymásra épülnek. Egyik sem képzelhető el a másik nélkül. Első lépésként az együttműködéshez nélkülözhetetlen kommunikációs és információs felületet kell kialakítani. Ezután kezdődhet csak el a valódi közös munka, elsőként a közös irányelvek és metodológiai keretrendszerek (lásd „Core” modell) fejlesztése. Ezek az irányelvek pedig megteremtik a módszertani alapjait a későbbi közös technológia-értékeléseknek, és a harmadik szint megfelelő megvalósulása esetén beszélhetünk teljes körű együttműködésről a HTA terén, mely harmonizálná Európán belül a technológia-értékelések elkészítését.

A kérdés az, hogy az EUnetHTA számára az eddigi eredmények fényében melyik scenárió látszik a legmegvalósíthatóbbnak és fenntarthatónak. Egyelőre egyik lehetőség sincs kizárva, mivel a jelenleg zajló Közös Fellépés mindegyik jövőképet igazolni tudja, mindegyik lépcsőfokhoz kapcsolódóan zajlik munka. Ráadásul valamilyen módon mindegyik scenárióhoz rendelkezésre áll már valamilyen módszertani, szervezeti háttér. Ha visszatekintünk az EUnetHTA eddigi tevékenységére, akkor kijelenthető, hogy a JA2 munkájának befejeztével az első lépcsőfok technikai értelemben teljesítettnek lesz tekinthető. A második szint irányába is már komoly lépések történtek. A közös irányelveket, keretrendszereket már kifejlesztették, illetve néhány jelenleg is kidolgozás alatt áll, így technikai értelemben ez is kipipálható. A hármas szint tekintetében azonban még csak a jelenlegi Közös Fellépés keretében indult el az ezt lehetővé tevő munka, így a JA2 sikerességén nagyon sok múlik.

Összességében nagy kérdés, hogy kik és mennyire fogják felhasználni az elért eredményeket. Ez fogja ugyanis meghatározni, hogy milyen módon folytatódik tovább az együttműködés. Amíg például a kifejlesztett keretrendszerek nemzeti adaptációja nem megoldott, addig nem jöhet létre közös technológia-értékelés. Ezenkívül hajlandóság is kell a szereplők felől arra nézve, hogy felhasználják az együttműködés eredményeit.

Reális szemmel nézve a hármas lépcsőfokot jelentő harmonizált, egységes HTA-k megvalósulása a közeljövőben nem látszik megvalósíthatónak. A HTA-k egyes elemeinek továbbra is meglévő transzferabilitási problémáin túl (pl. komparátor választás, költség adatok, epidemiológiai adatok) komoly akadályt jelentenek az eltérő egészségügyi rendszerek, finanszírozási környezet, és a HTA-k készítésének és felhasználásnak eltérő módjai.

Ezenfelül azt is szem előtt kell tartani, hogy eltérőek az erőviszonyok az együttműködés során. Az eddigi tapasztalatok alapján az látszik, hogy a komoly múlttal, pénzügyi és humán erőforrással és tekintéllyel rendelkező HTA irodák hajlamosak a saját jól bevált munkamódszereikhez ragaszkodni, és kevésbé nyitottak egy ettől eltérő, ám a közös európai munkát jobban támogató munkafolyamatok kialakítására. Még nagyobb gondot jelent, hogy az együttműködésből nyerhető hasznok és költségek egyenlőtlenül oszlanak el a „nagy” és „kicsi” HTA irodák között. Értelemszerűen a kevesebb tapasztalattal, valamint anyagi és humán erőforrással rendelkező „kicsi” HTA irodák többet tudnak profitálni a közös értékelésekből. Ráadásul számukra már a módszertani irányelvek, kommunikációs platformok és közös keretrendszerek is jelentős hozzáadott értékkel bírnak. Ezzel szemben a közös munkába többet investálnak a „nagy” HTA irodák, miközben nekik nincs akkora hasznuk, s ezáltal érdekeltségük a részvételben (Have et al., 2013).

Ettől függetlenül teljesen logikus, hogy a nagy HTA irodák töltsék be a vezető partneri státuszokat. Ők azok, akik jelentős felhalmozott tudással rendelkeznek a technológia-értékelésekről, ami nagyban segíti a közös technológia-értékelést. A probléma akkor kezdődik, amikor elzárkóznak a kicsi, kevésbé tapasztalt HTA irodák javaslataitól, és nem hajlandóak figyelembe venni az ő régiójuk sajátos szempontjait. Ilyen jellegű érdekütközésekre ugyan még nem került sor, mivel az együttműködés jelenlegi formája nem érinti a különösen kényes kérdéseket (gazdasági elemzés, etikai, jogi szempontok). Hosszútávon azonban az irodák és érdekcsoportok közti konfliktusok is

gátját jelenthetik az egységes európai egészségügyi technológia-értékelés kialakulásának.

A felvázolt problémák és az együttműködés jelenlegi nehézségeiből fakadóan megállapítható, hogy még csak cél, és nem valóság a közös technológia-értékelések elkészítésére és széleskörű alkalmazására épülő európai technológia-értékelő hálózat. Az előfeltételei (ICT platform, közös irányelvek, metodológiai keretrendszerek) már megvalósultak, azonban a közeljövőben még nem várható jelentős előrelépés a közös HTA-k irányába. Az ez irányú munka támogatása azonban mindenképpen kifizetődő, mivel a szorosabb és szélesebb körű együttműködés több hasznot is eredményez a résztvevőknek.

4. Összefoglalás, következtetések

Az egészségügyi technológia-értékelés a bizonyítékokon alapuló döntéshozatal eszköze, mely a megfelelő forrásallokációt hivatott elősegíteni. Növekvő jelentőségét mutatja, hogy mára a legtöbb európai országban létre jött egy HTA iroda, melyek elvégzik az egészségügyi-technológiák értékelését, és ezáltal segítik az objektív és transzparens döntéshozatalt. A különböző HTA irodák azonban nem egyforma módon készítik el az értékeléseket, és gyakran előfordul, hogy párhuzamosan ugyanazt a munkát végzik.

A 2005-ben életre hívott Egészségügyi Technológiaelemzés Európai Hálózatának a fő célja, hogy megpróbálja egységesíteni az európai egészségügyi technológia-értékelést, megta- karításokat érjen el a felesleges párhuzamosságok csökkentésével, és hogy létrehozson egy működőképes és fenntartható HTA hálózatot. A transzferabilitási problémák miatt azonban nem várható el egy centralizált európai HTA irodát kialakulása, ami olyan szintű együttműködést testesítené meg, mint az EMA a gyógyszer-regisztráció területén.

A HTA különböző elemei közül a gazdasági és költségadatok, a betegségteher (epidemiológiai adatok országok közti eltérése), a komparátor választás, valamint az etikai, társadalmi és jogi kérdések azok, amik jelenleg a leginkább akadályt képezik a HTA európai szintű egységesedésének.

A transzferabilitási nehézségek ellenére azonban számos olyan eredményt ért el az EUnetHTA, ami segíteni tudja a technológia-értékelések bizonyos szintű egységesedését a jövőben. A legjelentősebb, legígéretesebb eredményeket az 1. táblázat tartalmazza.

Az eredmények két jelentős hozzáadott értékkel bírnak. Egyrészt metodológiai keretet és módszertani útmutatásokat nyújtanak az egészségügyi-technológia értékelések elkészítéséhez. Ezek segítségével növelhető az értékelések szakmai színvonala, egységesebbé, áláthatóbbá válhat a HTA-k struktúrája és könnyebbé transzferabilitásuk értékelése. Másrészt egy olyan platformot jelent, ami strukturált formában teszi lehetővé a különböző HTA irodák, valamint a HTA irodák és technológiákat fejlesztő ipari szereplők közti kommunikációt. Az ismeretek ilyen formájú megosztása, és egy közös tudásalap felhalmozása különösen a kicsi, kevés tapasztalattal, anyagi és humán erőforrással rendelkező HTA irodák esetén bír kiemelt jelentőséggel. A felesleges párhuzamosságok, elkerült duplikációk pedig minden HTA iroda számára megtakarításokat eredményeznek.

Fontos kiemelni, hogy jelenleg elsősorban még csak orvosi szempontból közelítik meg a technológia-értékelést, az

1. táblázat: Az EUnetHTA eddigi legjelentősebb eredményei

EUnetHTA Projekt (2006–2008)

Core modell

Adaptációs eszköz és a hozzá kapcsolódó szótár

EUnetHTA Joint Action 1 (2010–2012)

Relatív hatásossági értékelések

Módszertani irányelvek

EVIDENT és POP adatbázis

EUnetHTA Aggregátor

EUnetHTA Joint Action 2 (2012–2015)

Early Dialogue (folytatása a SEED konzorcium, EB finanszírozás)

Betegség-specifikus HTA irányelvek (folyamatban)

Egységes befogadási sablonok (folyamatban)

ezzel kapcsolatos kérdések vannak az előtérben (pl. klinikai vizsgálatokra vonatkozó kérdések, hatásosság, evidenciák, biztonságosság), mivel ezek a kérdések a transzferabilitás szempontjából kevesebb gondot jelentenek. Az eddigi eredmények közül különösen fontosak a módszertani irányelvek és a relatív hatásossági értékelések, amik a felesleges párhuzamosságok megszüntetését segítik. Ezenfelül egy közös tudásalap, az információ csere segíti a HTA-k megfelelő szakmai színvonalú elkészítését. Ez különösen fontos az egészségügyi technológia-értékelés terén kevesebb tapasztalattal bíró országoknak. A problémásabb közgazdaságtani elemek viszont egyelőre háttérbe szorultak. Mindezt azonban nem szabad kudarcként értékelni. Ez sokkal inkább csak az első lépés egy hosszú folyamat során, melynek végén remélhetőleg már az egészség-gazdaságtani kérdések is jelentős szerepet fognak kapni.

Magyarország már a kezdetek óta részt vesz az EUnetHTA munkájában. Jelenleg a GYEMSZI-TEI Főosztály képviseli hazánkat az együttműködésben. Mind az interjúk, mind a META ülés alapján kijelenthető, hogy a részvételünk legfőbb hozadékának az számít, hogy Magyarország képviselteti magát egy ilyen színvonalas európai együttműködésben. Így lehetőség nyílik rá, hogy valamelyest megjelenítsük hazánk és a régió érdekeit. Továbbá a tapasztalatcsere, a jó gyakorlatok és a többi ország gondolkodásának, szemléletének megismerése csak hozzátenni tud a magyar technológia-értékeléshez. Viszont problémát jelent, hogy mivel a GYEMSZI-TEI Főosztály kritikai értékeléseket végez, közel sem tud annyit hasznosítani a munkája során az EUnetHTA-s eredményekből, mint mondjuk egy technológia-értékelést is készítő iroda.

Az EUnetHTA jövője szempontjából nagy kérdés, hogy megreked-e az együttműködés az orvosi szempontoknál, vagy elindul majd a közgazdasági elemek felé is. Viszont azt nem lehet elvárni, hogy egy teljesen egységes közös egészségügyi technológia-értékelés alakuljon ki. Ez a célkitűzés nagyon ambíciós, ám az eltérő kulturális, pénzügyi és egyéb szempontok miatt az egységes európai HTA-k kialakulása egyelőre irreálisnak tűnik. Az eddigi tapasztalatok inkább megerősíteni látszanak azt az álláspontot, miszerint az együttműködés nem versenytársa, csupán kiegészítője a nemzeti technológia-értékeléseknek, ami így jobban tud a helyi igényekre, az ország-specifikus elemek értékelésére koncentrálni (Garrido et al., 2008). Ez azonban semmit nem von le az EUnetHTA jelentőségéből, csupán más megvilágításba helyezi szerepét.

Hosszútávon az lesz még a kérdés, hogy sikerül-e megoldani uniós pénzek nélkül a fenntartását. A jövő szempontjából az is a mérvadó, hogy mennyire tudják a résztvevők felhasználni az elért eredményeket. Ehhez kapcsolódóan az EUnetHTA-s anyagokhoz való hozzáférés kérdése is felmerül, mivel vannak olyan elemei (pl. POP, EVIDENT adatbázis), amik nem publikusak. Érdemes lenne ezeknek a korlátoknak a feloldása. Az EUnetHTA publikus eredményeinek elterjesztésére, a felhasználás ösztönzésére is nagyobb hangsúlyt kellene helyezni.

A témában még további kutatási lehetőségek rejlenek. Érdemes lenne arra nézve egy nemzetközi felmérést végezni, hogy mennyire használják fel az egyes országok, HTA irodák az EUnetHTA által felkínált eszközöket, és véleményük kikérése a tekintetben, hogy számukra mi az együttműködés legnagyobb hozadéka, és mik azok a területek, melyekre még érdemes lenne kiterjeszteni a közös munkát.

Összességében azt lehet megállapítani, hogy a nyitott kérdések és dilemmák ellenére egy nagyon előremutató kezdeményezés az EUnetHTA program. Mindenképpen prioritást kell hogy élvezzen Magyarország megfelelő részvétele, mivel egy olyan fórumot jelent, ahol képviselni lehet a közép-kelet európai régió, és egyben hazánk sajátosságait, érdekeit, és akár azt is elérhetjük, hogy több uniós pénz áramoljon a térségünkbe. Szerencsére a GYEMSZI-TEI Főosztály ennek maradéktalanul eleget tesz. A transzferabilitással kapcsolatos problémák ellenére létjogosultságát hiba lenne tagadni, mert egy minél tágabb közös szakmai gondolkodás és tapasztalatcsere lehet az, ami a fejlődést segíti. Ha nem is reális egy közös európai HTA kialakulása, a projekt által nyújtott ismeretek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy az egyes országokban megfelelő színvonalon működjön az egészségügyi technológia-értékelés, ami már önmagában dicséretreméltó és támogatandó.

Irodalomjegyzék

1. Banta, D., Kristensen, F. B., & Jonsson E. (2009). *A history of health technology assessment at the European level. Int J Technol Assess Health Care, 25(Suppl 1): 68-73.*
2. Boulenger, S., Nixon, J., Drummond, M., Ulmann, P., Rice, S., & de P. G. (2005). *Can economic evaluations be made more transferable? Eur J Health Econ, 6: 334-346.*
3. Brodszky, V., & Gulácsi, L. (2008). *Egységesező technológiaelemzési gyakorlat Európában; az Egészségügyi Technológiaelemzés Európai Hálózata (EUnetHTA). IME,7(4): 30-34.*
4. Drummond, M., Barbieri, M., Cook, J., Glick, H. A., Lis, J., Malik, F., Reed, S.D., Rutten, F., Sculpher, M., & Severens, J. (2009). *Transferability of economic evaluations across jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force report. Value Health, 12(4): 409-418.*
5. Drummond, M. F., Schwartz, J. S., Jönsson, B., Luce, B.R., Neumann, P.J., Siebert, U., & Sullivan, S. D. (2008). *Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. Int J Technol Assess Health Care, 24(3): 244-258.*

6. EUnetHTA. (2014e). EUnetHTA Aggregator. <http://www.eunethta.be/aggregator/?q=about> (letöltve 2014. február 2-án)
7. EUnetHTA. (2010). EUnetHTA Collaboration. *Key activities and achievements in 2009*. <http://www.eunethta.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/EUnetHTA%20Key%20activities%20and%20achievements%20in%202009.pdf> (letöltve 2014. január 27-én)
8. EUnetHTA. (2014a). EUnetHTA Guidelines. <http://www.eunethta.eu/eunethta-guidelines> (letöltve 2014. február 2-án)
9. EUnetHTA. (2013a). EUnetHTA Joint Action. *Final technical report. 2010-2012*. http://www.eunethta.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/EUnetHTA%20JA%20FinalTechnicalReport2010_2012FinalVersion20130531_0.pdf (letöltve 2014. január 28-án)
10. EUnetHTA. (2013c). EUnetHTA Joint Action 2 on HTA 2012-2015. *3-year Work Plan*. <http://www.eunethta.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/EUnetHTA%20JA2%203-year%20Work%20Plan%20%282013%29.pdf> (letöltve 2014. február 2-án)
11. EUnetHTA. (2014d). EUnetHTA POP Database. <http://eunethta.dimdi.de/PopDB/AboutPage.xhtml> (letöltve 2014. február 2-án)
12. EUnetHTA. (2009). EUnetHTA project. *Overview of results. Years 2006-2008*. http://www.eunethta.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/Overview%20of%20the%20EUnetHTA%20Project%20Results%202006-2008_0.pdf (letöltve 2014. január 22-én)
13. EUnetHTA. (2014c). EVIDENT – Evidence Database on New Technologies. <https://evident.has-sante.fr/has/about.xhtml> (letöltve 2014. február 2-án)
14. EUnetHTA. (2014b). HTA Core Model® Online. <http://meka.thl.fi/htacore/ViewApplication.aspx?id=14270> (letöltve február 2-án)
15. EUnetHTA. (2012). HTA Core Model Online Handbook. https://meka.thl.fi/htacore/HTACoreModel_Handbook_2012-09-17.pdf (letöltve 2014. január 23-án)
16. EUnetHTA. (2008). *Work Package 4. HTA Core Model for diagnostic technologies – Version 1.0r*. <http://meka.thl.fi/htacore/model/HTA%20Core%20Model%20for%20Diagnostic%20Technologies%201.0r.pdf> (letöltve 2014. január 23-án)
17. EUnetHTA. (2011). *Work Package 5. HTA adaptation toolkit. Version 5*. http://www.eunethta.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/EUnetHTA_adptation_toolkit_2011%20version%205.pdf (letöltve 2014. január 23-án)
18. EUnetHTA. (2013b). *Work Package 5 Joint Action: Relative Effectiveness Assessment of Pharmaceuticals. HTA Core Model for Rapid Relative Effectiveness Assessment of Pharmaceuticals. Version 3.0* http://www.eunethta.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/Model%20for%20Rapid%20REA%20of%20pharmaceuticals_final_20130311_reduced.pdf (letöltve 2014. február 2-án)
19. EUnetHTA. (2013d). *WP7 Concept paper on osteoarthritis. EUnetHTA guideline on data requirements for the assessment of health technologies used for the treatment of osteoarthritis of the hip and knee*. <http://www.eunethta.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/Osteoarthritis%20concept%20paper%20after%20consultation%20clean.pdf> (letöltve 2014. február 3-án)
20. EUnetHTA & European Medicines Agency. (2013). *EMA-EUnetHTA three-year work plan. 2013-2015*. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2013/11/WC500154588.pdf (letöltve 2014. február 2-án)
21. Európai Bizottság. (2008). *A Bizottság közleménye: a határokon átnyúló egészségügyi ellátásban érvényesítendő betegjogok közösségi kerete*. Brüsszel, 2. 7. 2008, COM(2008) 415 végleges. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0415&rid=1> (letöltve 2014. január 30-án)
22. Európai Bizottság. (2013). *Strategic discussion on European cooperation on HTA*. http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/hta_network_strategic_discussion_en.pdf (letöltve 2014. január 30-án)
23. Az Európai Unió Hivatalos Lapja. (2013). *A Bizottság végrehajtási határozata (2013. június 26.) az egészségügyi technológiák értékelésével foglalkozó nemzeti hatóságok vagy szervezetek hálózatának létrehozásához, igazgatásához és átlátható működéséhez szükséges szabályokról*. HL L 175/71. http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/impl_dec_hta_network_hu.pdf (letöltve 2014. január 30-án)
24. Az Európai Unió Hivatalos Lapja. (2002). *Az Európai Parlament és a Tanács 1786/2002/EK határozata (2002. szeptember 23.) a közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008) elfogadásáról*. L 271/1. 2002. 10. 9. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:32002D1786&from=EN> (letöltve 2014. január 30-án)
25. Az Európai Unió Hivatalos Lapja. (2011). *Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve (2011. március 9.) a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről*. HL L 88/45. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:FULL:HU:PDF> (letöltve 2014. január 30-án)
26. Földesi, Cs., Huszti, Z., Németh, B., & Vincziczki, A. (2013). *A GYEMSZI-TEI részvétele az EUnetHTA munkacsoportjaiban*. META ülés.
27. Garrido, M. V., Amaro, J. A. B., Cichiatti, A., Integlia, D., Norderhaug, I.N., Valentin, B., & Zentner, A. (2008). *Health technology assessment in Europe – overview of the producers*. In: Garrido, M. V., Kristensen, F. B., Nielsen, C. P., & Busse, R. (eds.): *Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. *Observatory Studies Series No. 14.*, 79-108.
28. Have, A., Oortwijn, A., Broos, P., & Nelissen, E. (2013). *European Cooperation on Health Technology Assessment. Economic and governance analysis of the establishment of a permanent secretariat*. Ecorys. http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/study_ecorys_european_cooperation_hta_en.pdf (letöltve 2014. január 23-án)
29. Inotai, A. (2013). *A GYEMSZI-TEI részvétele az EUnetHTA munkacsoportjaiban*. META ülés.

30. Kristensen, F. B. (2012). *Development of European HTA: from Vision to EUnetHTA*. *Michael*, 9: 147-156.
31. Kristensen, F. B. (2006). *EUnetHTA and health policy-making in Europe*. *Eurohealth*, 12(1): 36-38.
32. Kristensen, F. B., Lampe, K., Chase, D. L., Lee-Robin, S. H., Wild, C., Moharra, M., Garrido, M. V., Nielsen, C. P., Røttingen, J. A., Neikter, S. A., & Bistrup, M. L. (2009). *Practical tools and methods for health technology assessment in Europe: Structures, methodologies, and tools by the European network for Health Technology Assessment, EUnetHTA*. *Int J Technol Assess Health Care*, 25(Suppl 2): 1-8.
33. Kristensen, F. B., Nielsen, C. P., Chase, D., Lampe, K., Lee-Robin, S. H., & Mäkelä, M. (2008). *What is health technology assessment?* In: Garrido, M. V., Kristensen, F. B., Nielsen, C. P., & Busse, R. (eds.): *Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. *Observatory Studies Series No. 14.*, 31-52.
34. Lampe, K., Mäkelä, M., Garrido, M. V., Anttila, H., Autti-Rämö, I., Hicks, N. J., Hofmann, B., Koivisto, J., Kunz, R., Kärki, P., Malmivaara, A., Meiesaar, K., Reiman-Möttönen, P., Norderhaug, I., Pasternack, I., Ruano-Ravina, A., Räsänen, P., Saalasti-Koskinen, U., Saarni, S. I., Walin, L., & Kristensen, F. B. (2009). *The HTA Core Model: A novel method for producing and reporting health technology assessments*. *Int J Technol Assess Health Care*, 25(Suppl 2): 9-20.
35. Neumann, P. J. (2009). *Lessons for Health Technology Assessments: It Is Not Only about the Evidence, Value Health*, 12(Suppl 2): S45-S48.
36. Pasternack, I., Anttila, H., Mäkelä, M., Ikonen, T., Räsänen, P., Lampe, K., van Brabandt, H., Cleemput, I., de Laet, C., Marchetti, M., Refolo, P., Sacchini, D., Kunz, R., Nordmann, A., Lühmann, D., & Freyschuss, B. (2009). *Testing the HTA core model: experiences from two pilot projects*. *Int J Technol Assess Health Care*, 25(Suppl 2): 21-27.
37. Rosten, C., Chase, D. L., Hicks, N. J., & Milne, R. (2009). *Enhancing understanding: the development of a glossary of health technology assessment adaption terms*. *Int J Technol Assess Health Care*, 25(Suppl 2): 42-47.
38. SEED. (2013.) *Briefing book template for pharmaceuticals to support a multi-HTA Early Dialogue (ED)*. http://www.earlydialogues.eu/SEED_briefing_book_template_for_pharmaceuticals.pdf (letöltve 2014. február 5-én)
39. Sorenson, C., Drummond, M., & Kavanos, P. (2008): *Ensuring Value for Money in Health Care. The role of health technology assessment in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, *Observatory Studies Series No. 11*.
40. Turner, S., Chase, D. L., Milne, R., Cook, A., Hicks, N. J., Rosten, C., Payne, L., Coles, S., & Bell, E. (2009a). *The adaptation of health technology assessment reports: Identification of the need for, and development of, a toolkit to aid the process*. *Int J Technol Assess Health Care*, 25(Suppl 2): 28-36.
41. Turner, S., Chase, D. L., Milne, R., Cook, A., Hicks, N. J., Rosten, C., Payne, L., Coles, S., & Bell, E. (2009b). *The health technology assessment adaptation toolkit: description and use*. *Int J Technol Assess Health Care*, 25(Suppl 2): 37-41.
42. Welte, R., Feenstra, T., Jager, H., & Leidl, R. (2004). *A decision chart for assessing and improving the transferability of economic evaluation results between countries*. *Pharmacoeconomics*, 22: 857-876.

A szerző 2014-ben szerzett diplomát az ELTE TÁTK Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterképzésen. A tanulmány a mester-szakos szakdolgozatának rövidített változata.

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

A EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA



**BÍZUNK BENNE, HOGY 2014-BEN IS
HASZONNAL FORGATJA SZAKLAPUNKAT**

AZ EGSZ-T ELEKTRONIKUS FORMÁBAN KERESSE
A WWW.WEBORVOS.HU PORTÁLON!

Az egészségügyi közbeszerzés problémás területei és azok lehetséges megoldásai

Közbeszerzés. Erről a szóról, vagy fogalomról a laikusnak valami bonyolult, átláthatatlan, nem megfogható dolog jut az eszébe. A közbeszerzésben részt vevő, vagy éppen a közbeszerzéssel foglalkozó szakembereknek pedig meglepő módon majdnem ugyanaz, már ami a dolog bonyolultságát illeti. A laikus valószínűleg azért van ezen a véleményen, mert a témát csak a hírekből ismeri, a másik érintett oldal pedig pont azért, mert nagyon is tisztában van a részletekkel. Amennyiben figyelembe vesszük, hogy a közbeszerzésekről szóló 2011. évi CVIII. törvény (továbbiakban Kbt.) négy év alatt körülbelül huszonkétszer módosult, és Európai viszonylatban a többi országhoz képest az egyik legbonyolultabb törvénynek tartják Magyarországon, talán érthető az ezzel kapcsolatos vélemény. A vonatkozó jogszabályok és azok változásainak, a rendeletek, az EU-direktívák ismerete nem ugyanaz, mint azok értelmezése. Tapasztalataim szerint egyes bonyolult kérdésekben az értelmezés tekintetében ahány olvasat, annyi értelmezés létezik. Ezt támasztja alá az is, hogy a jogászok külön specializálódnak a témára, annak egyedi sajátosságai következtében. A Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, MSc 2012 évfolyamának végzős hallgatójaként szakdolgozatom témájaként az egészségügyi közbeszerzések bemutatását választottam. Dolgozatomban arra kívántam rámutatni, hogy az egészségügyi közbeszerzések rendszere milyen helyzetben van jelenleg, és milyenné válhatna közös gondolkodás és csapatmunka eredményeképpen.

■ Ujhelyi Krisztina

Szabályozott közbeszerzési rendszer 1996 januárja óta (első közbeszerzési törvény, 1995. évi XL. tv.) működik Magyarországon. Ehhez képest az egészségügyben alkalmazott, vonatkozó jogszabályok – 130/2004. (IV. 29.) Kormányrendelet a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök közbeszerzésének részletes és sajátos szabályairól – csak az Uniós csatlakozás (2004) után kerültek bevezetésre, holott meglehetősen nagy területet fed le ez az ágazat, és az egészségügy jellege miatt speciális szabályozást igényel. Jelentős kihívást jelent az is, hogy az egészségügyi ellátás speciális elvárásaihoz hogyan illeszthetőek az egyes közbeszerzési módok, formák. Fontos kérdés, hogy az egészségügyi közbeszerzés szabályozása, és az ehhez kapcsolódó szervezet és ellenőrzés más típusú megközelítése milyen hatékonysággal működhetne.

Az Gazdasági Együtműködési és Fejlesztési Szervezet (továbbiakban: OECD) tagországokhoz hasonlóan Magyarországon a közbeszerzési eljárások értéke átlagosan a bruttó hazai termék (továbbiakban: GDP) 5-6%-át teszi ki, tehát jelentős közpénzzel való gázdálkodásról beszélünk.

Módszertan

Célom a közbeszerzés általános megfogalmazásán, mint speciális projekten és „kitekintésen” keresztül a hazai egészség-

ügyi közbeszerzés gyakorlatát bemutatni úgy, hogy közben bepillantást nyújtsak a közbeszerzés neuralgikus pontjaiba. A vonatkozó Kormányrendeletek (Korm. rendelet) elemzésén keresztül célom az egészségügyi közbeszerzések, azok jelenlegi rendszerének, intézményi hátterének bemutatása, külön kitérve a gyógyszerek és orvostechnikai eszközök különbözőségének vizsgálatára. A különböző eljárásfajták, a bírálati szempontok elemzésével azok gyakorlati alkalmazásának jelentőségére kívánom felhívni a figyelmet. 2013-ban a fekvőbeteg-intézmények állami tulajdonba kerülésével nagyon sok minden változott, további intézkedéseket vonva maga után. A közbeszerzésekben is egyre inkább kiemelt jelentőséggel bír a központosítás kérdésköre. Ennek megfelelően külön foglalkozom a centralizált és a decentralizált közbeszerzések elemzésével, gondolatban végigvezetve az olvasót annak előnyeire, hátrányaira, kitérve annak átgondolására, hogy mi alapján érdemes az egyes termékcsoportokat meghatározni a központosítás körében. A különböző szakértői vélemények meghallgatásával értelmezem és elemzem a hallottakat és azok összegzésével javaslatokat fogalmazok meg azzal kapcsolatban, hogyan lehetne jobban, hatékonyabban, gazdaságosabban működtetni a közbeszerzési rendszert.

Megkerestem a jelenleg közbeszerzésben érdekelt és érintett szervezetek szakértőit: Gyógyszerészeti és Egészségügyi

Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (továbbiakban: GYEMSZI), Nemzeti Fejlesztési Minisztérium (továbbiakban: NFM), Semmelweis Egyetem, Gyógyszerésztudományi Kar, Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerügyi Szervezési Intézet, Országos Egészségpénztár (továbbiakban: OEP) különböző Érdekképviseleti Szövetségek szakembereit, ajánlatkérőit, felhasználóit, valamint ajánlattevőit oldalt.

A különböző intézményekben tett személyes látogatásaim alkalmából született szakmai megbeszélések nagyon tanulságosak voltak, ezért fontosnak tartom megjeleníteni minden oldalról az érdekeltek álláspontjait. A szakmai megbeszélések során hallottakból azokat az elemeket véleményeztem, amelyek dolgozatom témája és mondanivalója szempontjából a leglényegesebbek, és azokat az adott problémáknál szerepeltetem.

1. A közbeszerzés fedezete és az egészségügyre szánt források, tervezhetőség

A Semmelweis-terv (2011) megállapításai: „keveset költünk egészségügyi ellátásra (250-550 milliárd forint hiányzik a rendszerből), amit viszont elköltünk, azt nem a leghatékonyabban használjuk fel. A Semmelweis-terv is minimum 250 milliárd forintban határozza meg azt az összeget, amely a ciklus végéig reálértékben beépülve a finanszírozásba, az egészségügyi ágazat megmentéséhez szükséges. Ennek az összegnek a nagyobbik részét pedig, a súlyos emberierőforrás-krízis miatt, az egészségügyi dolgozók jövedelmének a növelésére, megélhetésének biztosítására szükséges fordítani.”¹ (Semmelweis-terv, 2011, p.5)

1.1. Egészségügyi finanszírozás – néhány fontos adat

Az Egészségbiztosítási Alap 2013. évi költségvetésének előirányzott bevételi főösszege 1649,4 Mrd Ft, kiadási főösszege 1675,0 Mrd Ft, a költségvetés egyenlege 25,7 Mrd Ft hiány. Az egy főre eső egészségügyi közkiadások összege százalékos arányban csökkenő tendenciát mutat Magyarország tekintetében a környező országokhoz viszonyítva is, az OECD országok átlagának ez körülbelül a fele. Az egy főre jutó egészségügyi köz- és magánkiadások (USD, ppp) tekintetében csupán Chile, Lengyelország, Észtország, Mexikó és Törökország áll mögöttünk a sorban.

Magyarország a GDP 7,8%-át költi egészségügyre, ami valamivel az OECD átlag (9,3%) alatt van. Amennyiben csak az állami szektort vesszük figyelembe, azt mondhatjuk, hogy jóval az átlag alatt van (kevesebb, mint a fele!) a ráfordítás mértéke (1. táblázat).

A fentiekben ismertetett adatokat a közbeszerzés szempontjából fontosnak tartottam ismertetni, hiszen a fedezet rendelkezésre állása szükséges a tervezés, az eljárások elkezdése és lefolytatása, valamint eredménye szempontjából is. Egy rendszer működését alapvetően a rendelkezésre álló erőforrások, az ezekkel való gazdálkodás, a folyamatok szabályozottsága és a kontroll megléte és minősége határozza meg.

1.2 Egészségügyi ellátórendszer

Az egészségügyi ellátások rendszere a népegészségügyi célok megvalósítását és az egészségügyi szolgáltatások biztosítását teszi lehetővé. Az egészségügyi ellátások célja, hogy segítsék az egészség fejlesztését, helyreállítását, megakadályozzák az egészségromlást, valamint gyorsítsák a megváltozott egészségi állapotú emberek munkába, illetve közösségbe való visszatérését (1. ábra).

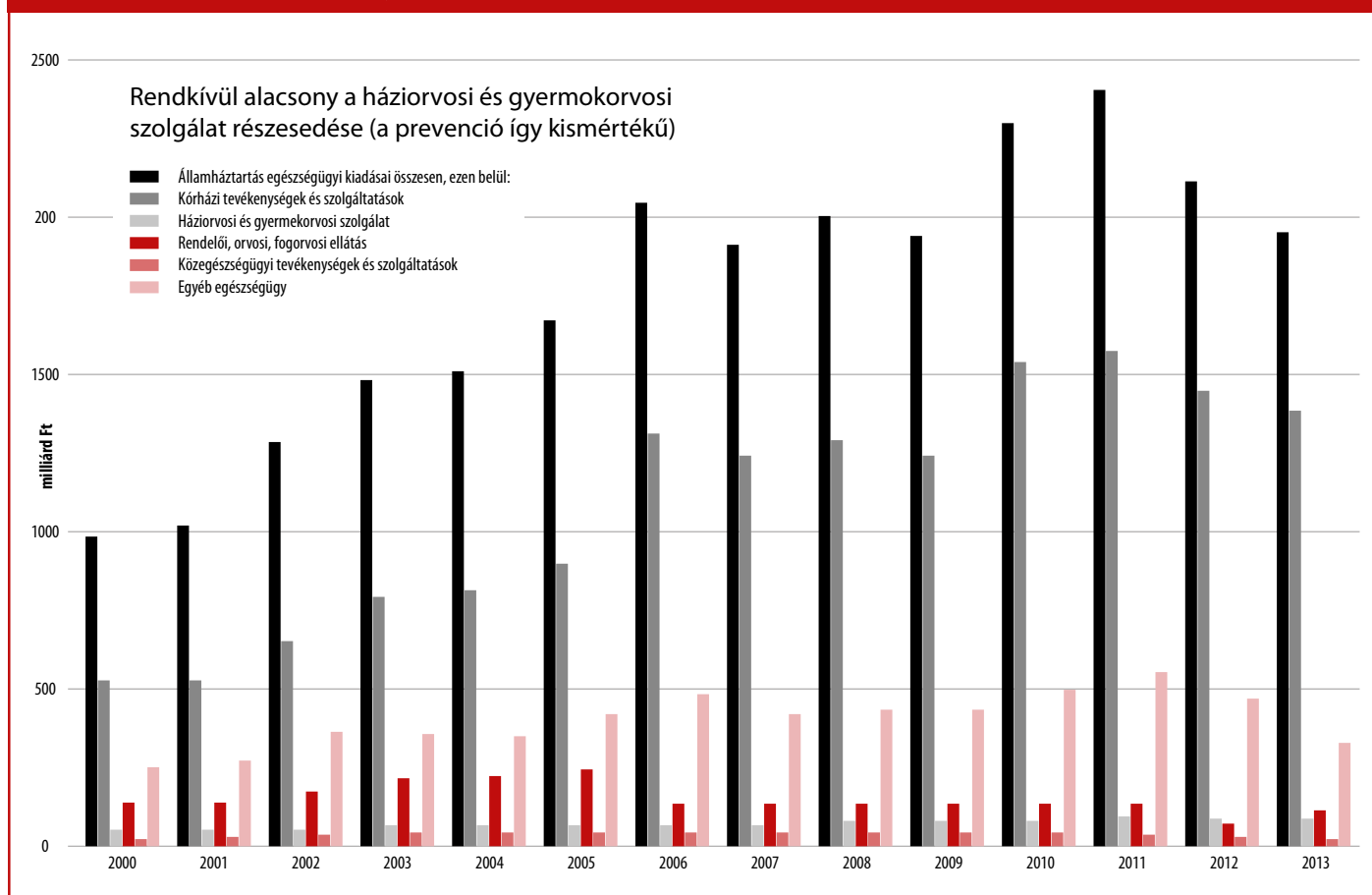
Az ábrából jól látható, hogy az összes egészségügyi kiadás nagy hányadát a kórházi tevékenységek és szolgáltatások teszik ki, 2011-től csökkenő tendenciában.

Véleményem szerint a fentiekben vázolt, globális szemléletű és értékrendű megállapításon érdemes egy kicsit elgondolkodni. Ugyanis a jelenlegi finanszírozási rendszer a páciensek áramlását tekintve az alapellátás felől a fekvőbeteg-ellátás felé hat ösztönzőleg. A legmagasabb szintű ellátás a fekvőbeteg-intézményekben történik, ahol azonban az ellátás a legdrágább. Az egész egészségügyi ellátórendszer tekintetében ezt úgy néz ki, hogy a fent említett „silók” egymástól elkülönülve, eltérően finanszírozva és kontrollálva működnek egymás mellett. Tehát amikor valaki megbetegszik és bekerül az ellátórendszerbe, finanszírozási szempontból nincs monitorozva összességében az ellátásának költsége a táppénzbe vétel időpontjától a munkába való visszatéréséig eltelt időszakban. Ha például kórházba kerül, és műtetre kerül sor, csupán az adott kórház költséggazdálkodására van bízva az ellátása. Én ezt „*satu elvnek*” neveztem el, amikor a kórház feladata az, hogy amíg a beteg nála van, minél „*költségkímélőbb módon*” (olcsóbban) történjen meg az ellátása, ami semmilyen összefüggésben nincs azzal, ami előtte vagy éppen utána, a rehabilitáció során történik a beteggel a munkába való minél korábbi, és lehetőleg egészséges állapotban történő visszatérése érdekében. És valójában azzal sem, hogy az aktív ellátás során milyen minőségű ellátást kap: például van-e szövődmény, megkapta-e a protokoll szerinti megfelelő mennyiségű gyógyszert (pl. kemoterápia) vagy sugárdózist (sugarterápia), a beültetett protézisnek mi az élettartama, vagy éppen milyen terápiás technikával látják el a beteget (pl. non-invazív lézeres terápia vagy műtét). A terápia eredményessége nincs figyelembe véve a finanszírozásban, így az alacsonyabb minőségű ellátásért ugyanaz a finanszírozás jár, miközben a társadalmi haszna alacsonyabb. Így társadalmi költség-haszon aspektusból nem az optimális/költséghatékony ellátás valósul meg. Végül az sem derül ki, hogy a munka nélkül töltött idő végül összesen mennyibe kerül az államnak. Az egészségügyet, mint értékteremtő ágazatot kellene tekinteni, amely a többi ágazatra is szinergista hatást képes kifejteni ilyen tekintetben. Hogyan kapcsolódik mindez a közbeszerzésekhez? Az egyes intézmények költségvetésének jelentős hányadát a fix költségek teszik ki. A változó költségek közé tartoznak az összköltségvetés körülbelül 20-30%-át jelentő anyagbeszerzések (ebből kb. 5-10% gyógyszer). Az intézmények ezen próbálnak meg kiadást spórolni. Az éves közbeszerzési terv kialakításá-

1. táblázat: Gazdasági környezet: tények és előirányzatok (forrás: EU, Espicom Tények és előirányzatok)

	2011	2012	2013	2014	2015
GDP-növekedés % *	1,7	-0,1	1,0	1,6	2,6
Infláció % *	3,9	5,1	3,5	3,0	3,0
Költségvetési deficit GDP %-ban *	4,3	-2,8	-2,7	-1,9	-2,0
Egészségügyi büdzsé növekedése %**		-1,0	0,2	1,0	7,5

1. ábra: Az államháztartás főbb egészségügyi kiadásai (reálértéken), 2000–2013 között (forrás: EGVE konferencia Kovács József előadása, 2013)



nál elsődleges szempont a fedezet mértéke. A kórházak a finanszírozás jellege miatt kénytelenek fiskális alapon dönteni, ami nem mindig egyezik meg a társadalmi költség-haszon optimummal. Reális tervet készíteni előre kiszámíthatatlan (az egészségügy sajátossága miatt – mennyi beteg lesz, milyen betegségek fordulnak majd elő) eseményekre egyébként sem könnyű feladat, azonban még nehezebb rendelkezésre álló források hiányában. Tehát amennyiben az egészségügyi ellátások célja, hogy segítsék az egészség fejlesztését, helyreállítását, megakadályozzák az egészségromlást, valamint gyorsítsák a megváltozott egészségi állapotú emberek munkába, illetve a közösségbe való visszatérését, akkor ehhez mindenképpen meg kell teremteni a megfelelő körülményeket, a stabil hátteret, és a megfelelő mértékű finanszírozást. Jelenleg az ágazat folyamatosan küzd a szakemberhiánnyal, orvosok és nővérek tömegesen hagyják el az ellátórendszert. Finanszírozási szempontból is egyre rosszabb a helyzet, az egészségügyi közkiadások mértéke a GDP százalékában a 2011-es 4,6%-ról 2012-ben 4%, 2013-ban 3,9%-ra esett vissza. Ez kevesebb, mint a fele az Unió átlagnak. Meg kell állapítanunk, hogy az egészségügyi rendszernek abszolút értékben több pénzre van szüksége. Amennyiben fentiekben említett adatok, tények alapján tekintünk az egészségügyi beszerzésekre, megállapíthatjuk, hogy egyáltalán nincs egyszerű dolgunk.

Példaként az egyik nagy egészségügyi fekvőbeteg ellátó intézményben folytatott interjúmra hivatkoznék, ahol az éves beszerzési terv valós számainak jóváhagyása fedezethiány miatt nem történik meg, ezért a jóváhagyott terv nem a reális igényeket és terveket mutatja. Ennek következtében a köz-

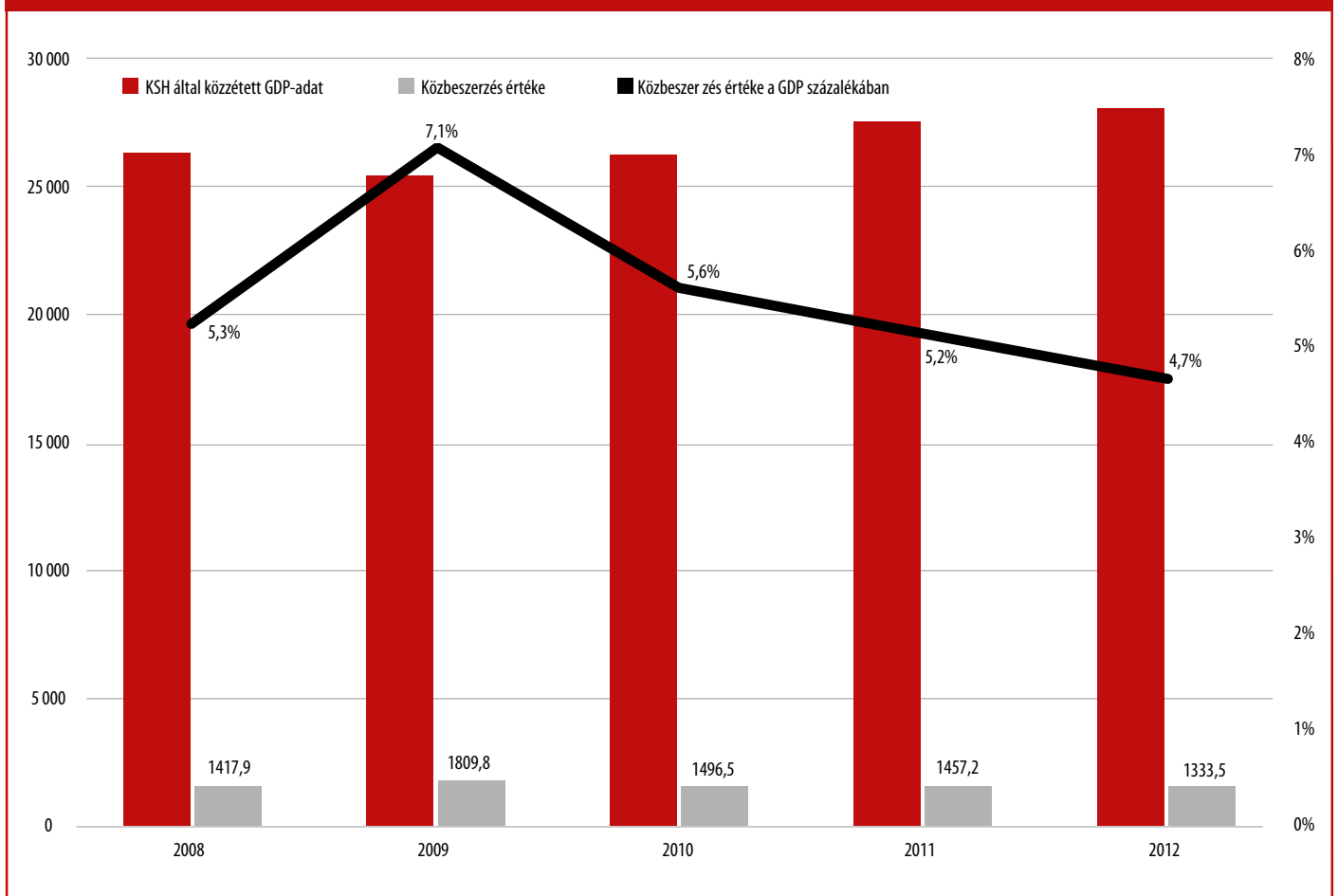
beszerzési eljárások elindítása nagyon nehézkes, mert előre teljesen kiszámíthatatlan a fenntartói támogatás például a dologi kiadások tekintetében. Az OEP-bevétel kiszámítható, azonban az óriási rés miatt sokszor nem tudják a közbeszerzéseket időben elindítani, hiszen nem tudják mire lesz fedezet. A pénzühiány, a protokollok hiánya (melyik eljáráshoz mennyi anyag is szükséges?), a betegre vagy műtétekre vetített költség-számítás hiánya, a kontroll hiánya pedig elvezet a második ponthoz, mégpedig ahhoz, hogy a beszerzéseket lehetőleg olyan, helyi ismerettel rendelkező szakemberek végezzék, akik egyrészt értenek hozzá, másrészt képesek a szakmával kommunikálni és nem megtéveszthetők. A kórházak véleményem szerint beszorulnak a korábban általam nevezett „satuba”, a tulajdonos, a fenntartó, a finanszírozó, a beszállító közé és próbálják a szakemberhiányt, a napi megoldandó feladatokat úgy megoldani, hogy a végső cél tulajdonképpen a betegek legmagasabb szintű ellátása és gyógyítása.

1.3. Közbeszerzési eljárások számokban

A közbeszerzési eljárások száma a jelenleg rendelkezésre álló adatok alapján hazánkban 2008 és 2012 között jelentősen emelkedett (kb. 156,6%-al nőtt). A legtöbb beszerzést ezen időszakban a nemzeti eljárásrendben lefolytatott közbeszerzések jelentették. A közbeszerzések éves összértéke a GDP 5-7%-át, az államháztartás kiadásainak 8-9%-át tették ki (2. ábra).

„Aggodalomra ad okot, hogy a hazai adatbázisok a közbeszerzésről nagyon eltérő alapstatisztikákkal rendelkeznek a piacon elköltött pénz mennyiségét illetően. A fenntartható és modernizálható közbeszerzés egyik alappillére, hogy

2. ábra: Közbeszerzési eljárások értékének alakulása a GDP tükrében, 2008–2013 (forrás: ÁSZ jelentés, 2014, p. 13)



adatokkal rendelkezünk olyan tartalmi kérdésekről, hogy ki mit mire költ a közbeszerzésben, hazánkban. Amennyiben a közeljövőben valóban elérhetőek lesznek a vonatkozó adatok, biztosabban tudunk képek kapni a közbeszerzési költségek milyenségéről és összehasonlíthatjuk a profitorientált szféra vagy az Európai Unió tagállamainak közbeszerzési eredményeivel² (Kiss, Tátrai, 2012, p. 5).

2. A közbeszerzés formái

A rendszerváltás előtt a tervutasításos rendszer, a központi irányítás, a közbeszerzésekre pedig leginkább a szabályozatlanság volt jellemző. A rendszerváltást követően az ország nemzetközi kereskedelmi és gazdasági kapcsolatai erősödtek. Kurtyán, Csányi (1997, p.17–18) (Köz)beszerzés a gyakorlatban³ című könyvében olvashatjuk, hogy az 1991-es Európai Megállapodás tartalmazta a közbeszerzési piac megnyitására és védelmére vonatkozó rendelkezéseket. Ezen nemzetközi okokból adódóan született meg az első Kbt., és kezdett kialakulni a szabályozott közbeszerzések rendszere. A szabályozott közbeszerzésnek három típusát különböztetjük meg: centralizált, decentralizált, és vegyes rendszert. Magyarországon a vegyes rendszer működik. A központosított közbeszerzésről a Kbt. 23. paragrafusa rendelkezik. A Kormány a közbeszerzések központosított eljárás keretében történő lefolytatását rendelheti el az általa irányított vagy felügyelt költségvetési szervek, alapított közalapítványok, valamint az állami tulajdonú gazdálkodó szervezetek vonatkozásában. Az Egészségbiztosítási Alap-

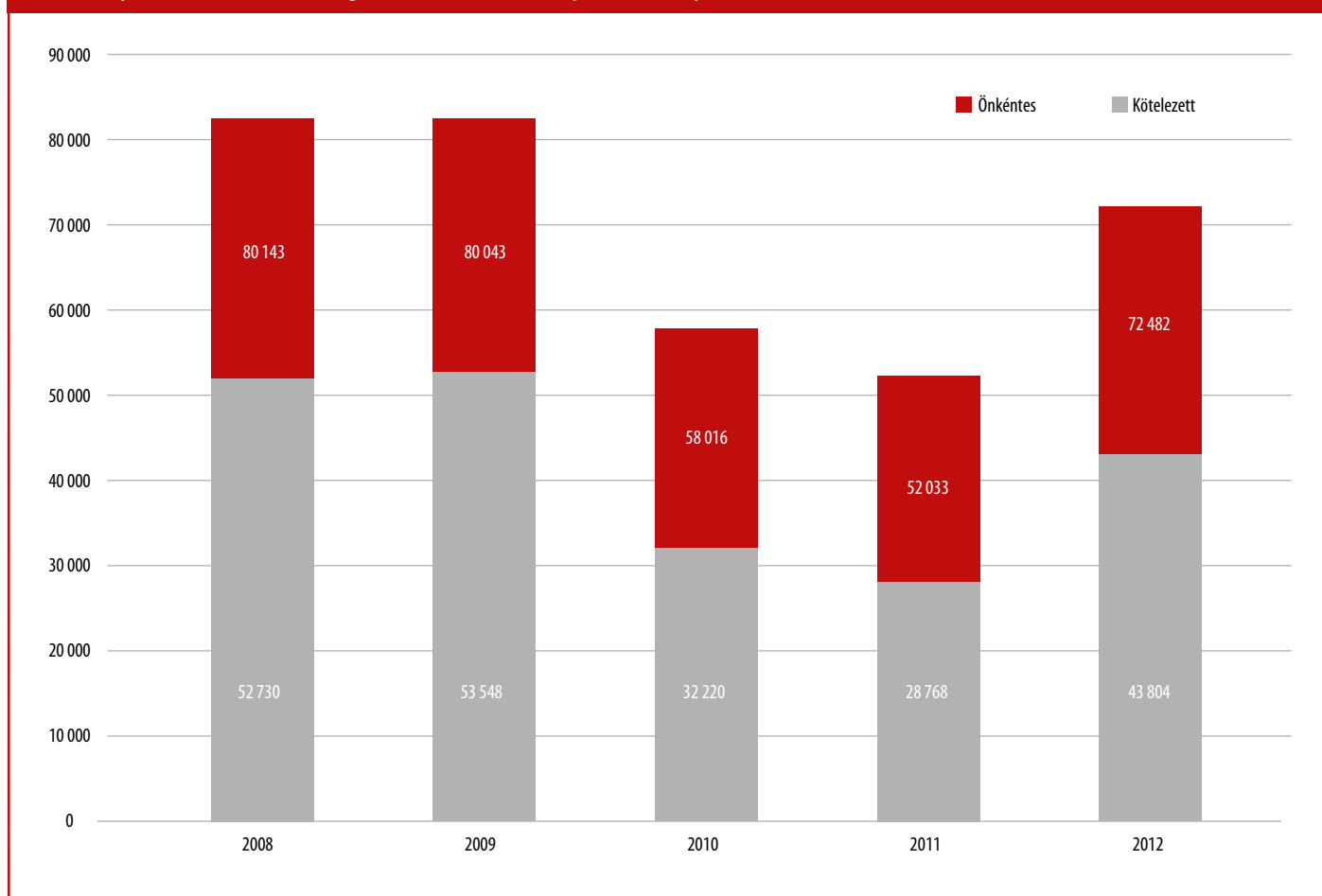
ból finanszírozott szervezeteknél az egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódóan központosított eljárást lehet alkalmazni. A központosított eljárás részletes – e törvénytől az ilyen eljárások sajátosságai miatt szükséges eltérő – szabályait külön jogszabály határozza meg, ezt a későbbiekben elemzem. A központosított közbeszerzés célja az állami ráfordítások csökkentése, a költségvetési előirányzatok tervszerű felhasználása, valamint a központi beszerzési rendszerben rejlő előnyök kiaknázása (168/2004, V. 25. Korm. rendelet).

A szabályozott közbeszerzések említett formáinak alkalmazása az egyik sarokpont, amelynek az egészségügyi ágazathoz kellene igazodnia. A centralizált, illetve decentralizált közbeszerzések tekintetében meg kellene találni a megfelelő arányt és megvizsgálni azt, hogy mely termékcsoportokra érdemes központosítani, és mely esetekben érdemes inkább decentralizált közbeszerzést lefolytatni. Az előnyök és hátrányok figyelembevételével vizsgálható, hogy az egyes termékcsoportok tekintetében (pl: gyógyszer, orvostechnika, stb.) hova billen a mérleg.

Nézzük meg számokban a 2008–2012-ig terjedő időszakban a központosított közbeszerzések forgalmának alakulását (3. ábra).

Meglepő módon az ÁSZ jelentés adatain kívül nem találtam egyéb vonatkozó konkrét adatot, külön az egészségügyre vonatkozót pedig egyáltalán nem. Fenti számok tehát utalnak a központosított közbeszerzés területén tapasztalható növekvő tendenciára, de konkrétabb következtetések nem vonhatóak le.

3. ábra: Központosított közbeszerzési forgalom alakulása (forrás: ÁSZ jelentés, 2014, p. 50)



Centralizált versus decentralizált közbeszerzés

A közbeszerzés központosításának vannak – nem feltétlenül a jogszabályból eredő – ésszerű feltételei. Ilyenek például a következők:

- több szervezetnél azonos beszerzési tárgyra vonatkozó igény, – a felmerült igény volumene jelentős,
- a beszerzés tárgya (műszaki, szakmai szempontból) formalizálható,
- a szerződés azonos (kedvezőbb) feltételekkel teljesíthető,
- a központosítás nem hátráltatja az intézményeket feladataik ellátásában,
- és nem jelent jelentős beavatkozást (negatív hatást) az érintett piac működésébe.

A központosítás jelentősebb előnyei

Amennyiben egy szervezet végzi a beszerzést, könnyebb az ellenőrzése. Az ajánlattevői oldal számára kiszámíthatóbbak ilyen módon az ajánlatérői igények. Ezen felül pedig kedvezőbb szerződéses feltételek érhetők el ajánlatkérői oldalon, hiszen a központosított beszerző alkuereje (akár tárgyalási, akár porter-i értelemben) a nagyobb volumen következtében számottevően nagyobb.

Hátrányai

A centralizált beszerzési forma rugalmatlanabb, nehezebben reagál a változásokra. Az egyedi igények központi beszerzések esetén nem érvényesülnek, azaz a nagyon specifikus igényeket nem érdemes központosítottan beszerezni. Azoknak

az ajánlatkérőknek, akiket tulajdonképpen belekényszerítenek ebbe a helyzetbe, előfordul hogy rosszabb és drágább lesz végül a beszerzése, mintha egyébként maga bonyolította volna le a saját helyi igényeinek megfelelően. Ez például abban az esetben lehet így, ha olyan alkalmassági feltételeket szabnak a központosított közbeszerzés során, amelyet nem minden potenciális ajánlattevő tud teljesíteni. Az ajánlattevők számának csökkenésével viszont a verseny csökken, a magas elvárások miatt az árak emelkednek, így a kisebb, viszont specifikusabb egyéni beszerzések kárt szenvednek. A kkv-k esélyei lecsökkennek – az előbb említett nagyobb volumen, erősebb alkalmassági feltételek miatt –, ezért végül drágább lehet a beszerzés.

A Kbt. 23. §-ában említett eseteken kívül, más területekre a decentralizált beszerzés jellemző. Ez egy viszonylag rugalmasabb beszerzési forma, ahol a helyi igények jobban érvényesíthetők, és mivel kisebb mennyiség jellemző, a kkv-k esélyei növekednek. További előny, hogy az eljárás eredménytelensége esetén a decentralizált beszerzésnél csak egy érintett intézet marad ellátatlan, centralizált esetében sok, gyakorlatilag minden bevont szerv, ahogy ezt a fenti papírbeszerzésre vonatkozó példa is mutatja. A biztonság kérdése a decentralizált beszerzés esetében döntően nagyobb. Olyan árufeladások tekintetében, ahol a mindennapi szükséglet, a betegellátás biztonsága a tét, nem engedhető meg sem a késlekedés, sem az, hogy bármilyen adminisztratív oknál kifolyólag az ellátás biztonsága sérüljön, rosszabb esetben veszélybe kerüljön. Meghiúsult eljárás esetén tehát

itt kisebb a kockázat. Decentralizált beszerzések estében azonban nyilvánvaló hátrány, hogy több szerv ellenőrzése szükséges.

Mint látható, a központosítás legalább annyi hátránnyal, mint előnnyel jár, tehát a döntő szempontnak a törvényben megfogalmazott célok és alapelvek érvényesítésének kell lenni, amelyeknek a Korm. rendeletekben is meg kell jelenni, és minden esetben a beszerzés tárgyához igazodva kellene vizsgálni. Erre az egészségügy specialitásai fejezetben, a két vonatkozó Korm. rendelet elemzésénél kívánok kitérni. A központosítás a közbeszerzés céljával nem lehet ellentétes. Amennyiben a beszerzési tárgyra vonatkozó igény több ponton eltér egymástól az érintett intézményekben, a beszerzés tárgya nem egységesíthető, így a szerződés nem teljesíthető kedvezőbb feltételekkel, azaz nem teljesülnek azok az alapvető feltételek, amelyek a központosítás irányába billentenék a mérleget. Nem engedhető meg, hogy a központosítás hátráltassa az intézményeket feladataik ellátásában. Érdemes azon előre, jól meghatározott feltételrendszerek mentén meghatározni és kialakítani egy egységes állásfoglalást, mely árufeladások esetében teljesülnek azok a célok, amelyek a centralizált beszerzésekkel megvalósulnak és az nem jelent jelentős beavatkozást, főként negatív hatást az érintett piac működésében. Véleményem szerint egy ilyen szakmai szempontból alátámasztott, egységes rendszerbe foglalás az első lépés arra vonatkozóan, hogy mikor, milyen esetben érdemes, és mikor nem centralizált, illetve decentralizált közbeszerzést lefolytatni a hatékony és felelős gazdálkodást, mint alapvető is szem előtt tartva. Ezzel beszélgetőpartnerem is egyetértett a Nemzeti Fejlesztési Minisztérium Közbeszerzésért Felelős Helyettes Államtitkárság Közbeszerzési Felügyeleti és Ellenőrzési Főosztályán történt interjúm során. Ugyanakkor az Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerügyi Szervezési Intézetben a gyógyszerközbeszerzésekkel kapcsolatban elhangzottak szerint a megtakarítási lehetőség ott a legnagyobb, ahol a döntés nem az intézményekben történik.

A GYEMSZI szakértője szerint a decentralizáltan beszerzésre kerülő termékkörök esetében meg kellene hagyni a kórházak önálló beszerzéseinek lehetőségét. Logisztikai szempontból az összköltség tekintetében nemcsak a beszerzési árát szükséges figyelembe venni, hanem például az élettartamot is az eszközök esetében. E megállapításhoz annyi kiegészítést tennék, hogy közbeszerzési szempontból nemcsak az összköltség, hanem az ajánlatok elbírálása során a megajánlott ár mellett fontos paraméter a minőségen felül a szolgáltatás paraméterei, mint például a pontos, megbízható szállítások, szervizek, stb.

Ahogy az az ETOSZ képviselőivel történt beszélgetés során is kiderült, a hierarchizált rendszerben az intézmények háttérbe szorulása tapasztalható. A szállítókkal azonban közvetlen kapcsolatban mégis a felhasználók vannak, így a napi problémákat is egymással ad-hoc jelleggel, kényszerből oldják meg, szabályozatlan és kontrollálatlan módon. Erre példa, amikor a kórházi rendelés saját belső elvárt rendszerben előírt aláírások nélkül kimegy a szállító felé, aki jóhiszeműen és a betegellátás folyamatosságát biztosító módon szállít, nagy rizikót vállalva ezzel. Másik példa, amikor a rendszer bizonytalansága és lassúsága miatt az intézetek sürgős rendelésre hivatkozva a helyzet megoldására próbálnak megoldást találni, ezzel a szállítók felé nem direkt módon, de problémát okozva (megszakad a logisztikai lánc, szállíthat vagy nem szállíthat dilemma, van-e az előírtaknak megfelelő engedélyezés).

További kiemelt elemként az egyoldalú szerződéses kötelezettségek súlyos elvárásokat ró a szállítókra, miközben például nem szerződésszerű teljesítés esetén kötbérfizetési kötelezettség terheli őket.

3. Az egészségügyi közbeszerzésre vonatkozó kormányrendeletek vizsgálata a Kbt. alapelveinek tükrében

3.1. A 16/2012. (II. 16.) Korm. rendelet a gyógyszerek és orvostechnikai eszközök közbeszerzésének sajátos szabályairól szól.

A Korm. rendelet csak tárgyi hatályt határoz meg, tehát minden ajánlatkérőként meghatározott szervezetnek, e rendelet szerint kell eljárnia, ha a közbeszerzés tárgya gyógyszer vagy orvostechnikai eszköz beszerzése. A Kbt. az alábbiak szerint határozza meg a törvény személyi és tárgyi hatályát:

„5. § Közbeszerzési eljárást az ajánlatkérőként meghatározott szervezetek visszterhes szerződés megkötése céljából kötelesek lefolytatni megadott tárgyú és értékű beszerzések megvalósítása érdekében (közbeszerzés). A Kbt. 6. §. (1) bek. h) pontja alapján továbbá ajánlatkérők azok a szervezetek is, akik önként alkalmazzák a közbeszerzési törvényt.”⁴

Jelen törvényi rendelkezésnek jelentősége lesz még a kormányrendelet értelmező rendelkezéseinek vizsgálatánál.

3.1.1. Áru rabatt

A Korm. rendelet: 2. § E rendelet alkalmazásában: „1. áru rabatt: termék közbeszerzésekor áruban meghatározott kedvezmény

6. § (1) Az ajánlatkérő az eljárást megindító felhívásban a Kbt. 71. § (4) bekezdés d) pontjában foglaltak sérelme nélkül előírhatja áru rabatt adásának kötelezettségét és annak mértékét.”

Az áru rabatt előírásával kapcsolatban az elsődleges problémát a Kbt. 2. §. (2) bekezdésében meghatározott, az esélyegyenlőségre és egyenlő bánásmódra vonatkozó alapelv sérelmében látom. Az áru rabatt megajánlásának kötelezővé tétele (itt a lehetőség megadása tűnik ésszerűbbnek, ahogyan azt az OEP Ártámogatási Főosztályán folytatott beszélgetésem során is elhangzott az OEP-es szakértő részéről) ugyanis nem menti fel az ajánlatkérőt azon kötelezettsége alól, hogy az ajánlatokat összehasonlíthatóvá és ilyen módon elbírálhatóvá tegye. Ahhoz, hogy az áru rabattot azonos vetítési egyiségre lehessen meghatározni, azonos csomagolási egységek alkalmazását tenné szükségessé a gyártók részéről.

Ez nyilvánvalóan nem lehetséges, ennek következtében az áru rabatt alkalmazása jogilag aggályos. Most utalnék vissza a korábbi Kbt. 5. szakaszában található rendelkezésre, miszerint a közbeszerzési eljárást visszterhes szerződésre kell megkötöni, ugyanakkor az áru rabatt arról szól, hogy bizonyos mennyiséget ingyenesen biztosít az ajánlattevő. A kettő között még kívülállónak is feltűnik a különbség. További problémaként jelentkezik, hogy az ajánlatkérők ezt tévesen értelmezik. Mivel a jogszabály azt mondja, előírhatja, hogy az ajánlatkérő dönt arról, előírja vagy nem. De ha előírja, attól kezdve már az ajánlattevőnek kötelezően meg kell ajánlani, az ajánlatkérőnek pedig meg kell határozni annak mértékét. Ez így egy konjunktív kapcsolat ebben a megfogalmazásban.

„Kbt. 71. §. (1) bek. d) a részszempontok nem eredményezhetik ugyanazon ajánlati tartalmi elem többszöri értékelését.”⁵

Tekintettel arra, hogy az ajánlati ár bírálati szempontként történő meghatározása a Kbt. alapján minden esetben köte-

lező – megítélésem szerint az áru rabatt alkalmazása minden esetben sérti a Kbt. 71. §. (1) bek. d) pontját is, mivel az áru rabatt az egységárat befolyásolja, így az ajánlati árra is közvetlen kihatással lesz. Ezen túlmenően az áru rabattot a cégek vélhetően beépítik az árba.

3.1.2. Mennyiségi eltérés

Az előző ponttal logikailag összefügg a Korm. rendelet 6. §. (2) bekezdésében meghatározott mennyiségi eltérés szabályozása. A Korm. rendelet alapján a mennyiségi eltérést szabadon lehet meghatározni – tehát lehet pluszos és mínuszos eltérés is – és annak mértéke is szabadon változhat (akár 100%-os eltérés is lehet mindkét irányban, azaz előfordulhat, hogy egy darabot sem rendelnek a megajánlott termékekből). Az áru rabatt alkalmazása alapjaiban megkérdőjelezhető, hiszen ha az ajánlatkérő egyáltalán nem vállal kötelezettséget a mennyiség lerendelésére, akkor hogyan követelheti meg a gyártótól, vagy forgalmazótól, hogy az általa egyébként nem ismert mennyiségi követelményre viszont mennyiségi kedvezményt, azaz áru rabattot adjon. Felvetődik a kérdés, hogy mihez képest eltérés a százalékos eltérés, és mihez képest ad az ajánlattevő rabattot, ha az alapmennyiség nem ismert.

A fenti rendelkezés szintén ellent mond a Kbt. alábbi rendelkezésének: „46. § (1) Az eljárást megindító felhívásban az ajánlatkérő köteles megadni a közbeszerzés tárgyát és mennyiségét.”⁶

Ha a mennyiségi eltérést önmagában vizsgáljuk, az esélyegyenlőség elve is sérül, hiszen az ajánlattevő úgy nyújt be ebben az esetben ajánlatot, hogy annak mennyiségét nem ismeri. A mennyiségi meghatározás ily módon történő „szabaddá tétele” – megítélésem szerint – drágítja az ajánlattételt, azaz a közpénzek ésszerű és hatékony felhasználásával sem áll összhangban.

Szeretném itt egy példán keresztül bemutatni a százalékos eltérés Kbt. szerinti helyes értelmezését. Az ajánlatkérő tű beszerzését tervezi, amire van 1000 forintja. A kiírásban a mennyiséget 60db + 30% határozza meg, mert nem tudja, milyen árakat kap majd, és az 1000 Ft-ból hány db tût tud beszerezni. Tegyük fel, hogy 11 Ft/db-ra kap ajánlatot, azaz kb. 90 db-ra tud eredményt hirdetni, és erre köt szerződést. Ha a szerződést 60 db + 30%-ra kötné, azt jelentené, hogy minimum 60 db, maximum 78 db a „kerete”, azaz a 90 db-ot, amire egyébként elég kerete van, nem tudná megvásárolni. Amennyiben pl. az OEP 90 db-ra köt szerződést, és az egyik intézmény ebből 10 db-ot lekér, az adott feltételek alapján (x Ft-ért és mikor teljesíti) kapja azt meg, és a keretből már csak 80 db marad.

3.1.3. Rendkívüli sürgősség

Korm. rendelet 15. § (3) bekezdése: „Az e rendelet hatálya alá tartozó árúk tekintetében a Kbt. 94. § (2) bekezdés d) pontja szerinti rendkívüli sürgősség a terápiás alkalmazással indokolható abban az esetben, ha a sürgős ellátási igény fennállása igazoltan megállapítható. A jogalap igazolásához az illetékes egészségügyi szakmai kollégium vezetőjének vagy a gyógyszerészeti államigazgatási szervnek az egyetértő állásfoglalása szükséges. Az indokolásban ki kell térni annak igazolására, hogy a rendkívüli sürgősség nem az ajánlatkérő hibájából ered.”

A következmények vonatkozásában ez a rendelkezés ebben a formában átgondolatlanak tűnik, hiszen ha csak akkor kezd el a kórház a beszerzést, amikor a beteg súlyos, életveszélyes állapotba került, mire az egészségügyi szakmai

kollégium vezetőjének vagy a gyógyszerészeti államigazgatási szervnek az egyetértő állásfoglalását megkapja, és az árut beszerzi, a beteget nagy valószínűséggel elveszítik. A kórháznak sürgős ellátási igény esetén rendelkeznie kellene azzal a lehetőséggel, hogy szabadon rendelhessen, erre nem vonatkozhat az összeszámitási kötelezettség. A szakmai kollégium, illetve az államigazgatási szerv felé történő tájékoztatás megküldése is vélhetően elégséges feltételnek bizonyulna ilyen esetben.

A jogszabály említi, hogy a rendkívüli sürgősség nem eredhet az ajánlatkérő hibájából – azonban ha a sürgősségi igény valóban fennáll, és nem az ajánlatkérő hibájából ered, akkor viszont a Kbt. alapján is lebonyolítható a hirdetmény nélküli tárgyalásos eljárás, anélkül, hogy az egészségügyi szakmai kollégium vezetőjének vagy a gyógyszerészeti államigazgatási szervnek az egyetértő állásfoglalását be kellene szerezni.

Interjúim során az OEP Ártámogatási Főosztályán elhangzottak szerint a 16/2012-es Korm. rendelet könnyítéseket fogalmaz meg a sürgősség lehetőségének tekintetében. A fentiek tekintetében úgy vélem, ez a szabályozás nemhogy könnyebbé, hanem kifejezetten komplikáltabbá tette a rendkívüli sürgősség miatti könnyített eljárástípus alkalmazását.

Fentiekre túlmenően szeretném felhívni a figyelmet a 2. § (4) bekezdésre, amely az étellel, az emberi méltósággal szemben is aggályos.

„Súlyos vagy maradandó egészségromlást szenvedne, illetve a gyógyszeres vagy orvostechikai eszközzel történő ellátás hiánya irreverzibilis folyamatokat indítana el, és a várható élettartamot és emellett az életminőséget jelentősen kedvezőtlenül befolyásolná.”

A jelenlegi megfogalmazás szerint nem elég, hogy a betegnél irreverzibilis folyamatot indít el, ennek az élettartamot is csökkentenie kell, és mindemellett még az élet minőségének is romlania kell. Az előzőek közül bármelyik feltétel elégséges kellene, hogy legyen okként a könnyített eljárás alkalmazására, hiszen ezen okok ily módon történő összekapcsolása véleményem szerint beleütközik az emberi méltóság tiszteletben tartásába. Mondatszerkezetileg az és kötőszó helyett mindenképpen a vagy kötőszó használata lenne inkább elfogadható.

3.1.4. Korm. rendelet 4. § (2) bekezdés

„...A Kbt. szerinti meghívásos eljárásban az OEP, mint ajánlatkérő nem határozhatja meg az ajánlattevők keretszámát.” A rendelet szerint a 4. § (2) bekezdése úgy szól, mintha a Korm. rendelet módosítaná a Kbt-t, ami a korábbiakban leírtak alapján nem lehetséges. A helyes megfogalmazás az lenne, hogy „a Kormány rendelet szerinti meghívásos eljárásban”. Ez viszont ellentmond annak, hogy a meghívásos eljárásban nem, de a többi esetben, a hirdetményes tárgyalásos eljárásban vagy keretmegállapodásos eljárásban már meghatározhat keretszámot. Ez a korlátozás tehát logikátlanak tűnik.

Összefoglalva

– A Korm. rendelet összemosza a Kbt. 182. §. (1) bek. 8.) pontjában és 11.) pontjában adott felhatalmazást, tekintettel arra, hogy az OEP vonatkozásában egy központi beszerző-szervezetet hoz létre, amelyre vonatkozó felhatalmazás a Kbt. 182. §. (1) bek. 8.) pontjában és nem a 11.) pontjában szerepel, amelyek közül csak az utóbbit hivatkozta le a Korm. rendelet, azaz a 8.) pontra való hivatkozás hiányzik, – a Korm. rendelet több pontban is ellentétes a Kbt.-vel,

- pl. az áru rabatt, a mennyiségi meghatározás, a felhatalmazáson történő túlterjeszkedés tekintetében,
- az áru rabatt, a mennyiségi eltérés ily módon történő szabályozása sérti az esélyegyenlőség, és az egyenlő bánásmódra vonatkozó alapelveket,
- a rendkívüli sürgősség Korm. rendelet szerinti szabályozása nem ad könnyítést, sőt nehezítést eredményez a sürgős helyzet megoldására a Kbt.-hez képest.

3.2. A 46/2012. (III. 28.) Korm. rendelet

A 46/2012. (III. 28.) Korm. rendelet „a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmények részére történő gyógyszer, orvostech-nikai eszköz és fertőtlenítőszer beszerzések országos központosított rendszeréről” a következő fogalmakat azonosítja.

3.2.1. Ajánlatkérő

A rendelet alapján: 3. § (1) A központi beszerző szervezet el látja a központosított közbeszerzési rendszer működtetésével kapcsolatos feladatokat, valamint lebonyolítja a központosított közbeszerzési rendszer keretén belül megvalósítandó közbeszerzési eljárásokat.

A Kbt. 22. § (1) bekezdése miatt elengedhetetlen annak meghatározása, hogy ki az ajánlatkérő. A hivatkozott rendelkezésből azonban ez nem derül ki, ugyanis e rendelkezés alapján a központi beszerző szerv csak lebonyolító. A 3. §-ban a kórházak csak adatszolgáltatási feladatot kapnak és mindent a központosított beszerző végez a Tanács bevonásával. Kérdésként merül fel, hogyan érvényesül a kórházak saját (pénzügyi, készletezési, stb.) igénye a kiírásban és elbírálásban.

3.2.2. Saját hatáskörben megvalósított beszerzés

A rendelet 6. § (1) bekezdése alapján az 1. § (1) bekezdése szerinti kórház a Kbt. szabályaival összhangban, saját hatáskörben akkor valósíthatja meg gyógyszer illetve orvostech-nikai eszköz beszerzését, ha

d) a központosított közbeszerzés útján történő beszerzésnél gyógyszer esetében alacsonyabb napi terápiás költséggel, orvostech-nikai eszköz vagy fertőtlenítőszer esetében alacsonyabb áron tudja beszerzését megvalósítani, feltéve, hogy a központi beszerző szervezet által kötött keretmegállapodás alapján az adott gyógyszerből, orvostech-nikai eszközből vagy fertőtlenítőszerből időarányosan az adott intézmény által rendelhető, az igényfelmérés alapján megállapított mennyiség vagy érték 70%-át elérő mértékben már megrendelés valósult meg.

A rendelet megfogalmazása alapján csak abban az esetben van a kórháznak lehetősége alacsonyabb áron történő beszerzésre, ha a keretmegállapodás alapján megállapított mennyiség 70%-a már lerendelésre került. Ez a rendelkezés el-lentmond a Kbt. 1. §-ban meghatározott, a közpénzek ésszerű és hatékony felhasználására vonatkozó alapelvnek, hiszen szükségtelenül kell adott esetben drágább termékeket beszereznie az intézményeknek (amíg a rendelés mennyiség a 70%-ot el nem éri). A saját beszerzések jogszerűségének esetleges ellenőrzésére más módszer (pl. a központi beszerző szervezet rendszeres vizsgálata és jogorvoslati lehetősége) kidolgozása és bevezetése lenne célszerű.

A rendelet 6. § (1) bekezdés e) pontja alapján: „az intézmény a Kbt. szabályaival összhangban saját hatáskörben akkor valósíthatja meg gyógyszer, orvostech-nikai eszköz vagy fertőtlenítőszer beszerzését, ha finanszírozása európai uniós forrásból történik és a központosított közbeszerzési rendszerben

történő beszerzés nem felelne meg a forrás felhasználásának szabályosságával kapcsolatban a támogató által támasztott követelményeknek.”

Ez a pont félreértelmezhető, ugyanis úgy is lehet értelmezni, hogy ez a központosított beszerzés nem felel meg az uniós követelményeknek.

Az értelmező rendelkezések között található az orvostech-nikai eszközök országos alaplístája, amelyet az egészségügyi szakmai kollégiumnak az elnöke által kijelölt tagozatok hoznak majd létre, és vizsgálnak felül évente egyszer, és ennek figyelembevételével készíti elő a központi beszerző szervezet az orvostech-nikai eszközökre vonatkozó közbeszerzési eljárásokat. Emellett hivatkozás található a szövegben arra (3. § (5) bek.), hogy a közbeszerzés tárgyának meghatározása esetén a központi beszerző szervezet azt is figyelembe veszi, hogy mely generikus eszközcsoportok esetében valószínűsíthető meg az országos központi beszerzés az ellátás biztonságának garantálása mellett. Ugyanakkor ezen rendelkezések megvalósulását nem lehet teljes körűen felfedezni az eszközlistán. Például röntgen, ultrahang-berendezés, CT, MR esetében, figyelembe véve a központosított beszerzések kritériumait, és előnyeit – azonos beszerzési tárgyra vonatkozó igény, volumene jelentős, beszerzés tárgya (műszaki, szakmai szempontból) formalizálható, a szerződés kedvezőbb feltételekkel teljesíthető – mind teljesülnek, így ezekre az eszközökre érdemes lenne központi beszerzéseket lebonyolítani, az intézmények egyedi specifikus igényének felmérésével, annak kategorizálásával.

3.3. Következtetések

Mindkét rendelet vonatkozásában célszerű lenne elgondolkodni a jogalkotónak a következőkön: az intézmények azon beszerzéseinek tekintetében, amelyekre nincs keretszerződés, valamint rendkívül sürgős beszerzés esetében százalékos vagy konkrét összeg erejéig meg lehetne határozni, hogy ne essenek az összeszámítás alá. Itt megoldás lehet a Kbt. 18.§ (3) bekezdésében árura meghatározott értékhatár, amit a nemzeti rezsím szerint kivételként lehetne kezelni.

4. Anomáliák az egészségügyi közbeszerzési eljárásokban

Magának a Kbt.-nek a célját és alapelveinek megvalósulását az eljárás választott formája és elbírálása dönti el. Az eddigieken túlmenően szeretném megvilágítani két témában azokat az anomáliákat, amely a jelenlegi egészségügyi közbeszerzéseket jellemzik.

4.1. Keretmegállapodás

A törvény speciális közbeszerzési eljárási fajtákat is szabályoz, ilyen például a Kbt. 108. § (1) bekezdése szerinti keretmegállapodásos eljárás. „Az ajánlatkérő közbeszerzését keretmegállapodás útján is megvalósíthatja. Ennek során nyílt, meghívásos, vagy – amennyiben a tárgyalásos eljárás alkalmazásának feltételei fennállnak – tárgyalásos eljárás folytatásával keretmegállapodást köt.”

Keretmegállapodás négy formában köthető:

1. Egy ajánlattevővel megkötött keretmegállapodás, amely az annak alapján adott közbeszerzés megvalósítására irányuló szerződés(ek) minden feltételét kötelező erővel tartalmazza; ekkor kerülhet sor a közvetlen megrendelésekre.

2. Egy ajánlattevővel megkötött keretmegállapodás, amely nem tartalmazza az annak alapján adott közbeszerzés megvalósítására irányuló szerződés (ek) minden feltételét vagy azokat nem kötelező erővel tartalmazza; ebben az esetben konzultációt követő szerződéskötés történik.
3. Több ajánlattevővel megkötött keretmegállapodás, amely az annak alapján adott közbeszerzés megvalósítására irányuló szerződés (ek) minden feltételét kötelező erővel tartalmazza; ez alapján a keretmegállapodást ajánlatkérőként megkötő fél általi közvetlen megrendelés útján kerülhet sor a kiválasztott ajánlattevőtől (korábbi szabályozás szerinti lehívás).
4. Több ajánlattevővel megkötött keretmegállapodás, amely nem tartalmazza az annak alapján adott közbeszerzés megvalósítására irányuló szerződés (ek) minden feltételét vagy azokat nem kötelező erővel tartalmazza; ekkor kerül sor a verseny újraindítására, vagy elektronikus árlejtés szerinti eljárás lefolytatására (4. ábra).

A keretmegállapodásra vonatkozó eljárás tehát két részből álló eljárásfajta. Az első részben nyílt, meghívásos, vagy tárgyalásos eljárás során történik a keretmegállapodás, a második részben pedig a közvetlen megrendelés, konzultáció, vagy a verseny újraindítása. A központi költségvetési szerveknek többségében kötelezően a verseny újraindítást kell alkalmazniuk. Ez így viszont nem csak hosszabb, hanem jóval költségesebb is. Ráadásul sok esetben az ajánlattevők nem értelmek helyesen, mert a második szakaszban, amikor a konzorcium helyett ők, mint ajánlattevők tesznek ajánlatot, érvénytelenné válik az ajánlatuk, így egy drágább ajánlattal induló nyertes kell kihirdetni, ami megint csak megdrágítja az eljárást.

A keretmegállapodások korábbi gyakorlathoz hasonló lehívásos rendszerben való működtetése fentiek alapján mindenképpen célszerűbbnek tűnik.

A központi költségvetési szervek beszerzéseinél érdemes lenne elgondolkodni a kiemelt termékkörök beszerzési gyakorlatán. A KEF által bonyolított közbeszerzések esetében például az alkalmazott, úgynevezett verseny újraindításával gyakorlatilag új közbeszerzési eljárást kell lefolytatnia. Ez kb. 500 intézmény esetében 500 új közbeszerzési eljárást jelent. Egyes keretmegállapodásokat célszerűségi szempontból lehetne felülvizsgálni, azaz a központosított közbeszerzés, keretmegállapodás eléri-e a célját? Hatékonyágát tekintve a célját nem megvalósító közbeszerzés ugyanis hátráltatja a közbeszerzéseket. Példaként említem meg a fénymásolókra vonatkozó keretmegállapodásokat, amely során az ajánlatkérő teljes körű üzemeltetési szerződést szeretne kötni, és ezt a jelenlegi rendszerben úgy teheti meg, ha bérleti szerződést is köt, azaz duplán történik a kifizetés (KEF).

Keretmegállapodás kötése és időtartama

A versenyjogban a monopolhelyzet alatt nem feltétlenül azt értik, ha a piacot teljes egészében egyetlen vállalat ellenőrzi. Inkább a meghatározó piaci befolyással vagy erőfölénnyel való visszaéléssel kapcsolatos eseteket vizsgálják és szankcionálják. Az állami megrendelések túlzott megjelenése egyes piacokon azzal a következménnyel jár, hogy egyes ajánlattevők a piacról teljesen kiszorulnak, míg mások indokolatlanul erőfölénybe kerülnek. Ennek elkerülése érdekében javasolt, hogy a központi beszerző szervezet több ajánlattevő részvételével létrejövő keretmegállapodásokat kössön, és azok időtartama sem haladja meg a két évet.

További javaslatok a keretmegállapodás ésszerűsítésére:

1. A törvény céljára figyelemmel a keretmegállapodásban legyen lehetőség részajánlat tételére, így például elkerülhetőek az eredménytelen kiírások elegendő pályázó hiányában. Ezzel a Nemzeti Fejlesztési Minisztérium Közbeszerzésért Felelős Helyettes Államtitkárság Közbeszerzési Felügyeleti és Ellenőrzési Főosztályán történt beszélgetésem során beszélgetőpartnerem is egyetértett. Szeretném megvilágítani, hogy közös ajánlattétel esetében a cégeknek konzorciumi szerződést kell kötniük, egyetemleges felelősségvállalás mellett, megjelölve azt az ajánlattevőt, aki nevében indulnak. Ez a feltétel nem motiválja a cégeket a közös ajánlattétel irányába, és egyébként is az adminisztrációs terhek ugyanolyanok, mintha valaki önállóan indulna egy tenderen, a közös indulás (az egyetemleges felelősség miatt) rizikója azonban sokkal nagyobb.
2. Az érintett intézmények, akik mint végfelhasználók érintettek (akik használják majd az eszközöket) esetleg bizottsági tagként vagy felhívás, dokumentáció véleményezőként bevonásra kerülhetnének.
3. A keretmegállapodás esetében alkalmazott verseny újraindítással, azaz a negyed-, félévente történő versenyztetés számomra nem tűnik hasznosnak. Véleményem szerint amennyiben a keretmegállapodás első részét jól folytatják le, annak a második körben is érződnie kellene. Az első részben az ajánlattevők tét nélkül, általában listaárakat adnak be, és semmilyen plusz információt nem szolgáltatnak, így várja mindenki a második kört. Így viszont az első körnek nincs sok értelme, az eljárás viszont nem csak hosszabb, hanem jóval költségesebb is lesz. A keretmegállapodások korábbi gyakorlathoz hasonló lehívásos rendszerben való működtetése fentiek alapján, és a korábban ismertett okok miatt is célszerűbbnek tűnik.

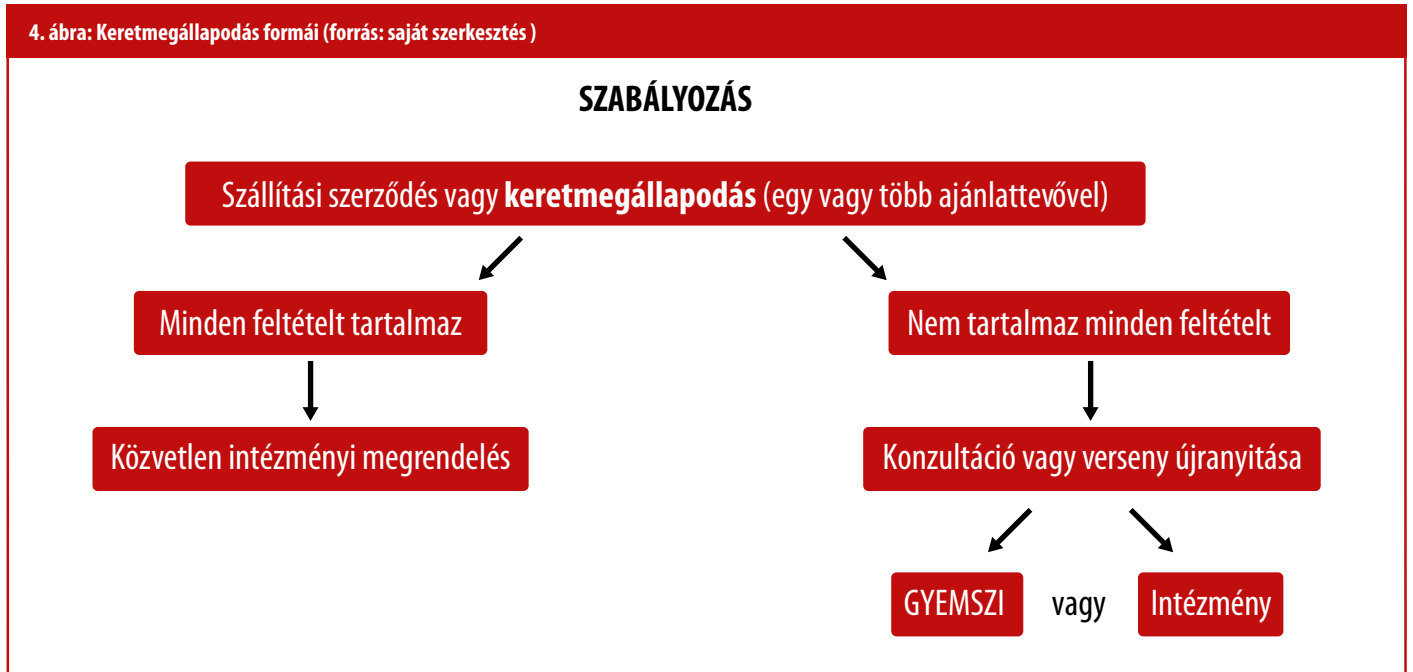
Interjúim során szóba került, hogy a keretmegállapodásos eljárás során a közbeszerzések központi ellenőrzéséről és engedélyezéséről szóló 46/2011. (III.25.) Korm. rendelet lehetővé teszi az OEP számára, hogy a beszerzésre kiírt gyógyszereménység akár 100%-val is eltéríthető negatív irányban, azaz nem megfelelő árajánlat esetén eredménytelenül zárja az eljárást. A mennyiségi eltérésnél leírtak fenntartásával ezzel az állítással azért vitatkoznék, mert a keretmegállapodás keret mennyiségre, időre, összegre, vagy ezek kombinációjára köthető. Amennyiben például letelik a szerződött idő, és a mennyiség tekintetében nem vásároltak egy darabot sem, vagy akár csak öt darabot, és a szerződés lejár, mivel keretszerződésről beszélünk, nincs további kötelezettség. Tehát keretszerződés alkalmazása esetében nincs is szükség a százalékos eltérés meghatározására.

Az ajánlat érvénytelenségét a Kbt. 74. §-a alapján lehet megállapítani, a közbeszerzési eljárás eredménytelensége pedig ez esetben a Kbt. 76. § (2) bekezdés c) pontja alapján állapítható meg: „c) egyik ajánlattevő sem vagy az összességében legelőnyösebb ajánlatot tevő sem tett – az ajánlatkérő rendelkezésére álló anyagi fedezet mértékére tekintettel – megfelelő ajánlatot” (Közbeszerzésekről szóló 2011. évi CVIII. törvény).

4.2. Bírálati szempontrendszer

A közbeszerzések hatékonyságának vizsgálata során az egyik legfontosabb momentumra, a sokat vitatott elbírálási szempontokra szükséges kitérnünk. Két elbírálási módszer létezik:

4. ábra: Keretmegállapodás formái (forrás: saját szerkesztés)



a legalacsonyabb ellenszolgáltatás, illetve az összességében legelőnyösebb ajánlat módszere. Amennyiben az ajánlatkérő a legalacsonyabb ellenszolgáltatás módszerével a legolcsóbb ajánlatot választja, nem feltétlenül ezzel jár a legjobban, hiszen a minőségi illetve járulékos szolgáltatás kritériumait figyelembe sem tudja venni. Az összességében legelőnyösebb ajánlat módszerének választása esetén viszont nagy körültekintéssel kell meghatározni azokat a kritériumokat, amely alapján valóban a számára legelőnyösebb ajánlatot felelős módon tudja kiválasztani. Tehát az elbírálás során azt kell eldönteni, hogy az ár vagy az összességében legjobb szempont alapján dönt valaki. Amennyiben az ajánlatkérő a szerződéses feltételeket jól határozza meg, vélhetően jó szerződést tud kötni majd jó áron. Amennyiben kevés pénz áll rendelkezésre, a szempont valószínűleg kizárólag az ár lesz. Amikor viszont az összességében legelőnyösebb ajánlat, mint bírálati módszer mellett dönt, az értékelést el tudja vinni reális alapról, azaz, manipulálni tudja az eredményt. Nézzük meg hogyan.

A Kbt. alapvetően az elbírálás módszerét logikusan építi fel. Hiányosságának tekinthető azonban a több módszer alkalmazásának megengedése, illetve a szubjektív szempontok értékelése. Azonban amennyiben ezen szabályozásokat a törvény céljai mentén értékeljük, akkor nem juthatunk más következtetésekre mint a következőben kifejtett gondolatmenet dr. Csányi István Közbeszerzési ismeretek című könyvében foglaltak alapján (Csányi, 2014, p.90–94.o.).

Az egészségügy területén az elbírálási szempontok kidolgozása szakértők bevonásával (jogi, közbeszerzési, valamint szakmai szakértők!) lenne célszerű, amely a Kbt. és az irányelveknek való megfelelést is tartalmaznák. Fontosnak tartanám azt, hogy részszerpontként elő lehessen írni a minőséget. Ez esetben azonban rögzíteni kell, mit értünk például minőség alatt. „Gyakran teszem fel a kérdést kollégáknak: szerintük mi a minőség? A válasz gyakran várat magára. Különböző megfogalmazások ismertek, pl. a szabványnak való megfelelés és a megbízhatóság együtt...”⁸ (Csányi, 2014, p.90). A szabványoknak való megfelelést, mint alkalmassági szempontot lehet figyelembe venni, ez nem lehet bírálati szempont! Az olyan kritérium, mint

megbízhatóság, pedig termék specifikus kell, hogy legyen, ami szakmai érvekkel megfelelően alá van támasztva.

„A Kbt. (71. § (4) bekezdés) szerinti részszerpontok példalózó felsorolást tartalmaz, de az esztétika például nem lehetne bírálati szempont, hiszen teljesen szubjektív, és közpénzből való vásárlásnál ne az legyen szempont hogy milyen színű, hanem az legyen szempont, hogy arra, amire használják alkalmas-e”⁹ (Csányi, 2014, p.90).

Objektív elbírálási szempontrendszer kialakítása esetén akár lehetne más arányban: az első az orvos szakmai szempont 50%, vagy akár nagyobb arányban súlyszámozva, és utána következhetne második szempontként az ár.

4.3. Bírálati módszerek

„Az összességében legelőnyösebb ajánlat kiválasztásakor ajánlatkérőnek meg kell határozni a súlyszámot, valamint az értékelés során adható pontszám alsó és felső határát, ezen kívül pedig magát a módszert. A súlyszám fejezi ki az adott részszerpont fontosságát, a pontszám alsó- és felső határa minden részszerpont esetén azonos kell, hogy legyen. A módszer határozza meg a részszerpontokra a pontszámot. Részszerpontként azonos módszer alkalmazása javasolt, hiszen ellenkező esetben az alszerpont fontosságát már nem a súlyszám, hanem maga a módszer fogja meghatározni. Amennyiben akár két részszerpont esetén az egyiknél fordított, a másiknál egyenes arányosítást végzünk, és ezt összehasonlítjuk a részszerpontként azonos, például egyenes arányosítás módszerével számoltakkal, eltérő eredményt kapunk. Lényeges tehát, hogy olyan súlyszámokat válasszunk, ami számunkra ténylegesen az adott szempont fontosságát jelenti.”¹⁰ (Csányi, 2014, p.91).

„A KH 2012. június 1.-i útmutatójában szerepel az abszolút értékelési módszer is, melynek lényege, hogy előre meghatározott ajánlati elem legkedvezőbb szintjét előre meghatározhatja az ajánlatkérő. Így azonban nem a beérkezett paraméterek összehasonlítása történik, hanem az ajánlatkérő által előre, legjobbnak meghatározott paramétereirehasonlítva az ajánlatok elemeit. Így az is előfordulhat, hogy senki nem kap maximum pontot, viszont aki a minimum elvárásunk alatt

ti vállalást tesz, az nem 0 pontot kap, hanem érvénytelen lehet az ajánlata¹¹ (Csányi, 2014, p.94).

Ajánlatkérő a módszerek nem megfelelő megválasztásával egyes ajánlattevőket előnyhöz juttathat, ami a közpénzek hatékony felhasználása, az egyenlő bánásmód szempontjából aggályos.

Az ajánlatok elbírálása épp olyan fontos, mint az eljárás előkészítése, a specifikáció jó szakmai előkészítése. Tulajdonképpen ezen dől el a közbeszerzés sikeressége.

4.4. Egyéb eljárási szabályok

- a. Felettes szerv kontrollja: garanciális elem a közbeszerzés folyamatában. A kontroll egy olyan kihívást jelentő elem, ami által a szereplők jobban odafigyelnek már az előkészítésre is. Azonban a kontrollnak akkor van megfelelő hatása, ha helyben történik – az adott témához szükséges információk és ismeretek tükrében –, és egy jártasabb, nagyobb rálátással rendelkező felettes osztály/szerv végzi. Amennyiben a vezető kontrolljára ráültetjük egy másik szerv beosztottjának kontrollját, az nem biztos, hogy a legnagyobb hatásfokú és minőségű ellenőrzés lesz. Az, hogy az engedélyezés folyamata lassító tényező, valójában megvizsgálandó, mi az ok, és amennyiben erőforráshiányról van szó, érdemes ennek korrigálásán elgondolkodni.
- b. A Semmelweis Egyetem, Gyógyszerésztudományi Kar, Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerügyi Szervezési Intézet szakértőjével folytatott beszélgetésem során hangzott el problémafelvetésként, hogy az országos ellátás esetében kellő átmeneti időt kell biztosítani a potenciális ajánlattevőknek/ érdekelteknek. Itt minimum negyed, illetve fél év szükséges ahhoz, hogy a nyertes ajánlattevő fel tudjon készülni a szállítási volumen biztosítására. A gyakorlatban jelenleg ez sokszor nem érvényesül.
- c. A jogorvoslati eljárásokra vonatkozó előírások változásának célja az alaptalan kérelmek benyújtásának visszaszorítása volt, melyet a kérelemre indult eljárásért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjak 2012. január 1-jétől hatályos megemlése szolgált. A jogorvoslati díjszabás mértékének megemlése azonban valódi problémát jelenthet, mert a valóságban sajnos tényleg azzal jár, hogy nemcsak a kis- és középvállalatok, hanem akár a nagyobb cégek indokolt esetben sem élnek a jogorvoslat lehetőségével annak magas költségei miatt. Azaz a módosítás valódi hatásaként számolni kell a valós problémák felszínre kerülésének elmaradásától. Ez a véleményem az ETOSZ képviselőivel történt beszélgetésem során is megerősített nyert.

5. Orvostechnikai eszközök

Az orvostechnikai eszközök piaca hozzávetőlegesen 40 milliárd forint, ez a gyógyszerárfordítás – 300 milliárd Ft – töredéke csupán.

Az orvostechnikai eszközök (nem összetévesztendőek a gyógyászati segédeszközökkel) olyan speciális termékeket ölelnek fel, amelyek strukturálása, normatívák kialakítása nem egyszerű feladat. Láthatjuk, hogy ez fejtörést okoz ez a fenntartók, tulajdonosok, hozzáértő szakemberek számára is. A gyógyszer egzakt és jól követhető, az ATC kódok alkalmazásával egyszerű, normatív módon használható. Az orvostechnikai eszközök esetében nincs normatíva. Egyelőre adat-

gyűjtés zajlik a kórházaktól. Vannak nagyobb értékű eszközök, berendezések, és vannak a fogyóanyagok. Ezen belül pedig számtalan termék, melyekre vonatkozó specifikáció kialakítása szubjektív, sokszor támadásra (jogorvoslatra) ad lehetőséget. Ugyanakkor nem szabad összetéveszteni és összehasonlítani sem egy IT-, vagy éppen nyomtató-, papírbeszerzéssel ezeket a speciális eszközöket. Egy egyszerű kesztyűbeszerzés példáján látható, mennyire hosszadalmas, elhúzódó, sok-sok egyeztetést kívánó területről van szó. A kesztyű nyilván fontos termék a sterilitás és sok egyéb szempontból is, de talán mégsem olyan bonyolult, mint például egy tüdővarrógép, ahol a kapcsolási magasságon, mint fontos paraméteren, és annak záródó mechanizmusán dől el, hogy mennyire pontosan zár az eszköz, nem engedve ún. „leakage”-et (szívárgást), és az ezzel járó veszélyeket a beteg szempontjából. Vagy említhetném példaként a szív- és érsebészeti varróanyagokat, netán a kardiológiai stenteket is.

Az egyik szemészeti beszállító cég vezetőjével konzultálva a következő megállapításokat tette. Az orvostechnikai eszközök piacán a jelenlegi finanszírozás mellett a közbeszerzés ilyen formában nem a legoptimálisabb, hátráltatja a rendszer működését. Ő hatékonyabbnak tartja a sima ajánlatkéréseket és ártárgyalásokat, mint a hivatalos, hosszú ideig elhúzódó közbeszerzési eljárásokat. A szemészeti piacon három nagy beszállító van. Közbeszerzési eljárások során történik a fogyóanyagok beszerzése, az ahhoz szükséges nagy értékű berendezéseket azonban ezek a cégek biztosítják, például a fakoemulzifikáció („fako”-nak is nevezett) szürkehályog-eltávolítási műtét esetében. Központosított beszerzést erre vonatkozóan pont azért nem tudnak megvalósítani, mert ezeknek az eszközöknek a finanszírozását nem tudnák megoldani. A fogyóanyagok pedig nem lennének olcsóbbak, hiszen jelenleg a kihelyezett nagy értékű eszközök finanszírozását a beszállító cégek vállalják, gyakorlatilag saját profitjukból.

Ez utóbbi példához kapcsolódva komoly problémát fed fel az egészségügyi piacon az ajánlatkérők részéről a beszerzés tárgyához kapcsolódó, kihelyezett rendszerek kezelése, beszerzése, finanszírozása. Hasonló példát tudnék említeni például az elektrofiziológia területén is, ahol a beavatkozásokhoz szükséges navigációs és nem navigációs katéterek beszerzése, mint fogyóanyag-eszközbeszerzés a különböző fekvőbeteg-ellátó intézmények által. Általában Európai Uniósi értékhatárt meghaladó, nyílt közbeszerzési eljáráson keresztül írják ki, azonban már a kiírásban is úgy szerepel, hogy a hozzá tartozó, egyébként szintén nagy értékű berendezést, az elektroanatómiai térképező rendszert a beszállító cégeknek biztosítaniuk kell. Érzékeltetve a fentiekben említett példák összességességét, az utóbbi esetben a fogyóanyag-beszerzés nettó összértéke kb. 100-300 millió forint (ajánlatkérő labor nagyságától, beavatkozások számától függően) egy cég esetében, az ingyenesen kihelyezett nagy értékű berendezés értéke pedig nettó kb. nettó 50-60 millió forint.

Harmadik példa erre a gázok, anaeszteziológiai anyagok kiírása, ahol két cég érdekelt. A vaporizátorokat a cégeknek korábban biztosítaniuk kellett, ezek az intézményekben vannak kihelyezve. A központosított kiírás ehhez igazodva külön soron szerepelteti a gázokat, hiszen a vaporizátorokat lecserélni nem tudja. Viszont így az átlagos árszinhez képest a központosított tenderen „sikerült” magasabb árat elérni ezeken a sorokon. A cégek más központosított beszerzéseknél árait

valóban csökkentették, azonban máshol, például ez utóbb említett esetben visszahozták ezt a kiesést.

Érdemes azon előre, jól meghatározott feltételrendszerek mentén meghatározni és kialakítani egy egységes állásfoglalást, hogy mely áruféleségek esetében teljesülnek azok a célok, amelyek a centralizált beszerzésekkel megvalósulnak és ez nem jelent jelentős beavatkozást, főként negatív hatást az érintett piac működésében. Ezen túlmenően érdemes nemcsak költségek és megtakarítások szűk mezsgyéjén gondolkodni, hanem a korábban említett silókon túltekinteni, és megvizsgálni az eredményességet is olyan szempontból, hogy a megtérülés a beteg egészségnyereségén, gyógyulásán keresztül is valamilyen módon monitorozható, illetve mérhető legyen.

6. Intézményi problémák

A GYEMSZI, mint óriásszervezet a közbeszerzések területén a központi koordinációs és egyben végrehajtó funkciót talán a létszám gondok, az öt telephely, és a széttagozódó beszerzési struktúra miatt csak korlátozottan képes ellátni. A GYEMSZI eddig is koordinálta és felügyelte a fekvőbeteg-intézmények beszerzéseit, amennyire a szabályozók és az erőforrások lehetővé tették. A központi koordinációt erősítve jött létre ez az intézményi beszerzési főosztály. A stratégiai erőforrástervezés ágazati szinten hiányzik, melynek oka lehet például az, hogy vagy nincs elegendő mennyiségű adat, és ami van, abból nem lehet megfelelően tervezni, vagy a rendelkezésre álló adatok, melyeket az intézetek szolgáltatnak tévesek, illetve nem elég pontosak. Itt már kórházakra vonatkozó ágazati szabályozási problémával állhatunk szemben. Az ágazati koordináció kérdésköre azonban már nem a GYEMSZI, hanem az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) kompetenciája, a szabályozás hiányossága tehát kormányzati lépéseket igényelne. A beszerzések három részleghez tartozása és ezen felül egy in-house megállapodással a közbeszerzésekbe bevont gazdasági társaság, az Egészségügyi Szolgáltató Zrt. (továbbiakban: ESZ Zrt.) alkalmazása nem egységesíti a beszerzési szervezetet, sőt éppen ellenkezőleg, szétdarabolja azt. Ez nagymértékben nehezíti mind az ágazati, mind a saját beszerzések egységes tervezését és lebonyolítását. Az intézményi beszerzéseken belül sem szervezetileg, sem funkcionálisan nem különül el a beszerzések ellenőrzése, és végrehajtása, amivel egyébként összesen öt-hat fő foglalkozik (5. ábra).

7. Következtetések, javaslatok

A közbeszerzés egy olyan komplex, összetett gazdálkodó tevékenység, amely nagyon specifikus tudást igényel a benne dolgozó szakemberektől és jogászoktól egyaránt. A közbeszerzések összértéke az uniós átlag kb. 18%-át teszi ki. Magyarországon a közbeszerzési eljárások értéke átlagosan a GDP 5-6%-a, ez az államháztartási kiadások 8-9%-a, azaz jelentős közpénzzel való gazdálkodásról beszélünk. A szabályozott közbeszerzések kialakulása körülbelül az első Kbt. megszületésével indult el. Azóta nagyon sok szakaszon és fejlődésen ment már keresztül a hazai közbeszerzések rendszere, és azt is elmondhatjuk, hogy ez egy nagyon aktuális és rendkívül fontos téma. Az egészségügyi beszerzésekre koncentrálva megállapíthatjuk, hogy ez a többi iparágtól teljesen eltérő specifikumokkal rendelkező szektor külön odafigyelést, szakértelmet és rugalmasságot igényel. Az egészségügyben a cél az egészség megőrzése, fejlesztése, az egészségromlás

megakadályozása, a gyógyítás. Végso soron a munkaképes emberek minél előbbi munkába való visszajutásának elősegítése. A gyógyításhoz az ellátórendszernek speciális és mással nem helyettesíthető szakértelemre van szüksége, jelenleg azonban sajnos az ágazat szakemberhiánnyal küzd. Amikor a költségvetés utolsó sorában szereplő egészségügyi ráfordításokat vizsgáljuk, megállapíthatjuk, hogy az egészségügyre fordított kiadások az OECD-országok átlagának felénél is kevesebb. Az egészségügyi kiadások változása a GDP százalékában csökkenő tendenciát mutat, a 2011-es 4,6%-ról 2012-ben 4%-ra, 2013-ra 3,9%-ra esett vissza.

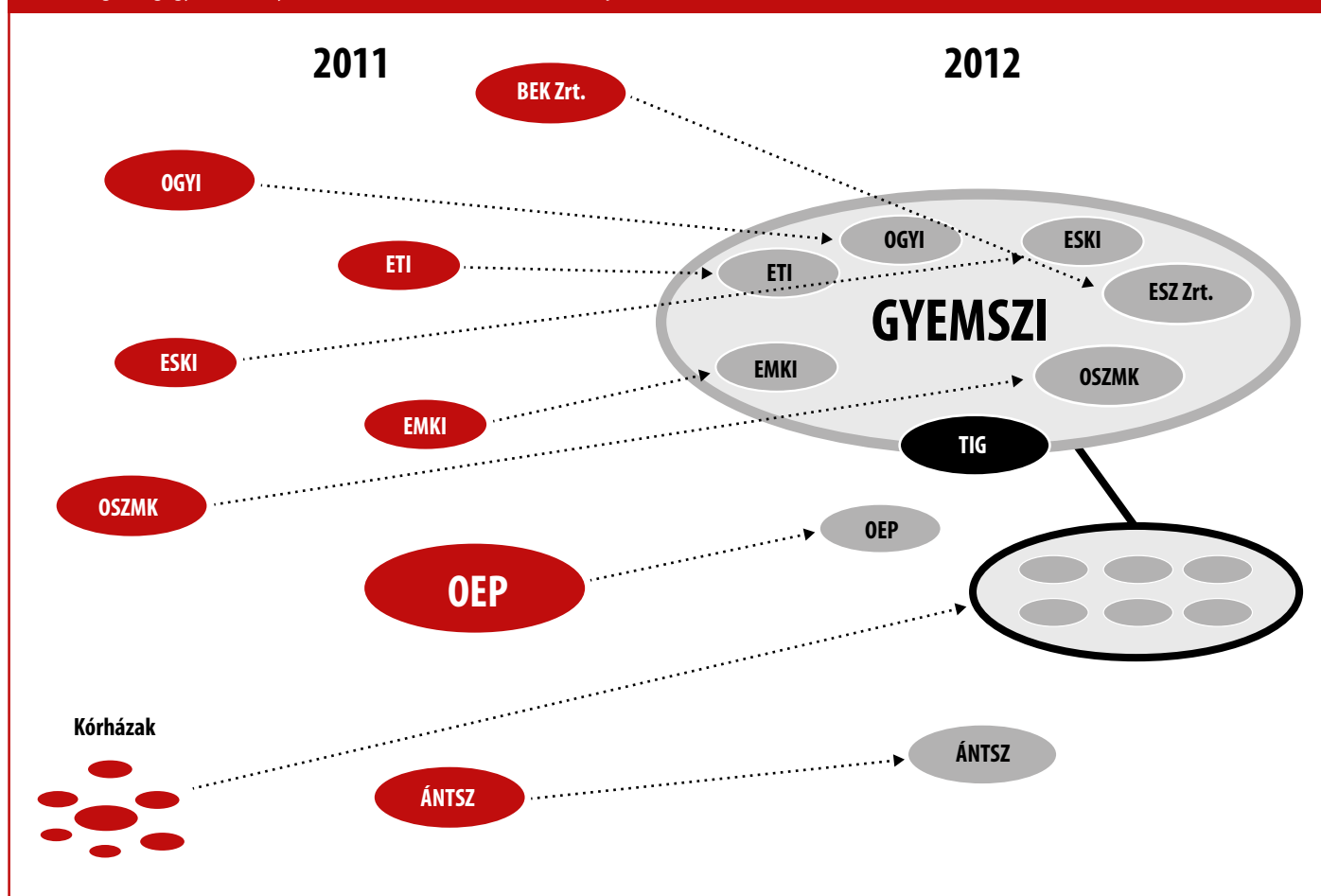
Az egészségügyet értékteremtő ágazatnak kellene tekinteni, amely a többi ágazatra is szinergista hatást képes kifejteni. Az egészségipar több GDP-t termel, mint amennyit az egészségügy felhasznál. Az egészségipar ezen felül jelentős számú munkahelyet képes teremteni. A jelenleg rendelkezésre álló adatok és a finanszírozási rendszer ismeretében a közbeszerzések rendszere a spórolás nem túl hatékonyan működő eszköze. Kicsit sarkítva a fő bírálati szempont az esetek nagy részében az ár, és hatékonyságon a legolcsóbb kiválasztását értjük, persze figyelembe véve néhány egyéb szempontot is (korábbi példa alapján összességében a legelőnyösebb ajánlat esetében az ár és a kötbér mértéke nem tartalmaz szakmai szempontot). Amit megállapíthatunk az az, hogy az egészségügyi rendszernek abszolút értékben több pénzre van szüksége. Az éves közbeszerzési terv kialakításánál elsődleges szempont a fedezet mértéke. A kórházak a finanszírozás jellege miatt kénytelenek fiskális alapon dönteni, ami nem mindig egyezik meg a társadalmi költség-haszon optimummal. Reális tervet készíteni előre kiszámíthatatlan eseményekre egyébként sem könnyű feladat (az egészségügy sajátosságai miatt: mennyi beteg lesz, milyen betegségek fordulnak majd elő), azonban még nehezebb rendelkezésre álló források hiányában. A közbeszerzésekhez szükség van megfelelő adatokra, ellátási protokollokra, valamint hozzárendelt költségekre. És persze az árak és szakmai szempontok szerinti versenyre a piaci szereplők között.

A szakmai megbeszélések alkalmával mindenki nagyon segítőkész és lelkes volt velem. Talán ez is arra utal, hogy ezen a területen akadnak problémák, gondok, és lehetne javítani, fejlődni bizonyos területeken. Úgy vettem észre, örültek annak, hogy van valaki, akit ez a terület érdekel, és nem a kezdetektől – mi is az a közbeszerzés – kell kezdeni a beszélgetést. Volt, aki azt mondta, hogy én tulajdonképpen azt a moderátori szerepet töltöm be, ami hiányzik ebből a rendszerből. Ez arra enged következtetni, hogy gyakorlatilag olyan emberek véleményét hallgattam meg, akik egyébként egyáltalán nem, vagy ha igen, nem beszélnek rendszeresen egymással. Abban azonban egyetérthetünk, hogy a közbeszerzés csapatmunkát igényel: „Olyan szakemberekre van szükség, akik egy közös cél érdekében tevékenykednek, és ehhez gondolataikat bizonyos szinten össze kell, hogy hangolják”¹² (Csányi, 2014, p.8)

A közbeszerzések jelenlegi rendszerét átgondolva azok az intézmények, ahol közbeszerzésekkel foglalkoznak, a következők: KEF, OEP, GYEMSZI, ESZ Zrt., Térségi Igazgatóságok (TIG), és maguk az intézmények (6. ábra).

Amennyiben hatékonyságról, költségoptimalizálásról beszélünk, az eddigi közbeszerzések tapasztalatainak tükrében véleményem szerint valamit másképp kellene csinálni. Először is a GYEMSZI-nél ágazati koordinációra, ágazati szintű

5. ábra: Egészségügyi Intézményrendszer szerkezeti átalakítása (forrás:saját szerkesztés)



stratégiai tervezésre lenne szükség. Az eddig a GYEMSZI által összegyűjtött értékes adatok strukturálása, pontosítása és feldolgozása is célszerű lenne. A beszerzési szervezetet például a GYEMSZI esetében megvizsgálva a beszerzések három részleghez tartozása és ezen felül egy in-house megállapodással a közbeszerzésekbe bevont gazdasági társaság alkalmazása nem egységesíti a beszerzési szervezetet, sőt éppen ellenkezőleg: szétdarabolja azt. Amennyiben hozzávesszük a többi beszerző szervezetet, azt láthatjuk, hogy a szétdarabolódás nagymértékben megnehezíti mind az ágazati, mind a saját beszerzések egységes tervezését és lebonyolítását. Ráadásul a koordinációs, végrehajtói és kontrolláló szerep egyáltalán nem különül el az intézményeken belül. Jelenleg a vezetők kontrolljára egy másik szerv beosztottjának kontrollja van ráhúzva, ez azonban nem biztos, hogy a legnagyobb határfokú és minőségű ellenőrzés. A tervezés, a kontroll a vezetés része kell, hogy legyen. A kontroll nem különíthető el egy másik intézet másik osztályára, hiszen a kontrollnak akkor van megfelelő hatása, ha helyben történik – az adott témához szükséges információk, tapasztalatok és ismeretek tükrében – és egy jártasabb, nagyobb rálátással rendelkező felettes szerv végzi. Az engedélyezés ez esetben nem lassító tényező, hanem hatékonyan működő szakmai menedzsmentkontroll lesz, amely megalapozottságot és biztonságot nyújt mind közbeszerzési, mind jogi, mind szakmai értelemben.

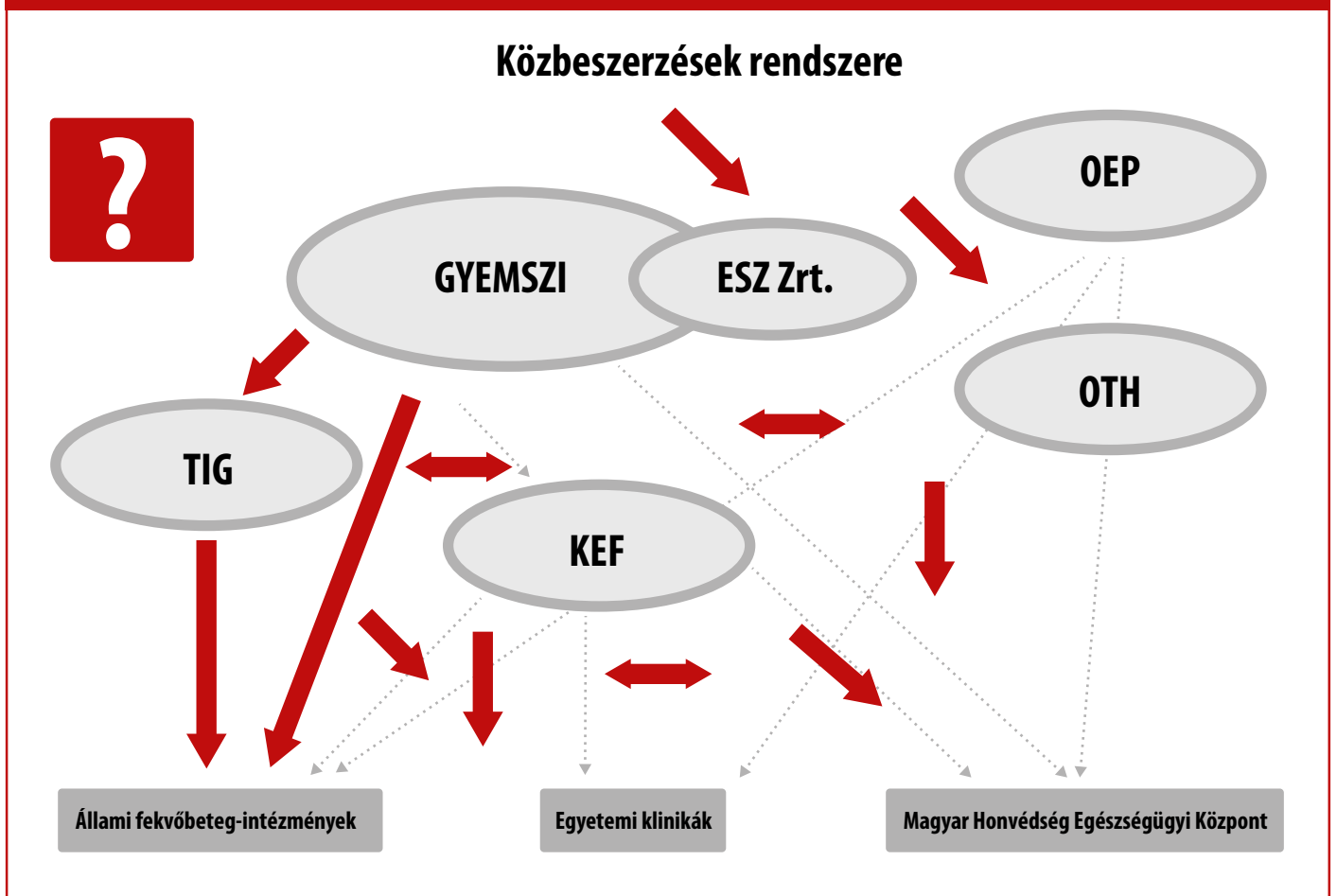
Mindenképpen felül kellene vizsgálni, mire érdemes központosított közbeszerzéseket lebonyolítani, és esetleg melyek azok a termékek illetőleg szolgáltatások, amelyeket pél-

dául régióként lehetne beszerezni. Azt is szükséges lenne megállapítani, hogy mit lehet és kell megmaradni a kórházak hatáskörén belül – ahol akár egy néhány fős csapat is foglalkozhatna közbeszerzésekkel –, illetve melyek a speciális beszerzési körbe tartozó termékcsoportok. Mindehhez hozzá lehetne rendelni a különböző eljárásrendeket. Az említett skandináv beszerzési tapasztalatokat is felhasználva szükség lenne sablonok kidolgozására.

Szeretném megemlíteni azt a skandináv programot (2011. 01. 01–2015. 12. 30) amelynek a célja az, hogy javítsa az innovációs közbeszerzéseket az egészségügyben kibővített tapasztalatcserével és határokon átnyúló együttműködéssel. „Hogyan lehet a skandináv egészségügyi ágazat még innovatívabb és igényesebb megrendelő? Az állami szektor messze a legnagyobb vásárlója és fogyasztója az egészségügyi termékeknek és szolgáltatásoknak a skandináv régióban. Ez jelentős lehetőséget nyújt új, innovatív termékek és szolgáltatások igénybevételeire a magánszektorból. De az állami szervezetek nem eléggé tudatosak a beszerzések és innovációk stratégiai szintű használatában. Az együttműködés és a tapasztalatok, ismeretek cseréje az állami megrendelők között korlátozott, és ennél fejlettebb párbeszédre van szükség a megrendelők és a szállítók között.”¹³

Az „Innováció az egészségügyi ágazatban a közbeszerzésen és a rendelkezésen keresztül” című program, amelynek tulajdonosa a Kereskedelmi és Ipari Minisztérium, arra mutat rá, hogy az állami szervezetek nem eléggé tudatosak a beszerzések stratégiai szintű használatában. A tapasztalatok és

6. ábra: Közbeszerzések jelenlegi rendszere (forrás:saját szerkesztés)



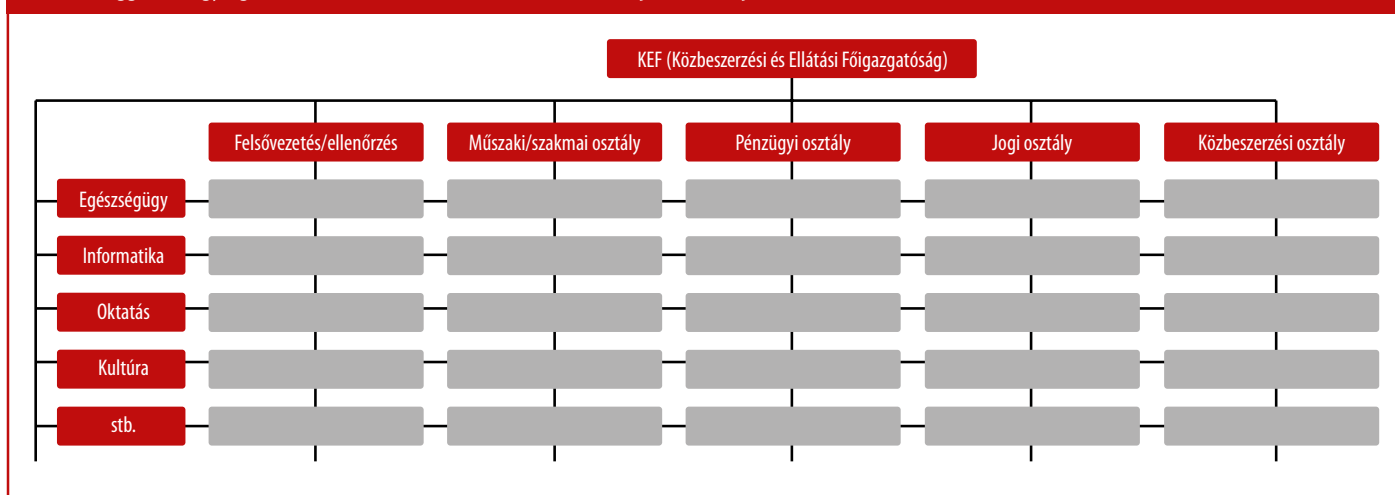
igények alapján nagyon fontosnak tartanám a hosszú távú, fenntartható partnerség kialakítását, rendszeres egyeztetésekkel, szakmai fórumokkal, kerekasztal-tanácskozásokkal minden résztvevő szereplő között, az ajánlattevői oldalt is bevonva. Erre vonatkozó előremutatást a 2016-ig átültetendő irányelvek (a jelenleg hatályos klasszikus szektorra vonatkozó 2004/18/EK irányelvet a 24/2014 EK irányelv, a közszolgáltatókra vonatkozó 2004/17/EK-et a 25/2014 EK irányelv váltja) tartalmaznak majd.

A gyártók, forgalmazók, szállítók láthatóan készen állnak az egyeztetésekre, a párbeszédre. Álláspontom szerint a fentiekben vázolt struktúra kialakítása nemcsak jobb, költség-hatékonyabb, gazdaságosabb, de transzparens, és a felelős gazdálkodás kritériumainak is megfelelően tudna működni azokkal a meghatározandó strukturális szabályozóknak a használatával, amiket korábban részletesen kifejtettem: rendszerbe foglalás az ad-hoc próbálkozások helyett, megfelelő szakértelemmel bíró szakembergárda strukturált rendszerben, felelős irányítás, és a végén megfelelő menedzsmentkontroll beépítésével.

Véleményem szerint úgy lehetne hatékonyabbá tenni a közbeszerzéseket, hogy a jelenleg működő, több szervezetre épülő más-más beszerzési ügycsoportonként, decentralizáltan működő szervezetek helyett egyetlen, a modern szervezetekre jellemző mátrix rendszerű központosított intézményt kellene létrehozni. A mátrix struktúra kialakításának feltételeit ehhez mindenképpen figyelembe kell venni, melyek a következők: dinamikus, heterogén, összetett, és innovatív külső kör-

nyezet, komplex, nagy újdonság és rizikó tartalmú feladatok a szervezetben, valamint a tagok fejlett kommunikációs és konfliktuskezelési készsége. A munkamegosztást illetően a kétdimenziós szervezetből következően különböző elvű munkamegosztás egyszerre van jelen ebben a struktúrában. Alkalmazkodó hatásköri rendszer jellemzi. A két dimenzió vezetői együtt döntenek a „metszéspontban” található problémáról (közös erőforrások esetén erős kölcsönös függés jellemző), ehhez a két dimenzió vezetőinek azonos súlyú kompetenciával kell rendelkezniük. Döntési centralizáció jellemző, többvonalas irányítási elv mellett. A koordinációt illetően jelentős szerephez jutnak a személyorientált koordinációs eszközök (vezető kiválasztás, kommunikációs készség). A horizontális és vertikális koordináció strukturális megoldás révén biztosított. Ahogy azt a szakmai megbeszélések is alátámasztják és megerősítik, véleményem szerint szükség lenne egy olyan szakmai központi szervezetre (nevezhetjük KEF-nek is) – az egészségügy, vagy akár az összes közbeszerzés tekintetében –, amely függetlenül lenne a többi szervezettől, és kizárólag a közbeszerzések lebonyolításával lenne megbízva, biztosítva ezzel annak függetlenségét is. A szervezetben belül természetesen szükség lenne szakmai, jogi és közbeszerzési szakembergárdára. A szervezet a beszerzés tárgyához igazodna, át lehetne gondolni, hogy ez a szervezet – termékspecifikus főosztályok beszerzési tárgykörönként közbeszerzési és szakmai szakértőkkel – miként működhetne. A központi szervezetben a felső vezetésknél történnének a stratégiai döntések, valamint a felső menedzsment kontroll – a fentiekben ismertetett módon – az

7. ábra: Független, egységes közbeszerzési szakmai mátrix szervezet ábrája (forrás: saját szerkesztés)



összes osztály és iparágak tekintetében. Megalapozott szakmai, jogi és közbeszerzési alapokra helyezett, a dolgozatban kifejtett és iparág-specifikus szempontrendszer alapján akár iparági projekt munkacsoportokra bontott szakmai osztályok egymással együttműködve alapoznák meg a döntés-előkészítő fázist.

Szükség esetén (például egészségügy specifikumai) külső szakmai szakértők bevonására is lehetőség lenne. Ezt az elképzelésemet a következő ábrán szemléltetem, ahol például az egészségügy esetében a műszaki, pénzügyi, jogi és közbeszerzési osztály ülésezne a teljes iparágat érintő kérdésekben, mint például a központosítás, ahol minden adatot és lehetőséget figyelembe véve, alapos döntés-előkészítés zajlana. A kontroll természetesen ezen a szinten is működne, és a végső döntés ismét megfelelő kontroll mellett a felsővezetés által történne. Álláspontom szerint egy ilyen független, egységes közbeszerzési szakmai mátrix szervezet innovatív és stratégiai szemléletmóddal, szoros kontroll mellett a transzparenciát, az irányvonalat, a hatékonyságot, de legfőképpen a gazdaságosságot tudná képviselni a mátrix szervezet előnyeit kihasználva: amely adaptív, innovatív, a szervezeti tagokat nagyobb teljesítményre ösztönzi, más struktúrátípuson belül is létrehozható (mikromátrix lehetősége). Így egy együttes tanulási folyamat révén új vezetési kultúra kialakítását teszi lehetővé. Természetesen a mátrix szervezet hátrányait is számba kell vennünk, hiszen ez lehet akár az „intézményesített konfliktusok szervezete” is – abban az esetben, amikor például nem egyértelmű a kompetenciaelhatárolás, amely labilissá teheti a szervezetet. A mátrix szervezet nagy igényeket támaszt az emberi képességek tekintetében, amelynek megfelelő irányítása és kontrollja viszont óriási előnyöket képes előhozni (7. ábra).

Dolgozatom kivonataként ebben a cikkben is igyekeztem rávilágítani azokra a neuralgikus pontokra, amelyek meghatározzák a hazai beszerzéseket. Megkerestem a jelenleg közbeszerzésben érdekelt és érintett szervezetek szakértőit, a velük folytatott szakmai beszélgetések nagyon hasznosak és tanulságosak voltak. A beszélgetésekből levont tanulság az intézményi, technikai elemzésen túl a kommunikáció és koordináció fontosságára mutatott rá.

Közbeszerzési tapasztalataimat és tudásomat – a Közbeszerzési Szakértő OKJ-s képzés keretei mellett – korábban az ajánlattevői oldalon szereztem az egyik nagy beszállító cég

munkatársaként. Jelen dolgozatomban a közbeszerzések hazai gyakorlatát már teljesen semleges, független szakértői szempontból elemeztem. A hivatkozott interjúk tartalmát interjúalanyaim beleegyezésével jelenítettem meg.

Szívből remélem, hogy az egészségügyi közbeszerzések több oldalról történt megvilágításával és elemzésével sikerült olyan szakmai és gyakorlati megállapításokat tennem, amelyek hasznosak, elgondolkodtatóak, netán alkalmazhatóak lehetnek a hazai egészségügyi közbeszerzések területén minden szereplő számára.

Jegyzetek

1. *Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére szakmai koncepció*, Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011. június 27. http://www.gyemszi.hu/wps/wcm/connect/gyemszi/f21418a1-5cba-4e7a-858d-ae8ec85c22c6/BEK451_001.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f21418a1-5cba-4e7a-858d-ae8ec85c22c6 letöltve: 2014.05.15.
2. *Dr. Kiss János és Dr. Tátrai Tünde: Fenntartható közbeszerzés – kérdőíves felmérés eredményei a magyar közbeszerzésről 2012.* TM 105. sz. műhelytanulmány: <http://www.uni-corvinus.hu/index.php?id=50352> letöltve: 2014.05.13.
3. *Dr. Kurtyán Edit-Csányi István 1997. (Köz-) Beszerzés a gyakorlatban* Komplex Jgtár.
4. *Közbeszerzésekről szóló 2011. évi CVIII. törvény. Complex Jgtár:* http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100108.TV&celpara=#xcelparam. Letöltve: 2014.05.
5. *Közbeszerzésekről szóló 2011. évi CVIII. törvény. Complex Jgtár:*
6. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100108.TV&celpara=#xcelparam. Letöltve: 2014.05.
7. *Közbeszerzésekről szóló 2011. évi CVIII. törvény. Complex Jgtár* http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100108.TV&celpara=#xcelparam Letöltve: 2014.05.

Szakcikk

8. Dr Csányi István: Közbeszerzési ismeretek TERC Kft. 2014
9. Dr Csányi István: Közbeszerzési ismeretek TERC Kft. 2014
10. Dr Csányi István: Közbeszerzési ismeretek TERC Kft. 2014
11. Dr Csányi István: Közbeszerzési ismeretek TERC Kft. 2014
12. Dr Csányi István: Közbeszerzési ismeretek TERC Kft. 2014
13. <http://www.nordicinnovation.org/projects/public-procurement-and-innovation-within-the-nordic-health-sector/> letöltve: 2014.június 5.
Innovation in the Health Sector through Public Procurement and Regulation
How can the Nordic health sector become an even more innovative and demanding procurer?
published 09/07/2012, last updated 24/10/2012

Irodalomjegyzék

- ÁSZ jelentés a korábbi és a megújult közbeszerzési rendszer működésének ellenőrzéséről 2014. április. <http://www.asz.hu/jelentes/14074/jelentes-a-korabbi-es-a-megujult-kozbeszerzesi-rendszer-mukodesenek-ellenorzeserol/14074j000.pdf> letöltve: 2014.05.14. http://korruptio.blog.hu/2014/05/06/egy_asz-jelentes_margojara. Letöltve: 2014.05.14.
- Dr Csányi István: Közbeszerzési ismeretek TERC Kft. 2014
- Európai Unió hivatalos honlapja www.europa.eu letöltve: 2014. május 30.
- <http://www.eutanfolyam.hu/?sid=&m=9&l=5> letöltve: 2014. június 2. (Római Szerződés)
- Kiegészítés az Európai Unió Hivatalos Lapjához <http://ted.europa.eu/TED/main/HomePage.do> letöltve: 2014. május 25.
- Dr. Kiss János - Dr. Tátrai Tünde Fenntartható közbeszerzés – kérdőíves felmérés eredményei a magyar közbeszerzésről 2012. TM 105. sz. műhelytanulmány <http://www.uni-corvinus.hu/index.php?id=50352> letöltve: 2014.05.13.
- Közbeszerzésekről szóló 2011. évi CVIII. törvény Complex Jogtár http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100108.TV&celpara=#xcelparam letöltve: 2014.05.
- 46/2012. (III. 28.) Korm. rendelet http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200046.KOR&celpara=#xcelparam letöltve: 2014.05.22.
- 16/2012. (II. 16.) Korm. rendelet. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200016.KOR&celpara=#xcelparam letöltve: 2014.05.20.
- Dr. Kurtyán Edit-Csányi István 1997. (Köz-)Beszerzés a gyakorlatban Kompkonzult Kft. <http://www.nordicinnovation.org/projects/public-procurement-and-innovation-within-the-nordic-health-sector/> letöltve: 2014.június 5. *Innovation in the Health Sector through Public Procurement and Regulation*
How can the Nordic health sector become an even more innovative and demanding procurer?
PUBLISHED 09/07/2012
LAST UPDATED 24/10/2012
- Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére szakmai koncepció Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság 2011. június 27. http://www.gyemszi.hu/wps/wcm/connect/gyemszi/f21418a1-5cba-4e7a-858d-ae8ec85c22c6/BEK451_001.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f21418a1-5cba-4e7a-858d-ae8ec85c22c6 letöltve: 2014.05.15.
- OECD honlap <http://www.oecd.org/> letöltve: 2014. június 1.

A szerző egészségügyi szakmenedzser, közbeszerzési szakértő.
ujhelyikriszta@gmail.com

Nehezen talál radiológus szakorvost?
Szabadság vagy betegség esetén nehéz a
helyettesítés megoldása?
Bizonyos napokon nincs jelen radiológus
az intézményben, de a képalkotásnak és
leletezésnek ilyenkor is működni kellene?



Ilyen esetekben hívja segítségül a **TERASY**
teleradiológiai rendszert, és a betegellátás
zavartalanul folyhat tovább!





SIEMENS

Gyorsabb, mint egy szívdobbanás - submSv dózis mellett

SOMATOM Definition Flash – Gyors diagnózis. Legalacsonyabb dózis.

www.siemens.com/somatom-definition-flash

A Siemens Dual Source technológia megváltoztatja a kardiológiai képalkotás dózisa körüli vitákat. A SOMATOM® Definition Flash egyedülállóan rövid idő, mindössze 250msec, azaz egy negyed szívdobbanás alatt képes leképezni a szívet. Ez jelentős dóziscsökkenéshez vezet: 1 mSv alatti rutinszerű értékhez - akár 90kg-os betegek vizsgálata során is. A SOMATOM Definition Flash berendezés 75 msec időbeli felbontással működik, így a szívfrekvenciától függetlenül kiküszöböli a szívmozgásból eredő műtermékeket.

A Flash spirál technika rendkívül gyors, akár 458 mm/sec sebessége maximális dózishatékonyt biztosít, így több beteg részesülhet a legmagasabb színvonalú diagnosztikai képalkotás előnyeiből. A lélegzet-visszatartás nehézsége, vagy a szívritmus zavara okán el nem végzett vizsgálat kockázata már a múlté. A beteg sugárterhelésének csökkentését célzó újítások biztonságosabb vizsgálatokat eredményeznek, ezáltal eredményesebbé és hatékonyabbá válik az Ön napi klinikai munkája is.

Answers for Life.*