

Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek

Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek

Szerkesztette: Dr. Boncz Imre

Szerzők:

Dr. ÁGOSTON István (Pécs)
Dr. BONCZ Imre PhD, Habil (Pécs)
Dr. GÁBOR Katalin PhD (Szeged)
Dr. ILLEI György PhD (Pécs)
Dr. KRISZBACHER Ildikó PhD, Habil (Pécs)
SÁNDORNÉ SZABÓ Iringó (Szeged)
Dr. SEBESTYÉN Andor PhD (Pécs)

Egyetemi tankönyv



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
UNIVERSITY OF PÉCS



Medicina • Budapest, 2011

© Dr. Boncz Imre, 2011

© szerzők

Jelen jegyzet a TÁMOP 4.1.2-08/1/A-2009-0061 pályázat támogatásával készült.

Kézirat lezárva: 2011. január 31.

MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT



A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Felelős szerkesztő: Valovics Andrea

Műszaki szerkesztő: Tihanyi József

Az ábrákat rajzolta: Olgyai Gézőné

Terjedelem: 28 (A/5 ív)

Azonossági szám: 3584

Lektorálta:

Dr. GULÁCSI László PhD, Habil
egyetemi tanár
Budapesti Corvinus Egyetem
Közgazdaságtudományi Kar

Szerkesztette:

Dr. BONCZ Imre PhD, Habil

Tartalomjegyzék

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	13
AZ EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁS ALAPJAI (BONCZ IMRE)	15
EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK NEMZETKÖZI VONATKOZÁSAI	15
Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítás	15
Beveridge-féle állami egészségügyi szolgálat	16
Erős öngondoskodásra épülő rendszer (magánbiztosítás)	17
Szemaskó-féle szocialista egészségügyi rendszer.	18
FORRÁSÁRAMLÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREKBEN.	19
Forrásteremtés.	19
Forrásgyűjtés	19
Forrásallokáció	20
Szolgáltatók finanszírozása	20
FINANSZÍROZÁSI TECHNIKÁK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.	20
Fix előirányzatú rendszerek (bázisfinanszírozás)	21
Teljesítmény elvű finanszírozás.	22
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER SZABÁLYOZÁSI KÖRNYEZETE (ÁGOSTON I., BONCZ I.)	26
Kapacitásszabályozás.	26
Működési engedélyek.	34
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER FELÉPÍTÉSE	36
Az ellátórendszer felépítése	36
Az igazgatási rendszer felépítése	39
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER FINANSZÍROZÁSA (BONCZ I, SEBESTYÉN A.)	43
A háziorvosi ellátás finanszírozása.	44
Járóbeteg-szakellátás	46
Aktív fekvőbeteg-szakellátás	49
Krónikus fekvőbeteg-szakellátás	56
Teljesítményvolumen-korlát.	57
IRODALOM.	58
TESZTKÉRDÉSEK (BONCZ I., SEBESTYÉN A.)	61
PÉL DATÁR	64
AZ EGÉSZSÉGÜGYI MENEDZSMENT ALAPJAI (GÁBOR KATALIN)	67
VEZETÉS ÉS MENEDZSMENT.	67
A vezetéstudomány fejlődése	70
A szervezeti struktúra elmélete (Fayol)	70

Vezetői tulajdonságokon alapuló elméletek	70
A döntésben való részvétel mértékén alapuló vezetési elméletek	71
Személyiségközpontú vezetési modellek	72
A kontingencia elvén alapuló vezetési modellek	73
A vezetés rendszerelméleti megközelítése	78
A menedzsmentelméletek fejlődése	79
Tudományos menedzsment	80
Klasszikus szervezés	82
Emberi (humán) kapcsolatok – human relations	84
A viselkedéstudomány	85
Az emberi- (humán-) erőforrás-menedzsment	90
MOTIVÁCIÓ – MOTIVÁLÁS	92
Motivációs elméletek	92
Taylor monisztikus (egyetlen alapelvre visszavezető) elmélete	92
Maslow szükségletek hierarchia elmélete	93
Alderfer „létezés–kapcsolat–fejlődés” elmélete	94
McClelland teljesítmény–hatalom–kapcsolat modellje	94
Herzberg motivációs–hygiéniai elmélete, a kéttényezős modell	95
Argyris pszichológiai energia elmélete	95
Vroom elvárás teóriája	96
A Skinner-féle pozitív megerősítés elmélete	98
Az egyenlő elbánás – méltányosság elmélete	99
McGregor X- és Y-elmélete	99
Likert participatív (részt vevő) menedzsment elmélete	100
A motivációs elmélet történelmi fejlődése	100
A munkaerő-kiváltás mint a motiválás egyik eszköze	101
A KONFLIKTUS	102
A konfliktusok felosztása	103
A konfliktusok forrásai	103
A konfliktus esélyét növelő helyzetek	104
A konfliktuskezelés módjai	104
A TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉS	106
A teljesítményértékelés céljai	106
A teljesítményértékelés előfeltételei	106
A jó teljesítményértékelési rendszer jellemzői	107
A teljesítményproblémák kezelése	107
A teljesítményértékelés előnyei	108
VÁLLALKOZÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN	108
A SWOT analízis	110
A vállalkozás stratégiája	111
Az üzleti terv	112
Vállalkozási jogviszony – vállalkozási formák	112

Egyéni vállalkozás	103
Gazdasági társaságok.	103
Nonprofit szervezetek	115
Az egészségügyi vállalkozás működtetéséhez szükséges engedély és szerződések	116
A stratégia ellenőrzése	118
IRODALOM.	118
TESZTKÉRDÉSEK (GÁBOR KATALIN)	121
MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYI GYAKORLATBAN (ILLEI GYÖRGY).	133
A BÁNÁSMÓD ÉS ELÉGEDETTSÉG VIZSGÁLATA	133
Az elégedettség elméleti háttere, fogalmi meghatározottsága.	133
Kérdőív-tervezés	136
Kliensek elégedettségének megelőzése	137
Folyamatábrázolási modell (flow process model)	137
Az igénykielégítés folyamata: a szolgáltatás és fogyasztás kettőssége	138
A DÖNTÉS	140
A döntési folyamat	142
A stratégiai döntés	145
Etikai kérdések a döntéshozatalban	146
A hatástalan döntés okai.	147
A FEGYELMEZÉS	148
A fegyelmezés alapfogalmai.	148
Fegyelmi eljárás.	150
A SZERVEZET	152
A szervezet jellemzői, célja, környezete	153
Szervezeti struktúrák és formák	155
Lineáris szervezet.	157
Funkcionális szervezet	158
Divizionális szervezetek	158
Összetett egydimenziós társasági formák (holding, konszern)	160
Többdimenziós szervezeti formák (mátrix, tenzor, team)	161
CSOPORTOK, TEAMEK SZERVEZÉSE ÉS MUNKÁJA	163
A csoport fejlődésének folyamata.	164
Kommunikáció	165
A team munka jellemzői.	166
KARRIER, KARRIERÉPÍTÉS	167
KÖLTSÉGVETÉS ÉS KONTROLLING.	171
A költségvetés tervezése	171
Költségvetési típusok.	173
A kontrolling	174
MUNKAHELYI STRESSZ ÉS KEZELÉSE.	176

EMBERIERŐFORRÁS-MENEDZSMENT	180
Az emberi tőke	180
A munkaerő tervezése	183
Alkalmazásra való alkalmasság kiválasztásának módjai	186
A VÁLTOZÁS ÉS VÁLTOZTATÁS KÉRDÉSEI	187
A változtatás dinamikája	188
A változtatással szembeni ellenállás	189
A változtatás érdekében használt stratégiák	191
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY JOGI KÖRNYEZETÉNEK FŐBB ELEMEI	192
Folyamatos egészségügyi ellátás	192
Az egészségügyi törvény vázlatos ismertetése	194
Az egészségügyi tevékenység végzésének jogszabályi háttere	202
IRODALOM	205
TESZTKÉRDÉSEK (KRISZBACHER ILDIKÓ)	208
AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS ALAPJAI (SÁNDORNÉ SZABÓ IRINGÓ)	237
A MINŐSÉGÜGY FOGALOMRENDSZERE	237
A minőség meghatározása.	237
A minőség fogalma az egészségügyben	238
A legfontosabb minőségmenedzsment alapfogalmak	239
Az egészségügyi tevékenység minőségének mérése és értékelése	241
Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók minőségügyi rendszerei	243
A SZAKMAI TEVÉKENYSÉG MINŐSÉGÉNEK KÉRDÉSE, SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN	243
Az egészségügyi szolgáltatás sajátosságai	244
Az egészségügyi ellátás minőségének szempontjai.	245
Az egészségügyi ellátás minőségének összetevői.	246
Az egészségügyi ellátás minőségének dimenziói.	249
Az egészségügyi ellátás szakmai minőségének alapjai	251
A bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás.	251
A klinikai audit lényege	251
A MINŐSÉGÜGY JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK KÖLTSÉGEIRE VETÍTVE	252
MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.	255
ISO 9000 szabványsorozat.	256
Az ISO 9001:2000 (MSZ EN ISO 9001:2001) általános ismertetése	258
Az ISO 9001:2000 rendszer kiépítése	261
Total Quality Management – teljes körű minőségmenedzsment	263
EFQM – Kiválóság Modell	264
Standard alapú minőségirányítási rendszer.	266
A minőségügyi rendszerek összehasonlítása	266
Az ISO 9000 és a TQM összehasonlítása	266

Az ISO 9000 és az EFQM összehasonlítása	266
Integrált irányítási rendszerek	267
A MINŐSÉG JAVÍTÁSÁNAK, FEJLESZTÉSÉNEK	
MÓDSZEREI, TECHNIKÁI	269
A munkahelyi rend folyamatos fenntartása – 5S módszer	269
Brainstorming (ötletroham).	270
Pareto-elemzés (Pareto-diagram)	271
Ok-okozati diagram (Ishikawa-diagram, halszálkadiagram)	272
Radardiagram (csillagdiagram, radartérkép)	274
Folyamatábra	275
PDCA-kör (Deming–Shewhart-ciklus)	275
IRODALOM.	276
TESZTKÉRDÉSEK (KRISZBACHER ILDIKÓ)	278
Megoldókulcs	295
Név- és tárgymutató	309

Rövidítések jegyzéke

ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
BT	betéti társaság
CMI	Case-mix index (eset-összetételi index)
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	evidence based medicine
EFQM	European Foundation for Quality Management
EMAFT	előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
EU	Európai Unió
HBCS	homogén betegségcsoportok
HMO	Health Maintenance Organization
ICD	International Classification of Diseases
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
ISO	International Organisation for Standardisation
KFT	korlátolt felelősségű társaság
KKT	közkereseti társaság
MEES	Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OENO	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
PPO	Preferred Provider Organization
PPP	Purchasing power parity
QALY	Quality adjusted life years
RACP	risk adjusted capitation payment
SNH	standardizált naphányados
RET	Regionális Egészségügyi Tanács
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (GYELV: Erősségek, Gyengeségek, Lehetőségek, Fenyegetések)
RT	részvénytársaság
TAJ	társadalombiztosítási azonosító jel
TEÁOR	tevékenységi körök egységes ágazati osztályozási rendszere
TQM	Total Quality Management
TEK	területi ellátási kötelezettség
TVK	teljesítmény-volumen korlát
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

Az egészségügyi finanszírozás alapjai

(*Boncz Imre*)

Egészségügyi rendszerek nemzetközi vonatkozásai

A lakosság egészségi állapotát számos tényező befolyásolja (genetikai tényezők, környezeti faktorok, életmód, egészségügyi rendszer), melyek közül egyesek gyorsabban, mások hosszabb idő alatt okozhatnak változást az egyének egészségi állapotában.

A történelem során a társadalmi fejlődéssel fokozatosan egyre határozottabban fogalmazódott meg az igény a betegségből eredő egészségügyi kiadások, illetve az átmeneti (táppénz) és a tartós keresőképtelenség (rokkantság) miatti jövedelemkiadás pótlására. Erre a célra jöttek létre a középkorban a különböző céhek pénzalapjai vagy a bányászok bányatársulatai. A XVIII. és XIX. század során szervezettebb formák, az önkéntes kölcsönös betegpénztárak jelenléte erősödött.

A kötelező részvételen alapuló betegbiztosítás először Németországban jött létre, amikor 1883-ban *Otto von Bismarck* kancellár javaslatára bevezették az ipari munkások kötelező egészségbiztosítását. Az azóta eltelt több mint 120 évben a betegbiztosítás rendszere állandóan fejlődött, fokozatosan a lakosság mind szélesebb rétegeire terjedt ki és számos variánsa alakult ki.

Jelen fejezetben bemutatjuk az egészségügyi-egészségbiztosítási rendszerek főbb típusait, az egészségügyi finanszírozás főbb módszertani kérdéseit, a magyar egészségügyi és egészségbiztosítási rendszer felépítésének, működésének és finanszírozásának főbb összetevőit.

A nemzetközi gyakorlatban az egészségügyi rendszereket sokféle módon lehet csoportosítani, leggyakoribb a finanszírozási jellemzőkre épülő csoportképzés. A csoportosítási lehetőségek egy közös jellemzője, hogy mindegyik erőltetett, tiszta kategóriák nem igazán léteznek, és van olyan ország, ami jellemzői alapján akár több csoportba is bekerülhetne.

Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítás

A német biztosítási rendszer alapjait *Otto von Bismarck*, Németország kancellárja rakta le. Az országos szinten kötelező egészségbiztosítást 1883-ban vezették be meghatározott iparágakban dolgozók számára. Ezt 1884-ben kiterjesztették a munkahelyi balesetbiztosításra, majd 1889-ben következett a nyugdíjbiztosítás. 1927-ben vezették be a munkanélküliség elleni biztosítást. A német biztosítási rendszer 5. pillére, az önálló ápolásbiztosítási ágazat 1994-ben került deklarálásra, és 1995. január 1-én indult a rendszer működése, a járulékok fizetése.

A rendszert Ausztria (1883) és Magyarország (1891. évi XIV. törvény) mellett számos európai ország átvette és alkalmazta. Az elmúlt több mint száz év során komoly fejlődésen ment át a társadalombiztosítás, melynek legfontosabb irányai az ellátásokkal érintett lakossági kör bővítése és a nyújtott szolgáltatások körének bővülése, minőségének javulása jellemzett.

A rendszer finanszírozásának alapját a társadalombiztosítási járulék képezi, melyet a munkáltatók és munkavállalók megosztva fizetnek. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés alapja a biztosítási jogviszony, ami az elmúlt több mint száz év során komoly változásokon ment át. Míg kezdetben a rendszer csupán a lakosság egy kisebb részére terjedt ki, addig a XX. század végére szinte valamennyi, ilyen rendszert működtető országban elérték vagy akár jelentősen meg is haladták a 90%-os lefedettséget. A szolgáltatói oldalon jelentős arányban találunk magánszolgáltatókat.

Fontos alapelve a rendszernek a szolidaritás (vagy méltányosság), mely szerint a befizetések (járulékok) a jövedelemmel arányosak, vagyis a tehetősebbek többet fizetnek, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele azonban nem a befizetéstől, hanem a szükségletektől (betegség) függ.

A *költség-visszatérítés* rendszerben (Belgium, Franciaország, Luxemburg) a szolgáltatásokat számos esetben a szolgáltatás igénybevételekor a páciens kifizeti. A szolgáltatásokról a szolgáltatót nyújtó számlát állít ki, melyet a páciens a biztosítónál bemutat, és a biztosító megtéríti a költségeket. A számlát egészében vagy részben téríti a biztosító annak függvényében, hogy az adott ország adott szolgáltatásaira vonatkozik-e a betegek által fizetendő co-payment és ha igen, akkor milyen mértékben.

A *természetbeni ellátások* rendszerében (Ausztria, Németország, Hollandia, Magyarország) a páciens nem fizet közvetlenül a kapott szolgáltatások után, legfeljebb az aktuális co-payment szabályok szerinti önrészt. Itt a biztosító közvetlenül a szolgáltatónak utalja át a szolgáltatások térítési díját.

Beveridge-féle állami egészségügyi szolgálat

A *Lord Beveridge* által megfogalmazott alapelvek szerint működő rendszerek alapjait az Egyesült Királyságban az 1946-os NHS törvénnyel létrehozott és 1948-tól működő Állami Egészségügyi Szolgálat (*NHS = National Health Service*) megszerzése során rakták le.

A rendszer alaplogikája abból indul ki, hogy a jóléti társadalom javainak elosztása minél igazságosabban történjen az állampolgárok számára. Az egészségügyben ezt úgy látták (látják) megvalósíthatónak, ha erős állami irányítás érvényesül az egészségügy finanszírozásában és a szolgáltatások nyújtásában.

A rendszer forrásoldalát adók alkotják, ezekből finanszírozzák az egészségügyi ellátásokat, a társadalombiztosítási járulék kisebb szerephez jut. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés általában állampolgári jogon jár, ami valamikor évtizedekkel ezelőtt nagyobb lefedettséget látszott biztosítani a Bismarck-féle rendszerekkel összehason-

lítva, azonban manapság mindkét rendszer gyakorlatilag 100%-hoz közelítő lefedettséggel működik.

Centralizált rendszerek esetén az ellátások és a finanszírozás szervezésének felelőssége a központi államigazgatás, a központi kormányzat hatáskörében van. Erre általában létrehoznak egy speciális szervezetet, mint az Egyesült Királyságban az Állami Egészségügyi Szolgálat (NHS).

Decentralizált rendszerek esetében az ellátás szervezése (és részben a finanszírozás biztosítása) a helyi közigazgatás (tartományi, megyei, települési önkormányzat) hatáskörébe tartozik. A központi közigazgatás (az állam) szerepe általában a központi adók begyűjtésére, allokációjára és a főbb szabályok megállapítására szorítkozik.

A decentralizált rendszerek közül Dánia, Finnország és Svédország (Észak-Európa) stabil, megállapodott rendszerként működik. Görögország, Olaszország, Portugália és Spanyolország (Dél-Európa) egészségügyi rendszere átmeneti rendszerként kezelendő, ahol még számos tekintetben keverednek az állami egészségügyi szolgálat és a társadalombiztosítás jellemzői.

Erős öngondoskodásra épülő rendszer (magánbiztosítás)

Az erős öngondoskodásra épülő rendszer alappéldája az Amerikai Egyesült Államok esete. Gyakran magánbiztosítási rendszerként emlegetik az USA egészségügyi rendszerét, azonban le kell szögeznünk, hogy míg az 1960-as évek elején az egészségügyi kiadásoknak csupán mintegy 25%-át finanszírozták közpénzekből, addig az 1990-es évek végén már 45% felett volt a közpénzek aránya.

Az azonban tény, hogy az USA egészségbiztosítása központi, szervezett rendszerrel sokáig nem rendelkezett. Az egészségbiztosítási piacot a tradicionális vagy üzleti biztosítók (*traditional, indemnity*) uralták. A rendszerben nagy előrelépés volt 1965-ben az egyes társadalmi rétegekre (65 éven felüliekre, illetve a szociálisan hátrányos helyzetűekre) kiterjedő állami egészségbiztosítási program bevezetése (Medicare, Medicaid).

Az 1970-es, 1980-as években az irányított betegellátást (*managed care*) nyújtó szervezetek elterjedése volt jellemző. Az HMO-k (*Health Maintenance Organization*), a PPO-k (*Preferred Provider Organization*), a POS-ek (*Point-of-service*) az 1990-es évek végére meghatározó szereplőivé váltak az USA egészségügyi rendszerének.

Az amerikai rendszer gyenge pontjaként két dolgot emelünk ki. Egyik oldalról az egy főre jutó egészségügyi kiadás az USA-ban mutat messze a legmagasabb értéket, azonban az ezen óriási összeggel elérhető hozadék (pl.: születéskor várható átlagos élettartam) nemzetközi összehasonlításban nem tartozik a jobbák közé. Másik problémája a rendszernek, hogy mintegy 40 millió amerikai semmilyen egészségbiztosítással nem rendelkezik. Mint már említettük, az idősek, illetve a szociálisan hátrányos helyzetűek számára a Medicare és a Medicaid programok nyújtanak egészségbiztosítást, így a biztosítással nem rendelkezők jobbára az aktív korúak közül kerülnek ki.

Szemaskó-féle szocialista egészségügyi rendszer

A II. világháborút követően kezdetben a Szovjetunióban, majd onnan átvéve Közép-Kelet-Európa többi volt szocialista országában erős állami dominanciára épülő egészségügyi rendszert hoztak létre.

A finanszírozói oldalon kizárólagosan az állam szerepelt, annyi megszorítással, hogy az 1950-es, 1960-as években a paraszolvencia vált az egészségügyi személyzet jövedelmének kiegészítő forrásává. A szolgáltatói oldalon állami intézmények szerepeltek, közalkalmazotti státusban lévő személyzettel. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés általában állampolgári jognon járt (Magyarországon 1972-től).

A szocialista egészségügyi rendszer mint felépítmény az 1990-es rendszerváltozást követően megszűnt, azonban hatásai a mai napig érződnek a volt szocialista országok egészségügyi rendszerében. A legtöbb volt kelet-európai szocialista ország a rendszerváltozást követően visszatért a Bismarck-féle hagyományokhoz.

1. táblázat

Az egészségügyi rendszerek alaptípusai és jellemzőik

	szolidaritáselvű társadalom-biztosítás (Bismarck)	állami egészségügyi szolgálatok (Beveridge)
forrás	társadalombiztosítás (járulékokból)	költségvetés (adókból)
hozzáférés	kvázi teljes körű biztosítás	állampolgári jognon
piac	szabályozott	marginális
ellátók	vegyes (magán és közalkalmazott)	zömmel közalkalmazottak
tulajdon	köz- vagy magántulajdon	általában köztulajdon
magánbiztosítók	általában kiegészítő szerep	marginális szerep
példa	Ausztria, Németország, Hollandia, Belgium, Szlovákia, Franciaország, Magyarország, Csehország,	Egyesült Királyság, Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország, Írország, Kanada
	erős öngondoskodási (magánbiztosítási) modell	szocialista egészségügy (Szemaskó)
forrás	nem szabályozott ("önerős")	költségvetés
hozzáférés	nem szabályozott	állampolgári jognon
piac	szabályozatlan	nincs
ellátók	zömmel magán	kizárólag közalkalmazott
tulajdon	magántulajdon	kizárólag állami
magánbiztosítók	jelentős szerep	nincs
példa	Amerikai Egyesült Államok	Szovjetunió és volt szocialista országok

Forrásáramlás az egészségügyi rendszerekben

Az egészségügyi rendszerekben a forrásáramlás számos úton megvalósulhat. Ezen forrásáramlás országonként igen nagy eltéréseket mutat, aminek megfelelően az egészségbiztosítási és egészségügyi finanszírozási rendszer is teljesen más környezetben valósul meg. A forrásáramlás ismertetése során általában az egészségügyi szolgáltatások működési költségeiről beszélünk, a tőkeköltségek (amortizáció) specialitásait ehelyütt nem tárgyaljuk.

Forrásteremtés

Az egészségügyi kiadások fedezetéül szolgáló források számos formában kerülhetnek megállapításra. A Beveridge-féle állami egészségügyi szolgálat formájában működő rendszerekben általában adókból finanszírozzák az egészségügyi kiadásokat. A Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítási elven működő rendszerekben a társadalombiztosítási járulék képezi az egészségügyi kiadások fedezetét. Az erős öngondoskodásra épülő rendszerekben – és ide soroljuk az Amerikai Egyesült Államok (USA) sokak által magánbiztosítási rendszerként emlegetett egészségügyi rendszerét is – kisebb-nagyobb szerephez jut a biztosítási díj, mely gyakran magánbiztosítást jelent.

Alá kell húzni, hogy ma a legtöbb ország egészségügyi rendszerében keverednek a forrásoldal elemei, és a klasszikus felépítmény szerinti határvonalak egyre jobban kezdenek elmosódni. Az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszerében ma már az egészségügyi kiadások közel 50%-át közösségi forrásokból fedezik (Medicare, Medicaid). A társadalombiztosítási rendszerekben – így hazánkban is – megjelennek az egészségügyi kiadások fedezeteként adó jellegű források is. Az állami egészségügyi szolgálatok esetében pedig az 1970-es évek második fele óta fokozatosan csökken az állami szerepvállalás aránya.

Forrásgyűjtés

Következő fontos kérdése a pénzáramnak, hogy ki szedi be a biztosítási díjakat. Gyakori megoldás, hogy a bevételek egy központi alapba kerülnek. Hazánkban is hasonló módszert alkalmazunk 1999-től, amikor is a társadalombiztosítási járulék beszedése átkerült az Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatalhoz.

Létezik olyan megoldás, amikor a biztosítók közvetlenül szedik be a díjakat, ennek tiszta formáját az amerikai, általában üzleti alapon működő egészségbiztosítók esetében látjuk.

Néhány országban kevert módszert alkalmaznak, amikor a díjak egy részét a központi alap, míg másik részét közvetlenül a biztosító szedi be. Hollandia esetében

a százalékos mértékű járulékot a központi alap szedi be, míg a nominális (fix összegű) díjat maguk a biztosítók gyűjtik be.

Forrásallokáció

A díjak beszedése után a következő lépés a díjak szétosztása az egyes finanszírozási egységek vagy kockázatközösségek között. Lefordítva a kérdést gyakorlati példára: Németországban a központi alap által beszedett járulékokat hogyan osszák szét a mintegy 200-300 egészségbiztosító (*krankenkasse*) között vagy Hollandiában a mintegy 30 egészségbiztosító között.

A forrásallokáció általános eszköze a fejkvóta megállapítása, amikor egy lakosra (biztosított) megállapítanak egy meghatározott összeget. Tekintettel arra, hogy a lakosság megoszlása, illetve jellemzői egyenletlenségeket mutathat, ezeket korrigálni kell. A biztosítók ugyanis arra törekedhetnek, hogy a magasabb jövedelmű, ugyanakkor alacsonyabb egészségügyi kockázattal rendelkező ügyfeleket szerezzék meg (*cream skimming*, lefőlözés). Ennek kiküszöbölésére bizonyos rizikótényezőkkel korrigálják a fejkvótát (*risk adjusted capitation payment*, RACP) és ezen korrigált fejkvótát kapják meg a finanszírozók. Rizikótényezőként leggyakrabban az életkor és a nem szerepel.

A forrásallokáció történhet területi alapon, amikor egy meghatározott földrajzi vagy közigazgatási területen lakók képezik a kockázatközösséget. A biztosítási alapú kockázatközösség összetétele véletlenszerűen jön létre a biztosítóhoz bejelentkező páciensek révén. A diagnózishoz kötött forrásallokációt jelenleg inkább elméleti lehetőségként, mintsem széles körben alkalmazott gyakorlati módszerként kezelhetjük.

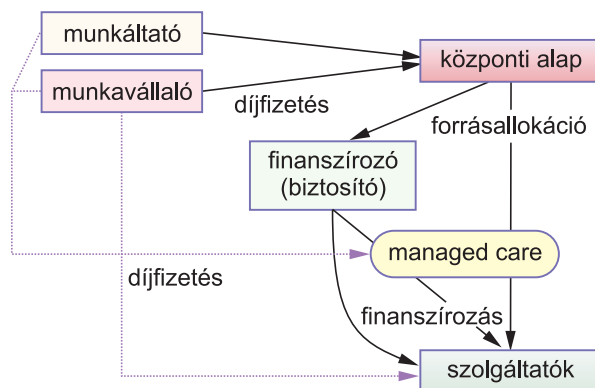
Szolgáltatók finanszírozása

A forrásallokációt követően a biztosítók (finanszírozók) juttatják el a szolgáltatókhoz a forrásokat. A finanszírozás számos technika révén valósulhat meg, melyeket a következő fejezetben tárgyalunk. Az előzőekben elmondottakat, vagyis az egészségügyi kiadások lehetséges gyakoribb útjait különböző egészségügyi rendszerek esetében szemlélteti az 1. ábra.

Finanszírozási technikák az egészségügyben

Az egészségügyi kiadások szakadatlan növekedése arra készítette a finanszírozói oldalt, hogy a finanszírozás során alkalmazott technikákat folyamatosan finomítsa. Ezen folyamat során számos módszer került kidolgozásra, melyek közül néhány elvi lehetőséget az alábbiakban kiemelünk.

1. ábra. Az egészségügyi kiadások lehetséges útjai különböző egészségügyi rendszerek esetében



Retrospektív versus prospektív fizetési módszerek

Az 1960-as, 1970-es évek amerikai finanszírozási rendszerében komoly probléma adódott. Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása zömében utólag (*retrospective payment*), számlák alapján történt. Ez azonban a költségek jelentős emelkedéséhez vezetett, hiszen a szolgáltatók nem voltak érdekeltek a kiadások visszafogásában. Szükség volt olyan rendszer kifejlesztésére, mely előre meghatározott díjak alapján finanszírozza az elvégzett szolgáltatásokat.

Ezen súlyos problémára jelentett megoldást a „prospective payment system, PPS” elvű finanszírozási rendszer szélesebb körű alkalmazása. Ebben ugyanis előre definiálják a kórházak által nyújtható szolgáltatások körét, továbbá előre meghatározzák a szolgáltatások díját. Ebben az esetben már a szolgáltatónak érdeke a költségek korlátban tartása, hiszen az adott szolgáltatásért (pl. egy sérvműtétért) az előre meghatározott díjat kapja akkor is, ha a tényleges költségei ettől akár lefelé (megtakarítás), akár felfelé (ráfizetés) eltérnek. A kórházak finanszírozásában a PPS elv alapján került bevezetésre a később tárgyalandó DRG rendszer.

Fix előírányzatú rendszerek (bázisfinanszírozás)

Ebben a rendszerben a szolgáltatók számára egy alap előírányzat (input) kerül előre meghatározásra (globális költségvetés), melyből szabadon gazdálkodhatnak. Ezt az alapelőírányzatot két módszerrel határozhatják meg: kapacitásfinanszírozás vagy feladatfinanszírozás.

A *kapacitásfinanszírozás* esetében az adott szolgáltatásra jellemző valamely kapacitásmutató (ágyszám, óraszám stb.) alapján történik a költségvetés meghatározása. Az ilyen rendszerekben tehát a finanszírozás független a tényleges teljesítménytől és minőségtől. A szolgáltató alapvető érdeke, hogy minél nagyobb kapacitásra szerződjön (pl. ágyszámok emelése), ugyanakkor minél kevesebb és minél

olcsóbb szolgáltatás nyújtásában lehet érdekelt. Jellemző a rendszerre a mesterséges kihatás fokozása. A szolgáltató egyáltalán nem érdekelt a költséghatékony működtetésben, hiszen ha megtakarítást ér el a bázisból, akkor kiderül, hogy a bázis magas, és azt legközelebb csökkentik. Viszont ez a finanszírozási módszer igen egyszerű és olcsó. Nincs szükség különösebb teljesítménymérésre és ellenőrzésre, nem szükséges ehhez apparátus fenntartása. A szolgáltató számára további előny, hogy a bevételek nagy biztonsággal kalkulálhatók, ami sokban segíti a tervezést. Mindezzel együtt ez a rendszer a legkevésbé hatékony finanszírozási forma.

A bázisfinanszírozás másik módja a *feladatfinanszírozás*. Itt is egy adott időszakra fix bevételre számíthat a szolgáltató, azonban ennek meghatározása nem kapacitás alapján, hanem feladathoz kötötten történik. Az előirányzatot az előző időszakok teljesítménye vagy normatívák alapján határozzák meg. Egy fokkal jobb módszer a kapacitásfinanszírozásnál, mivel bár a pénzmennyiség erősen kötődik a szükségletekhez, már részben a teljesítményhez is kapcsolódik.

Teljesítmény elvű finanszírozás

Elméletileg a legszerencsésebb finanszírozási forma az, amikor a ténylegesen elvégzett munkát, a szolgáltató által nyújtott teljesítményt fizetjük meg. Az egészségügyben azonban számos esetben problémát okoz a teljesítmény mérése.

A teljesítmény elvű finanszírozás esetében az egyik lehetőség a szolgáltatások *tételes elszámolása (fee for service)*, a másik pedig a *normatív rendszerek (capitation fee, DRG)* alkalmazása.

Szolgáltatások tételes elszámolása (fee for services)

A finanszírozás során a szolgáltató minden egyes, a betegen végzett vizsgálatot, beavatkozást rögzít a nyilvántartásba, és az egyes beavatkozásokat tételesen elszámolja a finanszírozó (biztosító) felé. Nagy előnye a rendszernek, hogy a finanszírozás (a pénz) a beteggel együtt mozog (szabad orvos- és intézményválasztás).

Az elszámolás lehet közvetlen költség alapú, amikor a szolgáltató a vizsgálatok és beavatkozások díját pénzben (honoráriumrendszer) számolja el a biztosító felé. Ez inkább a privát biztosítási rendszerekre (volt) jellemző. Manapság a beavatkozásokat különféle pontrendszerek alapján térítik (tarifa- vagy pontrendszer).

Ez a finanszírozási rendszer a szolgáltatások mennyiségének növekedését eredményezi. Viszonylag magas az adminisztráció költsége is. Az emelkedő költségek korlátok között tartására számos lehetőség van. Ilyen volt a Magyarországon is a 2000 júniusáig alkalmazott lebegőpontos rendszer, amikor a lejelentett teljesítmény és a kasszában lévő pénz eredőjeként havonta változott egy teljesítménypont forint értéke. Ugyancsak korlátot jelenthet a szolgáltatókra kvóták meghatározása vagy a

rendelési idő korlátozása. A beteg által fizetendő önrész (*co-payment*) meghatározása a beteg oldaláról jelent féket a szolgáltatások túlzott mértékű, indokolatlan igénybe vételére.

Ilyen jellegű modell hazánkban a járóbeteg-szakellátás finanszírozásában található. Más országokban a módszert az alapellátás és kórházi ellátás finanszírozására is alkalmazzák.

Fejpvén alapú (*capitation fee*) finanszírozás

A fejkvóta típusú finanszírozási rendszerek alapja valamely mutatószámhoz kötött pénzügyi támogatás. Vagyis ilyenkor az adott mutatószámhoz („per koponya”) rendelik hozzá a támogatás összegét. Az ilyen normatív rendszerekben a konkrét teljesítmény mérésének, a tételes elszámolásnak bizonyos keretek között nincs jelentősége.

A hazai gyakorlatban ilyen finanszírozás valósul meg a háziiorvosi tevékenység esetében, ahol a finanszírozás alapja a háziiorvoshoz leadott kártyák száma. A leadott kártya után a háziiorvos akkor is megkapja a fejkvótát, ha adott hónapban vagy akár több hónapon át a beteget nem is látja. Az ilyen páciens esetében a pénz nem a kártya tulajdonosára fordítódik, vagyis az ő szempontjából „nyereség” képződik. Előfordul, hogy más betegek azonban többször veszik igénybe egy hónap alatt a háziiorvosi ellátást, és az utánuk kapott fejkvóta nem fedezi a tényleges költségeket, vagyis itt virtuálisan „vesztés” képződik. A két tétel azonban átlagosan kiegyenlíti egymást.

Esetosztályozási rendszerek

Az eseteket súlyosságuk alapján osztályozó rendszerek közül kiemelendő a PSI (páciens súlyossági index), a megbetegedés stádiuma alapján működő vagy az akut fiziológiai és krónikus állapot értékelésére kidolgozott APACHE osztályozási rendszer. Ezek a rendszerek számos esetben – tekintettel a részletes klinikai adatok felhasználására – pontosabb csoportosítást adnak, jól prognosztizálják a várható költségigényt és az ápolás kimenetelét. A speciális esetosztályozási rendszerek általános alkalmazásában azonban döntő hátrányt jelent, hogy:

- minden esetre meg kell határozni és fel kell dolgozni a besoroláshoz szükséges klinikai adatokat, ezért a besorolás és az adatfeldolgozás költsége magas;
- az osztályozás nagyon érzékeny az adathiányokra;
- a besorolási szempontok között egyes rendszerekben szubjektív értékelések is szerepet kapnak (pl. a PSI rendszerben a maradandó terápiás igény megítélése);
- nem mindegy, hogy a súlyosság szempontjai a csoport meghatározásához mikor kerülnek mérésre (felvételnél, elbocsátáskor), pl. az elbocsátáskori mérés már tükrözi az ellátás eredményét is.

Az erőforrásigény szerinti osztályozások közül kiemelhető a PMCs (*Patient Management Categories*) rendszer, mely a DRGs rendszerrel nagyon hasonló adatigénnyel rendelkezik, de a besorolások készítésénél a kísérő és a szövődményes betegségeket más módon veszi figyelembe. Gyakorlatilag nem tesz különbséget a párhuzamosan lezajló betegségek között, nem emeli ki a fő betegséget a szövődmények és a kísérő betegségek közül. A finanszírozási összpontszám meghatározásában a párhuzamos események közös részéhez adódnak a speciális erőforrásigény pontszámai.

A PMCs rendszer jól alkalmazható az ellátás belső tervezésében, az ellátási utak szervezésében, elsősorban az operatív szintű belső menedzsmentben. A finanszírozásban azonban a hatékonyság ösztönző hatása mérsékeltebb.

Diagnosis Related Groups (DRG)

A DRG rendszer kifejlesztése az 1960-as években történt az Egyesült Államokban a patinás Yale Egyetemen. Az eredeti cél az ellátás minőségének monitorozása volt, s később, a 70-es években kezdtek el a finanszírozási célú felhasználással foglalkozni. Az amerikai törvényhozás (Kongresszus) 1983-ban fogadta el a DRG rendszert, s került bevezetésre a Medicare finanszírozási rendszerhez tartozó kórházakban. Később kidolgozásra kerültek olyan verziói (AP-DRG = *all patient DRG*), melyek már nem csupán az állami kórházak, hanem valamennyi fekvőbeteg-intézmény finanszírozására alkalmasak.

2. táblázat

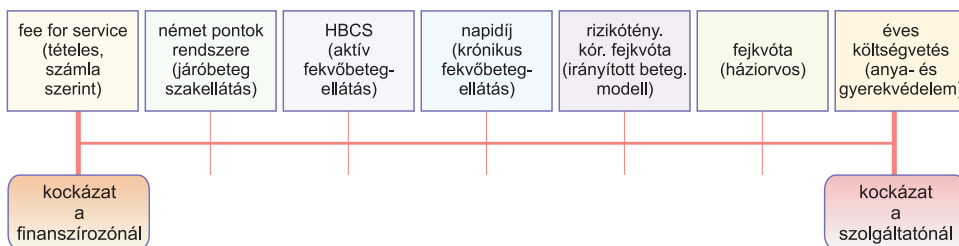
A DRG (HBCS) elv nemzetközi alkalmazásának néhány példája

Rövidítés	Név	Ország
HCFA-DRG	Health Care Financing Administration DRG	USA
RDRG	Refined Diagnosis Related Groups	USA
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups	USA
APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Groups	USA
SR-DRG	Severity-Refined Diagnosis Related Groups	USA
IAP-DRG	International All Patient DRG	USA
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups	Ausztrália
NordDRG	Nordic Diagnosis Related Groups	Skandinávia
GHM	Groupes homogènes de malades	Franciaország
LDF	Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen	Ausztria
HRG	Health Related Groups	U.K.
GR-DRG	German Refined Diagnosis Related Groups	Németország
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie	Hollandia
HBCS	Homogén Betegségcsoportok	Magyarország

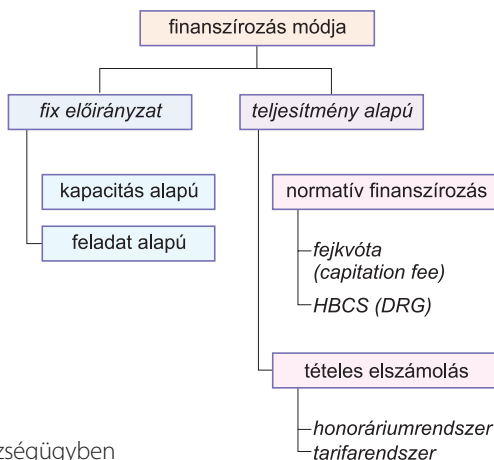
Kockázatmegosztás

További érdekes kérdése a finanszírozási technikáknak, hogy hova helyezik a finanszírozási kockázatot finanszírozó (pl. pénztár, biztosító) és a szolgáltató (pl. kórház, szakrendelő) között. Az egyik végpont a tiszta teljesítmény elvű (*fee for service*) finanszírozás, ami a teljes kockázatot a finanszírozóhoz helyezi. Ilyenkor ugyanis a szolgáltatók teljesítményének fokozódása esetén a finanszírozó mind nagyobb összeget köteles kifizetni. A csehországi egészségügyi reform az 1990-es években sok kellemetlen tapasztalatot szerzett ezzel a megnövekedett szolgáltatói aktivitással kapcsolatban. A másik véglet az éves (globális) költségvetés, amikor az egészségügyi szolgáltató (pl. kórház) év elején tudja, hogy egész évre mekkora finanszírozási bevétellel számolhat. Itt a szolgáltató már nem érdekelt a teljesítmény (betegforgalom) növelésében, hiszen ezzel párhuzamosan nem nő a bevétele. Ugyanakkor ha egy rendkívüli esemény vagy eseménysorozat történik (pl. járvány, tömegbaleset stb.), a szolgáltató számára problémát okozhat ennek megoldása az előre meghatározott éves költségvetés terhére.

Az előzőekben említett finanszírozási technikákat a 3. ábra foglalja össze.



2. ábra. Kockázatmegosztás (risk-sharing) az egyes finanszírozási formák esetén



3. ábra. Elvi finanszírozási technikák az egészségügyben

A magyar egészségügyi rendszer szabályozási környezete

(Ágoston István, Boncz Imre)

Kapacitásszabályozás

A hazai kapacitásszabályozás 1990 utáni periódusának 3 meghatározó jogszabályát tekintettük át:

- 1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról [illetve a 2/1998. (IX. 16.) EüM. rendelet a járóbeteg-szakellátás rendelési órái, valamint a fekvőbeteg-szakellátás ágyszámai szakterületenkénti megosztásának meghatározásáról, valamint a 20/2000. (VII. 7.) EüM. rendelet a járóbeteg-szakellátás rendelési órái, valamint a fekvőbeteg-szakellátás ágyszámai szakterületenkénti megosztásának meghatározásáról].
- 2001. évi XXXIV. törvény az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes, egészségügyet érintő törvények módosításáról [illetve 50/2002. (III. 26.) Korm. rendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételeiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól].
- 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről [illetve a 361/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról].

Az 1996-os ágyszám-törvény

Az Országgyűlés az Alkotmány 70/D§ (2) bekezdésében foglalt, az egészségügyi ellátások megszervezésével kapcsolatos állami kötelezettség alapján kapacitáslekötési megállapodási kötelezettséget ír elő az egészségügyi intézmények fenntartói, valamint az egészségbiztosítási szervek részére a működési engedéllyel rendelkező egészségügyi intézményekbe, szakmai szabályok szerinti ellátások biztosítására. A fenntartónak biztosítania kell az intézmény működtetését és az érintett terület lakosságának ellátását, míg az egészségbiztosítási szerv felel a kapacitások kellő időben történő lekötéséért.

A kötelezően finanszírozandó kapacitások vonatkozásában a háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálaton túl a járóbeteg-szakellátásban szakrendelési órákat, fekvőbeteg-szakellátásban pedig ágyszámokat határoz meg. Hiányzik azonban e kapacitásértékek pontos definíciója, melyek hiánya a későbbiek során a technikai eszközök fejlődése miatt burkolt kapacitásnövekedések kiindulópontjává válik. Ilyen kapacitásbővülést eredményezhet, ha laboratóriumi szakterületen az eredeti óraszám terhére, olyan modern gép kerül alkalmazásra, mely az eredeti vizsgálati mennyiség többszörösét képes elvégezni, hiszen ez a mennyiségi növekedés a rendelkezésre álló keretek szolgáltatók közötti elosztását változtatja meg. A kapacitások meghatározása során külön kell figyelembe venni a járóbeteg- és a fekvőbeteg-szakellátás kapacitásait megyei szinten, azonban a jogalkotó figyelembe veszi az országos, regionális feladat ellátásához szükséges kapacitásigényt is.

A járóbeteg-szakellátás vonatkozásában a törvény nem alkalmaz módszertani elemeket a megyei kapacitás meghatározásához, hanem kiinduló alapként kezeli a hatályba lépés napján teljesített szakrendelési óraszámokat, de azokat heti szinten tízezer lakosra vetítve az 1. számú mellékletben foglaltak szerint maximalizálja. Amennyiben az adott megyében a kapacitások nem érik el az előírt mértéket, ott a fenntartók ajánlata alapján az összóraszámok megemelhetők, de a jogalkotó egy 10%-os féket épített a rendszerbe, elkerülendő a túlzott volumenű kapacitásnövekedést.

A fekvőbeteg-szakellátás kapacitásainak meghatározására a törvény precíz módszertani részt tartalmaz, amely egy matematikai képlet segítségével határozza meg a fekvőbeteg-ellátás ágyszámait. A képlet konstansként tartalmazza a tízezer lakosra jutó kórházi ágyak számát, amely évek során előre rögzített értékű fokozatos ágyszám-csökkentést irányoz elő. Ennek értelmében az 1996-os esztendőben rendelkezésre álló 52 ágyról 2000-ig 49 ágyra kell lecsökkenteni a tízezer lakosra jutó ágyszámot. A képlet másik eleme, amely a krónikus ágyak számának figyelembevételét teszi lehetővé 0,5-ös szorzóval, az ágyszámok átalakítását kívánja a krónikus ágyak irányába elmozdítani az egészségtelen arányú akut-krónikus ágyszámok vonatkozásában. A képlet további elemei figyelembe veszik az adott megye egészségügyi, szociális ellátásának főbb mutatóit, illetve bizonyos demográfiai és társadalmi tényezőket. Érdekes, hogy a képlet figyelembe veszi többek között a várható átlagos élettartamot, a standardizált halálozási hányadost, a közcsatorna-hálózatba bekötött lakások számát és a munkanélküliek arányát. Azonban nem tartalmaz morbiditási adatokat, amelyeknek véleményem szerint egészségügykapacitás-tervezés során elsődlegesnek kellene lenniük, amit alátámaszt a nemzetközi gyakorlat is. A képlet segítségével meghatározott megyei ágyszámok szakmák szerinti megosztásának kereteit külön táblázatban rögzíti a törvényhozó.

A törvény külön foglalkozik az országos, regionális és speciális feladatokból fakadó kapacitásigény meghatározásával. Egyfelől megyénként külön ágyszámokat különít el részükre, másfelől taxatív felsorolja az országos és regionális feladatok ellátására javasolt intézményeket, így létrehozza a kiemelt kórházak listáját. Ezzel olyan ellátásokra kíván a jogalkotó kapacitást létrehozni, amelyek tekintetében a megyei kapacitások nem elégségesek, illetve magasabb progresszivitási szinten helyezkednek el. Jól mutatja ezen ellátások biztosításának fontosságát, hogy közvetlenül a népjóléti miniszter szervezésébe kerülnek át, kiemelve a megyei egyeztetési folyamatból. A népjóléti miniszter egyfelől kijelöli az általa közvetlenül irányított intézményekben az országos, regionális és speciális feladatok ellátásához szükséges kapacitásokat, másfelől felkéri az intézmények fenntartóit, hogy ezen kapacitásaikat bocsássák rendelkezésre. Az egyeztetési folyamat elmaradása miatt garanciális elemként a miniszternek ki kell kérni az országos tisztifőorvos állásfoglalását és a Magyar Orvosi Kamara véleményét a szolgáltatók szakmai megfelelőségéről. A népjóléti miniszter a fenti kapacitásoknál országos és regionális szakellátást nyújtó kapacitásösszesítést készít, melyet megküld az egészségbiztosítási szerveknek, valamint a megyei tisztifőorvosoknak, akik a fenntartókat haladéktalanul tájékoztatják.

Ezt követően történik meg a kapacitásokra vonatkozó szerződészkötés az egészség-biztosítási szervek és a fenntartók között.

A megyei feladatok ellátására szolgáló kapacitások meghatározása egy konszenzus mechanizmuson keresztül történik, melynek során a megyék területén a járó-, illetve a fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók fenntartói (állam, települési önkormányzat, egyetemek) tesznek ajánlatot az egészségbiztosítási szerveknek. Az ajánlat kialakítása a Megyei Egyeztető Fórumon történik, melynek tagja a megyei járó- és fekvőbeteg-szakellátó intézményt fenntartó helyi önkormányzatok, a központi költségvetés által fenntartott intézmények, az orvostudományi egyetemek képviselői, valamint a megyei tisztifőorvos, aki egyben a Megyei Egyeztető Fórum titkára is. Fontos, hogy állandó meghívottként részt vesznek az ülésen az állami, illetve önkormányzati fenntartású intézmények képviselőin túl a Magyar Orvosi Kamara, a reprezentatív egészségügyi szakszervezetek, a Magyar Kórházi Szövetség és a Magyar Ápolási Egyesület képviselői, valamint meg kell hívni az egészségbiztosítási szerv képviselőjét is. Közös ajánlat akkor jön létre, ha a jelenlevő tagok az ajánlat tartalmában megegyeznek, azt minden jelenlevő tag képviselője aláírja. Amennyiben nincs egyezés, úgy 30 napon belül több alkalommal összehívható a Megyei Egyeztető Fórum. Az egyeztető eljárás eredménytelensége esetén jegyzőkönyvbe foglalt nyilatkozatot küldenek az egészségbiztosítási szervnek, aki ennek kézhezvételtől számított 15 napon belül szakellátásonként és szakmánként dönt. A döntést tartalmazó határozat ellen a kézhezvételt követő 10 napon belül fellebbezéssel élhet a fenntartó az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatójánál, akinek a másodfokú határozata bíróság előtt megtámadható. A gyakorlatban kevés esélye van a konszenzusos ajánlat meghozatalának, hiszen a fenntartóknak az ágyszámcsökkentéseket kellene elfogadniuk saját intézményeik esetében, így gyakorlatilag az egészségbiztosítási szerv kezébe kerül a döntés. Az eljárási garanciák biztosítják a fellebbezés lehetőségét, azonban erre rendkívül szűkös határidő áll rendelkezésre, míg a bírósági eljárás igen hosszú időtartamú lehet. A Megyei Egyeztető Fórumon számos javaslatot tehetnek többek között megyei egészségpolitikai célok megvalósítására, egészségügyi munkaerő-piaci mozgás tervezésére, támogatások felosztására.

A jogszabály lehetőséget tartalmaz arra, hogy az egészségbiztosítási szerv finanszírozási szerződést kössön területi ellátási kötelezettség nélkül háziorvosi szolgáltatást nyújtóval, valamint a népjóléti miniszter engedélyével területi ellátási kötelezettség nélkül működő, finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltatóval vagy egyéb szolgáltatóval. A népjóléti miniszter méltányossági jogkörében eljárva befogadhat kapacitásokat a fent vázolt mechanizmus megkerülésével, ami aláássa a rendszer működését és kiszámíthatóságát.

A 2001. évi ún. salátatörvény

A salátatörvény jogtechnikai értelemben is érdekes megoldásként egyetlen törvény keretei között számos más törvényt módosít, és ezzel együtt tartalmaz új szabályozást az egészségügyi kapacitások fejlesztésére. A törvény 1-5 §-a tartalmazza az

egészségügyi kapacitásokra vonatkozó szabályozást, a fennmaradó bekezdések módosítják többek között az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, az élelmiszerekről, az állategészségügyről, a kötelező egészségbiztosításról, valamint az egészségügyről szóló törvényeket.

A törvény reflektál a kapacitások meghatározására szolgáló mérőszámok definiálásából fakadó szolgáltatás-volumenbővülési problémákra azzal, hogy a rendelési időn és az ágyszámon túl mindent többletkapacitásként definiál, és azt bevonja a kapacitásbővítés eljárásrendjébe, ezzel gátolva a kontrollálatlan kapacitásbővítést. Itt tehát inkább a kapacitások bővítésének szabályozásáról van szó, és nem egy új primer kapacitáselosztási szabályról.

A jogszabály nem törekszik a járó- és fekvőbeteg-ellátási kapacitások tudományos módszerekkel történő meghatározására, ehelyett a 2001. évi kapacitásokat kiindulási alapként elfogadva szabályozza a kapacitásbővítés és -csökkentés lehetőségeit. A kapacitásbővítést az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter közösen engedélyezheti olyan szolgáltató számára, aki megfelel a jogszabályi feltételeknek és költséghatékonyabb vagy progresszív ellátást tud biztosítani, esetleg speciális igényeket elégít ki, országos vagy regionális ellátási területen működik, vagy a nép-egészségügyi mutatókhoz jobban igazodó ellátást nyújt. A fenti előírásoknak a részletes szabályozását külön rendelet tartalmazza. A költséghatékonyság klasszikus fogalmi meghatározásán túl – azonos ellátási színvonal biztosítása alacsonyabb költségen, vagy magasabb ellátási színvonal biztosítása azonos költségek mellett – lehetőséget biztosít jelentős egészségnyereség esetén a költségek minimális növekedésére is. Külön foglalkozik a progresszív ellátás kapacitásbővítő hatásaival, azonban a progresszív ellátás fogalma rendkívül nehezen értelmezhető, mely számos további problémát vet fel.

Az új kapacitások befogadása innovatív módon, pályázati rendszeren keresztül történik, amely a pályázatokhoz csatolandó dokumentumokkal (szakmai és pénzügyi terv, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, a szakmai kollégium és a Egészségügyi Tudományos Tanács véleménye) együtt jelentős előkészítést és átgondolást igényel, amely a racionalizált kapacitásbővítés irányába hat. A gazdaságosság követelményét teljesíti az, hogy a befogadás lényegében a megszűnő kapacitások terhére engedélyezhető – noha jogszabályi szinten ez nincs deklarálva – és a pénzügyminiszter jóváhagyásához kötött. A pályázattal rendszerben az új kapacitásbefogadásokat szigorú szempontok szerint vizsgálják meg, azonban ezt nem terjesztik ki a régi, már meglévő kapacitásokra, így azok hatékonysága nem biztosított.

A törvény nem különíti el kiemelt kórházakat sem fogalmi, sem kapacitás szempontból, azonban a pályázati rendszer keretében kiemelt figyelmet fordít az olyan kapacitások bővítésére, amely országos, illetve regionális ellátási területen működnek vagy speciális ellátási igényt (fogyatékosági, vallási, szociális szempontból) elégítenek ki. Természetesen ezen ellátások biztosítására vonatkozó kapacitásbővítésnek is meg kell felelnie a gazdaságosság követelményének.

A többletkapacitás befogadási pályázatokat egy 10 tagú bizottság bírálja el, amelybe szavazati joggal képviselőket delegál az Egészségügyi Minisztérium (3), az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (3), az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (2) és a Pénzügyminisztérium (2). A bizottság döntését követően az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felterjeszti a javaslatot az egészségügyi miniszternek, aki a saját javaslatát továbbítja a pénzügyminiszternek. A döntésről közös közleményt adnak ki, amely meglátásom szerint aggályos, mert ez nem egy közigazgatási határozat, így az arra irányadó jogorvoslati fórumok nem nyílnak meg a döntéssel egyet nem értők előtt.

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

A 2006-os ellátórendszer-fejlesztési törvény

Az Országgyűlést a törvény létrehozásakor az egészségügyi ellátórendszer működtetéséért fennálló felelősségével összhangban a szakellátó hálózat megújításának és magas szinten tartásának szándéka vezette. A törvény célul tűzte ki az összes kórházi ágyak számának csökkentésén túl az akut és krónikus ágyszámok arányának megváltoztatását a krónikus ágyszám érezhető növelésével.

A törvény a kapacitások mértékének meghatározására az 1996-os ágyszám-törvénnyel azonos nomenklatúrát alkalmaz: a járóbeteg-szakellátásban rendelési órát, a fekvőbeteg-ellátásban kórházi ágyakat határoz meg. A törvény úgy definiálja ezeket, hogy figyelembe veszi az egynapos ellátások finanszírozott szolgáltatási egységeit.

A járóbeteg-szakellátás kapacitásmeghatározásának vonatkozásában a jogszabály 2006. december 31-én lekötött kapacitásokat a törvényben meghatározott ellátási területen teljesíti, ezzel gyakorlatilag befagyaszta azokat, ugyanakkor lehetővé teszi, hogy a megszűnő fekvőbeteg-kapacitások mértékéig bővíthessék a járóbeteg-szakellátás kapacitásait. A fekvőbeteg-szakellátás tekintetében a törvény sajátos megoldást alkalmaz. Egyfelől meghatározza intézményenként és szakmacsoportonként az országos feladatkörű speciális intézetek és a súlyponti kórházak kapacitásait, másrészt meghatározza regionális szinten a szakmacsoportonként felosztható aktív és krónikus fekvőbeteg-szakellátási kapacitásokat. A törvény regionális szintű egyeztetést tesz szükségessé, ahol régió alatt a területfejlesztésről szóló 1996. évi XX. törvény 5§ e) pontjával megegyező területet értjük. Az országos feladatkörű és súlyponti kórházak esetében a jogszabályalkotó kinyilvánítja a rendelkezésre álló kapacitásokat anélkül, hogy az azokat megalapozó módszertani elemeket bemutatná a törvényben. Ráadásul a törvényben foglalt kapacitáscsökkentések nem fokozatosan, előre tervezhető módon valósulnak meg, hanem a jogszabályban előírt

2007. április 1. határnappal. A túlságosan konkrét intézményi szintű központi szabályozás csökkenti az ellátórendszer alkalmazkodó képességét, és háttérbe szorítja a helyi önkormányzatok önállóságát.

A törvény a kiemelt kórházakat nem csak ajánlásként fogalmazza meg, hanem intézményenként és szakmánként meghatározott kapacitásokkal együtt nevesíti. Ezen túlmenően a felosztható aktív fekvőbeteg-szakellátási normatívából juttathatnak a kiemelt kórházaknak, azonban a krónikus fekvőbeteg normatívákból kizárólag a régió területén működő, a kiemelt kórházakon kívüli egészségügyi szolgáltató részesülhet. A progresszivitás magasabb szintjén álló kiemelt kórházak esetében figyelembe kell venni a régióhatáron túlnyúló ellátási területet. A kiemelt kórházak esetében kötelezettséget ír elő a katasztrófa helyzetben 3–6 órán belül biztosítandó ágyszámok tekintetében, ezáltal megoldható a rendkívüli helyzetek esetén szükséges többletkapacitás biztosítása.

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

Az egyeztetési eljárás a következőképpen zajlik: az egészségügyi miniszter az egészségbiztosítóval együtt felosztási javaslatot készít a Regionális Egészségügyi Tanácsok részére. A javaslatba a fent részletezett járóbeteg- és fekvőbeteg-szakellátási normákon túlmenően, figyelemmel kell lenni a szolgáltatók régió belüli távolságaira, az elérési szabályokra, valamint előnyben kell részesíteni a sürgősségi betegellátásra megfelelő felkészültséggel rendelkező intézményeket. A Regionális Egészségügyi Tanács eltérhet a felosztási javaslattól, amennyiben a kapacitásokról szóló javaslata a fenti szempontoknak megfelel és az irányadó normatívát nem lépi túl, valamint ha a kapacitásbővítés intézményfenntartói társulás vagy egészségügyi dolgozók által alapított gazdasági társaság. A RET döntése akkor érvényes, ha a régió területén működő fekvőbeteg-szakellátást nyújtó közfinanszírozott egészségügyi intézmény fenntartója ezt jóváhagyja. Hasonlóan a Megyei Egyeztető Fórumokhoz itt sem várható, hogy a fenntartók egyezségre tudnak jutni a törvényben rögzített kapacitáscsökkentésről, ezért előre láthatón a legtöbb esetben az egyeztetési eljárás eredmény nélkül végződik. A jogszabály szerint ekkor az egészségügyi miniszterhez kerül az ügy, aki 8 napon belül döntést hoz az adott régió normatíváinak felosztásáról. Nem tisztázott, hogy a miniszter milyen szempontokat köteles figyelembe venni döntéseinek meghozatalakor. A miniszter határozata közvetlenül bíróság előtt meg-

támadható, azonban annak nincs halasztó hatálya a határozat végrehajtására, és tekintettel a bíróságok leterheltségére, a megnyugtató döntés eléggé elhúzódhat.

A törvény vitathatatlan előnye az, hogy lehetővé teszi a fenntartó kezdeményezése alapján az aktív fekvőbeteg-ellátási kapacitás maximum 10%-ának átalakítását krónikus fekvőbeteg-ellátási kapacitássá, járóbeteg-ellátási vagy egynapos sebészeti kapacitássá, és hasonló átalakítási lehetőséget biztosít a Regionális Egészségügyi Tanácsok részére az új miatt feleslegessé vált kapacitások 20%-a tekintetében. Ezen túlmenően kimunkálja a szolgáltatói kapacitások tartós kihasználatlansága miatti

3. táblázat

A vizsgált kapacitásszabályozási törvények összehasonlítása

	1996. évi LXIII. törvény	2006. évi CXXXII. törvény
Ágyszámcsökkentés mértéke	Kb. 92.000-ról kb. 81.000-re	Kb. 80.000-ról kb. 71.000-re
Ágyszámcsökkentés aránya	Kb. 12%	Kb. 11%
Aktív/krónikus arány	Nem változott (79% vs. 21%)	Jelentősen változott (75% vs. 25%-ról 62% vs. 38%)
Ütemezés	5 évre fokozatosan	2007. április 1. határnappal azonnal
Ágyszámcsökkentés jellege	Inkább fűnyírólvszerű, egyenletes	Intézményi, szervezeti egy- ség jellegű differenciálás megfigyelhető
Kiemelt kórházak listája létezik?	Igen, 4. melléklet.	Igen, 1. melléklet.
Kiemelt kórházak fogalma	Az országos és regionális feladatok ellátására java- solt intézmények.	A) Országos feladatkörű speciális intézetek B) Súlyponti kórházak
Egyeztetés szintje	Megyei egyeztető fórum.	Regionális Egészségügyi Tanács.
Egyeztetési szint jogköre	Javaslattétel/döntés.	Javaslattétel/döntés.
Döntésképtelenség esetén	MEP/OEP dönt.	Miniszter dönt.
Kapacitásmeghatározás dimenziója	Megyei/szakmai	Regionális/szakmai
Módszertan	Törvényben megadott.	Törvényben NEM megadott.
Transzparencia	Jelentős.	Nincs.
Főbb tanulságok	– ágyszám általában keve- sebb lett – betegforgalom nem csökkent – nem lett olcsóbb a rendszer – hatékonyság nem nőtt	– az ágyszám itt is keve- sebb lett – a többit érdeklődéssel várjuk

szakellátási kapacitások csökkentésének alkotmányos módszerét, ahol a kihasználatlan kapacitások az országos átlagtól való eltérés értékében csökkenthetőek, a tartós kihasználatlanság tényét az egészségügyi államigazgatási szerv azt hatósági bizonyítvánnyal igazolja.

A jogszabályok áttekintése után megállapítható, hogy a magyar kapacitásszabályozás felvonultatja mindazon módszereket, amelyeket a nemzetközi szakirodalom is ismer. Hazai sajátosság azonban, hogy ezen módszereket nem egybefüggő rendszer részeként, hanem önállóan, egy-egy ötesztendős periódusban alkalmazták úgy, hogy nem fordítottak kellő figyelmet az előírt szabályozás pozitív elmeinek megtartására.

Az 1996-os ágyszám-törvény és a 2006-os ellátórendszer-fejlesztési törvény bázis szemlélettel közel azonos 11–11%-os mértékű ágyszámcsökkentést eredményezett. Sajátosság azonban, hogy a 2006-os törvény jelentősen megváltoztatta az aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátási ágyak arányát, úgy, hogy 75 vs. 25%-ról 62 vs. 38%-ra módosult ez az arány. A 2001-es „salátatörvény” fekvőbeteg-ellátási kapacitáscsökkentő hatása az előzőekhez viszonyítva nem jelentős, hiszen ennek a törvénynek nem ez az elsődleges célja.

Rendkívül előremutató, hogy az 1996-os ágyszám-törvény megalapozott, jól tervezhető matematikai képlet segítségével határozta meg a kapacitásokat, amely továbbfejlesztése esetén alkalmassá válhatott volna a tudományos megalapozottságú kapacitástervezésre. Ráadásul az átalakítást ütemezett módon, 5 éven keresztül fokozatosan akarta megvalósítani, elegendő időt szánva a megvalósításra. Sajnálatos módon a 2006-os ellátórendszer-fejlesztési törvény bázisszemléletű kapacitástervezésének módszertana nem ismert, így annak tudományos megalapozottságát illetően nem rendelkezünk információkkal.

Hasonló a két törvény egyeztetési rendszere, de míg az ágyszám-törvény megyei szinten szabályoz, addig a 2006-os a regionális szabályozást részesíti előnyben, amely jobban elősegíti a hatékony kapacitástervezést. Mindkét jogszabály egyeztetési mechanizmusa nagyon optimistán tekint az érintett felek kompromisszumkészségére, hiszen teljes körű megegyezését kívánja tőlük az ajánlat elfogadásához. A konszenzusos döntés elmaradása esetén alkalmazott mechanizmus egy felülről vezérelt rendszert vetít előre a gyakorlati működés során.

A 2001-es törvény új szemléletet hoz a pályázati eljárás során történő kapacitásbefogadás vonatkozásában. A kapacitásdimenziók meghatározásából eredő bújta-tott kapacitásnövekedési problémára adott megoldása megalapozta a fogalmi elemek pontosításának igényét.

Mindhárom törvény adós marad az ellátórendszer átfogó (pl. alapellátás, járóbeteg-szakellátás) kapacitásainak szabályozásával, amely meggyőződésünk szerint elengedhetetlen feltétele a hazai egészségügyi problémáinak megoldására.

Működési engedélyek

Egészségügyi szolgáltatás kizárólag az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdhető meg, illetve folytatható.

A működési engedély csak abban az esetben adható ki, ha a kérelmezőnek az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére van felelősségbiztosítása, illetve akivel szemben nem állnak fenn a vonatkozó jogszabályban meghatározott kizáró okok.

A működési engedély kiadására jogosult ÁNTSZ intézetek:

- a) fekvőbeteg-szakellátást, mentést, betegszállítást, vérellátást, haemodialízist és sejt- és szövetbanki, valamint biobanki tevékenységet nyújtó egészségügyi szolgáltató esetén a regionális intézet,
- b) az a) pontban fel nem sorolt egészségügyi szolgáltatások esetében – ideértve az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről szóló 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet 3. § (1) bekezdésében és 6. § (1) bekezdés b) pontjában meghatározott ellátást is – a kistérségi intézet,
- c) az a) és b) pont szerinti szolgáltatásokat egyidejűleg végző egészségügyi szolgáltató esetén – függetlenül attól, hogy a szolgáltató a régió illetékességi területén hány telephelyen nyújtja szolgáltatásait – a regionális intézet jogosult.

A működési engedélyek kiadása során alkalmazandó jogszabályok:

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény,
- az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet,
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről,
- a betegszállításról szóló 19/1998. (VI. 3.) NM rendelet,
- a mentésről szóló 5/2006. (II. 7.) EüM rendelet,
- az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről szóló 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet,
- az emberi vér és vérkomponensek gyűjtésére, vizsgálatára, feldolgozására, tárolására és elosztására vonatkozó minőségi és biztonsági előírásokról, valamint ezek egyes technikai követelményeiről szóló 3/2005. (II. 10.) EüM rendelet.

A kérelemben az alábbi adatokat szükséges feltüntetni:

- a kérelmező nevét, székhelyét és telephelyét, illetve magánszemély esetén a természetes személyazonosító adatokat;
- amennyiben az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatást nem saját tulajdonában lévő ingatlanban végzi, a tulajdonos nevét, székhelyét, az ingatlan (ingatlanrész) használatának jogcímét;

- az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának helyét, a rendelési időt és a betegek részére rendelkezésre állás idejét; *
- az ellátni kívánt egészségügyi szakma (szakmák) megnevezését, különböző ellátási formában és progresszivitási szinten szolgáltatni szándékozó esetén megjelölve az ellátási formát és az ellátási szintet is; *
- a kérelemben foglalt egészségügyi szakmától és ellátási formától függően az ügyeleti, készenléti rendszerben való részvétel módját;
- ha az egészségügyi szolgáltató az általa nyújtott szolgáltatások egy részét más egészségügyi szolgáltatóval kötött szerződés alapján, annak közreműködésével nyújtja a betegnek, a közreműködő egészségügyi szolgáltató által teljesítendő szolgáltatásokat;
- a külön jogszabály szerint gyógyászati segédeszköznek minősülő termék forgalmazására, kölcsönzésére, javítására irányuló tevékenység esetén azt, hogy sorozatgyártású, egyedi méretvétel alapján készült vagy méretre igazított segédeszközt fog forgalmazni, kölcsönözni, illetve javítani.

Több szervezeti egységből álló egészségügyi szolgáltató esetén a *-gal jelölt pontokban foglalt adatokat szervezeti egységenként kell feltüntetni.

A kérelemhez mellékelni kell a következő dokumentumokat:

- a) ha az egészségügyi közszolgáltatásáért felelős szerv az egészségügyi ellátási kötelezettségét más egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervvel vagy egészségügyi szolgáltatóval kötött megállapodás vagy szerződés útján teljesíti, az erre vonatkozó megállapodást, szerződést (előszerződést);
- b) közreműködő egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén a közreműködésről szóló szerződést (előszerződést);
- c) az egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges tárgyi feltételek – ideértve az ingatlant is – használatának jogcímét igazoló iratot;
- d) az egészségügyi szolgáltató e tevékenysége során okozott kár megtérítésére vonatkozó felelősségbiztosítási szerződése másolatát;
- e) a kérelmező szervezet létesítő okiratát;
- f) az ellátni kívánt egészségügyi szakmák – ehhez rendelve ellátási formák és szintek – szerint részletezve az ellátásukhoz szükséges tárgyi és személyi feltételek meglétéről szóló nyilatkozatot;
- g) a kérelmező nyilatkozatát arról, hogy nem állnak fenn a működési engedély kiadásának a kizáró okai.

A működési engedély kiadása iránti eljárásban az egészségügyi államigazgatási szerv az alábbi adatokat szerzi be:

- a) a cégbíróági, bírósági nyilvántartásba bejegyzett kérelmező jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság létrejöttét igazoló okiratot (cégbejegyzés, cégjegyzékszám, bírósági nyilvántartásba vétel száma);

- b) új, egyéni vállalkozás keretében működni kívánó egészségügyi szolgáltató kivételével a kérelmező KSH törzsszámát;
- c) amennyiben a kérelmező egészségügyi szolgáltató már rendelkezik működési engedéllyel, az egészségügyi szolgáltatók nyilvántartásában kapott azonosító számát, továbbá működési engedélye (engedélyei) számát;
- d) egyéni egészségügyi vállalkozás engedélyezése esetén az orvosok, illetve a szakdolgozók működési nyilvántartásába vételéről szóló igazolást.

A magyar egészségügyi rendszer felépítése

Az ellátórendszer felépítése

Az egészségügyi ellátórendszer felépítését, feladatait az egészségügyről szóló 154/1997. törvény fogalmazza meg.

A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátások (a továbbiakban: megelőző ellátások) feladatait a Törvény az alábbiak szerint sorolja fel:

- a) a lakosság fertőző betegségekkel szembeni ellenálló képességének fokozása, szükség esetén kialakítása;
- b) az egyes megbetegedések és kórmegelőző állapotok korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatok elvégzése, különös tekintettel
 - a család- és nővédelmi gondozásra,
 - a fogászati megelőző ellátásra,
 - a mentálhigiénés megelőzésre és gondozásra,
 - a gyermek- és ifjúság-egészségügyi gondozásra,
 - a jelentősen veszélyeztető fertőző betegségek felkutatására,
 - a népegészségügyi szempontból jelentős betegségek korai felismerésére,
 - az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokra;
- c) az egyén élet- és munkakörülményeiből adódó lehetséges egészségkárosodások korai felismerése;
- d) az egyes – jogszabályban meghatározott – tevékenységekre való egészségi alkalmasság megállapítása;
- e) az egészségügyi ellátás során a beteg – az adott ellátással össze nem függő – egyéb betegségeinek korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzése;
- f) a beteg ellátása során a betegsége várható következményeinek, illetve szövődményeinek korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzése;
- g) intézkedés az a)-f) pontok szerinti tevékenységek során felismert elváltozások, kóros eltérések megszüntetése érdekében.

A fertőző betegségek megelőzésének főbb elemei:

- a) a védőoltásokon és az egyéb megelőzést szolgáló kezeléseken,
- b) a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatokon,
- c) az általános járványügyi feladatok teljesítésén,
- d) az egyéni védőeszközök alkalmazásán, valamint
- e) az egészségkultúra kialakításán alapulnak.

A magyar egészségügyi ellátórendszer alapvető védelmi vonala az alapellátási rendszer. Az egészségügyi törvény szerint a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani kell, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.

Az egészségügyi alapellátás céljait az alábbiakban összegzi a törvény 88. §-a:

- a) az ellátott lakosságra vonatkozó, megelőző tevékenység;
- b) az egyén
 - egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása és nevelése,
 - külön jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett,
 - szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából,
 - gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a kezelőorvos által javasolt terápiás terv alapján;
- c) szükség esetén a beteg otthonában történő ellátása, illetőleg a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

Az egészségügyi alapellátás főbb intézményei, illetve szolgáltatói a következők:

- háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás,
- fogorvosi alapellátás,
- alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás,
- védőnői ellátás,
- iskola-egészségügyi ellátás.

Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően kell biztosítani.

Az egészségügyi járóbeteg-szakellátás feladatait az alábbiakban összegzi a törvény 89. §-a:

- megelőző tevékenység,
- egyes betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, ideértve az otthoni szakápolás elrendelését és a rehabilitációt is,
- szakorvosi konzíliumok elvégzése, szükség esetén a beteg otthonában is,
- speciális szakmai, diagnosztikus, illetve terápiás háttér szükségessége esetén a beteg – vizsgálatát követő – más járóbeteg-szakrendelésre vagy szakambulanciára történő beutalása,
- a járóbeteg-szakellátás kompetenciakörébe tartozó olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges,
- intézeti háttérrel igénylő ellátás szükségessége esetén a beteg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása.

Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a külön jogszabályba foglaltak szerint a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik.

Az egészségügyi fekvőbeteg-szakellátás a törvény 91. §-a alapján lehet:

- folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is,
- az előző pontban foglalt céllal, meghatározott napszakokban történő ellátás,
- olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított.

A 43/1999. Kormányrendelet a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának minősítési szempontjait az alábbiak szerint határozza meg:

1. Aktív ellátás

A finanszírozás módja szerint aktív ellátásnak minősül az az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. Az aktív ellátás időtartama, illetve befejezése többnyire tervezhető és az esetek többségében rövid időtartamú.

2. Krónikus ellátás

A finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető és jellemzően hosszú időtartamú.

3. Mátrix kórházi ellátás

A betegellátás az aktív fekvőbeteg-szakellátó intézetben klinikai típusú és műtétes egységekben történik az ÁNTSZ engedélye szerint. A kórház ezen belül nem különül el osztálystruktúrákra, hanem a mindenkori ellátási igény szerint végzi az ellátást.

Az egészségügyi törvény fentiek mellett számos egyéb egészségügyi ellátást is megemlít:

- ügyeleti ellátás,
- mentés,
- betegszállítás,
- ápolás,
- egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások,
- a haldokló beteg gondozása,
- rehabilitáció,
- orvostechnikai eszközellátás,
- gyógyszerellátás,
- pszichoterápia és klinikai szakpszichológia,
- a nem konvencionális eljárások,
- egyéb gyógyászati ellátások,
- az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység.

Az igazgatási rendszer felépítése

Az egészségügyi ellátórendszerben a különböző szereplők (állam, önkormányzatok, hivatalok stb.) meghatározott funkciókat töltenek be.

- Az országgyűlés legfontosabb feladatai:
 - tevékenysége során figyelembe veszi és érvényesíti a lakosság egészségének megőrzéséhez fűződő érdekeket és az ehhez rendelt egészségpolitikai célokat;
 - elfogadja a Nemzeti Egészségfejlesztési Programot, értékeli az abban foglaltak végrehajtását és a lakosság egészségi állapotának általános helyzetét;
 - törvényalkotás.
- A kormány legfontosabb feladatai:
 - gondoskodik – a miniszter útján – a NEP előkészítéséről, illetőleg annak az Országgyűlés elé terjesztéséről;
 - meghatározza az egészséget támogató kormányzati politika, ezen belül az egészségpolitika elveit, céljait és főbb irányait;
 - irányítja és összehangolja az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtását;
 - gondoskodik az egészségügyet érintő nemzetközi szerződésekben foglalt kötelezettségek teljesítéséről, illetőleg jogok érvényesítéséről;
 - gondoskodik az e törvény szerint az államot terhelő kártalanítási és megtérítési kötelezettségek teljesítéséről;
 - katasztrófa esetén gondoskodik a veszély elhárításához szükséges feltételek biztosításáról, továbbá ellátja az annak elhárítását célzó tevékenységek általános irányítását.

Kitüntetett szerepben vannak az önkormányzatok az alábbi feladatok ellátása során:

- A települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik:
 - a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról,
 - a fogorvosi alapellátásról,
 - az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról,
 - a védőnői ellátásról,
 - az iskola-egészségügyi ellátásról.
- A települési önkormányzat képviselő-testülete megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit, több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét.
- A helyi önkormányzat biztosítja a tulajdonában vagy használatában levő járóbeteg-szakellátást, illetőleg fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmények működését.
- A települési önkormányzat a környezet- és település-egészségügyi feladatok körében
 - gondoskodik a köztisztasági és településtisztasági feladatok ellátásáról,
 - biztosítja a meghatározott rovarok és rágcsálók irtását,
 - folyamatosan figyelemmel kíséri a település környezet-egészségügyi helyzetének alakulását és ennek esetleges romlása esetén – lehetőségeihez képest – saját hatáskörben intézkedik, vagy a hatáskörrel rendelkező és illetékes hatóságnál kezdeményezi a szükséges intézkedések meghozatalát.
- A települési önkormányzat képviselő-testülete dönt a gyógyiszap és gyógyforrástermék kitermeléséről, kezeléséről, az elismert gyógyvíz, a gyógyiszap és a gyógyforrástermék palackozásáról, csomagolásáról, valamint forgalomba hozataláról, illetve engedélyezi e tevékenységeket.

Az egyes szereplők feladatait részletesen az alábbi táblázat szemlélteti.

4. táblázat

Feladatmegosztás az egészségügyi rendszerben

Szereplő	Főbb feladatok
Országgyűlés	<ul style="list-style-type: none"> – tevékenysége során figyelembe veszi és érvényesíti a lakosság egészségének megőrzéséhez fűződő érdekeket és az ehhez rendelt egészségpolitikai célokat; – elfogadja a Nemzeti Egészségfejlesztési Programot, értékeli az abban foglaltak végrehajtását és a lakosság egészségi állapotának általános helyzetét; – törvényalkotás

Szereplő	Főbb feladatok
Kormány	<ul style="list-style-type: none"> – gondoskodik – a miniszter útján – a NEP előkészítéséről, illetőleg annak az Országgyűlés elé terjesztéséről; – meghatározza az egészséget támogató kormányzati politika, ezen belül az egészségpolitika elveit, céljait és főbb irányait; – irányítja és összehangolja az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtását; – gondoskodik az egészségügyet érintő nemzetközi szerződésekben foglalt kötelezettségek teljesítéséről, illetőleg jogok érvényesítéséről; – gondoskodik az e törvény szerint az államot terhelő kártalanítási és megtérítési kötelezettségek teljesítéséről; – katasztrófa esetén gondoskodik a veszély elhárításához szükséges feltételek biztosításáról, továbbá ellátja az annak elhárítását célzó tevékenységek általános irányítását
Nemzeti Egészségügyi Tanács (NET)	<ul style="list-style-type: none"> – a kormányzati egészségpolitika kialakításában és az ezzel összefüggő döntések meghozatalában kezdeményező, javaslattevő, véleményező és tanácsadó; – a kormányzati egészségpolitikai döntések végrehajtásának folyamatában elemző és értékelő tevékenységet végez; – a Tanács közreműködik: <ul style="list-style-type: none"> – a NEP kialakításában és végrehajtásában, – a lakosság egészségét támogató és fejlesztő kormányzati szintű társadalompolitika kialakításában és a döntések előkészítésében, – az egészségpolitika cél- és eszközrendszerének kidolgozásában és érvényre juttatásában, – a népegészségügyi feladatok és azok végrehajtási sorrendjének meghatározásában
Regionális Egészségügyi Tanács	<ul style="list-style-type: none"> – az egészségügyi régió egészségpolitikai programjának összeállítása; – koordináció és érdekegyeztetés az egészségügyi régió területén működő egészségügyi közszolgáltatók, fenntartók és a lakosság, illetve betegszervezetek között; – az Egészségügyi Fejlesztési Előirányzat (a továbbiakban: EFE) forrásaira kiírt pályázatokkal kapcsolatos feladatok ellátása, továbbá az EFE regionális részének kezelése; – a regionális szakellátási normatívák felosztására irányuló külön jogszabály szerinti eljárás lebonyolítása; – működési területén az egészségügyi közszolgáltatást igénybe vevő betegek körében betegelégedettségi vizsgálatok végzése és ennek figyelembevétele a fejlesztési prioritások kijelölése során; – a regionális egészségpolitikai program megvalósulásának évenkénti értékelése és amennyiben szükséges, annak módosítása és kiegészítése; – véleményezi a területi beutalási szabályokkal kapcsolatos jogszabályokat, és kezdeményezheti az egészségügyért felelős miniszternél a területi beutalási szabályok felülvizsgálatát, amennyiben az az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést veszélyeztet

Szereplő	Főbb feladatok
Miniszter	<ul style="list-style-type: none"> – ellátja a NEP által meghatározott ágazati feladatokat; – ellátja az egészségügyi képzéssel, szakképzéssel, szakirányú szakképzéssel és továbbképzéssel összefüggő szakmai feladatokat; – meghatározza az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményrendszerét; – támogatja és összehangolja az egészségügyi ágazat feladatkörét érintő tudományos kutatótevékenységet; – irányítja az egészségügyi tevékenység ágazati irányításához és egységes működéséhez szükséges nyilvántartási és információs rendszert; – irányítja az egészségügy területén működő országos intézeteket; – meghatározza és összehangolja a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök előállításával, forgalmazásával és rendelésével kapcsolatos tevékenységeket
Önkormányzatok	<ul style="list-style-type: none"> – A települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik <ul style="list-style-type: none"> – a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, – a fogorvosi alapellátásról, – az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról, – a védőnői ellátásról, – az iskola-egészségügyi ellátásról. – A települési önkormányzat képviselő-testülete megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit, több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét. – A helyi önkormányzat biztosítja a tulajdonában vagy használatában levő járóbeteg-szakellátást, illetőleg fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmények működését. – A települési önkormányzat a környezet- és település-egészségügyi feladatok körében <ul style="list-style-type: none"> – gondoskodik a köztisztasági és településtisztasági feladatok ellátásáról, – biztosítja a rovarok és rágcsálók irtását, – folyamatosan figyelemmel kíséri a település környezet-egészségügyi helyzetének alakulását és ennek esetleges romlása esetén – lehetőségeihez képest – saját hatáskörben intézkedik, vagy a hatáskörrel rendelkező és illetékes hatóságnál kezdeményezi a szükséges intézkedések meghozatalát. – A települési önkormányzat képviselő-testülete dönt a gyógyiszap és gyógyforrástermék kitermeléséről, kezeléséről, az elismert gyógyvíz, a gyógyiszap és a gyógyforrástermék palackozásáról, csomagolásáról, valamint forgalomba hozataláról, illetve engedélyezi e tevékenységeket.

Szereplő	Főbb feladatok
Egészségbiztosítási szervek	<ul style="list-style-type: none"> – a szükséges kapacitás megfelelő időben történő lekötése, valamint – a teljesített és ellenőrzött szolgáltatás finanszírozása
Egészségügyi intézmények fenntartója	<ul style="list-style-type: none"> – Az egészségügyi intézmények fenntartójának hatáskörét képezi különösen <ul style="list-style-type: none"> – az alapítói jogok, a létesítés, az átszervezés, illetve a megszüntetés gyakorlása; – az intézmény költségvetésével kapcsolatos jogok gyakorlása; – az intézmény vezetőinek tekintetében a munkáltatói jogok gyakorlása; – az intézmény működését szabályozó dokumentumok (pl. szervezeti és működési szabályzat, házirend) jóváhagyása; – az intézmény működésének folyamatos felügyelete és ellenőrzése. – A területi ellátási kötelezettség körében az egészségügyi intézmény fenntartója a külön törvényben foglaltaknak megfelelően köteles biztosítani az általa fenntartott egészségügyi intézményben <ul style="list-style-type: none"> – az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges szakmai feltételeket, valamint; – az egészségügyi intézmény működőképességét és fejlesztését.

A magyar egészségügyi rendszer finanszírozása

(*Boncz Imre, Sebestyén Andor*)

Az 1990-es rendszerváltozás előtt a magyar egészségügyi rendszerre a globális költségvetés szerinti (bázis) finanszírozás volt jellemző. Mind az egészségügyi szolgáltatások nyújtása, mind a finanszírozás állami feladatként szerepelt. A rendszerváltozást követően az egészségügyi szolgáltatások nyújtása az önkormányzatok (kivételesen egyetemek és országos intézetek), míg a finanszírozás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) feladata lett. Ezzel megvalósult az egészségügyi szolgáltató és a finanszírozó szervezet formális szétválasztása is (*purchaser-provider split*).

Általában elmondható, hogy hazánkban a globális költségvetést felváltotta a teljesítmény elvű finanszírozás. Részletesebben a háziorvosi ellátás, a járóbeteg-szakellátás, az aktív és krónikus fekvőbeteg-szakellátás finanszírozását mutatjuk be. A jogszabályi változások miatt felhívjuk a figyelmet arra, hogy általában a 2011. januári állapot szerint adjuk meg az adatokat.

A háziorvosi ellátás finanszírozása

A páciensek a társadalombiztosítási kártyájukat leadják az általuk kiválasztott (szabad orvosválasztás) családorvosnak. A háziorvosok a hozzájuk leadott kártyák számát folyamatosan jelentik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé, s ezek után kapják juttatásuk egyik meghatározó elemét, az ún. *kártyapénzt*. Nem minden tb-kártya egyforma értékű, a kártya tulajdonosának életkora szerint különböző pontszám jár értük, melyet az 5. táblázat szemléltet.

Az érvényességi idő lejártát követően, ha az érvényességi időn belül az orvosi vizsgálat nem történt meg, vagy azt a háziorvos a hozzá bejelentkezett biztosítottnál igazolható módon nem kezdeményezte, az esedékes változásjelentésben a biztosítottat ki kell jelenteni. Amennyiben a kijelentést követően orvos–beteg találkozó jön létre, akkor az egyidejű ellátás mellett a biztosított újra bejelenthető.

Azonban a bejelentkezett páciensek számát nem lehet a végtelenségig növelni, hiszen a háziorvos egy bizonyos határ felett már fizikálisan képtelen ellátni a hozzá bejelentkezett betegeket. Emiatt vezették be a *degresszió* fogalmát. Meghatározott pontszám felett a háziorvosi szolgálat által lejelentett pontokat lefelé módosítják. Vagyis a depressziós küszöb feletti újabb pontok már nem teljes értékűek, azoknak csak egy hányada kerül elismerésre a finanszírozás során. Az így meghatározott pontokat a rendszer az ún. *szakképzettségi szorzó* révén korrigálja. Egy háziorvosi pontszám forintértékét havonta határozzák meg oly módon, hogy a kasszában lévő összeget elosztják az adott hónapban lejelentett pontszámokkal. Ennek megfelelően a pontszám aktuális havi forintértéke ingadozásokat mutat (4. ábra). A 2003. év elején jelentkező jelentős emelkedés az átlagosan 50%-os központi bérintézkedés hatása.

A *fix díj*, nevének megfelelően, a háziorvosi szolgálat működésének fix költségeit hivatott fedezni, így különösen a rendelő fenntartásának költségeit (rezsi, bérleti díj, takarítás stb.). A fix díj a praxis típusának (felnett-, gyermek-, vegyes) és létszámának függvényében változik.

Az *eseti ellátási díj* azon beteg utáni finanszírozást jelenti, aki nem az adott házi-orvoshoz van bejelentve, de a háziorvos ellátja őt. Ennek típusos esete a nyári nyaralás, amikor például a budapesti biztosított (akinek kártyája egy budapesti házi-orvosnál van, s ez a háziorvos kapja utána a fejpénzt) a Balaton-parton nyaral, és nyaralás közben kisebb probléma (pl. roszullét) miatt felkeres egy ottani házi-orvost. Ilyenkor a háziorvos természetesen ellátja, és az eseti ellátási díjat kapja utána.

5. táblázat

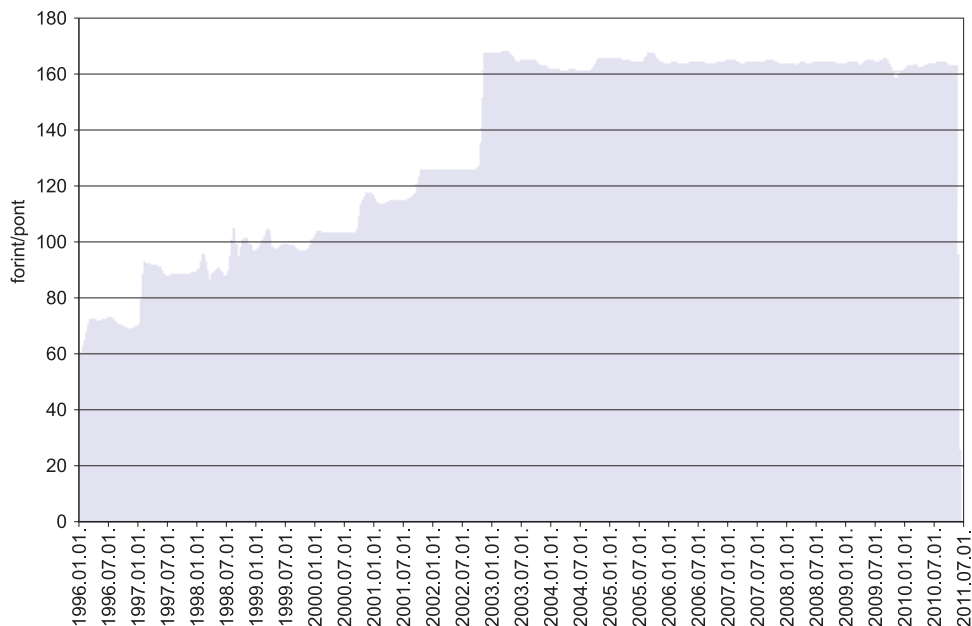
A korcsoportonkénti pontszám a háziorvosi ellátásban (2011. január)

pontszám	érvényesség
a) 0-4 év közötti bejelentett biztosított után	4,5 pont 1 év
b) 5-14 év közötti bejelentett biztosított után	2,5 pont 1 év
c) 15-34 év közötti bejelentkezett biztosított után	1,0 pont 3 év
d) 35-60 év közötti bejelentkezett biztosított után	1,5 pont 2 év
e) 60 év feletti bejelentkezett biztosított után	2,5 pont 2 év

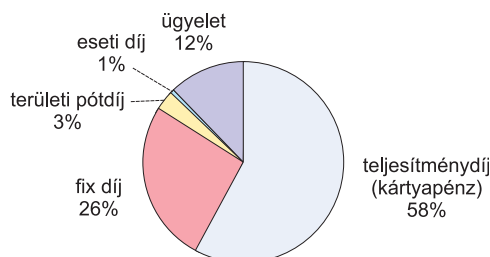
Az *ügyeleti díj* a házi orvosok éjszakai, illetve hétvégi (ünnepnapi) ügyeletét hivatott finanszírozni. Az ügyeleti ellátást kisebb településen természetesen egy-két házi orvos végzi, míg nagyobb városokban ezt intézményi szinten is elláthatják.

A házi orvosi szolgáltató havi területi kiegészítő díja a település típusától (főváros, város, község, csatolt község, külterületi lakott hely) függően változik.

2001-től lehetőség van arra, hogy a házi orvosi szolgáltatók a felhalmozási célú kiadásaikhoz támogatást igényeljenek eszköz- és ingatlanvásárlásra. A külön jogszabályban meghatározott szakmai minimumfeltételek közé tartozó gép-műszer, berendezés, valamint a távoli-hálózati hozzáférésre alkalmas személyi számítógép (a továbbiakban: eszköz), és a házi orvosi tevékenység folytatására szolgáló ingatlan (a továbbiakban együtt: tárgyi feltétel) után igényelhetik a rendeletben meghatározott feltételek teljesítése esetén. Ezen kiadási tételnek pénzügytechnikailag nem az Egészségbiztosítási Alap, hanem a központi költségvetés a forrása. Ezen lehetőség időközben megszűnt.



4. ábra. Házi orvosi teljesítménypont forintértékének havi változása (1996–2010)



5. ábra. Egy átlagos házi orvosi praxis éves bevételének megoszlása (2010)

Járóbeteg-szakellátás

A járóbeteg-szakellátásban (beleértve a labordiagnosztikát, CT- és MRI-vizsgálatokat) a németpontok szerinti tételes elszámolást alkalmazzuk.

A járóbeteg-szakellátás finanszírozására bevezetett tételes elszámolás, az OENO kódok és németpontok rendszere a teljesítmény elv alapján működik. Minden egyes orvosi eljárásnak van egy finanszírozási pontértéke és kódja (6. táblázat), ami az Egészségügyi Világszervezet (WHO) International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) kódrendszerére épül. Az orvosi eljárásokhoz a finanszírozás alapját képező pontszám is meghatározásra kerül. Az egészségügyi intézmények min-

6. táblázat

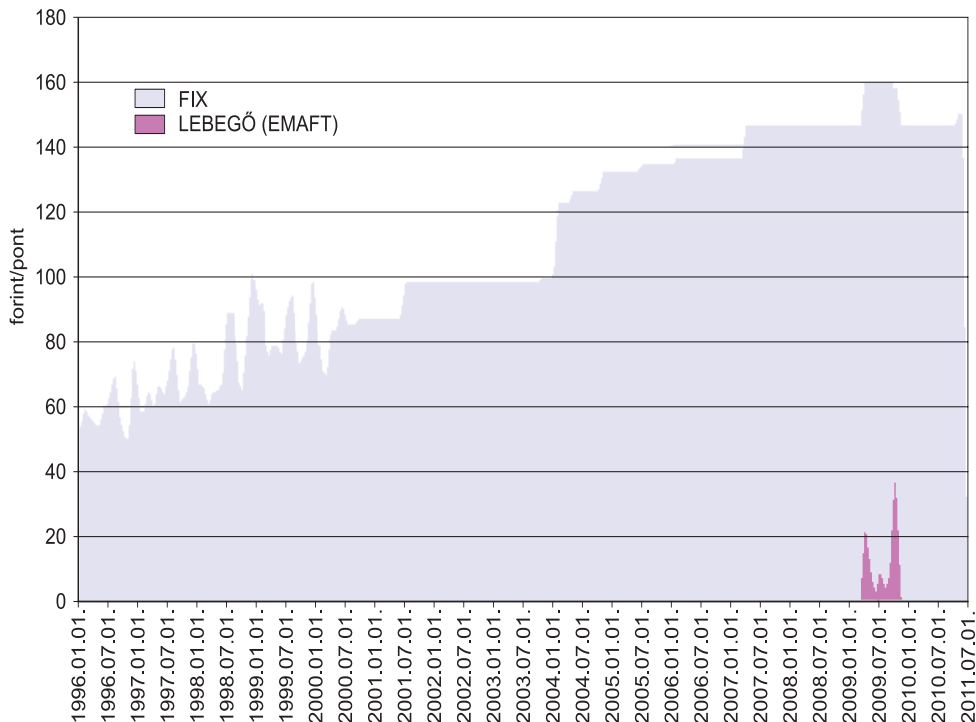
Néhány példa a járóbeteg-szakellátási finanszírozási kódokra és pontértékekre (2011. január)

Kód	Tevékenység megnevezése	Pont
11011	Elsősegély	176
11041	Vizsgálat	750
11042	Vizsgálat a rendelőn kívül	878
11047	Alkalmassági vizsgálat tömegsportolásra	654
12151	Anomalosopia	232
12152	Színlátás kvantitatív vizsgálata	257
12601	EKG végtag- és mellkaselvezetéssel	308
12602	EKG surface mapping	682
12603	EKG vektorkardiográfia v. Frank-féle elvezetések	302
12604	EKG telemetriával	1.752
12605	EKG Holter-monitorizálása	3.120
12606	Transztelefonikus EKG	1.502
12610	EKG nyelőcső-elektróddal	621
12620	EKG kerékpárterheléssel	2.272
12621	EKG futószalag-terheléssel	2.272
14234	Biopsia gingivae	138
14235	Biopsia palati oris	138
14250	Biopsia medullae ossealis sterni	1.813
14251	Biopsia medullae ossealis crista ossis ilei	13.197
31310	Mellkasfelvétel, AP/PA	679
31311	Mellkasfelvétel, oldalirányú	597
31312	Mellkasfelvétel, kétirányú	923
34440	Mellkas CT-vizsgálata natív	5.079
34441	Mellkas CT-vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követőleg	10.476
34442	Mellkas CT-vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	15.554
34930	Mellkas MR-vizsgálata natív	10.884
34931	Mellkas MR-vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követőleg	20.006
34932	Mellkas MR-vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	30.889
35203	Pajzsmirigy-szcintigráfia, I-131-gyel	2.587
35204	Pajzsmirigy-szcintigráfia, jód-123-mal	6.653
35205	Pajzsmirigy-maradványszövet stimulációja rTSH kezeléssel	133.412

den egyes betegnél végzett vizsgálatokat, eljárásokat havonta lejelentik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé, az OEP pedig megtéríti ezek díját.

A járóbeteg-szakellátás elszámolási rendszere jelentős fejlődésen ment át, megvalósult a beteghez (TAJ-számhoz) kötött jelentés, életbe léptek összeférhetetlenségi szabályok és ezek kezelésére szolgáló informatikai szűrő programok. A kezdetben vegyes (fix és teljesítménydíjas) finanszírozást felváltotta a teljesítmény elvű finanszírozás. 2000 júniusáig egy járóbeteg-teljesítménypont forintértéke havonta változott a havi költségvetési keret és az intézmények által lejelentett összes pontszám függvényében (6. ábra). Ezen lebegőpontos rendszer a finanszírozói oldal számára lehetőséget biztosított a járóbeteg-kassza egyensúlyban tartására, hiszen teljesítménynövekedés esetén nem a kiáramló pénz mennyisége nőtt meg, hanem lecsökkent egy pont forintértéke. Ugyanakkor az intézmények számára igen nehéz volt a bevételi oldal tervezése, hiszen nem lehetett előre tudni, hogy adott hónapban mekkora térítési díjat kap az intézmény. 2000 júliusától megvalósult a járóbeteg-pontok fix térítése, és ezáltal megszűnt a havi ingadozás. Számos folyamat eredményeként 2002-ben pedig elindult az önálló laboratóriumi kassza, ahol egy fix és egy lebegődíjas finanszírozás kombinációja valósult meg.

2004-ben bevezetésre került az ún. *teljesítményvolumen-korlát (TVK)* fogalma. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy az egészségügyi intézmények a járóbeteg- és aktív fekvőbeteg-szakellátás területén éves kvótát, volumen korlátot kaptak, amiből meg kellett oldaniuk a betegellátást. Amennyiben a kvótát túllépték, 2004–2006

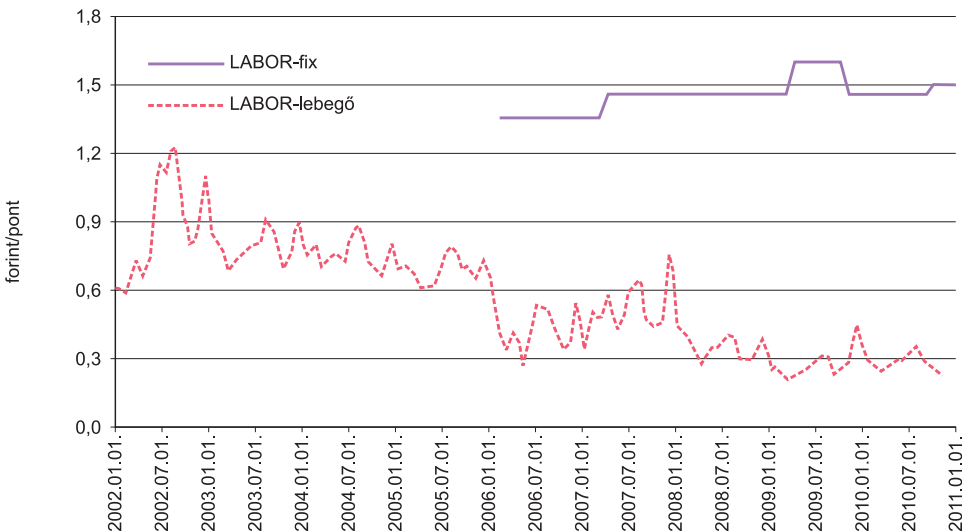


6. ábra. A járóbeteg-szakellátás teljesítménypont forintértékének havi változása (1996–2010)

között ún. *degresszió* került alkalmazásra. A degresszió fogalma szerint 2004 és 2006 júniusa között a 2003. évi teljesítmény 100%-át véve 98%-os bázisnak, az efeletti teljesítmény 0–5%-os növekedés esetén 60%-kal, 5–10%-os növekedés esetén 30%-kal, míg 10% feletti növekedés esetén 10%-kal került kifizetésre. 2006 júliusától a bázisérték 95%-ra változott, és efelett semmi nem került kifizetésre.

A teljesítményvolumen-korlát azonban igen erős szakmai és szakmapolitikai támadások kereszttűzébe került. Ennek hatására 2009 áprilisától a minisztérium bevezette az *előre meghatározott alaptíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT)* szerinti finanszírozást. Mint később kiderült, az EMAFT még nagyobb finanszírozási feszültségekhez vezetett, így csupán a 2009. április és 2009. október közötti 7 hónapban volt használatban. Ezt követően az EMAFT megszűnt, és a finanszírozásban ismét megjelent a TVK. Az EMAFT keretében a teljesítmény 70%-a előre meghatározott fix forint térítési díjjal, míg a teljesítmény fennmaradó 30%-a ún. lebegő díjas rendszerben, havonta változó forint térítési díjjal került finanszírozásra. A fix díj az EMAFT 7 hónapos alkalmazása során végig 150.000 Ft/súlyszám volt, míg a havonta változó lebegődíj értéke 49.769 Ft és 65.200 Ft között ingadozott.

Amint említettük, a laboratóriumi kasszát 2002-ben leválasztották az általános járóbeteg-szakellátási finanszírozásról és önálló kassza formájában került finanszírozásra, mégpedig az ún. *lebegőpontos rendszerben*. A laborkassza forint/pont értéke kezdetben elérte vagy meg is haladta az általános járóbeteg-szakellátási kassza forint/pont értékét, azonban hamarosan lényegesen az alá csökkent (0,6–0,7 Ft/pont). A következő lépésben a laborkasszát két részre választották, az egyik részét fix, előre meghatározott, míg a másik részét lebegőpontos konstrukcióban finanszírozta az OEP 2006. februártól. Ezzel a technikával azt sikerült elérni, hogy a laborkassza fix értéken finanszírozott része hozzávetőlegesen az általános járóbeteg-szakellátási kasszához megfelelő forint/pont értékkel került finanszírozásra, míg a lebegőpontos rész finanszírozása tovább csökkent a 0,3–0,6 Ft/pont sávba.



7. ábra. A laboratóriumi ellátás teljesítménypont forintértékének havi változása (2002–2010)

7. táblázat

A németpont jellegű járóbeteg-ellátások finanszírozási technikái és kasszái (2000–2010)

Év	CT-MRI	Járóbeteg ellátás	Járóbeteg és laborkassza együtt		Járóbeteg és CT-MRI együtt		Laborkassza	
			fix	lebegő	fix	lebegő	fix	lebegő
2000	x	–		x	–	–	–	–
2001	x	–	x	–	–	–	–	–
2002	x	x	–	–	–	–	–	x
2003	x	x	–	–	–	–	–	x
2004	x	x	–	–	–	–	–	x
2005	x	x	–	–	–	–	–	x
2006	x	x	–	–	–	–	x	x
2007	x	x	–	–	–	–	x	x
2008	x	x	–	–	–	–	x	x
2009	–	–	–	–	x	x	x	x
2010	–	–	–	–	x	–	x	x

A laboratóriumi kassza mellett 2000–2008 között a CT-MRI-vizsgálatok számára is külön kassza volt elkülönítve. 2005-ig a CT-MRI-kassza lebegőpontos rendszerben került finanszírozásra, majd ezt követően az általános járóbeteg-kasszához kötött fix pontos rendszerben. Technikailag az általános járóbeteg- és a CT-MRI-kasszák 2009 áprilisától, az EMAFT bevezetésétől kerültek összevonásra. Az EMAFT alkalmazása alatt (2009. áprilistól novemberig) fix és lebegőpontos kevert finanszírozással, majd az EMAFT megszüntetését követően fix forint-pontértékkel. A németpont jellegű járóbeteg-ellátások finanszírozási technikáinak és kasszáinak mátrixát az a 7. táblázat szemlélteti.

Aktív fekvőbeteg-szakellátás

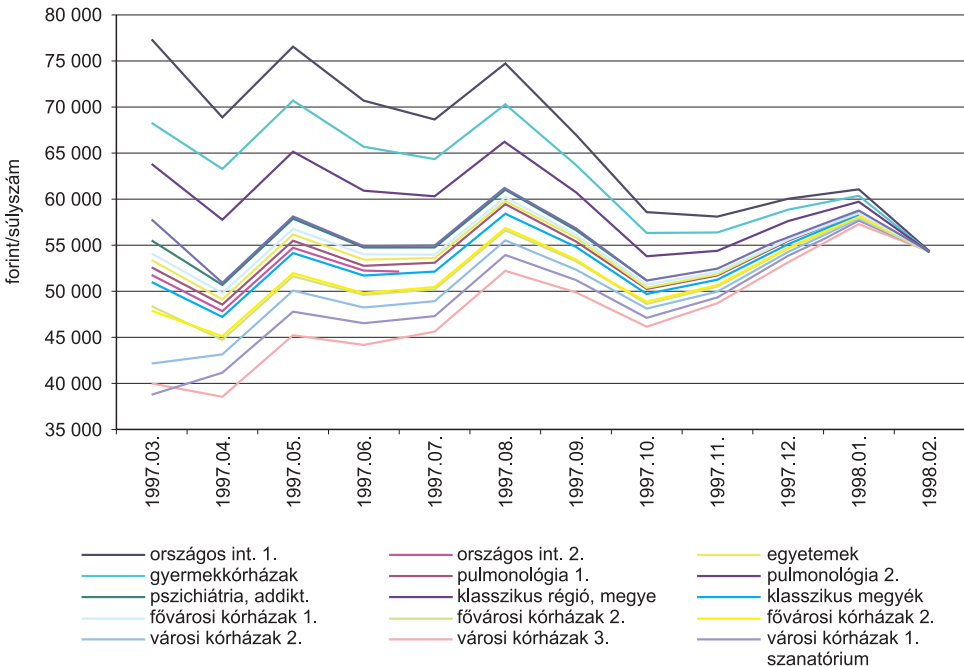
A DRG rendszer hazánkban Homogén Betegségcsoportok (HBCS) néven került adaptálásra. *Homogén betegségcsoportoknak* nevezzük az azonos teljesítményértékű ellátási esetek orvosi szempontból is elfogadható csoportját. Ebben a megfogalmazásban az „*azonos teljesítményérték*” a szakmai ellátás igényesség színvonalával és a munkaráfordítással kifejezhető azonosságot jelenti. Az „*orvosi szempontból is elfogadható*” csoportok meghatározása pedig arra utal, hogy a csoportok orvos-szakmai szempontból is értelmezhető felosztást jelentenek. Vagyis a betegségeket az ellátásukhoz szükséges *szakmai tudás, felkészültség és költségigényesség* szerint sorolják csoportokba.

Az egyes betegek adatait a kórházak jelelik az OEP felé, ahol megtörténik a betegek besorolása az egyes homogén betegségcsoportokba. A besorolás során az alábbi főbb tényezők kerülnek figyelembe vételre: az ápolást indokló fődiagnózis, a

fődiagnózis által indikált beavatkozások, a fődiagnózishoz társult betegségek (szövődmény, kísérő megbetegedés), a beteg életkora, a beteg további sorsa.

A magyar HBCS rendszer története igen hosszú, azonban 3 fő szakaszát ki kell emelni. A rendszer 1993. július 1-től történő bevezetését igen hosszadalmas előkészítő munka előzte meg, mely az adatgyűjtés rendszerének kiépítésére, a költségadatok elemzésére, a betegcsoportok kialakítására koncentrált. Az első, 1993–1997 közötti időszakot a díjkiegyenlítőds fázisaként lehet bemutatni. Ezen idő alatt az egyes intézmények, intézménycsoportok eltérő HBCS alapdíjjal (forint/súlyszám) rendelkeztek, melynek indokát az egyes intézmények eltérő költségvetési pozíciói magyarázták (8. ábra). Ebben az időben jelentek meg azon tudósítások, mely szerint az OEP ugyanazon sérvműtétért az egyik kórházban kétszer annyit fizet, mint a másikban. Ez természetesen nem az akkori OEP felelőtlenségét jelentette, hanem szerves része volt a HBCS rendszer bevezetését követő díjkiegyenlítési periódusnak. A HBCS finanszírozás bevezetése előtt (1980-as évek, 1990-es évek eleje) ugyanis óriási aránytalanságok voltak a kórházak akkori, globális költségvetés jellegű bázisfinanszírozásában. Amennyiben ezen aránytalanságokat egyik napról a másikra megszüntették volna az egységes HBCS térítési díjjal, akkor a korábban felülfinanszírozott kórházak egyik napról a másikra gazdaságilag ellehetetlenültek volna.

A HBCS alkalmazás második szakaszát az országosan egységes alapdíj megjelenése jellemzi. Ezen alapdíj változását szemlélteti a 9. ábra. Itt a korábbi intézménycsoport specifikus forint/súlyszám térítési díjak megszűntek és ezek helyébe lépett az egységes térítési díj. Itt már előre meghirdetett díjakról is beszélünk, ami tervezhetővé tette a kórházak számára a költségvetés-tervezést.

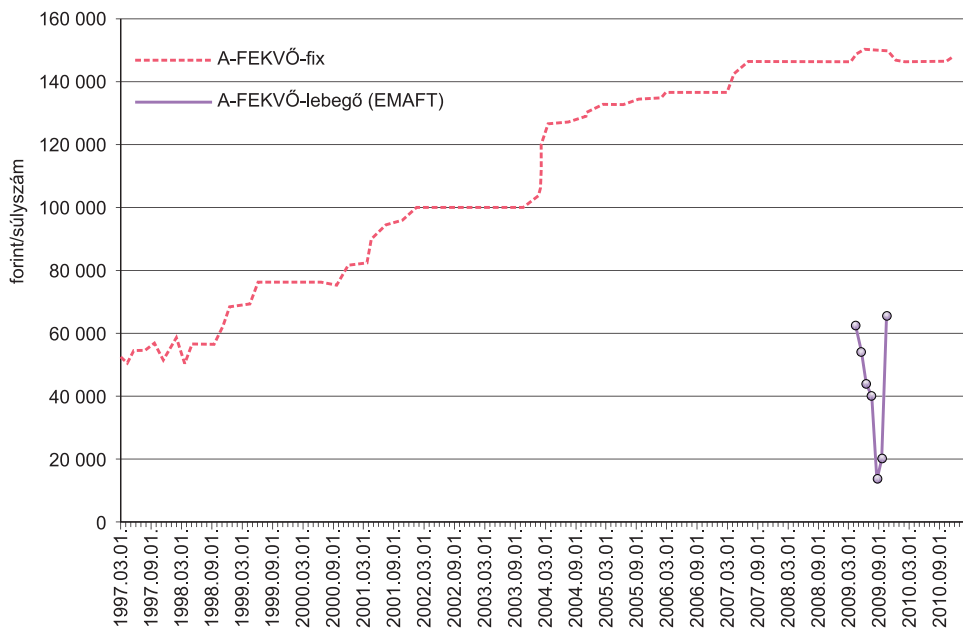


8. ábra. Aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítmény súlyszám forintértékének „díjkiegyenlítése” (1997–1998)

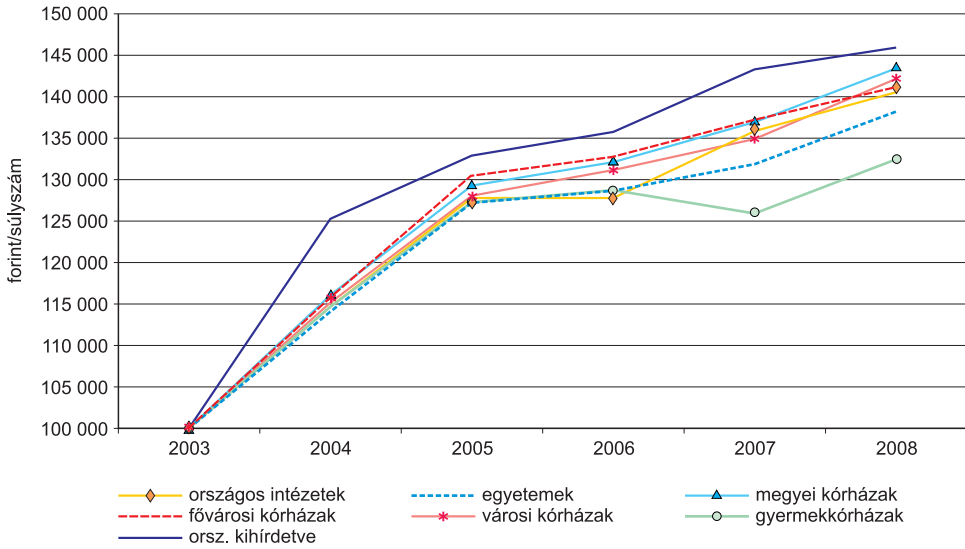
A harmadik szakasz – részben átfedve a másodikkal – a teljesítményvolumen-korlát (TVK) bevezetését követően kezdődött (2004-től). Ez ugyanis alapjaiban módosította az elméletben előre meghirdetett országosan egységes forint/súlyszám alapdíjat (10. ábra). Amennyiben ugyanis a kórházak az előre megadott TVK mennyiségén (súlyszámon) felüli beteget láttak el, akkor azt 2004–2006 között csak részben, majd 2006 nyara után egyáltalán nem finanszírozta az OEP. A járóbeteg-szakellátáshoz hasonlóan HBCS szerint finanszírozott aktív fekvőbeteg-szakellátásban is bevezetésre került az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) szerinti finanszírozás, ami 2009. április és november között volt érvényben. Ennek lebegődíjas része igen alacsony (20.000-60.000 Ft/súlyszám) térítési díjjal került finanszírozásra.

A HBCS rendszer az 1993-as bevezetését követő évtizedben számos változáson ment keresztül. A rendszer fejlődése során a kezdeti amerikai DRG adaptációból gyakorlatilag önálló magyar HBCS alakult ki. Az önálló költségfelmérés, a diagnosztikus-műtét megfeleltetés, a saját besorolási algoritmus kialakítása mind hozzájárultak a magyar HBCS fejlődéséhez.

A HBCS rendszer különböző verzióit, azok alkalmazási időszakát és főbb jellemzőit a 8. táblázat mutatja. Kiemelendők az egyes verziók érvényességi idejében mutatkozó óriási különbségek. Míg a HBCS 2.0 verzió 32 hónapig, azaz közel 3 évig volt érvényben, addig a 3.0 és 3.1 verzió csupán 7, illetve 6 hónapot éltek meg. Az érvényességi idő értelmezésekor két ellentétes szempont vetődik fel. Egyik oldalról nem szerencsés a gyakori váltás, hiszen mire sikerül elsajátítani a szereplőknek (finanszírozó, kórházak) az új verzió alkalmazását, addigra már jön a következő.



9. ábra. Aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítmény súlyszám forintértékének havi változása (1996–2010)



10. ábra. A teljesítményvolumen-korlát (TVK) hatása a Ft/súlyszám térítési díjra (2004–2008)

Másik oldalról nem árt a gyakori váltás, mivel így, mire megismerésre kerülnek az apróbb trükkök, jön a következő verzió, és a trükkök alkalmazására nem marad idő.

A 9. táblázat néhány példán mutatja be egyes betegcsoportok jellemzőit. Az ún. alsó és felső határnap közötti ápolási idők esetén a kórház ugyanazon összeget (ugyanazon súlyszámot) kapja az ellátott betegek után. Vagyis abban érdekelt az intézmény, hogy az átlagos ápolási időt a lehetőségekhez képest csökkentse.

A 9. táblázat néhány példát mutat a HBCS rendszerben található betegcsoportokra és ezek főbb jellemzőire. Összességében több mint 800 darab betegcsoport létezik Magyarországon.

Az aktív ellátási esetre jellemző fogalmakat az alábbiak szerint definiáljuk.

Alsó-felső határnap

Az adott HBCS kezeléséhez szükséges ápolási idő minimális és maximális értéke. E két szélsőérték között az intézmény a teljes HBCS súlyszámért járó díjat megkapja. Az ennél rövidebb ápolási idejű eseteket rövid ellátási esetként, míg a hosszabbakat hosszú ellátási esetként finanszírozzuk.

Normatív (átlagos) ápolási idő

Az ellátási eset időtartama az adott HBCS-ra érvényes alsó és felső határnap között van. Ebben az esetben a finanszírozás szempontjából az adott HBCS ellátására meghatározott súlyszámot számolhatja el.

8. táblázat

A hazai HBCS rendszer fejlesztésének főbb állomásai (1993–2010)

Verzió	Időszak [jogszabály]	Érvényesség	Jellemzők
HBCS 1.0	1993.07.01.– 1994.06.30. [9/1993. (IV.2.) NM]	12 hónap	A legelső hazai verzió. Még nem általános érvényű a műtét – BNO kód megfeleltetés.
HBCS 2.0	1994.07.01.– 1997.02.28. [6/1994. (IV.1.) NM]	32 hónap	A diagnózisok-műtétek megfeleltetését már tartalmazza. 1996. január 1-től ugyan változtak a besorolási táblázatok a BNO 10. bevezetése miatt, azonban ez tartalmi változást nem jelentett, így nem lett önálló verzió.
HBCS 3.0	1997.03.01.– 1997.09.30. [3/1997. (II.13.) NM]	7 hónap	Jelentős változások a csoportok számában, a besorolás tényezőiben és menetében, a szakmailag preferált ellátások kiemelésében.
HBCS 3.1	1997.10.01.– 1998.03.31. [34/1997. (XI.7.) NM]	6 hónap	Felső határnapok módosítása a garanciális szabályok megfelelő alkalmazásához.
HBCS 3.2	1998.04.01.– 1999.04.30. [5/1998. (III.11.) NM]	13 hónap	Új csoportok létrehozása a szívsebészet, haematológia, tüdőgyógyászat terén.
HBCS 4.0	1999.05.01.– 2000.05.31. [7/1999. (IV.7.) Eü. M.]	13 hónap	Alapjaiban új verzió. A besorolási szabályok alapját már nem külföldi DRG rendszerek alkotják.
HBCS 4.1	2000.06.01.– 2001.03.31. [13/2000. (V.12.) Eü.M.]	10 hónap	Új csoportok a rövid időtartamú, sürgősségi esetekre.
HBCS 4.3	2001.04.01.– 2004.01.31. [7/2001. (III.2.) EüM]	34 hónap	Csökkent a kisebb megbetegedések társult betegséggel jelzett csoportjainak száma. Életkor szerint új csoportok a nagyobb költségigényű gyermek és néhány felnőtt HBCS csoportra.
HBCS 5.0	2004.02.01.- [3/2004. (I.15.) ESzCsM]		Az átlagosan 50%-os közalkalmazotti béremelés beépítése. Műtétes HBCS-k preferálása.

9. táblázat

Néhány példa a magyar homogén betegségcsoportokra (2011. január)

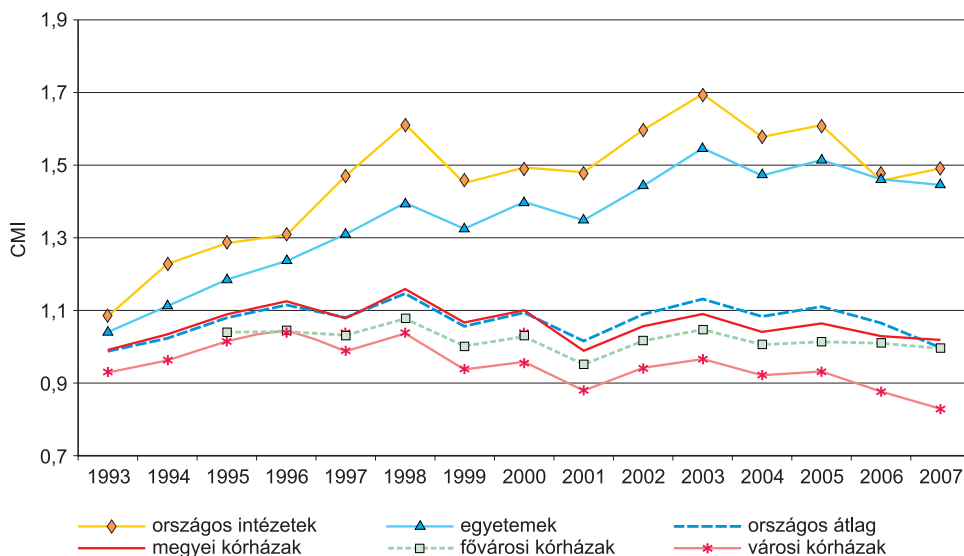
Fő-csoport	Kód	Betegségcsoport	Alsó határnap	Felső határnap	Normatív nap	Súlyszám
01P	001B	Speciális intracranialis műtétek 18 év felett, trauma miatt	2	49	9	6,01625
03P	097A	Tonsillectomia, adenotomia	1	25	3	0,41538
05P	177A	Coronaria bypass, katéterezéssel	4	40	20	10,7111
06P	281B	Lágyék-, köldök-, combsérv-műtétek 18 év felett	1	25	4	0,43497
06P	283B	Appendectomia komplikált fődiagnózissal	2	25	7	1,08575
06P	283I	Appendectomia komplikált fődiagnózis nélkül, 18 év felett	2	25	5	0,80667
06P	283J	Appendectomia komplikált fődiagnózis nélkül, 18 év alatt	2	25	5	0,96799
08P	371H	Cementes csípőprotézis-beültetés komplikáció nélkül	2	38	13	3,02019
08P	371K	Hibrid csípőprotézis-beültetés komplikáció nélkül	2	38	14	3,35221
14M	673A	Hüvelyi szülés	3	25	5	0,59785
14M	673B	Hüvelyi szülés patológiás terhesség után	29	64	37	2,9055
14P	671A	Császármetszés	2	38	7	1,22546
14P	671B	Császármetszés patológiás terhesség után	29	60	38	3,67345

Rövid ellátási eset

Időtartama nem éri el az adott HBCS ellátására megszabott alsó határnapot. Itt a teljes ellátási díj nem számolható el, csak az adott HBCS mindenkori aktuális díja és a normatív ápolási idő hányadosaként meghatározott, az adott homogén betegségcsoportra érvényes egy napi díj és a tényleges ápolási idő szorzatának megfelelő összeg.

Eset-összetételi index (Case Mix Index, CMI)

Az eset-összetételi index (továbbiakban CMI) a homogén betegségcsoportok súlyszámainak átlaga. Ezt az átlagot kiszámolhatjuk egy osztály, egy kórház, egy adott



11. ábra. A case-mix index változása a különböző ellátási szintek esetén

ellátási szint (pl. egyetemi klinikák) vonatkozásában egyaránt. Ilyenkor megmutatja, hogy a vizsgált egység átlagos teljesítménye milyen.

Ahogy a HBCS vonatkozásában igaz, hogy a magasabb súlyszám magasabb szakmai felkészültséget és nagyobb költséget jelent, a CMI-re mint a súlyszámok átlagára szintén igaz.

Megvizsgálva az egyes ellátási szinteket (városi kórház, megyei kórház, egyetemi klinika, országos intézet) azt látjuk, hogy az ellátott esetek bonyolultságával együtt növekszik az eset-összetételi index. Az évek során azonban a szintek közötti különbség (teljesítmény-olló) jelentősen nőtt. Ez arra utal, hogy a HBCS rendszer a progresszív ellátás alsó szintjén (városi kórházak) lévő intézmények számára kedvezőtlen volt, míg a felső szintek (egyetemi klinikák, országos intézetek) relatíve jól jártak, hiszen az ő CMI értékeik az évek során jelentősen emelkedtek. A HBCS rendszer alapelveivel összhangban megfigyelhető, hogy az igényesebb esetek ellátására ösztönző hatás a felsőbb szintek esetében jelentős CMI érték emelkedésben mutatkozik.

Ápolási idő

A korábban ismertetett definícióknál láttuk, hogy a normatív ápolási időn belül (az alsó és felső határnap között) ellátott esetek után az adott HBCS-re jellemző költségigényességi súlyszám kerül elszámolásra. Példaként véve a „Lágyék-, köldök-, comb-sérvműtétek 18 év felett” (HBCS 5.0 kód: 281B) homogén betegcsoportot, láthatjuk, hogy ennek alsó határnapja 1, felső határnapja 25. E kettő között, a tényleges ápolási időtől függetlenül, a kórház ugyanazt a súlyszámot (0,43497), ezért pedig

ugyanazt az összeget (150.000 Ft/súlyszámmal számolva 65.245,5 Ft-ot) kapja a beteg ellátásáért. A HBCS rendszer egyik ösztönző hatása itt mutatkozik meg: az intézményeket abban teszi érdekeltté, hogy a szükségesnél tovább ne tartsák bent a betegeket.

Egy intézmény, osztály átlagos ápolási idejét viszonyítani lehet az adott HBCS-k normatív ápolási idejéhez. Ezen két érték hányadosa a standardizált naphányados (SNH). Amennyiben értéke 1-nél kisebb, akkor az intézmény (osztály) átlagos ápolási ideje rövidebb, mint a normatív ápolási idő, vagyis az intézmény költségtakarékos. A SNH 1 feletti értéke ennek fordítottját jelzi.

Ágykihasználási mutatók

A *tényleges ágykihasználás* az összes teljesített ápolási napot viszonyítja a teljesíthető napokhoz.

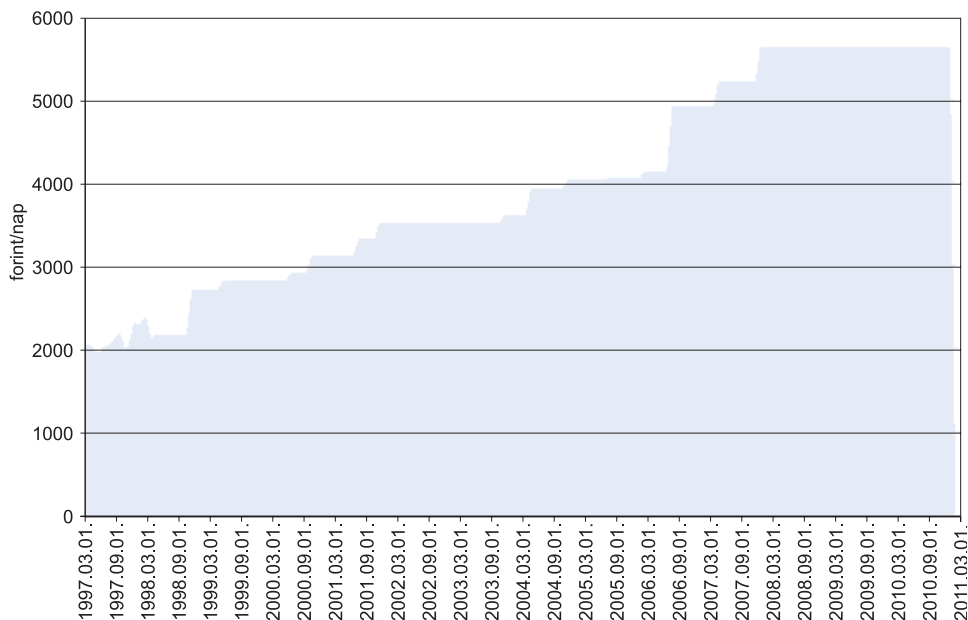
A *normatív ágykihasználás* pedig az összes teljesített (HBCS) normatív napot a teljesíthető napokhoz viszonyítja.

Az ápolási idő és az ágykihasználási mutatók összekapcsolása is fontos információt szolgáltat. Két egyforma ágykihasználású (pl. 75%), azonos profilú osztály (pl. sebészet) esetében célszerű megvizsgálnunk a standardizált naphányadost is. Amennyiben a SNH 1-nél kisebb, akkor az osztály rövidebb ideig ápolja betegeit, mint a normatív idő. A SNH 1-nél nagyobb, akkor az osztály túlápolja betegeit, vagyis az ágykihasználási mutatót mesterségesen próbálja meg növelni.

Krónikus fekvőbeteg-szakellátás

A krónikus fekvőbeteg-ellátásban az egy napra és egy betegre megállapított napidíj képezi a finanszírozás alapját, amit az osztály szakfeladatai szerinti szorzókkal korrigálunk. A 2006 júniusában érvényes alapidíj 4.115,- Ft/nap/beteg volt. Ezen alapidíj kerül korrekcióra az ellátás típusa szerint: ápolási osztályon végzett ellátás (1,2-es szorzó), krónikus ellátás (1,2), rehabilitáció (1,5), szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs ellátás (2,1), hospice ellátás (1,5), addiktológiai, alkohol- és drogfüggő betegek rehabilitációja (1,6), tetraplég osztályi ellátás (4,0), speciális rehabilitáció (koponya-, gerinc-, agysérültek és szeptikus betegek ellátása) (4,0), légzési rehabilitáció (gépi) (6,7), vegyes profilú ápolási osztályon végzett hosszú idejű ellátás (0,8), pályázattal befogadott hospice ellátás (1,8), szakmai minősítésű intenzív komplex rehabilitációs ellátás (4,1), speciális, komplex intenzív rehabilitáció (koponya-, gerinc-, agysérültek és szeptikus betegek ellátása) (6,6).

Ezen szabályozás 2006 nyarán alapjaiban módosult. A 2011 januárjában érvényes korrekciós tényezőket az alábbi táblázat tartalmazza. Az alapidíj ezen időszakban 5.600 Ft/nap/beteg volt.



12. ábra. A krónikus fekvőbeteg-szakellátás alapdíja (1997–2010)

10. táblázat

A krónikus fekvőbeteg-szakellátás szorzói (2011. január)

Kód	Megnevezés	Szorzó
1	Ápolási tevékenység	1
15	Krónikus ellátás	1,2
19	„A” minősítésű	1,8
20	Rehabilitációs ellátás	1,4
21	„C” minősítés nélküli	1,2
17	Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak rehabilitációs ellátása	3,8
22	Pályázati úton befogadott hospice ellátás	1,7

Teljesítményvolumen-korlát

A teljesítmény elvű finanszírozási technikáknak jól ismert mellékhatása a szolgáltatók által a finanszírozó szervezet (Magyarországon az OEP) felé jelentett teljesítmények jelentős emelkedése. Az intézmények részéről ez érthető, hiszen a fokozódó teljesítmények jelentése révén többletbevételhez jutnak. A finanszírozó számára

ugyanakkor egyre nagyobb finanszírozási problémát okoz a teljesítménypörgetés. Annak eldöntése pedig nagyon nehéz, hogy a teljesítménypörgetés mögött mikor található szakmailag feltétlenül indokolt ellátás, illetve ez mikor megy át többletbevétel generálásba.

A Magyarországon tapasztalt jelentős teljesítményfokozódás hatására került bevezetésre a teljesítményvolumen-korlát (TVK). A TVK rendszer célja egy olyan korlát kialakítása volt, melynek révén az intézmények számára egy felső plafon kerül meghatározásra, mely felett az OEP már csak részlegesen finanszírozza a lejelentett teljesítményt (járó pontszám, aktív fekvő súlyszám stb.).

A rendszer 2004-es indulásakor bázisként a 2003. évi teljesítmény 98%-a került meghatározásra. Ezen korlát felett az OEP a lejelentett teljesítménynek csak meghatározott részét finanszírozza az alábbi sávok szerint:

TVK 100-105% közti része = Ft érték 60%-a

TVK 105-110% közti része = Ft érték 30%-a

TVK 110% feletti része = Ft érték 10%-a

A teljesítményvolumen-korlát kialakítása tehát a túlzott teljesítményjelentésre adott válaszreakció volt, mely a finanszírozás számára valóban felső határt tud képezni, ugyanakkor számos intézmény működésében érezhető hatásokat okozhat.

Összefoglalás

Az egészségügyi finanszírozás két, népegészségügyi szempontból jelentős kihívását kell megemlítenünk. A finanszírozásnak az egészségügyi szükségletekhez való igazodása mind a racionális forrásfelhasználás, mind az igazságosság oldaláról kiemelt jelentőségű. A másik kihívása a finanszírozási döntéshozatalnak a gazdasági környezet megteremtette pénzügyi lehetőségek és az egészségügyi rendszer oldaláról jelentkező igények közötti egyensúly megteremtése.

A finanszírozási döntéshozatal során a szakmai bizonyítékokon alapuló irányelvek alkalmazása egyre nagyobb szerephez jut. A gazdasági kérdésekben pedig az egészségügyi technológiai értékelés, illetve egészség-gazdaságtani elemzések nyújtanak segítséget az eligazodásban.

Az egészségügyre fordítható források felhasználásában alapvető cél, hogy a rendelkezésre álló forrásokból elérhető egészség-nyereséget optimalizáljuk és a finanszírozási rendszer hozzájáruljon a lakosság egészségi állapotának javulásához.

Irodalom

1. 1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról. Magyar Közlöny, 1996/61. (VII.23.)

2. 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről. Magyar Közlöny 1997/119 (XII. 23.)
3. 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól. Magyar Közlöny, 1997. 68. (VII.25.)
4. 2001. évi XXXIV. törvény az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról. Magyar Közlöny, 2001/65. (VI.12.)
5. 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. Magyar Közlöny, 2006/160. (XII. 22.)
6. 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról. Magyar Közlöny, 1997. 107. (XII.1.)
7. 361/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról. Magyar Közlöny, 2006/165. (XII. 28.)
8. 43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. Magyar Közlöny 1999. 17. szám (III.3.)
9. 50/2002. (III. 26.) Korm. Rendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól. Magyar Közlöny, 2002/39. (III. 26.)
10. 9/1993. (IV.2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről. Magyar Közlöny 1993. 38. szám. (IV.2.)
11. Belicza É., Boján F. Teljesítménymutatók a hazai fekvőbeteg-gyógyintézetekben az 1993.július 1.–1994. június 30. között elbocsátott betegek adatai alapján. EMIKK füzetek 6. szám, Debrecen, 1995.
12. Boncz I, Nagy J, Sebestyén A, Kőrösi L. Financing of health care services in Hungary. *Eur J Health Econ*, 2004, 5(3): 252-258.
13. Boncz I. An overview of the Hungarian healthcare. *Hospital*, 2005, 7(3): 41-42.
14. Boncz I., Dózsa Cs. Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992-2002. *MOTESZ Magazin*, 2002, 11(4): 52-55.
15. Boncz I., Horváth B. (szerk.): Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai. Főiskolai jegyzet, PTE EFK, Pécs, 2001.
16. Boncz I., Sebestyén A. Az egyetemek szerepe a progresszív betegellátás rendszerében. *Orvosi Hetilap*, 2003, 144(11):523-528.
17. Bondár É. Mekkora a magyar egészségügyi kapacitás nemzetközi összehasonlításban? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2000; 38(6): 617-635.
18. Buda J. Betegségi biztosítás – Szemelvények a társadalombiztosítás történetéből. Főiskolai jegyzet. PTE, Pécs, 2001.
19. Culyer A. J., Newhouse J. P. (edit.): *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science. Amsterdam. 2000.
20. Deppe, H.U. Oreskovic S. Back to Europe: Back to Bismarck? *Int. J. Health Serv*. 1996, 26 (4): 777-802.
21. Gaál P. Lényeges kérdések az egészségügy reformjában: a finanszírozói verseny. *IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2007;6(1):8-12.
22. Getzen T. E. *Health Economics*. Wiley, New York, 2003.

23. Gulácsi L. (szerk.): Egészség-gazdaságtan. Medicina, Budapest, 2005.
24. Gulácsi L. Klinikai kiválóság – Technológia elemzés az egészségügyben. Springer, Debrecen, 1999.
25. Israeli A., Penchas S. Quantity in health care is not always a substitute for quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1997, 10(1): 27-30.
26. Kincses Gy. A kórházi kapacitástervezés elvi problémái, lehetséges indikátorai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 1995; 33(2): 153-160.
27. Kincses Gy. Egészségpolitikai ábragyűjtemény. Praxis Server Kft., 1996., Budapest.
28. Klazinga N. Quality management of medical specialist in The Netherlands. *Belvédère. Overveen, The Netherlands*, 1996.
29. Kornai J. Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1998.
30. Kornai J., Eggleston K. Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2004.
31. Kosztolányi Gy., Decsi T. (szerk.): Bizonyítékokon alapuló orvoslás. PTE ÁOK, Pécs, 2002.
32. Kovácsy Zs. Egészségügyi jog. Semmelweis Kiadó, Budapest (2008). 332-353.
33. Kroneman M., Nagy J. Introducing DRG-based financing in Hungary: a study into the relationship between supply of hospital beds and use of these beds under changing institutional circumstances. *Health Policy*, 2001, 55(1):19-36.
34. Mihályi P. Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003.
35. Orosz É. Félúton vagy tévúton? – Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 2001.
36. Réthelyi M. Szervezetek, vezetők. SOTE Egyetemi Jegyzet, Budapest, 1997.
37. Rutten F.F.H., Busschbach J.J.V. How to define a basic package of health services for a tax funded or social insurance based health care system ? *Eur J Health Econ*, 2001, 2:45-6.
38. Sebestyén A., Boncz I., Dózsa Cs., Nyárády J. Trochantertáji törések ellátásának költségvizsgálata a műtéti eljárások és a progresszív ellátási szintek szerint finanszírozói szemszögből. *Orvosi Hetilap*, 2004, 145(21): 1115-1121.
39. Szócska M. A menedzsment alapjai. in Kékes E. et al. (szerk.): Egészségügyi informatika. Budapest, Medicina, 2000.
40. Szócska M. Változtatás-menedzsment mint az érdekek integrálásának eszköze. *Kórház*, 1999, 6(3): 26-29.
41. Szócska M., Réthelyi J.M., Normand C. Managing healthcare reform in Hungary: Challenges and opportunities. *British Medical Journal*, 2005, 331 (7510):231-233.

Tesztkérdések

(*Boncz Imre, Sebestyén Andor*)

1. Hol alakult ki a szolidaritás elvű társadalombiztosítás alapja?
 - A. XIX. sz. vége Németország
 - B. XX. sz. közepe Szovjetunió
 - C. XIII. sz. eleje Kína
2. Melyik nem tartozik Németország kötelező biztosítási rendszerének pillérei közé?
 - A. Kötelező betegbiztosítás
 - B. Balesetbiztosítás
 - C. Nyugdíjbiztosítás
 - D. Privát biztosítási rendszer
 - E. Munkanélküliek biztosítása
 - F. Ápolásbiztosítás
3. Mely országokban van lehetőség a társadalombiztosítás „kötelezettsége” alól „kibújni” az Európai Unió tagországai közül?
 - A. Németország és Hollandia
 - B. Németország és Norvégia
 - C. Hollandia és Svájc
4. Válassza ki a kötelező betegbiztosítás megjelenésének dátumai közül az egyetlen helytelen!
 - A. Németország: 1883
 - B. Magyarország: 1891
 - C. Ausztria: 1888
 - D. USA: 1945
5. Melyik nem tartozik az egészségügyi rendszerek klasszikus alaptípusai közé?
 - A. Szolidaritás alapú társadalombiztosítási rendszer (Bismarck)
 - B. Állami egészségügyi szolgálat (Beveridge)
 - C. Magánbiztosítási rendszer, erős egyéni öngondoskodás rendszere
 - D. Szocialista egészségügyi rendszer (Szemaskó)
 - E. Irányított betegellátási rendszerek
6. Mely országokban található centralizált állami egészségügyi szolgálat?
 - A. Egyesült királyság, Írország
 - B. Finnország, Svédország, Dánia

- C. Ausztria, Hollandia, Németország
 - D. Belgium, Franciaország, Luxemburg
7. Mit jelent a szolidaritás elvű társadalombiztosítási rendszer?
- A. Fix adó fizetés mellett meghatározott tartalmú egészségügyi alapcsomag igénybevétele
 - B. Jövedelemarányos járulékfizetés mellett szükségletalapú egészségügyi ellátás igénybevétele
 - C. Egyén privát módon rendezi az ellátás teljes költségét
8. Mi a szovjet típusú „Szemasko” eü. rendszer jelenlegi „eredménye” az alábbiak közül?
- A. Teljesítmény orientált ellátás
 - B. Magas színvonalú ellátás
 - C. Hálapénz
9. Az egészségbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás szétválásának ideje?
- A. 1970,
 - B. 1991
 - C. 2002
10. Melyik a decentralizált állami egészségügyi szolgálattal rendelkező uniós tagország?
- A. Anglia
 - B. Írország
 - C. Svédország
 - D. Magyarország
11. WHO szerint melyik az egészségi állapotot legnagyobb mértékben befolyásoló tényező?
- A. Életmód
 - B. Genetikai faktorok
 - C. Környezeti hatások
 - D. Egészségügyi ellátás
12. A bruttó hazai termék (GDP) hány százalékát költöttük Magyarországon egészségügyre az elmúlt években?
- A. 6-8%
 - B. 8-10%
 - C. 2-3%

13. Mi az egészségügyi kiadások leggyakoribb jellemzési lehetősége a nemzetközi összehasonlításokban?
- A. Költséghatékonysági vizsgálat
 - B. Magánkiadások nagysága
 - C. Eü. kiadások a GDP arányában és az egy főre jutó eü. kiadások
14. Melyik nem jellemzi a bázisfinanszírozást?
- A. Díjazás bázis szempontok alapján
 - B. Tarifa vagy pontrendszer
 - C. Személyes kapcsolatok fontos szerepe
 - D. Egyetlen díjazás az intézmények között
15. Melyik nem vagy legkevésbé jellemzi a teljesítményelvű finanszírozást?
- A. HBCS rendszer
 - B. Beavatkozások tételes elszámolása
 - C. Naparányos elszámolás a krónikus ellátásoknál (napidíj)
 - D. Fix díj
16. Mit jelent a degresszió a finanszírozás szempontjából?
- A. Előre meghatározott teljesítményhatár elérésekor az összes teljesítmény (határ alatti és feletti) csökkent értékben kerül finanszírozásra
 - B. Előre meghatározott teljesítmény határ felett a további teljesítmények emelt értékben kerülnek finanszírozásra
 - C. Előre meghatározott teljesítményhatár felett a további teljesítmények csökkentett értékben kerülnek finanszírozásra
17. Mekkora összeget fizet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, ha egy kórház traumatológiai osztályán 10 combnyaktörött beteget lát el csavaros osteoszintézissel? Válassza ki a helyes megoldást! (Aktív ellátás HBCS-ja: 08P, 375A Csípő- és combcsontműtétek (kivéve velőűrszegezés) súlyszáma: 2,0000, egy HBCS súlysám Ft-értéke: 150.000 Ft.)
- A. $(2 \cdot 10 \cdot 150.000) = 3.000.000$ Ft.
 - B. $(2 + 10 \cdot 150.000) = 1.500.002$ Ft.
 - C. $(10 \cdot 150.000 / 2) = 750.000$ Ft.
18. Mi a járóbeteg-szakellátás finanszírozási egysége?
- A. HBCS súlysám
 - B. Németpont
 - C. Krónikus napi díj
 - D. Otthoni szakápolási vizit

19. Milyen változás történt az 1990-es évek elején az egészségügyi ellátások finanszírozási elvében?
- A. Nem történt érdemi változás.
 - B. Bázis elvű finanszírozás jelent meg.
 - C. Teljesítmény elvű finanszírozás jelent meg.
20. Milyen elven kerül finanszírozásra az aktív kórházi ellátás?
- A. HBCS (DRG) alapon
 - B. Fejkvóta alapon
 - C. Globális költségvetéssel
21. Mi a fő célja az egészség-gazdaságtani elemzéseknek?
- A. Az OEP költségvetés egyensúlyban tartása
 - B. Az állami költségvetés egyensúlyban tartása
 - C. Az egyes orvosi eljárások költségének és hozadékának összevetése
22. Az egészségügyi kiadásokat mi nem befolyásolja?
- A. Demográfiai jellemzők
 - B. Nyugdíjpénztárak száma
 - C. Technológiai költségrobbanás
23. Melyik nem pénzügyi forrása az egészségügynek?
- A. Adó
 - B. Járulék
 - C. Magánbiztosítás
 - D. Nyugdíjbiztosítás

Példatár

Az alábbi példatár néhány olyan modellszámítást tartalmaz, amelynek segítségével a hallgató el tud végezni bizonyos alapszámításokat az egészségügy egyes szegmenseinek finanszírozási kérdéseivel kapcsolatban. A számítások a 2011 januárjában hatályos szabályos, illetve elérhető információkat alapján készültek.

1. példa

Háziorvos

Háziorvosi praxis működik (vegyes körzet) 3 kis település 3 rendelőjében hátrányos helyzetű vidéken. A háziorvos alapszakvizsgával nem rendelkező, 25 évnél több,

körzetben eltöltött gyakorlati idővel rendelkező kolléga. Számolja ki az alábbi táblázat segítségével:

- A) Mennyi a háziorvosi praxis Országos Egészségbiztosítási Pénztártól (OEP) származó havi bevétele?
- B) Mekkora összeget kap az önkormányzatok által fenntartott központi ügyelet ezen háziorvosi praxis betegei után?

2. példa

Háziorvos

Háziorvosi praxis működik egy 50.000 lakosú nagyvárosban. A háziorvos alapszakvizsgával rendelkező kolléga. Számolja ki az alábbi táblázat segítségével:

- A) Mennyi a háziorvosi praxis Országos Egészségbiztosítási Pénztártól (OEP) származó havi bevétele?
- B) Mekkora összeget kap az önkormányzatok által fenntartott központi ügyelet ezen háziorvosi praxis betegei után?

3. példa

Járóbeteg-szakrendelés

Egy mozgásszervi szakrendelés hosszabb ideje gazdasági problémákkal küzd. A szakrendelés dolgozói elhatározták, hogy áttekintik gazdálkodási helyzetüket, és elemzésük alapján javaslatokat fogalmaznak meg az intézményi vezetés számára a gazdasági kilábalást illetően. A szakrendelésen 3 szakorvos, 3 gyógytornász, 3 asszisztens és 1 adminisztrátor dolgozik. Jelenleg egy eset 1.120 járóbeteg pont bevételt jelent számukra. A havi átlagos betegforgalom 1.855 finanszírozási eset. Az aktuális Ft/pont érték 1,50 Ft.

Az alábbi példa alapján számolja ki:

- A) Mennyi veszteséget termel aktuálisan a szakrendelés? (-262.148 Ft/hó)
- B) Változatlan betegforgalom mellett mekkorára kellene növelni az egy esetre jutó pontszámot a nullszaldós működéshez? (1.215 pont/eset)
- C) Változatlan egy esetre jutó pontszám mellett mekkora betegforgalom szükséges a nullszaldós működéshez? (2.012 eset)

4. példa

Ápolási osztály

Egy 40 ágyas ápolási osztály az alábbi táblázatban bemutatott munkaerő-állományal dolgozik. Az osztály folyamatosan „veszteségesen” működik. Az egy napra jutó térítés 5.600 Ft/nap, a szorzó 1,0, az ágykihasználtság pedig 60%.

A fenti adatok alapján számolja ki:

- A) Mennyi a jelenlegi havi működési veszteség? (-1.595.489 Ft)
- B) Mekkora ágykihasználtság mellett lesz nullszaldós az osztály működése? (84%)
- C) Ha csak 75%-osra sikerül felvinni az ágykihasználtságot, hány diplomás ápolót kell elbocsátani? (3 fő)

Az egészségügyi menedzsment alapjai

(Gábor Katalin)

Vezetés és menedzsment

A fejezet célja:

- Megismertetni a hallgatót a vezetés és menedzsment fogalmával, egymáshoz való viszonyával.
- Felvázolni a vezetési és menedzsmentelméletek fejlődését.
- Felhívni a figyelmet a vezetési és menedzsmentismeretek jelentőségére és felhasználási lehetőségeire az egészségügyben.
- Bemutatni a humán erőforrás-menedzsment jelentését, funkcióit és különös fontosságát az egészségügyben.

A vezetés irányítás, útmutatás és tanítás, egyének vagy csoport tevékenységének befolyásolása, célok kitűzése és megvalósítása érdekében.

„Elérni egy feladat megoldását (egy kitűzött célt) más emberek segítségével.”
(Klein)

A menedzsment: az erőforrások (emberek, pénz, egyéb) összehangolása és egyesítése egy szervezet céljainak elérése és feladatainak teljesítése érdekében, a tervezés, szervezés, igazgatás és ellenőrzés eszközeivel.

Az irodalomban egymásnak ellentmondónak tűnő megállapításokat találhatunk a két fogalom egymáshoz való viszonyával kapcsolatban.

- A vezetés sokkal több összetett készséget kíván, mint a menedzsment, s a menedzsment csupán egy a vezetői szerepek közül.
- A vezetés csak egy a számos menedzselési feladat közül.
- A menedzselésre való felkészülés megelőzi a vezetést, a fiatal menedzsereknek vezetőkké kell érniük.
- A különbség a vezetés és a menedzsment között ugyanaz, mint az eredményesség és a hatékonyság között.
- A menedzserek olyan emberek, akik „jóvá teszik” a dolgokat, míg a vezetők a „jó” dolgokat teszik meg. A menedzser olyan ember, aki véghezviszi a dolgokat (megvalósít, felelősséget vállal, igazgat), a vezető befolyásol, irányt mutat, hatást gyakorol a véleményekre és a cselekedetekre.

John Kotter manager-leader modellje szerint a vezető két egymást kiegészítő szerepe a „manager” és a „leader” szerep.

A fenti valós, illetve látszólagos nézetkülönbségeket feloldva tehát azt mondhatjuk, hogy a vezető mindkét szerepet be kell töltsen, tehát vezet és menedzsel is. A két szerep arányai azonban a vezetési szintektől és a helyzettől függően változnak. „A

11. táblázat

A manager és leader szerepek közötti legfontosabb különbségek **Kotter** szerint

	Manager szerepkör	Leader szerepkör
Célkitűzés	Tervezés, költségvetési keretek allokálása	Jövőkép, változási stratégiák
Feltételbiztosítás	Szervezés, formális rendszerek kialakítása, emberierőforrás-menedzsment	Maga mellé állít, kommunikál, meggyőz, elfogadtat
Végrehajtás	Problémamegoldás, kontroll	Motivál, inspirál, megerősít
Sikerkritérium	Belső hatékonyság, a komplex szervezet zökkenőmentes működési rendszere	Eredményesség, a környezet kihívásainak megfelelő sikeres szervezeti változás

«manager vagy leader?» kérdés értelmetlen, ahhoz, hogy egy vezető sikeres legyen, mindkét szerepet be kell töltenie.” (Klein)

„A Kotter-i manager-leader szerep megkülönböztetés a szervezeti hierarchia minden szintjén értelmezhető, de valójában elsősorban a felsővezetőkre vonatkozik... A középvezetői munka megértését azonban továbbra is a megelőző leadership-elméletek segítik inkább.” (Klein) Az alábbiakban ezeknek a vezetési elméleteknek a fejlődésével ismerkedhetnek meg.

Egészségügyi példa:

1. Egy kórházigazgató fő feladata a gazdaság, a társadalom, a technika fejlődéséhez, változásaihoz való alkalmazkodás, az ennek megfelelő jövőkép és út kijelölése, de menedzselnie kell, hogy elgondolásai hogyan jussanak el a megvalósítókhoz. Egy osztályvezető (orvos, ápoló) feladata annak megszervezése, hogy az osztály munkája a kijelölt célokat hatékonyan szolgálja, de mint vezető, ő alakítja az egyes dolgozók jövőképét, közvetlenül ő tehet motivációjuk fokozásáért.
2. Nemcsak egy szervezeten belül lehet kettős szerep. A védőnő, gyógytornász vezeti a beteget, gondozottat. Jövőképet fest, motivál... Ugyanakkor menedzseli a megoldásokat, megtervezi a gondozást, megszervezi a különböző lépéseket...

Feladat:

Keressenek példákat saját tapasztalataik alapján a fenti két szerep használatára!

A hatalom

Ahhoz, hogy valaki vezető lehessen, hatalomra van szüksége. A hatalom az a „helyzet”, melyben az egyik ember (csoport) el tudja érni, hogy a másik ember (csoport) megtegye, amit egyébként nem tenne meg. A hatalomnak két formája van.

A beosztásból, pozícióból eredő hatalom (formális hatalom) szervezeti jellegű. A vezető jutalmazást, büntetést alkalmazhat a vezetettek viselkedésének megváltozta-

ran nem tudnak egymás munkájáról, párhuzamosan, sokszor egymás munkáját inkább nehezítve, mint segítve dolgoznak. Így nagyon fontos, hogy az egészségügyi szakemberek rendelkezzenek vezetési ismeretekkel, hiszen a fenti – tágabb értelemben vett – vezetés minden egészségügyi dolgozó feladatainak része. Különösen fontos ez napjainkban a betegek, gondozottak vezetése szempontjából, hiszen a legtöbb jelenlegi egészségkárosító tényező csak az érintettek együttműködésével kerülhető el vagy szüntethető meg.

Több kutatás határozza meg a vezetés funkcióját mint a szervezet kultúráját befolyásoló tényezőt, az oktatásnak és az egészségügynek pedig egyik legfontosabb feladata a társadalom egészségkultúrájának kialakítása, változtatása.

A vezetéstudomány fejlődése

„Ki a jó vezető? Milyen a jó vezetés?” E klasszikus kérdések elemzésével már nagyon régen foglalkoznak az emberek, számos kutató vizsgálta és vizsgálja ma is ezt a területet.

A korai vezetési elméletek a vezetést „parancskiadásként” értelmezték, és a hatékonyság feltételének a megfelelő munkamegosztást, hierarchiát tartották. Tehát nem az embert, hanem a rendszert tartották fontosnak. Ha a vezetőnek megvan a szükséges hatásköre (pozicionális hatalma), megszabhatja a beosztottól elvárt tevékenységet.

A XX. század első felében kezdett változni ez az egységes kép.

A szervezeti struktúra elmélete (*Fayol*)

Fayol meghatározta a szervezetben folyó tevékenységeket, a vezetés 14 elvét, és azt is, hogy a vezetőknek milyen tulajdonságokkal kell rendelkezniük. Fontosnak tartotta a pontos szervezeti struktúrát, ahol minden beosztott csak egy vezetőtől kaphat utasítást. Megállapításai ma is használhatók.

Mások a vezetők képességeit, tulajdonságait helyezték a középpontba. Keresték a „jó vezetőre” jellemző tulajdonságokat.

Vezetői tulajdonságokon alapuló elméletek

A) „Nagy ember” elmélet (*Taylor*)

Ez az elmélet azt állítja, hogy azokból az emberekből lesz jó vezető, akik ezzel az adottsággal, képességgel születnek. Képesek az embereket irányítani (tervezés, szervezés, ellenőrzés) és velük együttműködni is (szociális érzék, konzultáció, döntésekbe bevonás). Az elmélet hátránya, hogy azt sugallja, hogy a vezetői képességeket nem lehet fejleszteni.

B) A „karizma” elmélet (Weber)

Az elmélet azt állítja, hogy a karizmatikus emberekből lesz jó vezető (személyiségből eredő hatalom). A karizma azonban nehezen megfogható tulajdonság. A karizmatikus vezetők úgy ösztönöznék másokat, hogy érzelmi elkötelezettséget kapnak a beosztottaiktól, akik lelkesen és szinte vakon követik őket. A karizmatikus vezetők mélyen meg vannak győződve a saját hitükről, magabiztosak és igénylik a hatalmat. Az ilyen emberek példát mutatnak viselkedésükkal, magas elvárásokat kommunikálnak a vezetettek felé, kifejezik bizalmukat irántuk, és motiváló szerepet töltenek be (pl. *Ghandi*). A „vakon követésnek” azonban rossz vége is lehet (*Hitler* vagy például a csoportos öngyilkosság).

Weber elsők között figyel fel a csoportban dolgozó emberre jellemző sajátosságokra, mely a „*human relations*”, az emberi kapcsolatok fontosságának felvetése.

A kezdeti kutatási eredmények számtalan fontos vezetői tulajdonságot soroltak fel, azonban ezeknek csak igen kis hányada (5%) volt megtalálható a vizsgálatok többségében, ráadásul sok ismert, sikeres vezető nem rendelkezett ezekkel a tulajdonságokkal.

Az 1940-es évek közepéig a vezetői tulajdonságokon alapuló elmélet volt a legtöbb vezetési kutatás alapja. A korai munkák ezen a területen azt tartották, hogy a tulajdonságok öröklődnek, de később az elméletek azt sugallták, hogy a tulajdonságokat tanulással és gyakorlattal el lehet sajátítani. Ebben az időben az ún. autokratikus (direktív/utasító) vezetés volt általánosan elterjedt és elfogadott. Ez az extenzíven növekvő gazdasági rendszerrel, a háborús viszonyok követelményeivel magyarázható. Az autokratikus vezetés alternatívájának csak a demokratikus vezetést tartották, mint az alábbiakból kiderül, hibásan.

A döntésben való részvétel mértékén alapuló vezetési elméletek

Az 1950–1960-as évek táján az autokratikus vezetés a dolgozók részéről elfogadhatatlanná vált, és a termelés szempontjából már nem bizonyult elég hatékonynak. A szociális feszültségek miatt a hatékony vezetésre irányuló széleskörű kutatómunka elsősorban az USA-ban folyt, és szemléletváltást eredményezett. Megszületett a partícipatív (a döntésbe való bevonás) vezetési irányzat.

Lewin vezetett be egy harmadik fajta vezetési stílust, az úgynevezett „*laissez faire*” (ejtsd: lesszé feer) stílust, mely azt jelenti, hogy a vezető nem avatkozik be, hagyja a dolgokat menni a maguk útján, „a lovak közé dobja a gyeplőt”, azaz tulajdonképpen nem vezet.

Likert és munkatársai már négy féle vezetői típust neveznek meg. Ebből kettő megfelel az autokratikus (*authoritative*), illetve demokratikus (*participative*) vezetői stílusnak, de köztük még két fokozatot különít el. Ezek a „jó király” típusú (*benevolent authoritative*) és a konzultáló vezető.

Tannenbaum és *Schmidt* már hét fokozatot állít fel a beosztottak döntésben való részvételének mértéke alapján.

Személyiségközpontú vezetési modellek

Az alkalmazott viselkedéstani, vezetéstani szemléletben mérőföldkőnek bizonyultak azok a több évtizeden át tartó kutatások, melyeket a Michigan State University-n (termelési központú – dolgozóközpontú vezető) és az Ohio State University-n (gondoskodó – strukturáló vezető) végeztek. E kutatások eredményeként a Michigani Egyetem modellje a vezetői viselkedés két fő formáját különítette el, a „feladatközpontú” és a „beosztott központú” (empatikus) magatartást. E két szó gyűjtőfogalom, melyek főbb jellemzőit az alábbi táblázat tartalmazza.

Ezeket a vezetői stílusokat egymást kizárónak tartották, és a „beosztott központú” stílust tartották hatékonyabbnak.

Az Ohioi Állami Egyetem kutatói szintén két vezetői viselkedésformát különítettek el, a kezdeményező/feladatkiadó, és a „figyelmes”/empatikus viselkedést. Ezek tulajdonképpen nagyon hasonlóak a michigani modell feladatközpontú és beosztott központú kategóriáihoz. Fontos új felismerésük volt azonban, hogy mind a feladatcentrikus, mind az empatikus viselkedés mértéke lehet alacsony és magas is. E két alapvető vezetői viselkedésforma nem egymás helyett, hanem egymás mellett fordul elő, tehát valamilyen mértékben minden vezető alkalmazza mindkét viselkedésformát. Így a két fő viselkedési formának négy kombinációja különíthető el (13. ábra).

12. táblázat

A vezetői viselkedés két fő formája

„Tradicionális” (direktív/utasító, ún. feladatcentrikus)	Humán erőforrás-fejlesztés orientációjú (participatív/együttműködő, ún. beosztott központú)
Parancs és ellenőrzés	Oktatás és fejlesztés
Döntéshozatal	Tanácsadás
A munkatársak figyelmen kívül hagyása	A munkatársak bevonása
A munkakörök értékelése	A képességek értékelése
A teljesítmény menedzselése	Az értékek menedzselése
Menedzselés célok alapján	Menedzselés a hasznok alapján
Utasítás	Elősegítés és támogatás
Főnök, vezető szerep	Védő, oktató szerep
Részleteiben meghatározza a feladatot	Törekszik arra, hogy munkatársainak legyenek/lehessenek munkasikerei, kreatívak lehessenek
A feladatra koncentrálni	Bizalmat és megbecsülést igyekszik ébresztetni a vezető és a beosztott között

erősen empatikus és gyengén feladatkiadó	erősen feladatkiadó és erősen empatikus
gyengén empatikus és gyengén feladatkiadó	erősen feladatkiadó és gyengén empatikus

13. ábra. A vezetői viselkedési formák kombinációi

A több évtizedes, sok tízezer vezetőt érintő felmérésekből kiderült, hogy sikeres vezető található mind a négy típusban, a feladattól és a körülményektől függően.

Blake és *Mouton* bevezetett még egy ötödik kategóriát is, amelynél mindkét magatartásforma közepes szintű.

Az 1960-as évekre a situációs változók (környezet, körülmények, helyzet) kerültek a kutatások középpontjába.

A kontingencia elvén alapuló vezetési modellek

Általánosan elfogadott szemléletté vált az, hogy nincs egy jó vezetési stílus. A megfelelő stílus a situációtól, feladattól és a feladat elvégzésére kiválasztott munkatársaknak – az adott feladatra való – ún. felkészültségi szintjétől függ. Az a jó vezető, aki flexibilisen és adekvátan tudja váltogatni vezetési stílusát.

Ezek a szélese körben elfogadott modern vezetési irányzatok a participatív vezetés felé fejlődő, a kontingencia elvét figyelembevevő vezetési módszerek. A legszélesebb körökben oktatott és alkalmazott vezetési módszereknek 4 főbb irányzata van (*Fiedler*, *Hersey-Blanchard*, *House*, *Vroom*). Ezekben a vezetési módszerekben – érdekes módon – több a közös, mint a különböző elem. Hatékonyságuk bizonyítása egzakt módszerekkel még folyamatban van.

A) Fred Fiedler

Fiedler a helyzetnek három tényezőjét határozta meg: a vezető és beosztott kapcsolatát, a feladat szerkezetét és a hatalom helyzetét. A beosztotti és munkatársi kapcsolatokat a beosztottak és vezetők közötti bizalom és lojalitás határozza meg. A feladat szerkezete a problémára adott lehetséges helyes megoldások számától függ, a hatalom helyzetét pedig az adja, hogy a szervezet mennyire támogatja a vezetőt.

B) Vroom–Jetton-modell

Ez a modell a döntésközpontú megközelítésen alapul. Lényege, hogy egy döntési fa elágazásainál feltett – a situációra vonatkozó – kérdésekre adott „igen” vagy „nem” válasz alapján határozza meg az adott szituációban alkalmazandó vezetői stílust. Tehát segítségével megállapítható, hogy az adott szituációban mennyire kell bevonni a beosztottakat az adott döntésbe. A modell használata nem egyszerű, de nagyon hasznos lehet.

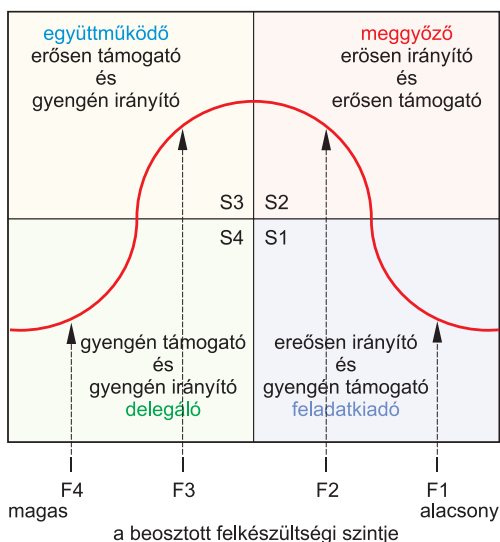
Sokkal egyszerűbben alkalmazható, és valószínűleg ezért nagyon elterjedt Hersey és Blanchard modellje, melynek egészségügyben való alkalmazásáról is számos közlemény tanúskodik, sőt egyik kidolgozója külön könyvet is írt a „helyzetfüggő vezetés” egészségügyben való alkalmazásáról.

C) A „helyzetfüggő vezetés” – Hersey és Blanchard

Ez a vezetési modell szervesen épül az Ohio State University kutatásaira. Hersey és Blanchard két fontos új gondolattal bővítette elméletüket. A beosztottaknak az adott feladatra való felkészültségét reprezentáló tengellyel (F1-F4), és az ennek alapján megválasztható javasolt vezetési stílussal (14. ábra).

A modell 4 vezetési stílust (S1-S4) és a beosztott 4 felkészültségi szintjét (F1-F4) különbözteti meg. A modell lényeges új eleme, hogy a beosztott felkészültségi szintjének felmérése alapján ajánlja a megfelelő vezetési stílus megválasztását.

Nagyon fontos a felkészültségi szint értelmezése, mely a modell értelmében a beosztott képességének és motiváltságának mértéke az adott feladatra nézve, az adott időpontban. Mindkettő lehet alacsony vagy magas, így négy csoportot különböztethetünk meg (15. ábra).



14. ábra. A helyzetfüggő vezetés modellje

Fontos megjegyezni, hogy ugyanaz a személy lehet különböző felkészültségi szintű a különböző feladatokra nézve (pl.: egy profi ápoló lehet abszolút kezdő a számítógépes betegdokumentációs rendszer használatában – nem tudja és nem is motivált), sőt ugyanazzal a feladattal kapcsolatban is visszaeshet egy alacsonyabb felkészültségi szintre, ha elveszíti motivációját. Tehát a vezetői stílust az aktuális felkészültségi szintet megállapítva kell ahhoz adaptálnunk.

Az alkalmazható vezetési stílusok:

- S1-es, azaz „feladatkiadó” vezetői stílust kell alkalmazni abban az esetben, ha a vezetett személy az adott időpontban az adott feladatra F1-es felkészültségű. Kezdő vezetett személy általában nem képes és ezért nem is akarja ellátni az adott teendőt, vagy lelkes ugyan, de nem képes végrehajtani azt. Ilyenkor pontosan és részletesen el kell magyarázni neki minden lépést. Nem kell még a véleményét kérdezni, mert ezzel csak zavarba hozzuk. Ha lelkes kezdő, akkor is a feladatkiadásra kell koncentrálnunk, hiszen a lelkesedés még nem jelent hozzáértést, és a tanulás során fellépő nehézségek könnyen letörrik a kezdeti buzgalmat. A hozzáértés fokozódása teszi képessé a vezetett személyt, hogy érdemi kérdéseket tegyen fel. Ekkor kell fokozni a támogató és csökkenteni az irányító magatartást, ami már az S₂-es, „meggyőző” vezetői stílus felé visz.
- S2-es, azaz „meggyőző” vezetői stílust kell alkalmazni abban az esetben, ha a vezetett személy az adott időpontban az adott feladatra F2-es felkészültségű, azaz még nem képes (nincs még meg a szükséges tudása és gyakorlata) és bizonytalan vagy nem motivált. Az S2-es vezetői stílus kevésbé, de még mindég erősen irányító, de erősen támogató is, azaz biztat, konzultál, motivál.
- S3-as, azaz „együttműködő” vezetői stílust kell alkalmaznunk abban az esetben, ha a vezetett személy az adott időpontban az adott feladatra F3-as felkészültségű, azaz már képes (megvan a szükséges tudása), de még bizonytalan vagy nem motivált. Az S3-as stílus már gyengén irányító, (hiszen a vezetett személy már képes megoldani a feladatot), de még erősen támogató, azaz még biztat, konzultál, motivál.

motiváció	magas	F1 nem képes, nem akar	F4 képes és motivált
	alacsony	F2 nem képes, de már akar	F3 képes, de még bizonytalan
		alacsony	magas

15. ábra. A beosztott felkészültségi szintje tudás-
képesség

- S4-es azaz „delegáló” vezetői stílust kell alkalmaznunk abban az esetben, ha a vezetett személy az adott időpontban az adott feladatra F4-es felkészültségű, azaz képes, motivált és magabiztos is. Az S4-es stílus még gyengébben feladatkiadó és gyengén kapcsolattartó, hiszen a vezetett személy az adott feladatban profi, nincs szüksége magyarázatra, támogatásra, egyszerűen csak azt kell közölni vele, hogy mi a feladat.

A legtöbb vezetési feladat célja, hogy elősegítse a vezetettek fejlődését, lehetővé téve a feladatok önálló végrehajtását. Más szavakkal: minél több – az adott feladatra nézve – F4-es felkészültségi szintű, azaz „profi” beosztott legyen, és őket „delegáló” stílusban is vezesse a vezető. A „delegáló” stílust azonban nemzetközi tapasztalatok szerint is nehezebb interiorizálni (sajátunkká tenni), így érdemes részletesebben is foglalkozni ennek elméletével.

A delegálás során a vezető egy meghatározott feladat végrehajtására átadja a hatáskört és a felelősséget egy „beosztottnak”, azonban ezért a tevékenységért a vezető továbbra is közvetlen felelősséggel tartozik saját felettesének. A delegálás viszonylag egyszerű mód a vezető munkacapacitásának növelésére.

Kutatások igazolták, hogy azok a vezetők, akik többet használják a delegálást, jobb teljesítményt is nyújtanak.

A delegálás feltételei közül alapvető, hogy világosak legyenek a célok. Fontos a szükséges hatáskör hozzárendelése is. A megfelelő személyt kell kiválasztani, és ha szükséges, iránymutatást is kell adni. A delegálás nem egyenlő a magára hagyással! Ellenőrizni kell a teljesítést, a delegált feladat önálló végrehajtásába azonban nem helyes beavatkozni. Motiválni is kell a beosztottakat, hogy akarjanak felelősséget vállalni, de gond esetén a felelősség a vezetőé. A delegált feladatok hatékony végrehajtásáért elismerés jár. Végül az is alapvető feltétel, hogy a szervezet ösztönözze, hogy a vezető maga is akarjon delegálni.

A delegálásnak természetesen korlátai is vannak. Nem delegálható olyan hatáskör, mellyel a vezető nem rendelkezik. A felettesek nem delegálhatják összes hatáskörüket egy beosztottnak anélkül, hogy ezzel át ne adnák saját pozíciójukat is. A hatáskör delegálható, és sokszor újradelegálható, a felelősség azonban nem.

A delegálás előnye a szervezet számára a gyorsabb döntéshozatal, mivel a döntések nagy részét alacsonyabb szinten hozzák meg. Jobb döntések is születnek, mivel a kérdéshez legközelebb álló és arról a legtöbb információval rendelkező szakemberek hozzák meg a döntést. Az alkalmazottak is motiváltabbak lesznek, mivel a jól használt delegálás motivál. Azt jelzi a dolgozóknak, hogy főnökük bízik bennük és fejlődésük fontos a számára. A delegálás legtöbb munkakör „minőségét” és a munkahelyi légkört is javítja. A delegálás az egyik útja a teljes cég/intézmény fejlődésének is. Új ötleteket és megközelítéseket hoz felsőbb szinteken, a vezetők is jobban képzetekké válhatnak. A szélesebb, jobb vezetői kör biztosítja az utánpótlást.

A delegálás a vezetők számára is előnyös, mivel mentesülnek a munka sok rutin jellegű részletétől, így munkájuk azon területére tudnak koncentrálni, melyet nem

lehet delegálni: fegyelmezés, tervezés, csoportok közötti koordinálás. A vezető így több felelősséget tud vállalni, közelebbi és jobb munkakapcsolatokat tud kialakítani munkatársaival. A vezetőknek egyébként általában olyan sok kötelezettségük van, hogy delegálniuk kell bizonyos feladataikat. Időbeosztásuk minősége így javul.

A beosztottak számára is vannak előnyei annak, ha feladatot delegálnak nekik. Több lehetőségük van a fejlődésre, újításokra, kezdeményezésekre, problémamegoldásra, döntéshozatalban való részvételre. A tanulás leghatékonyabb formája a cselekvés, melyre az új kihívást jelentő feladat ad lehetőséget. Az ilyen munka motiváló is. Lehetőséget nyújt önálló véleményük kialakítására, és felelősségvállalásra, így nagyobb mértékben járulhatnak hozzá a szervezet sikeréhez is. Az utóbbiak fokozzák a beosztottak munkájukkal való elégedettségét is.

Delegálás az egészségügyi dolgozó és a beteg/gondozott kapcsolatában

A delegálás előnyös lehet az egészségügyi dolgozó–gondozott/beteg kapcsolatában is. El kell érniük, hogy a beteg profivá váljon azokban a kérdésekben, amelyeket saját betegségének gyógyulásáért vagy egyensúlyban tartásáért neki kell megtennie (diéta, gyógyszeradagolás, testedzés, dohányzás elhagyása). Ezeket a dolgokat delegálnunk kell neki, de ehhez az egészségügynek el kell érnie, hogy a betegnek az ezzel kapcsolatos tudása és motivációja is magas szintű legyen. Ez sokszor sokkal nehezebb, mint a betegség szakszerű kezelésének megállapítása. A delegálás tudatosítja a gondozottal vagy beteggel saját felelősségét és lehetőségeit állapota befolyásolásában. Segít elmélyíteni a bizalom légkörét az egészségügyi dolgozó és a beteg kapcsolatában, és ez az egyetlen lehetőség, hogy a gondozott vagy a beteg tudatosan, felelősséggel vegyen részt saját állapotának befolyásolásában.

A delegálás feltételei az egészségmegőrző, illetve gyógyító munkában:

- A gondozott vagy beteg számára jól érthetően el kell magyarázni az egészséges életmód lényegét, elhagyásának következményeit, illetve betegségének jellemzőit.
- Részletesen el kell mondani, mit tehet ő állapotának megőrzéséért, javításáért.
- Miután a személy adott, nem választhatunk, az adott személyre szabott módszert kell helyesen megválasztanunk (ne használjunk idegen szavakat, mérjük fel ismereteinek szintjét, mielőtt magyarázunk).
- Bármikor kérhessen tanácsot a gondozott vagy beteg, ha szükséges. Ne érezze, hogy magára marad kérdéseivel.
- A szakmai szempontok betartása mellett adjunk lehetőséget, hogy bizonyos módszerek közül ő választhasson. (Pl.: az adott korlátok betartásával pontosan hogyan állítja össze étrendjét.)
- A páciens természetesen a dolog természetéből adódóan néhány kivételtől eltekintve motivált erre a feladatra, de ehhez jól informálnak is kell lennie.

- Tudnia kell, hogy a ráruházott feladat (diéta, sport, gyógyszeradagolás) milyen eredményt hozhat, és mik a következményei elmaradásának.
- Az egészségügyi dolgozót is ösztönözzék, hogy akarjon delegálni (idő és lehetőség a betegoktatásra, finanszírozás módja, elismerés stb.).

Mindezek révén a delegálás növelheti az egészségmegőrzés, ill. a gyógyítás hatékonyságát, tehát ha lehet, akkor kell is delegálni!

D) A vezető hatékonyságát befolyásoló külső tényezők

A vezető hatékonyságát befolyásoló külső tényezőket Klein a 16. ábrán összegzi. A kontingencia-modellek mindegyike csupán néhányat vesz ezek közül figyelembe.

Az 1980-as évektől vált dominálónvá a vezetésnek rendszerelméleti megközelítése.

A vezetés rendszerelméleti megközelítése

Ennek lényege az „üzletkötő” (tranzakcionális) és „átalakító” (transzformáló) vezetés megkülönböztetése. Először Burns határozta meg a tranzakcionális és transzformáló vezetés definícióját. Az „üzletkötő” vezető lényegében „üzletet köt” beosztottaival. Kiad egy feladatot, és a beosztott számára vonzó dolgot ajánl fel a feladat teljesítéséért cserében. A vezetés a vezető pozícióból eredő hatalmán alapul. Az „átalakító” (transzformáló) vezető arra törekszik, hogy saját céljai és a vezetett személy céljai összeolvadjanak. Ebben a kapcsolatban mindkét fél életvitele, életfelfogása átalakul. A vezető tevékenysége hatására a vezetett személy számára vonzóvá válnak a morális értékek és a szakmai maximum, nő a célok eléréséhez szükséges tudásuk, tudatosságuk és a célok iránti elkötelezettségük. Eszköze a motiválás (ld. később). Különösen fontos feladata a vezetőnek az átalakítás egy olyan időszakban, amikor környezetünkben minden változik. „Üzletkötő” vezetést inkább a formális hatalommal rendelkező vezető alkalmazhat.

Avolio és munkatársai szerint mindkét vezetési forma esszenciális a hatékony vezetéshez, együttesen formálják a szervezet kultúráját.



16. ábra. A vezető hatékonyságát befolyásoló külső tényezők

Lényeges a vezetésnek ez a megközelítése, főleg, ha eredményeit az egészségügyben akarjuk alkalmazni. Az egészségügyi dolgozók a gondozottakkal, betegekkel létesített kapcsolatukban legtöbbször az „átalakító” vezetést kell hogy gyakorolják, bizonyos helyzetekben azonban csak a másik forma lehet hatásos.

Gyakran kategorizálják a kutatók a vezetést célközpontú és személyközpontúként.

Napjainkban is kérdés, van-e recept a hatékony vezetésre. *Macoby* szerint a legnépszerűbbek között van az az elképzelés, hogy a hatékony vezető „emocionális intelligenciának” nevezett tulajdonsággal bír. Ez olyan képességeket, kompetenciákat foglal magába, mint az empátia, illetve mások érzéseinek intuíciója (megérzése). Sok nagyon sikeres vezető azonban nem rendelkezik ezzel a képességgel. *Macoby* a „stratégiai intelligenciát” tartja a hatékony vezetés feltételének. Ennek öt egymással összefüggő komponensét határozza meg. Ezek: a jövőbe látás, rendszerben gondolkodás, a jövőkép kialakítására, a motiválásra és a partnerségre való képesség.

Fontos kérdés végül, hogy lehet-e tanulni a hatékony vezetést. Ebben megoszlanak a vélemények. *Fiedler* szerint a vezető nehezen tud változtatni vezetői stílusán, így a szituáción kellene változtatni. Ez csak úgy volna lehetséges, ha a vezető csak olyan vezetési feladatot vállalna el, amely illeszkedik vezetői stílusához. Van is erre példa, bizonyos autokrata, „kemény” vezetők rövidtávon nagyon sikeresek lehetnek egy súlyos helyzetben lévő csoportnál, vagy szervezetnél, ha a „tisztogatás, rendcsinálás” után új, hasonló feladatot vállalnak (válságmenedzser). A vezetők azonban általában egymástól nagyon különböző szituációkat kell, hogy tudjanak kezelni.

Macoby szerint a stratégiai intelligencia komponensei veleszületettek, mint pl. a muzikalitás. Fejleszteni lehet ezeket a képességeket, ahhoz azonban előbb tudatosítanunk kell ezek szerepét és fontosságát. Ez az egyik célja a tantárgy oktatásának is.

A vezetés szerepe jelentősen több az egészségügyben, mint a beosztottak irányítása. A mai egészségügyi munka nem abban tér el elsősorban az ötven évvel ezelőtől, hogy új technikák, gyógyszerek jelentek meg, hiszen ez a fejlődés folyamatosan megvolt. A döntő változás, hogy az egészségügy felhasználói hozzáférnek az állapotukkal kapcsolatos tudományos (és kevésbé tudományos) információkhoz, és általában igénylik is a felvilágosítást. Szükségük is van rá ahhoz, hogy bizonyos dolgokhoz tájékozott beleegyezésüket adják, ahogy ezt most kérniük kell az egészségügyben dolgozóknak. A lakosság részese kell, hogy legyen saját egészségmegőrzésének, sokszor gyógyításának is, így az egészségügyi dolgozók fontos szerepe „befolyásolni” viselkedésüket. Ez nem könnyű dolog, és ennek sikeréhez szükséges minden lehetséges módszert, így a vezetés – a más területeken már sikerrel alkalmazott – módszereit is felhasználni.

A menedzsmentelméletek fejlődése

Hasznos lehet, ha megismerjük a menedzsmentelméletek fejlődését egy saját menedzsmentstílus kialakításához. Nincs egyetlen menedzsmentelmélet sem, ami

minden helyzetben önmagában útmutatást adhatna a menedzsernek. Több elméletből kiválasztva azonban a vezető kialakíthatja a helyzetre legjobban alkalmazhatót, az adott körülményeknek megfelelő saját menedzsmentstílusát.

Tudományos menedzsment

Az első tudományos menedzsmentelméletek több mint egy évszázaddal ezelőtt születtek. A menedzsmentelméletek folyamatosan változnak.

A) *Frederick W. Taylor (1856–1915)*

*Taylor*t ismerik el a tudományos menedzsment atyjaként. Taylor idő- és mozgásvizsgálatokat végzett, hogy mérje a normaidőt, elemezze a munkafolyamat során végzett mozgásokat, és kialakítsa a normát. Meghatározta egy adott feladat leghatékonyabb elvégzési módját, majd megtanították a munkásokat erre a módszerre. A leghatékonyabb munkásokat alkalmazták, és annak ellenére, hogy a munkásokat ösztönzően bérezték, a munkadarabok előállítási költsége csökkent.

Taylor elvetette az egyszerű becsléseken alapuló döntéshozatalt, és kifejlesztette a termelés leghatékonyabb útjának szisztematikus meghatározási módját. A menedzsment tevékenységét a tervezésben látta. Úgy tartotta, hogy a munkahelyi körülményeket és módszereket standardizálni kell a legnagyobb termelékenység érdekében. A menedzsment felelőssége, hogy kiválassza és kiképezze a munkásokat, ahelyett, hogy hagyná őket, hogy ők válasszák meg munkahelyüket, a módszereket és képzésüket. Ösztönzési tervet vezettek be, ahol a munkások a termelésükkel arányosan kapják a fizetést, annak érdekében, hogy a lehető legkisebbre csökkentsék a konfliktusokat, az új módszerekkel szembeni ellenállást, ugyanakkor növeljék a termelést, és magas profitot érjenek el. *Taylor* tudományos menedzsment elmélete kialakította a teljesítménynormákat, támogatta a szakosodást és különös hangsúlyt helyezett a jól képzett munkaerő megválasztására. „*The Principles of Scientific Managment*” (1912) című könyve Európa és Amerika szerte elterjesztette ezeket a gondolatokat.

B) *Frank B. Gilbreth (1868–1924) és Lillian M. Gilbreth (1878–1972)*

A házaspár szintén úttörő munkát végzett a hatékonyság tanulmányozásában. Azt hangsúlyozták, hogy milyen előnyökkel jár a munka egyszerűsítése, a munkahelyi normák felállítása és az ösztönző bérezés. A kifáradás teljesítményre gyakorolt hatását is tanulmányozták.

Frank B. Gilbreth „gyors munka” módszere, mely kidolgozta egy feladat elvégzésének leghatékonyabb módját, és megtanította erre a munkásokat a feladat elvégzése előtt, megszüntette a sietséget, mégis növelte a teljesítményt a fölösleges mozdulatok elhagyásával. A munkások magasabb fizetést kaphattak, mert többet teljesítettek rövidebb idő alatt. Írásos utasításokat javasolt a félreértések megelőzésére, és bevezette a dicsérő oklevelek rendszerét.

Lillian Gilbreth volt az első nő a menedzsmenttudományokban. Doktori disszertációját, „The Psychology of Management” (1914), úgy tették közzé, hogy a szerző neve helyén L. M. Gilbreth szerepelt, amiből nem derült ki, hogy a szerző nő. Ez volt az egyik első hozzájárulás az emberi tényező megértéséhez az iparban. Eredményei a munka során fellépő fáradtsággal kapcsolatban kiegészítették férje munkásságát.

C) *Henry L. Gantt (1861–1919)*

Taylor egyik tanítványa szintén érdeklődött a hatékonyság problémája iránt. Ő inkább azzal járult hozzá a tudományos vezetés elméletéhez, hogy a korábbi munkákat finomította. Gantt táblázata a PERT-táblázat előfutára, amely az egyik tényleg a tervezett vagy elvégzett munkát tünteti föl, míg a másikon az ehhez szükséges időt. Gantt kidolgozta a norma és prémium rendszerét, melyben a munkások egy garantált napi jövedelem mellett prémiumot kaptak, ha a kiadott normánál többet termeltek, abból a célból, hogy ez nagyobb teljesítményre ösztönözze őket. Gantt azt javasolta, hogy a munkásokat tudatosan válasszák ki, lássák el őket részletes információkkal a feladatuk elvégzéséhez. A menedzsment humánusabb megközelítéséért érvelt, mely a hangsúlyt a profit célok helyett a juttatásokra helyezi, felismerve, hogy vannak hatásos, nem anyagi jellegű ösztönzők, mint pl. az állásbiztonság és a dolgozók fejlődésének támogatása.

D) *Harrington Emerson (1853–1931)*

Emerson az egyik első menedzsment-tanácsadó. A hatékonyság 12 feltételét határozta meg. Ezek közül öt a személyek közötti kapcsolatokra és hét a menedzsment rendszerére vonatkozik:

1. A céloknek és elképzeléseknek világosaknak, jól meghatározottaknak kell lenniük. Elsődleges célként a legjobb terméket a legrövidebb idő alatt, a legkisebb költséggel kell megtermelni.
2. A változásokat elemezni kell. Nem biztos, hogy a több szükségszerűen jobb.
3. Nélkülözhetetlen „a hozzáértő tanácsadó”.
4. A menedzsment erősítheti a „fegyelmet” és a szabályok betartását, ha
5. mindenkit igazságosan, illetve egyenlően bírál el.
6. A döntéshozáshoz megfelelő nyilvántartás kell, hogy rendelkezésre álljon, mely az adott feladattal kapcsolatban megbízható és azonnali információt ad az eszközök és a munkaerő költségeiről.
7. Programozás vagy termelési ütemterv javasolt.
8. Standardizált ütemezés,
9. standardizált feltételek,
10. standardizált műveletek kellenek, amelyeket elősegítenek az
11. írásbeli utasítások.
12. A hatékonyságot jutalmazni kell.

E) Morris L. Cook (1872–1960)

Cook a tudományos menedzsment elméletét alkalmazta az egyetemi és a városmenedzsmentre. Az oktatók és a kutatók tevékenységének költségeit és eredményességét vizsgálva azt találta, hogy a menedzsmentszemlélet teljesen hiányzik az oktatásban. A menedzsmentbizottság nem volt hatékony, a tanszékek autonómiája aláasta az egyetem koordinációját. *Cook* azt javasolta, hogy mérjék az oktatók idejének hatékonyságát, alkalmazzanak sokkal több asszisztentst, hogy a drágább munkaerő a bonyolultabb feladatokat végezhesse. *Cook* úgy vélte, hogy a professzoroknak tanítaniuk és kutatniuk kell, az igazgatást pedig szakemberekre kellene bízni.

Klasszikus szervezés

A klasszikus szervezés elmélete az 1930-as években kezdett tért hódítani. A szervezetet mint egészet szemlélte, ahelyett, hogy csak a termelésre összpontosított volna. A menedzseri tevékenységet tervezésre, szervezésre és ellenőrzésre osztották föl. A lépcsőzetes szintek koncepciója értelmében az ellenőrzés, hatalom, felelősség, számonkérhetőség, a vezető–munkatárs kapcsolat decentralizálása, a részlegekre való tagolódás hódított tért.

A) Henri Fayol (1841–1925)

Fayolt úgy ismerik mint a „menedzsmentfolyamatok iskolájának atyja”, francia iparos volt, akit érdekelt a gyárában alkalmazott menedzsment. *Fayol* tanulmányozta a menedzsment feladatait, és arra a következtetésre jutott, hogy a menedzsment univerzális. Minden menedzsernek, függetlenül a szervezet típusától vagy a szervezetben betöltött szintjétől, lényegében azonos feladati vannak: tervezés, szervezés, utasítások kiadása, koordinálás és ellenőrzés.

Fayol – megfigyelései alapján – a vezetésre vonatkozó általános elveket mutatott ki. A részlegekben történő munka pártolójaként, azzal érvelt, hogy a specializáció növeli a hatékonyságot. Azt javasolta, hogy a hatáskörök szintjei segítségével központosítsanak. A felelősség társuljon hatáskörrel, egységes legyen a vezetés és az irányítás, minden beosztott csak egy főnöktől kapjon utasítást. Hitt abban, hogy bár az egyéni érdekeket alá kell rendelni a szervezeti érdekeknek, a munkásoknak mégis meg kell adni a lehetőséget, hogy átgondoljanak és bevezessenek terveket, és megfelelően honorálni kell tevékenységüket. *Fayol* támogatta a csoport egységének erősítését, az egyforma bánásmód és a dolgozói gárda stabilitása révén. Elkötelezett híve volt a rendnek, és azt hangoztatta, „legyen helye mindennek, és minden legyen a helyén”. Az volt az álláspontja, hogy a menedzsmentet egyetemeken kell oktatni.

B) Max Weber (1864–1920)

Weber német szociológust „a szervezeti elmélet atyjának” nevezték. A szabályokra helyezte a hangsúlyt a személyek helyett, a szakértelmet tartotta fontosnak a kivéte-

lezés helyett, és ezeket tekintette egy szervezet leghatékonyabb alapjának. Felvázolta a hatalom szerkezetét, amely elősegíti a szervezeti célok elérését. Weber szerint a hatalom három formája:

1. A hagyományos hatalom, amelyet azért fogadnak el, mert úgy tűnik, hogy mindig is így volt, ilyen például a király egy monarchiában.
2. Karizma, amelyre jó példák: Abraham Lincoln és Otto von Bismarck.
3. Az ésszerű, hivatalos hatalom, amelyet azért tekintenek ésszerűnek a szervezetben, mert a választott személy bizonyította tudását, készségét, képességét, hogy betöltse az adott munkakört. (Tehát nemcsak pozícióból eredő hatalma van, hanem személyiségéből eredő is.)

Weber felismerte, hogy ha a beosztottak nem bíznak abban az emberben, akit vezetőnek neveztek ki, nem biztos, hogy elfogadják a hatalmát. Előnyben részesítette az ésszerű alapokon nyugvó, hivatalosan kinevezett hatalmat, és úgy tartotta, hogy érdemes kerülni a hagyományokon alapuló és a karizmatikus vezetőket, az emberek átgondolt kiválasztásával. Az a helyes, ha a vezetőket felkészültségük alapján választják ki, hatáskörük világosan meghatározott, hatalmuk gyakorolásához megvannak jogi eszközeik, biztosított a vezetés folytonossága, és a beosztások hierarchiába szerveződnek.

Weber gondolatrendszerében a hivatalnokokat kinevezik, nem megválasztják. Ezek az emberek hivatásos tisztviselők, meghatározott fizetésért dolgoznak, és nincs tulajdonukban az, amit vezetnek. Mint mindenki más, ők is szigorú szabályok szerint működnek, melyeket személyre való tekintet nélkül, mindenkire egyformán alkalmaznak.

C) James D. Mooney (1884–1957)

Mooney Fayoltól és Webertől függetlenül dolgozott, de hasonló következtetésekre jutott. Úgy gondolta, hogy a menedzsment az emberek irányításának, a szervezés pedig az ezzel kapcsolatos tevékenységeknek a módszere. A szervezés a menedzsment felelőssége. Az emberek a szervezeten belüli beosztásuk alapján kapják az irányítási jogot.

D) Lyndall Urwick (1891–1939)

Urwick Henri Fayol és James Mooney elképzeléseit ötvözte Frederick Taylor elméletével. Az ő munkáinak elvi vázában keveredik a tudományos menedzsment és a klasszikus szervezési elmélet a kezdeti klasszikus menedzsmentelmélettel. A menedzsmentfolyamatot úgy írta le mint tervezés, koordinálás, ellenőrzés, és népszerűvé tett olyan fogalmakat, mint a hatalom és a felelősség egyensúlya, az ellenőrzés „hatásköre”, az egységes utasításkiadás, az általános és speciális személyzet alkalmazása, a munkatársak megfelelő hasznosítása, delegálás és részlegesítés.

Emberi (humán) kapcsolatok – *human relations*

Az emberi kapcsolatok mozgalom az 1940-es években kezdődött, és az egyéneknek a szervezet sikerére vagy kudarcára való hatására összpontosított. Míg a klasszikus menedzsment a fizikai környezetre összpontosít, és elmulasztja elemezni az emberi tényezőt, a humán kapcsolatok elmélet a szociális környezetre helyezi a hangsúlyt, az egyénekre, a csoportfolyamatokra, az emberek közötti kapcsolatokra, a vezetésre és a kommunikációra koncentrálnak. A menedzserek nem a szervezeti struktúrára összpontosítanak, hanem támogatják beosztottaikat, hogy fejlesszék képességeiket, segítenek nekik kielégíteni az elismerésre, az eredményességre és az odatartozás érzésére irányuló igényüket.

A) *Chester Barnard (1886–1961)*

Barnard munkái a klasszikus korszak végén születtek, mielőtt még az emberi kapcsolatokra hangsúlyt helyeztek volna, és hatást gyakoroltak a viselkedés központi gondolkodás fejlődésére. Észrevette, hogy a menedzsment és a munkások közti kooperáció mértéke függ nem anyagi ösztönzőktől is, amelyeket az informális szerveződés képes nyújtani. A formális kommunikációs csatornáknak világosaknak és minél rövidebbeknek kell lenniük. *Barnard* azonban azt is megállapította, hogy a hatalom attól függ, hogy a beosztottak elfogadják-e azt, és hangsúlyozta az informális szerveződés szerepét a kommunikációban, az egyének érdekeinek megvalósulásában és a közösségvállalás fenntartásában.

B) *Mary Parker Follett (1868–1933)*

Follett munkája kapocs volt a klasszikus és az emberi kapcsolatok elmélete között. Azt hangsúlyozta, hogy fontos összehangolni a menedzsment pszichológiai és szociológiai szempontjait. Fölismerete, hogy a szervezet egy szociális rendszer, a menedzsment pedig egy szociális folyamat. Úgy vélte, hogy az alárendeltség sértő. Különbséget tett a hatalomnak a másokkal együtt és a mások fölötti formája között. Úgy gondolta, hogy a legitim hatalomban a vezetők és a beosztottak hatnak egymásra, egymás viselkedését kölcsönösen befolyásolva. A helyzet törvénye azt mondja, hogy az emberek nem egy másik embertől kapnak utasításokat, hanem a helyzettől. Ezzel az elképzeléssel az a gond, hogy a beosztottak nem mindig látják át a teljes helyzetet. *Follett* azt javasolta, hogy a menedzserek tekintsék át a teljes helyzetet, és így érvélik el a csapat egységét.

Például az ápolók végig fogják dolgozni az ebédszünetet, ha vészhelyzet van, de a menedzser kell hogy a helyzetről tájékoztasson, és megfelelően irányítsa tevékenységüket.

C) *Elton Mayo (1880–1949)*

Mayo pszichológus volt. Vezetésével a Harvard Egyetem kutatói a megvilágítás megváltozásának hatását vizsgálták a termelékenységre (*Hawthorne*-kutatások),

majd a szünetek, üdítők, a munkanap és munkahét hossza, a hőmérséklet, a páratartalom hatását vizsgálták. Nem találtak jelentős eltéréseket, bár kutatási módszereiket megkérdőjelezzik, eredményeik nem használtak az emberi tényező mozgalmának.

D) Kurt Lewin (1890–1947)

A szintén pszichológus *Lewin* az 1930-as évek elején csoportdinamikával kapcsolatos kutatásokat folytatott. Azt állította, hogy a csoportoknak saját egyéniségük van, ami a csoporttagok egyéniségéből adódik. Kimutatta, hogy a csoportterők legyőzhetik az egyéni érdeket. Megerősítette, hogy fontos a csoportvezérlés a teljesítmény szempontjából. Megalkotta az „élettér”, „szabad mozgástér” és a „térterők” kifejezéseket, hogy leírja a csoport egyénekre gyakorolt nyomását.

Lewin síkra szállt a demokratikus vezetés mellett. Kutatásai kimutatták, hogy a leghatékonyabbak a demokratikus csoportok, amelyekben az egyének oldják meg a saját problémáikat, és van lehetőségük, hogy a vezetővel konzultáljanak. Az autokratikus vezetés viszont ellenségeskedést és agressziót vagy apátiát vált ki, és csökkenti a kezdeményezőkézséget.

Ha például egy szívbetegnek az orvos vagy ápoló azt mondja, le kell fogyni, az hírül sem lesz olyan hatékony, mintha megbeszéli vele, milyenek az étkezési szokásai, és hogyan tudna azokon ésszerűen változtatni.

E) Jacob L. Moreno (1889–1974)

Moreno kifejlesztette a szociometriát a csoportviselkedés elemzésére. Azt állította, hogy az emberek vagy vonzódnak, vagy taszítják egymást, esetleg közömbösek a másik iránt, és ez előre megállapítható. Ezen ismeretek birtokában úgy lehet megszervezni a csoportokat, hogy minimális szétbomlási tendenciával, maximális hatékonysággal és magas erkölcsi szinten dolgozhassanak. *Moreno* hozzájárult a pszichodráma (egyéni terápia), szociodráma (társadalmi és kulturális szerepekkel kapcsolatos) és a szerepjátszás technikájának kidolgozásához az emberek közötti kapcsolatok elemzése érdekében.

A viselkedéstudomány

Az 1950-es években a viselkedéstudomány képviselői aggódni kezdtek, hogy sok tudományos, klasszikus, neoklasszikus és emberi kapcsolatokon alapuló menedzsmentnézetet elfogadtak tudományos megerősítés nélkül. A viselkedéstudomány hangsúlyozza a tudományos módszerek használatát a szervezetekben folyó emberi viselkedés pszichológiai, szociológiai és antropológiai vonatkozásainak tanulmányozásában. A viselkedéstudományt kutatók jelezték, hogy a menedzsment nem szigorúan technikai folyamat, nem lehet véletlen és nem lehet hatalommal végrehajtani. A kutatók azt hangsúlyozták, hogy inkább az emberek pozitív hozzáállásá-

nak fenntartása, a menedzserek képzése, a vezetők cselekvésének a helyzethez való igazítása, a beosztottak igényeinek kielégítése, teljesítménytől függő előléptetésük, illetve a tervezésben és döntéshozatalban való bevonás révén elkötelezettségük fokozása a fontos.

A) Abraham Maslow (1908–1970)

A „szükségletek hierarchiája” elmélete (ld. később a motivációról szóló fejezetben) nagy hatással volt a menedzsmentre és további kutatásokat ösztönzött. Kutatásai jelzik a viselkedéstudományok kezdetét. Számos munka született ezen elmélet alapján.

B) Frederick Herzberg (1923–2000)

Herzberg és munkatársai a „kétfaktoros motivációs – higiénés elmélet” felállításához a meghatározó esemény módszerét használták. Azt találták, hogy azok a munkával kapcsolatos tényezők, amelyek a dolgozók elégedettségét idézik elő, különböznek azoktól, amelyek elégedetlenséget okoztak (ld. később a motivációról szóló fejezetben). Herzberg elmélete nagyon ellentmondásos, munkáját sokan kritizálták. Azonban kutatások alapján rendszerbe foglalta a munkahelyi helyzeteket, ami hozzájárult az emberi motiváció jobb megértéséhez. Munkája kiegészíti Maslow-ét.

C) Douglas McGregor (1906–1964)

McGregor fejlesztette ki Maslow elméletének a menedzserei alkalmazását. Úgy vélte, hogy valakinek a menedzserei stílusa függ az emberekről vallott nézeteitől, és ezeket a nézeteket (feltételezéseket) az X- és az Y-elméletbe rendszerezte. Az X-elmélet azt feltételezi, hogy az emberek nem szeretnek dolgozni és elkerülik a munkát. Ezért a munkásokat utasítani, ellenőrizni, kényszeríteni és fenyegetni kell a szervezeti célok elérése érdekében. Az X-elmélet szerint a legtöbb ember igényli, hogy irányítsák, hogy kerülje a felelősséget, mivel kevés bennük a vállalkozó szellem. Ők a biztonságot igénylik. Azok a menedzserek, akik elfogadják az X-elmélet feltételezéseit, gondolkodni és tervezni fognak, a beosztottak ehhez csak kismértékben járulnak hozzá. Ezek a menedzserek keveset delegálnak, szoros felügyeletet gyakorolnak, a beosztottakat a félelemmel és fenyegetéssel motiválják, és nem használják ki a bennük rejlő lehetőségeket. Ezek a menedzserek a hangsúlyt a szervezeti célokra helyezik.

Az Y-elmélet azt feltételezi, hogy az emberek általában szeretnek dolgozni, és a munka lehet számukra az elégedettség forrása. Az Y-elmélet szerint dolgozó menedzserek azt feltételezik, hogy beosztottaik önmagukat irányítják és ellenőrzik céljaik elérése érdekében, és a célok eléréseért kapott jutalmakra reagálnak. Ezek a menedzserek úgy gondolják, hogy megfelelő körülmények között az emberek keresik a felelősséget, vannak elképzeléseik, leleményesek és kreatívak. Az Y-elmélet szerint az emberi képességek csak részben vannak kihasználva. Az a menedzser, aki elfogadja az Y-elmélet feltételezéseit, megengedni a részvételt. Delegálni fog, inkább

általános, mint szoros ellenőrzést gyakorol, támogatja a munkakörök gazdagítását, és pozitív ösztönzőket használ, dicséretet és az elismerést. Ezek a menedzserek az egyén céljaira helyezik a hangsúlyt.

McGregor azt állítja, hogy amikor az emberek képtelenek kielégíteni a magasabb rendű igényeiket, frusztráltak lesznek, ami negatív viselkedést okoz. Számos menedzser büntetőlépésekkel válaszol a személyes frusztrációk következményeire anélkül, hogy ismerné az okokat. Más menedzserek, akik az emberi kapcsolatok irányában elkötelezettek, kellemessé teszik a munkafeltételeket, és a teljesítménytől függetlenül adnak jutalmat. McGregor úgy gondolja, hogy mindkét megközelítés rossz, és azt javasolja, hogy a munkát úgy tervezzék meg, hogy a munkások a szervezeti célok megvalósításával egyidejűleg el tudják érni személyes céljaikat is. Azt javasolja, hogy a menedzser és a munkás együtt dolgozzon a célok összehangolásán.

D) Chris Argyris (1923–)

Argyris az egyidejűleg fennálló személyes és szervezeti igényeket kutatva, azt találta, hogy az emberek előnyben részesítik saját igényeik kielégítését. Megállapította, hogy minél nagyobb a különbség az egyéni és a szervezeti szükségletek között, annál nagyobb a feszültség, a konfliktus, az elégedetlenség, és annál gyengébbek az eredmények. Argyris azt javasolta, hogy a vezetők az Y-elmélet filozófiájának alkalmazásával segítsék beosztottaikat az önmegvalósításban, mert ez segíti az egyének fejlődését a passzivitástól és a függőségtől az aktivitás és a függetlenség felé. A beosztottak és a menedzsment közötti, a klasszikus elveken alapuló ellentétek a beosztottakat függővé és passzívvá teszik, ami pszichológiai kudarcot és a munkával való elégedetlenséget okozza. A menedzserek a munkaköröket gazdagabbá tehetik, ha kihasználják az emberek tehetségét, engedik őket részt venni a tervezésben, a célok fölállításában és a problémák megoldásában.

E) Rensis Likert (1903–1981)

Likert menedzsmentelmélete a Michigani Egyetem Társadalomkutató Intézetének munkáján alapszik. Három változót határozott meg egy szervezetben: az okozati, a beavatkozás és az eredmény változókat. Az okozati változókhoz tartozik a vezetői viselkedés, szervezeti struktúra, politika és ellenőrzés. A beavatkozási változók az érzékelés, viselkedés és motiválás. Az eredmény változói a profit, a költség és a termelékenység. Likert úgy véli, hogy a menedzserek árthatnak a szervezetnek, ha az eredményeket a beavatkozási változók kizárásával értékelik. Kifejlesztette a Likert-skálás kérdőívet, mely tartalmazza az okozati és a beavatkozási változókat. A Likert-skála a vezetési viselkedés folyamatával kapcsolatos számos tényezőt mér: motiváció, menedzseri befolyás, kommunikáció, döntéshozatal, célkitűzés és a beosztottak fejlődése.

Likert a menedzsmentrendszer négy típusát határozta meg: a kizsákmányoló–parancsoló, a jóindulatú parancsoló, a konzultáló és a részt vevő csoport. Likert az első csoportot tartja a legkevésbé hatékonyan működőnek. A menedzserek kevésbé

bíznak meg beosztottaikban, és figyelmen kívül hagyják ötleteiket. Ezért a beosztottak nem érzik lehetségesnek, hogy megbeszéljék a munkával kapcsolatos dolgokat a menedzserrel. A szervezeti célokért való felelősség a fő dolog, a célokat utasításként adják meg. Az a kevés kommunikáció, melyet megvalósítanak, lefelé irányul, gyakran pontatlan, és bizalmatlansággal fogadják. A menedzserek nem ismerik beosztottaik problémáit, döntéseiket anélkül hozzák meg, hogy meghallgatnák őket. A felső vezetés a célok kitűzését és a büntetést használja az irányítás eszközeként. Mivel nincs beleszólásuk a szervezeti célokba, a dolgozók erősen ellenállnak, és saját informális szerveződést alakítanak ki.

A „jóindulatú parancsoló” rendszerben a vezető leereszkedik munkatársaihoz. Néha meghallgatja beosztottai ötleteit, de azok nem nagyon érzik, hogy szabadon megbeszélhetnék munkahelyi problémáikat a menedzserrel. A felső- és középvezetés felelős a célok kitűzéséért. Kevés a kommunikáció, és általában lefelé irányul, miután a menedzserek megcenzúrázták, és ezt a beosztottak gyanakodva fogadják. A csúcson hozzák a döntéseket némi delegálással. A menedzserek tudnak valamit beosztottaik helyzetéről, és a beosztottak néha tanácsokat adnak a problémamegoldásban. A célokat utasításokkal állítják fel, némi hozzászólást engedélyezve. A dolgozók ellenállása közepes. A jutalmazás és a büntetés a felsővezetés módszere. Az informális szerveződés általában ellenáll a formálisnak.

A harmadik, úgynevezett „konzultációs” rendszerben a menedzser erősen bízik beosztottaiban. Ötleteiket általában figyelembe veszi, és a beosztottak szabadon megbeszélhetik munkájukat a menedzserrel. A célok kitűzésének felelőssége meglehetősen széles körben oszlik meg. Bár jelentős a kommunikáció mind lefelé, mind fölfelé, ennek pontossága korlátozott, és bizonyos fenntartásokkal fogadják. A menedzserek jól ismerik beosztottaik problémáit. A felsővezetéstől kezdve delegálást alkalmaznak, a célokat kitűzésük előtt megvitatják, és a döntéshozatal is közös. Az ellenőrzést az alacsonyabb szintekre delegálják, ahol jutalmazást és önállóságot alkalmaznak. Időnként az informális szerveződés ellenáll a formális céloknak.

A negyedik csoportnak, a „részt vevő (participatív) menedzsment”-nek a leghatékonyabb a teljesítménye. A menedzserek teljesen megbíznak munkatársaikban. Mindig figyelembe veszik beosztottaik ötleteit, akik teljesen szabadon vitatják meg munkájukat a menedzserrel. A célokat minden szinten közösen tűzik ki. A kommunikáció bőséges – felfelé, lefelé és oldalirányban –, amely pontos, és nyitottan fogadják. A menedzserek nagyon jól tájékozottak beosztottaik problémáival kapcsolatban, és a döntéshozatalba az egész szervezetben teljesen bevonják a beosztottakat. Mivel a célok kitűzése csoportmunka, az ellenállás vagy csekély vagy egyáltalán nem tapasztalható. Nem alakul ki informális szervezet, mely ellenállna a formálisnak, mivel mindkét félnek azonosak a céljai. Az ellenőrzést széles körben megosztják az önállóság és a problémamegoldás kiaknázásával.

Likert a „participatív (részt vevői) menedzsment” és a támogató viselkedés elkötelezett híve.

F) Rober Blake (1918–2004) és Jane S. Mouton (1930–1987)

Ezek a kutatók úgy tartják, hogy a vezetés két kulcsfontosságú tényezője az emberekkel és a termeléssel való törődés. A két tényező független egymástól, így egy menedzser törődése lehet mindkét tényező szempontjából magas vagy alacsony, vagy magas az egyik és alacsony a másik szempontjából. Két tengely mentén ábrázolták a kombinációkat. Mindkét tengely egy 1–9-es skála a menedzsernek az emberek vagy a teljesítmény iránti minimális törődésétől a maximálisig. Öt alapstílus található a négy sarokban és középén.

A „feladatkiadó menedzser” törődése a termelés iránt a legmagasabb, míg az emberek iránt a legalacsonyabb. A menedzser a hatékony működést az ellenőrzésen keresztül gyakorolja, és az embereket a termelés eszközeinek tekinti. Az az elve, hogy a beosztottakat azért fizetik, hogy kérdés nélkül megtegyék, amit mondtak nekik.

A „szegényes menedzsment” nem törődik sem az emberekkel, sem a termeléssel. Ilyen stílus fordul elő néhány olyan menedzsernél, aki úgy érzi, hogy sorozatosan nem léptették elő, vagy rosszul bántak vele, és ő ezt úgy kompenzálja, hogy csak igen alacsony szinten avatkozik bele beosztottai munkájába.

A „szervező menedzser” törődése az emberekkel és a termeléssel közepes, nem feltétlenül ugyanabban az időben. Ezek a menedzserek a váltásokra helyezik a hangsúlyt.

A „country (vidéki) klub” menedzser figyelmes és barátságos, azonban nem nagyon törődik a termeléssel.

Blake és Mouton a „team-menedzsmentet” tekinti az optimális menedzszeri stílusnak. Ezek a menedzserek integrálják az emberekkel és a termeléssel való magas szintű törődésüket. A problémákat közvetlenül oldják meg, kölcsönös a bizalom és a tisztelet, és támogatják az egymástól való függőséget.

Fred Fiedler (1922–), Paul Hersey (1930–) és Kenneth H. Blanchard (1939–) kontingencia elvén alapuló elméleteit a vezetésről szóló fejezetben tárgyaltuk.

G) Peter Drucker (1909–2005)

Drucker termékeny író a menedzsment területén. Azon az állásponton van, hogy a menedzsment csak a gazdasági eredmények révén bizonyíthatja létjogosultságát. Elismeri azonban a menedzszeri döntések nem gazdasági következményeit is, mint például az állással való elégedettség. A menedzsment három területét határozza meg. Menedzselni kell az üzletet, a menedzsereket és a dolgozókat. Szerinte a tevékenység, a döntés és a kapcsolatok elemzése javasolt a szükséges struktúra és szervezet meghatározásához. Tanulmányozta a decentralizálás előnyeit és hátrányait. Ő maga a decentralizálás híve, és azt mondja, hogy a menedzsereknek kell piacot teremteniük és terméket kitalálni, a passzivitás helyett.

Drucker vezette be a célok szerinti menedzselést, mint a menedzserek menedzselésének útját. A felülről való ellenőrzés helyett az önellenőrzésre támaszkodva, a menedzsereket a teljesítési célok irányítják inkább, mint saját menedzsereik. A

célok szerinti menedzselés lényege, hogy a menedzser kialakítja a kerettervet, és a munkatársak határozzák meg a célokat, amelyekkel mindketten egyetértenek. A munkatársak jelentéseket adnak az előrehaladásról a menedzsernek. A menedzsmenti hierarchia minden szintjére meghatározzák a célokat, a szervezet minden egységében. A menedzser ellenőrzi az összhangot a különböző egységek között, és a hierarchia következő szintjének céljaihoz való hozzájárulást. Drucker azon az állásponton van, hogy a beosztottak számára hatékonyabb, ha maguk határozzák meg a normákat, és maguk mérik a saját teljesítményüket, mintha minimum normákat tűznének ki.

A beosztottak menedzselésére Drucker azt javasolja, hogy a munkakört a munkásokhoz igazítva kell megtervezni, a munkásoknak nagyobb beleszólást kell adni a munkakörükbe, és őket kell tekinteni a szervezet legalapvetőbb erőforrásának.

Az emberi (humán) erőforrás-menedzsment

A humánerőforrás-menedzsment kialakulásának gyökerei a XIX. századi Angliába nyúlnak vissza. A század elején az úgynevezett társadalmi reformerek próbáltak a gyári munkások érdekében tenni valamit a kizsákmányoló munkáltatókkal szemben. Ilyenek voltak például *Owen*, *Engels* vagy *Dickens* a regényeivel. Ezek hatására alkalmazták a XIX. század második felében az első „személyzetiseket”, akiknek feladata az volt, hogy javítsanak az alkalmazottak sorsán (juttatás a munkanélkülivé válók számára, táppénz, lakáshoz jutás támogatása).

Később nyilvánvalóvá vált, hogy fontos a megfelelő munkaerő kiválogatása, ami a személyzeti munka egy másik területe, a személyzetbiztosítás, majd a képzés, elhelyezés, melyek az úgynevezett tradicionális személyzeti funkciók.

Igyekeztek a munkát is könnyebbé tenni a munkások számára avval, hogy megtervezték a legjobban alkalmazható módszert, eszközöket, javították a munkakörülményeket, ellenszolgáltatást, és tárgyalásokon alapuló megegyezéseket kötöttek. Ekkor már személyzeti osztályok is kialakultak.

A második világháború után a munkaerő megcsappant, versengni kellett megszerzéséért és megtartásáért, így fontossá váltak a személyzeti szakemberek. A helyzet még fokozódott, amikor a nemzetközi verseny sürgetővé tette a hatékonyság fokozását.

A következő lépcső volt az 1960-as években, hogy elkezdtek arra figyelni, hogyan lehet elérni, hogy a vállalati célok eléréséért elkötelezett alkalmazotti gárda alakuljon ki, az egyén személyes fejlődési lehetőségei révén. Itt elsősorban már nem a munkásokat, inkább a magasan képzett menedzszeri szintet célozták meg.

Végül fontos tényező volt a munkaerőnek erőforrásként való kezelése, és az evvel való gazdálkodás, tervezés.

A fentiekből alakult ki az emberierőforrás-menedzsment szemlélet.

A humánerőforrás-menedzsment

- a vezetés olyan általános funkciója, mely alapvetően az emberekkel, mint erőforrásokkal foglalkozik (*Miner, 1997*);
- olyan – a szervezeten belül teljesített – funkció, amely a szervezeti és egyéni célok elérése érdekében biztosítja az alkalmazottak leghatékonyabb foglalkoztatását (*Ivancevich–Glueck, 1986*);
- a személyes és szervezeti célok egyidejű maximalizálására tervezett programok, funkciók, tevékenységek összessége (*Carell–Kuzmits, 1989*);
- azon funkciók egymásra kölcsönösen épülő együttese, melyek az emberi erőforrások hatékony felhasználását segítik elő az egyéni és szervezeti célok egyidejű figyelembevételével (*Farkas–Karoliny–Poór*).

A humánerőforrás-menedzser célja, hogy a szervezet számára jól képzett, motivált dolgozókat biztosítson, közvetítse a vezetés elveit, politikáját a dolgozók felé, hatékonyan alkalmazza a munkaerő szaktudását és képességeit, ezzel segítve a szervezetet céljai elérésében. Célja még, hogy a lehető legnagyobb mértékben biztosítsa az alkalmazottak elégedettségét, önmegvalósítását, segítse az etikus elvek és gyakorlati magatartás fenntartását, és úgy menedzselje a változást, hogy az az egyén, csoport, vállalat/intézmény, illetve a tágabb közösség számára is érthető, világos és legalábbis távlatilag előnyös legyen. Mindezekkel a munkahelyi élet minőségét úgy akarta befolyásolni, fejleszteni, hogy az kívánatosá tegye a szervezeten belüli alkalmazotti létet.

A humánerőforrás-menedzsment funkciói a humánerőforrás-stratégia és -tervezés, a munkakörök tervezése és értékelése, az ösztönzésmenedzsment – motiváció. Feladata még a munkaerő toborzása, kiválasztása és megtartása, a teljesítményértékelési rendszer kidolgozása és működtetése, a humánerőforrás-fejlesztése és a munkaügyi kapcsolatok kialakítása és fenntartása.

A hatékony emberierőforrás-menedzsment eredményeként a teljesítmény magasabb lesz, a szolgáltatás magas minőségű. A szervezetben optimális számban lesznek a kívánatos szakértelemmel és gyakorlattal rendelkező dolgozók, és képes megfelelő szinten tartani a munkaerőköltséget, hiányzást és a fluktuációt. Fontos még a versenyképes bérszint és olyan munkafeltételek, melyek biztosítják a munkaköri elégedettség és önértékelés lehetőségét. Az ilyen szervezet megfelel egyidejűleg a törvényeknek és jogszabályoknak a munkakörülmények és egyéni munkavállalói jogok biztosításával.

A humánerőforrás-menedzsment eszközei a fenti célok megvalósításához a személyzeti politika, szabályok kialakítása, a kommunikáció fejlesztése a vezetéstől a dolgozó felé és vissza, azaz a célok és szabályok ismertté tétele, a dolgozók ösztönzése, hogy közöljék problémáikat, és ezekre gyors megoldást találni. Fontos még szolgáltatások szervezése, melyek javítják a munkavégzés körülményeit (óvoda, menza stb.), illetve kontroll, ellenőrzés bevezetése, hogy kiderüljön, teljesülnek-e az elvek, és a dolgozók visszajelzést kapjanak.

Mint azt láttuk, a humánerőforrás-menedzser fontos feladata a motiválás.

Motiváció – motiválás

A fejezet célja:

- megismertetni a hallgatót a motiváció és motiválás fogalmával;
- felvázolni a motivációs elméletek fejlődését;
- felhívni a figyelmet az egészségügyben való alkalmazás fontosságára;
- egészségügyi példákkal bemutatni néhány alkalmazható módszert.

A motiváció belső készítés. Az az aktivitás, melyet az egyének teljesítetlen szükségleteik kielégítésére fordítanak. A motiválás az a külső hatás, mely ezt a készítést igyekszik fokozni.

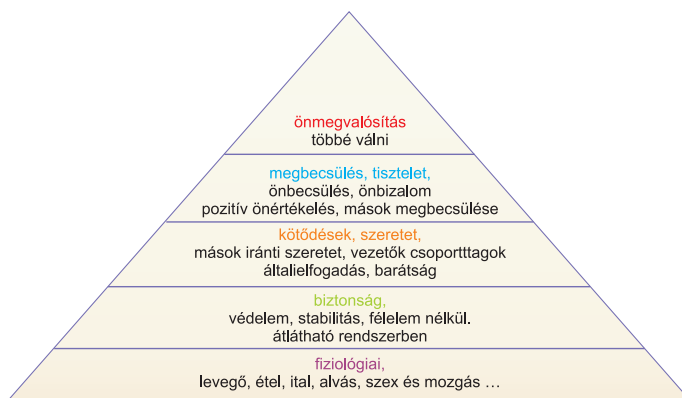
A kutatók sokat foglalkoztak avval, hogyan lehet elérni, hogy az emberek azt tegyék, amit kell. Felmerültek a participatív menedzsment, a munka jó megtervezése, a megfelelő pénzbeli juttatás, majd mindezek együttese. Néhány kiragadott elméletet érdemes áttekíteni, hiszen a mai napig nincs egyetlen biztos, minden helyzetben használható elmélet, de mindegyikben vannak felhasználható gondolatok.

Motivációs elméletek

Taylor monisztikus (egyetlen alapelvre visszavezető) elmélete

A monisztikus elmélet a tudományos menedzsment elveiből származik. *Frederick Taylor* úgy gondolta, hogy ha az energikus, termelékeny alkalmazottak megtudják, hogy ugyanannyit keresnek, mint a lusta munkások, nem fognak maximális teljesítményt nyújtani.

Taylor szerint ösztönzésre van szükség, hogy megakadályozzák ezt a veszteséget. Ha valaki többet termel, többet kell hogy keressen, így a fizetése függ a teljesítménytől. Az olyan ösztönzők, mint amilyen a bónuszrendszer, a profit és a megtakarítá-



17. ábra. Maslow „szükségletek hierarchiája”

sok megosztása, valamint a darabbér a monisztikus módszer példái. A darabbér bevezetésével a munkaadó biztos lehet abban, hogy a bérköltségek nem növekszenek gyorsabban, mint a termelés. Ez a rendszer jelentékeny nyomást helyez a dolgozóra, és feszültséget okoz, amely nemkívánatos viselkedéshez vezethet. A darabbér szinte biztos következménye, hogy néhány dolgozó többet keres, mint mások. A nagyobb fizetés megnövelheti az emberek önbizalmát, sőt státuszszimbólumként is szolgál, a pénz motivációs hatásának mértéke azonban kérdéses.

Maslow szükségletek hierarchiája elmélete

A fiziológiai szükségletek a legfontosabbak és a legszükségesebbek a túléléshez. Ezekhez tartozik az oxigén, víz, élelem, alvás, szex és a mozgás. A biztonsági szükségletekhez tartozik az, hogy nincsenek veszélyben, fenyegetettségben, nem nélkülöznek, nincsenek fizikai fájdalmaik, gazdasági gondjaik, betegségük és szükségtelen, előre nem látható események. A szeretet iránti szükségletet a mások iránti szeretet, a vezetők általi elfogadás, a csoporttagok általi elismerés és a barátság elégíti ki. A megbecsülést az önbizalom, pozitív önértékelés és másoktól származó elismerés adja. Az önmegvalósítás a saját képességek kibontakoztatásából és a saját képességek határának eléréséből áll.

Maslow hierarchiájában az ember csak akkor törekszik egy magasabb szükséglet felé, ha alacsonyabb szükségletei túlnyomóan kielégültek. A fizikai szükségleteket kell tehát kielégíteni, más szükségletek csak aztán válnak uralkodóvá és így tovább, és az önmegvalósítási igények kielégítése csak az összes többi szükséglet kielégülése után válik fontossá. Ha egyszer egy igényt kielégítettek, az többé már nem motiváló tényező, és a következő válik uralkodóvá. Ahogy egy igényt kezdenek kielégíteni, csökken annak fontossága mint motiváló tényező a többi szükséglethez viszonyítva, amelyek közül viszont néhány soha nem elégül ki teljesen, és soha nem szűnik meg valamennyire motiválni.

Bár *Maslow* elképzelései általában véve helyesek, az emberi szükségletek összetettebbek, mint ahogy azt az egyszerű lista jelzi. Mivel nincsen két egyforma ember, a szükségletek változnak típusaik és mértékük szerint egyik emberről a másikra. Az emberek különböznek, hogy mennyire kell kielégíteni szükségleteiket, mielőtt a következő cél válik uralkodóvá. Például vannak emberek, akiknek elegendő napi 6 órai alvás, míg másoknak 10 órára van szükségük, hogy jól érezzék magukat. A fontosságok különféle mértékét össze lehet kapcsolni azokkal a szükségletekkel, amelyek a kulturális és egyéni különbségektől függenek. Az egyik ember vágyakozik az elismerésre, míg egy másiknak fontosabb lehet egy csoporthoz való tartozás érzése. Az emberek hajlanak arra, hogy fontosságot tulajdonítsanak annak, ami nincs a birtokukban. Társadalmilag jobban elfogadott a fizikai szükségletek kielégítése, mint a szociális pszichológiai célok. A motiváció folyamata azzal bonyolódik, hogy az egyének szükségletei változnak. Amikor valaki elfogad egy állást, a fizetést, munkaórát

kat és a földrajzi helyet, az lehet a döntő tényező. Röviddel azután a szociális szükségletei és a teljesítmény és az elismerés iránti szükséglete válik uralkodóvá. Az emberek különbözőképpen elégítik ki szükségleteiket. Néhányan a megtermelt munka minősége és mennyisége után kapnak elismerést, míg mások még több figyelmet kapnak a negatív viselkedésük miatt, mint például a rossz minőségű munkáért és a pontatlanságért. Vannak olyan helyzetek, amelyeket nem tud leírni a Maslow elmélete. Bár legtöbbször eszik, ha éhes, mégis vannak emberek, akik éheznek, hogy egy magasabb rendű szükségletüket kielégítsék.

Alderfer „létezés–kapcsolat–fejlődés” elmélete

Clayton Alderfer, Maslow ötszintes hierarchiaelméletét három szintre módosította. „Létezés–kapcsolat–fejlődés” elméletében a „létezés” az alapvető fiziológiai szükségleteket és a fizikai lét biztonságát, a „kapcsolat” a társas kapcsolatokat, a társadalmi státust, mások általi elfogadást, elismerést, a „fejlődés” pedig a személyes fejlődést, önmegvalósítást, lehetőségeink kihasználásának mértékét, az ezekre irányuló igényt jelenti. Azt is állítja, hogy egyszerre több szükségleti szint is befolyásolhatja motivációnkat. Alderfer modellje kevésbé merev, mint Maslow-é, és kutatások is jobban alátámasztják.

McClelland teljesítmény–hatalom–kapcsolat modellje

David McClelland három alapvető szükségletet határozott meg, melyek minden emberben, de különböző mértékben vannak jelen. A teljesítmény iránti szükséglet belső hajtóerő, vágy az eredményekre, sikerre, célok elérésére. Akiknek magas a teljesítmény iránti szükségletük, azokat nem a jutalom, hanem maga a siker hajtja, vágnak a feladatmegoldás személyes felelősségére, vállalják a kiszámított kockázatot, és igénylik a teljesítményükről való visszajelzést. Nem szeretik az olyan feladatokat, ahol a siker másokon is múlik.

Azok az emberek, akiknek a hatalom iránti szükségletük magas, irányítani akarnak és másokat befolyásolni. Jobban érdekli őket a személyes presztízs, státus és hatalom, mint a tényleges teljesítmény. Kedvelik a versengést, konfrontációt, hajlamosak agresszivitásra. McClelland nem tartja negatívnak ezt a szükségletet, úgy tartja, hogy egy bizonyos szintje a jó vezetővé válás egyik szükséges feltétele.

Ezzel ellentétben, azok az emberek, akiknek magas a kapcsolatok iránti szükségletük, szeretnek emberek között dolgozni, és igénylik a tartalmas barátságot. Szeretnék, ha elfogadnák, szeretnék, tisztelnék őket. Töreksenek az együttműködésre, kerülnek a konfrontációt, a csoport normáival ellenkező döntéseket.

A menedzsernek össze kell egyeztetnie a személyek uralkodó szükségleteit és a feladatokat. Ha egy feladat konkrét és a célok jól meghatározottak, a nagy teljesít-

mény szükségletű ember kiválasztása a megfelelő. Ha egy projektben a munkatársakkal kapcsolatos kellemetlen feladatok vannak (például: létszámcsökkentés), a nagy hatalomszükségletű ember végzi el ezt a feladatot a legjobban. Az a személy, akinek nagy a kapcsolatok iránti igénye, nem akar olyan döntéseket hozni, amelyek vezetőjével szembeállítják, azonban jók a morál erősítésében és a csapatmunkában.

McClelland formálhatónak, tanulhatónak, fejleszhetőnek tartja ezeket a – mindenkinél fennálló – szükségleteket. Nem állítja őket hierarchikus rendbe, és egyáltalán nem foglalkozik az alapvető szükségletekkel, amelyeket jórészt örökleteseknek tart.

Herzberg motivációs–higiéniás elmélete, a kéttényezős modell

Frederick Herzberg azt vizsgálta, hogy mitől elégedettek munkájukkal az emberek. Azt találta, hogy ezek a tényezők két csoportra oszthatók. Különböznek azok a tényezők, melyek a munkával való elégedettséget okozzák (motivátorok) azoktól, amelyek miatt az emberek elégedetlenek (higiéniás tényezők). Motivátorok az elért teljesítmény, a felelősség, a fejlődési lehetőségek, az elismerés és maga a munka érdekessége, tartalma. Ezek szinte egybeesnek a magasabb rendű szükségletekkel. Ha ezek a tényezők nincsenek meg, hiányzik a munkaelégedettség. *Herzberg* szerint, ha az emberek elégedettek a munkájukkal, fejlődnek készségeik és teljesítményük. Állítja, hogy a beosztottakat kihívást jelentő feladatokkal lehet motiválni, amelyekben érezhetik felelősségüket.

A higiénias szükségletekhez tartoznak a munkakörnyezet fizikai jellemzői, valamint a fizetés, juttatások, a beosztás, a munkavégzés biztonsága, az ellenőrzés és az emberek közötti kapcsolatok, más megközelítésben az alacsonyabb rendű szükségletek. Ezek hiánya elégedetlenséget okoz, de meglétük nem vezet elégedettséghez, nem okozzák a viselkedés vagy a teljesítmény javulását, nem teszik az állást érdekesebbé. Ha viszont az emberek magasan motiváltak és érdekesnek, kihívást jelentőnek tartják a feladatukat, el tudják viselni a higiénias faktorok hiányosságait. *Herzberg* szerint tehát a pénz nem motivál, ami ellenkezik más véleményekkel. Ez az ellentmondás abból adódik, hogy az elméletek más társadalmi körülmények között születtek. Ha az alapvető szükségletek sincsenek kielégítve, azok kielégítésével is lehet motiválni. Egy jóléti társadalomban viszont ez már nem működik.

Argyris pszichológiai energia elmélete

Chris Argyris úgy tartja, hogy az emberek több energiát fejtenek ki saját szükségleteik kielégítésére, mint a szervezetére. Minél nagyobb a különbség az egyéni és a szervezeti célok között, annál valószínűbb, hogy a beosztott elégedetlen lesz, feszültségek, konfliktusok, apátia lép fel. A beosztottak és a menedzsment közötti ellentétek a beosztottakat függővé és passzívvá teszik, ami pszichológiai kudarcot és a

munkával való elégedetlenséget okoz. A menedzserek a munkaköröket gazdagabbá tehetik, ha kihasználják az emberek tehetségét, engedik őket részt venni a tervezésben, a célok felállításában és a problémák megoldásában. Segítsenek az embereknek kielégíteni az önmegvalósítás iránti szükségleteiket, javítsák az emberek közötti kapcsolatokat és az Y-elméletnek (ld. később) megfelelő menedzsmentstílust használjanak.

Vroom elvárás teóriája

Vroom elmélete szerint az egyén viselkedése ésszerű, tudatos választás a különböző cselekvési lehetőségek közül, és ez a választás az egyén észlelésein/érzékelésein és meggyőződéseiben, illetve hiedelmeiben, egy szóval ELVÁRÁSAIN alapul.

Érdeemes részletesebben tárgyalni ezt az elméletet, mert az egészségügyben alkalmazandó motiválás, amit arra használnak, hogy a lakosságot motiváltabbá tegyék egészségének megőrzésére, betegségei gyógyításában való együttműködésre, ésszerű, tudatos döntéseken alapul, melyeket nagyon jelentős mértékben befolyásolnak az egyén hiedelmei, tehát hogy ő mit gondol az adott dologról, legyen az helyes vagy téves elgondolás. Ez az elmélet nagy segítség lehet abban, hogy az egészségügyi dolgozók a helyes, hatékony módon motiválhassák gondozottaikat, betegeiket.

Az elmélet három fő eleme:

- Az erőbedobás \rightarrow teljesítés elvárás ($E \rightarrow T$) – az egyén hite (amit ő gondol róla, függetlenül attól, hogy az reális-e) annak valószínűségéről, hogy az adott szituációban a befektetett erőfeszítése (munkája) az elvárt teljesítményhez vezet, tehát: „Ha akarom, sikerül – képes vagyok rá, a körülmények is alkalmasak.” (Pl.: Ha motiválni szeretnénk valakit, hogy fogyjon le, ez az elem az egyén hite abban, hogy az ajánlott diétával képes lefogyni.)
- A teljesítés \rightarrow következmény elvárás ($T \rightarrow K$) – az egyén hite vagy becslése annak valószínűségéről, hogy az adott teljesítmény egy bizonyos következményhez vezet, tehát: „Ha sikerül, elismerik, eredménye lesz.” (Példánkban az egyén hite abban, hogy ha lefog, egészségesebb lesz, vagy könnyebben talál társat...)
- Az eredmény vonzósága, értéke (V) – tehát az, hogy „Vonzó-e számomra ez az eredmény, elismerés?” (Példánkban, hogy mennyire szeretne egészséges lenni, vagy párt találni az illető.)

Nézzük meg, mik befolyásolják az elvárás-elmélet egyes elemeit!

Az erőbedobás \rightarrow teljesítés elvárás ($E \rightarrow T$):

- az aktuális helyzet – ennek megítélése lehet téves is;
- kommunikáció – ez tisztázhatja az aktuális helyzet megítélésének tévedéseit, irányítást, útmutatást, biztatást adhat – különösen fontos új dolgozó esetén;

- hasonló helyzetekben szerzett múltbeli tapasztalat – saját magunk és mások hasonló esetei kapcsán;
- önbecsülés – az egyén elképzelése, hite saját képességeiről. Forrása a tapasztalat – sikerek, bukások és a környezet kölcsönhatása.
(Példánkban az illető eddig alkalmatlan módszert választott, mások rossz példáit is látta, és azt gondolja, nem képes lefogyni.)

Teendők:

- megfelelően képzett munkaerő kiválasztása v. megfelelő továbbképzés, szakszerű tanácsadás,
- új dolgozók (betegek, gondozottak) szocializációja
 - kihívást jelentő, de végrehajtható feladat,
 - lehetőség egy képzett, gyakorlott, elkötelezett kollégával való kommunikációra,
 - világossá tenni a felelőségeket (a gyógyulásért nemcsak az egészségügy felelős, a beteg együttműködése nélkül az ritkán lehetséges) és a szabályokat,
 - megteremteni a hatékony munka feltételeit (sajnos a gyógyulás feltételeinek megteremtése nagyrészt nem az egészségügy hatáskörébe tartozik, szociális, gazdasági kérdés),
 - támogatás, bátorítás.

A Teljesítés → Következmény elvárást befolyásolják:

- az aktuális helyzet – egyéni becslés, információk, szerződés (példánkban felvilágosító irodalmak, média stb.);
- kommunikáció – számos interakció a kollégákkal és vezetéssel, nemcsak a pénzübeli, de egyéb pozitív és negatív következmények (biztonság, veszélyek, kemény ellenőrzés, a tehetség és gyakorlat felhasználásának lehetősége stb.). Ha a jutalmazási rendszer nem átlátható, téves elképzelések terjednek el, és ez ronthatja a teljesítményt. (ha sokat teljesítünk, emelik a normát);
- maga a teljesítés – az, hogy képes volt megcsinálni, tehát munkájuk teljesítését is pozitív eredményként értékelik. Ez általában csak akkor motiváló tényező, ha a feladat elvégzése nem lehetetlen, de nem is túl könnyű;
- a dolgok befolyásolhatóságába vetett hit – az egyén hite abban, hogy az eredmény rajta múlik;
- feltételezések a következményről – legtöbb ember úgy gondolja, hogy a pozitív következmény valószínűbb, mint a negatív, és extrém esetek kis valószínűségűek (túl szép, hogy igaz legyen...);
- hasonló helyzetekben szerzett múltbeli tapasztalat.

Teendők:

- világosan kidolgozni és tudatosítani a teljesítmény-jutalmazás rendszert, és következetesen ennek megfelelően eljárni. (Példánkban szakszerűen elmagya-

rázni a súlyfelesleg káros hatásait, és ha szükséges, elmondani, hol tud megbízható szakmai információknak utánanézni.)

Az eredmény vonzóságát, értékét befolyásoló tényezők:

- Minél inkább kielégít a következmény egy szükségletet, és minél több szükségletet elégít ki, annál értékesebb az egyén számára.
- Az eredmény értékét erősen befolyásolja az igazságosság, korrektség és méltanyosság érzete vagy annak hiánya (összehasonlítás).

Teendők:

- A dolgozó, beteg, gondozott szükségleteinek felmérése, a számára legkívánatosabb, legvonzóbb következmény nyújtása (példánkban egy középkorú, infarktuson átesett betegnél valószínűleg egészségi állapotának javulása lesz vonzóbb, míg egy serdülőnél a párkapcsolat esélyének növekedése).
- Az egyenlőtlenségek kiküszöbölése.

Látható tehát, hogy ha nem mérjük fel, hogy az adott esetben melyik lépésnél van hiba, bizonytalanság, nem tudunk hatékonyan motiválni. Ha például szeretnénk elérni, hogy egy anya szoptassa csecsemőjét, ezért folytonosan azt hangsúlyozzuk, milyen jó hatású az anyatejes táplálás. Ez kifejezetten rossz taktika akkor, ha az anya ismeri az anyatejnek ezt a tulajdonságát, fontosnak is tartja, és a pszichés összeomlás határán van, mert nagyon szeretne majd szoptatni, de meg van győződve róla, hogy nem lesz képes rá, mert az édesanyja sem tudott szoptatni. Ilyekor a helyes módszer őt támogatni, megnyugtatni, hogy segítünk, hogy képes legyen erre a gyönyörű anyai funkcióra. Vagy ha azt mondják, nyerünk egy csodás utazást, ha átússzuk a Balatont, bármennyire szeretünk utazni, nem leszünk motiváltak, ha nem tudunk úszni, hiszen úgy érezzük, nem vagyunk képesek teljesíteni a feladatot.

A Skinner-féle pozitív megerősítés elmélete

Skinner úgy véli, hogy a magatartás környezeti hatások következménye. Egy viselkedést lehet erősíteni vagy gyengíteni avval, hogy mi követi azt. A pozitív megerősítés, ha egy cselekvéshez pozitív következményt kapcsolunk, és ettől azt várjuk, hogy ez a pozitív cselekvés ismétlődni fog. Hiba, ha a pozitív következmény szokássá válik, például jutalmat mindenki kap, függetlenül teljesítményétől, vagy ha a pozitív következmény túl későn jön, tehát elválik a teljesítménytől.

A büntetés segít csökkenteni egy adott viselkedést, azonban nem tud új viselkedésre tanítani, és a problémák eltitkolásához vezethet. Ha a beosztott beismeri hibáját, a menedzser azt mondhatja, „Nagyra becsülöm az őszinteségét”, és emlékeztetheti a dolgozót a célokra. Ha nem érték el a kívánt eredményt, a menedzsernek elemeznie kell a helyzetet. Először is a munkahelyi körülményeket és azok hatását

kell felmérnie. Van-e például a beosztottnak elég ideje, hogy elvégezze a feladatot? Lehetővé teszi-e a rendszer, hogy az ápolók teljes hatékonysággal dolgozzanak, vagy idejük nagy részét azzal kell hogy töltsék, hogy a telefonhoz szaladgáljanak, vagy olyan feladatokat végeznek, ami nem az ő dolguk? Ha a menedzserek nem találják meg a probléma okát a környezetben, fel kell hogy tegyék a kérdést önmaguknak, hogy a beosztottat a képességeinek megfelelő munkára osztották-e be, megvan-e a megfelelő tudása és felkészültsége a munka elvégzéséhez? Ha nincs, lehet-e tanítani, vagy át lehet-e helyezni egy másik feladatra?

Az egyenlő elbánás – méltányosság elmélete

Az 1960-as években *Jo Stacy Adams* és mások a méltányosság és a méltánytalanság érzékelését tanulmányozták. Úgy találták, hogy a dolgozók a méltányosságot annak alapján ítélik meg, hogy saját befektetett munkájuk és az ezért kapott pszichológiai, szociális és pénzbeli juttatás mértéke mekkora másokéhoz viszonyítva, illetve hogy a juttatás arányos-e befektetett munkájukkal. Az érzékelt egyenlőtlenségek feszültséget okoznak, melynek mértéke arányos az érzékelt egyenlőtlenség mértékével. A feszültség motiválja az embereket, hogy csökkentsék azt. Ha a dolgozók úgy érzik, hogy túlterhelik, és nem fizetik meg őket megfelelően, hajlamosak csökkenteni teljesítményüket. Sokkal ritkább, hogy emberek azt gondolnák, hogy túlzott elismerésben részesülnek, és igyekeznének javítani teljesítményükön. Ha az összehasonlítás egyenlőséget mutat, az emberek úgy érzik, hogy tisztességesen kezelik őket. A menedzsernek oda kell figyelnie, hogy a beosztottak méltányosnak tartsák a jutalmazási rendszert.

McGregor X- és Y-elmélete

Douglas McGregor X- és Y-elméletéről volt már szó a menedzsment kapcsán. Az X-elmélet abból indul ki, hogy az emberek igénylik az irányítást, kevés az ambíciójuk, kerülnek a felelősséget, és biztonságot akarnak. X-elmélet filozófiával a menedzser valószínűleg a megfélemlítést és a fenyegetést fogja használni, hogy motiválja az embereket. Szorosan felügyeli őket, kevés felelősséget delegál, és nem gondol arra, hogy beosztottait is bevonja a tervezésbe.

McGregornak az a véleménye, hogy ha az emberek az X-elmélet szerint viselkednek, az nem eredeti tulajdonságuk, hanem a szervezet tette őket ilyenné. Meg van győződve arról, hogy mindaddig, amíg a stratégiák az X-elméleten alapulnak, a menedzserek nem fogják felfedezni és hasznosítani a beosztottaikban rejlő lehetőségeket.

McGregor a menedzsment fejlődésének lehetőségét az Y-elméletben látja, mely abból a feltételezésből indul ki, hogy az emberek szeretik és élvezik munkájukat,

önállóak és igénylik a felelősséget. Az a véleménye, hogy a legtöbb embernek van képzelőereje, leleményessége, kreativitása és más intellektuális képessége, melyeket csak részben hasznosítanak. Az a menedzsment, amely az Y-elméleten alapuló filozófiát fogadja el, pozitív ösztönzőket használ, mint a dicséret, elismerés, csak általános felügyeletet alkalmaz, lehetőséget ad egyéni munkára, a felelőségek delegálását és a problémamegoldásban való részvételt támogatja. Úgy gondolja, hogy a munkakörök kiszélesítése és a decentralizálás a további motiválási technikák, amelyek serkentik az emberek teljesítményét oly mértékben, hogy az meghaladja a munkaköri leírásban meghatározott elvárásokat.

Likert participatív (részt vevő) menedzsment elmélete

Rensis Likertnek az a véleménye, hogy a hatékony menedzser igen érzékeny beosztottai iránt. Kommunikációt használ, hogy a csoport mint egység dolgozzon, erősíti a támogató kapcsolatokat a csoport tagjai között. A résztvevő menedzsment az emberi kapcsolatok elmélete, amely a célok és a munkakörök gazdagításának révén menedzsel.

A motivációs elmélet történelmi fejlődése

A tradicionális menedzsment elmélete McGregor X-elméletén alapszik. A tradicionális elmélet elkötelezett híve Maslow elsődleges fiziológiás és biztonsági szükségletnek és a monisztikus elméletet használja ennek megerősítésére. Ez utóbbi Herzberg szerint segít kielégíteni a higiénés szükségleteket, azonban nem motivál.

Az újabb fejlődés a menedzsmentben McGregor Y-elméletén alapszik. Maslow másodrendű szükségletei – a szeretet, az önbecsülés és az önmegvalósítás – fontosabbak, mint a személyek elsődleges szükségletei. Mivel egy kielégített szükséglet nem motivál többé, a higiéné tényezők, mint a pénz, munkahelyi feltételek, nem motivációs faktorok. Az embereknek fontosabb az önállóság, a felelősség, az eredmények elérése, az elismerés, a munka változatossága és az önmegvalósításra irányuló erőfeszítések. Argyris azt állította, hogy az emberek jobban meg tudják valósítani önmagukat, ha céljaik összhangban vannak a szervezet célkitűzéseivel. A tehetséget és érdeklődést figyelembe kell venni a feladatok kiadásakor. Ebben az esetben Skinner szerint a pozitív megerősítés tovább javítja a kívánatos viselkedést.

A részvétel egy meghatározó tényező az új menedzsmenttechnikákban. A beosztottakat támogatják, hogy hozzájáruljanak a döntésekhez, a célok és tervek kidolgozásához. A decentralizálást részesítik előnyben a menedzsment céljai kitűzésekor, megengedve a beosztottaknak, hogy meghatározzák saját céljaikat, és eldöntsék, hogyan érik el azokat. A vezető jóváhagyja a célokat, meggyőződik róla, hogy azok összhangban állnak a szervezet céljaival, és értékeli a beosztottakat a maguk által kidolgozott célok és normák alapján. A modern menedzserek delegálják a feladato-

kat, és segítenek másoknak, hogy hatékonyan dolgozzanak. Minden beosztottat támogatnak abban, hogy fejlessze saját tehetségét és igyekeznek szoros kapcsolat fenntartani a beosztottak érdeklődése és készsége, valamint a munka követelményei között. A munkakörök gazdagítása és a munka rotálása használható a személyek fejlesztésében. Ha az egyén aktívan törekszik az önbecsülés elérésére és az önmegvalósításra, és céljai megegyeznek a szervezet céljaival, ez nagy valószínűséggel jelentős pozitív hatással lesz a szervezet céljainak elérésére.

A fentiekből levonható legfontosabb következtetés, hogy az embereket nem lehet egyformán kezelni, ha motiválni akarjuk őket!

A munkaerő-kiváltás mint a motiválás egyik eszköze

A munkaerő-felhasználás akkor lesz hatékony, ha minden feladatot olyan dolgozó lát el, akit arra kiképeztek, de nem túlkvalifikált. A túlképzett munkaerő drága, és kevesebb lelkesedéssel végzi az alacsonyabb szintű feladatokat. Ez rontja az egészségügyi hatékonyságát és színvonalát is.

A „munkaerő-kiváltás” (*manpower substitution*) fogalma azt jelenti, hogy egy feladatkör ellátását az ehhez szükséges jogosultsággal együtt átadják egy alacsonyabban képzett szakembernek, akinek erre szintén megvan a képzettsége. Innentől kezdve tehát ezért a feladatkörért már ő a felelős. (Nem delegált feladat, amiért továbbra is a delegáló a felelős!!!) A munkaerő-kiváltás lehetőségét az adja, hogy sokszor két vagy több szakembercsoport is képes ugyanolyan szinten ellátni egy bizonyos feladatkört vagy nyújtani egy szolgáltatást. (Pl.: a gyermekorvos és a védőnő is szakszerű tanácsokat tud adni az egészséges csecsemő helyes táplálásával kapcsolatban. Munkaerő-kiváltás lenne, ha a jogi szabályozás kimondaná, hogy ezután az egészséges csecsemő táplálásával kapcsolatos tanácsadás a védőnők feladata, és ők a felelősök érte.)

A munkaerő-kiváltás megvalósításának lépései a következők:

- Fel kell térképezni, melyek az átfedő területek.
- Adatokat kell gyűjteni a szakmák egymáshoz viszonyított eredményességéről az átfedő területeken (nagyon nehéz, de nem lehetetlen).
- Adatokat kell gyűjteni az átfedő szakmák által nyújtott ellátás minőségéről.
- Fel kell deríteni, hogy a páciensek elfogadják-e az adott szakmát a kívánt szolgáltatásra. (Ha a lakosság nem hajlandó elfogadni egy szakmát egy bizonyos feladatkörben, a munkaerő kiváltás nem jöhet szóba, bármennyire is olcsó és hatékony lenne. Az emberek véleménye azonban megváltoztatható.)
- Meg kell becsülni a költségmegtakarítást, mely a vizsgált szakmák fizetése közti különbségből ered.
- Feltétlenül számításba kell venni a képzés és gyakorlat megszerzésének költségeit is.

A témával foglalkozó tanulmányok megállapítják, hogy a „kiváltó munkaerő” sikeresen ellátja az átadott feladatot anélkül, hogy a minőség csökkenne, sőt ezek a szakemberek a megnövekedett önállóság miatt jobban élvezik munkájukat, így nő hatékonyságuk.

A konfliktus

A fejezet célja:

- Megismertetni a hallgatót a konfliktus fogalmával, fajtáival
- Felhívni a figyelmet a konfliktus esélyét növelő tényezőkre
- Bemutatni a konfliktuskezelés módjait

A konfliktus nézeteltérést vagy egymást kizáró döntési lehetőségeket felkínáló helyzetet jelent. Létrejöttében óriási szerepe lehet a kommunikációs problémáknak.

Konfliktusról akkor beszélünk, ha két vagy több érintett fél közül valamelyik azt érzékeli, hogy mások negatívan viszonyulnak valamihez, eltérően vélekednek valamiről, ami számára fontos. A konfliktusok általában személyek vagy csoportok között bontakoznak ki, de sokszor szervezeti okaik vannak. Fontos, hogy kezelésükor erre is gondoljunk.

Katz és Lowyer (1985) a konfliktust a következő módon határozza meg: „kifejezett küzdelem, melyben két vagy több egymástól kölcsönösen függő résztvevő erős érzelmeket él meg a szükségletek és értékek különböző felfogása miatt.”

A konfliktushelyzetnek négy kritériumát határozták meg:

- legalább két résztvevő (kivéve intraperszonális konfliktus),
- a feleknek egymást kizáró szükségletei/igényei vagy értékrendje van, vagy csak úgy érzékelik/látják,
- kapcsolataikat erős érzelmi töltés és az ellenfél legyőzésére, gyengítésére vagy elnyomására irányuló viselkedés jellemzi,
- a résztvevők kölcsönösen ellenségesen, támadóan viselkednek egymással, amikor hatalmi előnyre igyekeznek szert tenni.

Konfliktusok az élet szinte minden területén elkerülhetetlenek és szükségesek is. A konfliktus a győzteseknek személyes előnyöket és presztízszt kínálhat, támogatja a kreativitást és jelentékeny motiváló tényező. Úgy tűnik, hogy van a konfliktusoknak egy optimális szintje, mely szükséges a hatékony működéshez. Az a konfliktus, melyet kezelnek, ahelyett, hogy elkerülnék, figyelmen kívül hagynák vagy visszafojtanák, hatékonyan felhasználható. Ha azonban egy konfliktus túlmegy ezen a pezsdtítő hatáson, rombolóvá válhat. A konfliktus figyelmeztető jel, hogy valami rosszul megy, és sürgős megoldani a problémát. Ha a menedzser megtanulja a konfliktusok forrásait és fajtáit, és hogy hogyan kezelje őket, minimalisra tudja csökkenteni az egyénekre ható stresszt, és maximalizálni tudja a szervezet hatékonyságát.

A konfliktusok felosztása

A konfliktusokat többféleképpen oszthatjuk fel.

A konfliktusok forrásai

Konfliktus keletkezhet abból, hogy az érintett személyek nem ugyanazokkal az információkkal bírnak, vagy az információk különböző részei állnak rendelkezésükre. Különbözőképpen határozzák meg a problémát, kisebb vagy nagyobb jelentőséget tulajdonítanak különböző nézőpontoknak, vagy a saját hatalmukat és hatás-

13. táblázat

A konfliktusok felosztása

Intrapersonális	Interperszonális
résztevője egy ember	legalább két fél – mindkettő lehet egyén vagy csoport – saját, de egymástól eltérő érdekekkel
az egyén számára egyaránt hasznos és káros is az adott lépés	
kognitív disszonancia – az egyén tettét nem tudja összeegyeztetni elveivel	
Vélt	Valós
csak az érintett felek látják így	objektív ténykérdés
percepciójuk (érzékelésük, észlelésük) nem felel meg az adott helyzetnek (esetleg csak nincs elég információjuk)	
Jó – konstruktív – funkcionális	Rossz – destruktív – diszfunkcionális
elősegíti a csoport céljainak elérését, növeli teljesítményét	a csoportteljesítmény csökkenéséhez vezet
bátorítja a kreativitást, az ötletek felszínre kerülését	érzelmileg telített helyzetet teremt (pl. valaki nyer/veszít)
leleplezi az ésszerűtlen érveket	védekező, blokkoló magatartáshoz vezet
Feltétele:	megosztja a csoportvéleményt
leválasztják a problémát az egyénről	a csoport széteséséhez vezet
enyhítik a feszültséget	
a változás és az önbecsülés szelleme a csoportban	
átlátható hatalmi és erőviszonyok	

körüket eltérően ítélik meg. A célok és az elképzelések különbözősége vagy az elfogadható célokhoz vezető különböző stratégiák is konfliktust okozhatnak. A világnézeti, politikai, etikai szemléletben lévő különbségek nézetkülönbségekhez vezethetnek mind a célok, mind a módszerek megválasztásában, és így szintén konfliktust okoznak.

A konfliktus esélyét növelő helyzetek

Bizonyos helyzetekben a konfliktusok kialakulásának esélye sokkal nagyobb. Ha felismerjük ezeket, megelőzhető a konfliktusok egy része. Ilyen helyzetek az alábbiak:

- Közös jogi helyzet – meghatározatlan vagy félreérthető hatáskörök (Kinek a feladata?).
- Érdeellentét – az egyik fél céljait csak a másik kárára valósíthatja meg (pl. szűkös forrásokért való versengés).
- Kommunikációs gátak – hiányos információtovábbítás (pl.: a másik céljairól), ami félreértések forrása lesz, és vélt konfliktusokat okoz.
- Az egyik fél függősége (sikere a másiktól függ), ami más, mint az egymásra utaltság.
- Erős differenciálódás a szervezetben belül – a sok hierarchikus szint, több ütközési lehetőséggel jár.
- A felek társulása, azaz, hogy együtt kell dolgozni (pl.: közös döntéshozás, egymásra utalt egységek).
- Konszenzuskényszer – a közös döntést mindenkinek el kell fogadni (annak is, aki nem értett egyet vele).
- Viselkedési normák, szabályok, melyek általában a konfliktus ellen hatnak, de ellenkező a helyzet, ha a dolgozók önkényesnek érzik azokat, vagy ellentétesnek a szervezet küldetésével.
- Megoldatlan előző konfliktus, vagy ha a felek nincsenek kölcsönösen megelégedve egy előző konfliktus megoldásának végső eredményével.

A konfliktuskezelés módjai

A konfliktus megoldása érdekében át kell gondolnunk, hogy az adott helyzetben a saját érdek érvényesítése és a kooperáció milyen szintje célravezető. Ezek különböző aránya szerint a konfliktus megoldására ötféle magatartásmódot választhatunk.

- A versengés hatalomorientált viselkedésforma, melynek során az egyének megfelelő hatalmi stratégiát használnak pozíciójuk elnyerése érdekében. A versengés

azt is jelentheti, hogy „kiáll az igazáért” vagy egyszerűen megpróbál győzni. Eszközei a hatalom, fenyegetés, érvelés, meggyőzés.

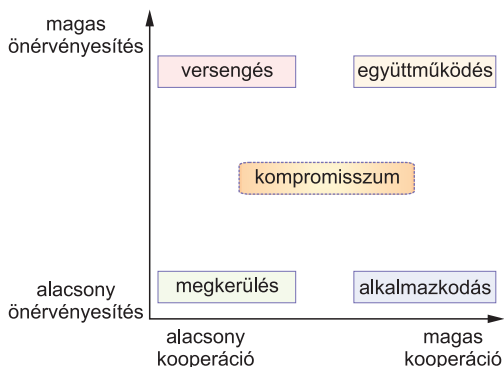
- Az alkalmazkodás a versengés ellenkezője. Az egyén figyelmen kívül hagyja saját érdekeit, mások érdekeinek kielégítése céljából. Az alkalmazkodás magában foglalja mások óhajának vagy szempontjainak elfogadását, bizonyos mértékű önfeláldozást.
- A megkerülés nem oldja meg a konfliktust, csak későbbre tolja a megoldást. A halogatás lehet hiba, mert az ilyen helyzet további konfliktusok esélyét növeli, lehet azonban diplomáciai okú kitérés, a konfrontáció alkalmasabb időpontra halasztása vagy egy veszélyes helyzetből való visszavonulás is.
- Az együttműködés a megkerülés ellentéte. Egy másik emberrel való közös munka, mely arra irányul, hogy mélységében tanulmányozzák a kérdést, feltárják a különböző véleményeket és így dolgozzák ki a megoldást. Ez a konfliktushelyzetek esetében a probléma kreatív megoldását szolgálja, azonban időigényes, és nincs is mindig lehetőség rá.
- A kompromisszumkötés olyan azonnali, kölcsönösen elfogadható megoldás megtalálására koncentrál, mely mindkét fél érdekét valamilyen mértékben (de nem teljesen) kielégíti. Hasonlít ugyan az együttműködésre, de ez gyors köztes megoldás megtalálására törekszik az egyéni nézőpontok feltárása nélkül.

Nem az a jó vezető, akinek csoportjában nincs konfliktus, hanem aki egy közepes konfliktusszintet kezelni tud.

A konfliktusok kezelésének háromféle kimenetele van: győztes-vesztes, vesztes-vesztes vagy győztes-győztes stratégia.

Győztes-vesztes kimenetelt eredményez a beosztásból eredő, szellemi vagy fizikai hatalom használata, a másik fél szempontjainak figyelmen kívül hagyása, a többség uralma, a kisebbség álláspontjának lehengerlése.

Vesztes-vesztes szituáció a kompromisszumkötés, az ellenszenves feladatok teljesítése megvesztegetésért, egy neutrális harmadik fél döntőbíráskodása, általános



18. ábra. A konfliktuskezelés módjai

szabályok használata ahelyett, hogy az egyéni esetet mérlegelnék. A győztes–vesztes és a vesztes–vesztes stratégiákban a felek gyakran személyeskednek, egymásra összpontosítanak a probléma helyett, amit közösen megoldhatnának. A megoldásokat hangsúlyozzák ahelyett, hogy meghatároznák a közös célokat, értékeket és szükségleteket, megterveznék a megoldás útjait és megoldanák a problémát. A felek saját szempontjukból nézik a témát, és totális győzelemre törekcsenek.

Ezzel szemben a *győztes–győztes* stratégia a célokra összpontosít. A konszenzust hangsúlyozza és integrálja a különböző megközelítési módokat a döntéshozásban. A konszenzus folyamata megköveteli, hogy a problémára összpontosítsanak (ahelyett, hogy egymásra), összegyűjtsék a tényeket, elfogadják a konfliktus hasznos aspektusait és elkerülsék az öncélú, általánosító viselkedést. A közös döntés gyakran jobb, mint a legjobb egyéni döntés.

A teljesítményértékelés

A fejezet célja:

- Megismertetni a hallgatót a teljesítményértékelés jelentésével, céljával
- Felhívni a figyelmet alkalmazásának hatására
- Bemutatni a jó teljesítményértékelési rendszer jellemzőit
- Felhívni a figyelmet a teljesítményproblémák helyes kezelésének szempontjaira

A teljesítményértékelés céljai

A teljesítményértékelés a motiválásnak is eszköze, és ha jól végzik, a konfliktusok jelentős részének elkerülését is lehetővé teszi. Négy alapvető célja van.

- Értékelési célok – egyének közti összehasonlítás – szűkös erőforrás elosztását szolgálja (fizetés, egyéni teljesítmény értékelése, előléptetés, elbocsátás stb.).
- Egyéni szintű célok – visszajelzés, erősségek–gyengeségek, képzési szükségletek – reális önértékelést, egyéni fejlődést segíti.
- A humánerőforrás-menedzsment-rendszer karbantartása – hasznos információkat nyújt – motiválás, értékek közvetítése, munkaerő-tervezés, szervezeti képzési igények stb.
- Adminisztráció – személyzeti döntések dokumentálása, munkajogi szempontok.

A teljesítményértékelés előfeltételei

Annak, hogy a teljesítményeket reálisan értékelhessük, előfeltételei vannak. Fontos, hogy legyenek pontos tervek, melyek meghatározzák, hogy mi a feladat, és mikor

vagy mikorra kell elvégezni azt (pl. napi munkaterv, szakmai protokollok). Alapvető, hogy legyen pontosan meghatározva, hogy ki miért felelős ezeknek a feladatoknak a végrehajtásában.

Bármilyen ellenőrzés csak ezek teljesülése esetén lehetséges.

Ahhoz, hogy a teljesítményértékelési rendszer a folyamatot jó irányba befolyásolja, fontos, hogy a célok meghatározásába és az ellenőrzési rendszer kidolgozási folyamatába bevonják az érdekelteket is. Olyan követelményeket állítsanak fel, melyek erőfeszítésekre sarkallnak, de nem tűnnek elérhetetleneknek, és hogy az ellenőrzéskor gyűjtött adatok a helyes vezetést szolgáló információs rendszer részei legyenek, és ne a fégyelmezést, megszügyenyítést szolgálják.

A jó teljesítményértékelési rendszer jellemzői

A jó teljesítményértékelési rendszer a munkaköri követelményeken alapul, szempontjai a munkakör specifikus követelményeire vonatkoznak. A személyiségjegyek helyett magatartás és teljesítmény alapú. Nagyon fontos, hogy szempontjait egyértelműen kommunikálják az értékeltek felé. Jó, ha lehetőség szerint több értékelő van (önértékelés, vezető, kollégák), és dokumentálják a kiugró eredményeket. Nagyon fontos az is, hogy az értékeltnek legyen alkalma a fellebbezésre; végül legyen a rendszer igazságos!

A teljesítményértékelés bevezetésének lépcsői egymásra épülnek, sorrendjük fontos. Először ki kell alakítani a teljesítménykövetelményeket. Ezt követi a teljesítmény mérési rendszerének kidolgozása. Fontos, hogy a kapott adatok összehasonlíthatók legyenek a felállított követelményekkel. Az eredményeket ezután el kell juttatni az érintettekhez. Lényeges végül egy olyan mechanizmus létrehozása, mely ezeket az információkat felhasználva korrigálja a hibákat vagy eltéréseket, és evvel visszatereli a dolgokat a helyes irányba.

Ez a folyamat minden értékelési rendszer alapja, legyen szó akár egy szolgáltatás (ápolás) minőségének ellenőrzéséről, akár a szervezet anyagcsere-folyamatainak egyensúlyban tartásáról (*feedback* rendszer).

Az igazságos teljesítményértékelés kiküszöböli az egyéni elfogultságot, és a teljesítményt tükröző elismerést biztosít. Lényeges, hogy pontos információkon alapuljon, és szükség esetén módosítható, kijavítható legyen. A közös kialakítás eredményeként minden érintett érdekeit figyelembe veszi.

A teljesítményproblémák kezelése

A teljesítményproblémák megoldásakor alkalmazott helyes módszer feszültségeket, konfliktusokat előzhet meg. Fontos az embereket az aktuális helyzetnek megfelelően kezelni. A legkiválóbb munkaerő is találkozhat olyan feladattal, amivel nem tud

megbirkózni, vagy csak tart tőle, esetleg nincs hozzá kedve. Természetesen minden itt említett szituáció más beavatkozást igényel. Időben kell beavatkozni. A késlekedés további hibákat eredményezhet, és egyre nehezebbé válik azok kijavítása. Használjuk mértékletesen és adekvátan az érzelmi töltést! Lehet hatásos utasításokat adni anélkül is, hogy felemelnénk a hangunkat. Fontos, hogy a teljesítményproblémára koncentráljunk, és ne személyi dolgokra. A személyeskedés céltalan, és ellenállást szül. Az emberek személyük elleni támadásnak tekintik. Az észrevételek és javaslatok legyenek konkrétak, hogy az illető valóban pontosan tudhassa és megértse, mi a probléma! Feltétlenül négyszemközt kell megvitatni a problémát! A közösség előtti összeütközés megalázó, védekezést és dühöt vált ki, amely szinte biztosan meggátolja a várt eredmény elérését.

A teljesítményértékelés előnyei

A teljesítményértékelés több szempontból előnyös az intézmény számára. Kommunikálja egyrészt saját értékeit és normáit. Fokozza vagy fenntartja a beosztott teljesítményét, motivál. Információt szerez a humán erőforrás-menedzsment-tevékenységekhez, mint a munkaerő tervezése, képzési szükségletei, bérezés, jutalmazás, fejlesztés. Elősegíti, hogy objektív, igazságos döntések szülessenek, és biztosítja, fejleszti a szolgáltatás minőségét.

A beosztott számára is hasznos a teljesítményértékelés, mert megismeri az intézmény értékeit és normáit, tudja, mit várnak tőle. Fontos az is, hogy visszajelzést kap teljesítményéről, így megismeri saját erősségeit és gyengeségeit, és adekvát segítséget kap (képzés, áthelyezés stb.). Objektívnek és méltányosnak érzi a döntéseket, így javul a munkahelyi légkör.

Fontos tehát minden munkahelyen egy átgondolt, a dolgozókkal közösen kialakított, objektív teljesítményértékelési rendszer bevezetésének szorgalmazása.

Vállalkozás az egészségügyben

A fejezet célja:

- Megismertetni a hallgatót a vállalkozási formában való működés lehetőségével, a közelmúlt adataival a magyar egészségügyön belül
- Felhívni a figyelmet a vállalkozás előnyeire és hátrányaira
- Bemutatni az aktuális helyzet felmérésének módszerét, a különböző vállalkozási formákat, a stratégia felállításának és az üzleti terv elkészítésének legfontosabb lépéseit, valamint a szükséges jogi intézkedéseket
- Elérni, hogy a hallgató képes legyen eldönteni, hogy az adott helyzetben érdemes-e vállalkozás indításán gondolkodnia

Az egészségügyi intézményeket vállalkozási formában működtetőkkel kapcsolatban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozásának vizsgálata során az alábbiakat állapították meg:

Míg 1995-ben csupán 13,68 milliárd forintot tettek ki a vállalkozói kifizetések, addig ez az összeg 2000-re elérte az 52,38 milliárd forintot. A gyógyító-megelőző előirányzaton belül ez arányaiban 7,44%-ról 14,22%-ra történő emelkedést jelentett. A különböző szakterületek közötti megoszlás azonban igen egyenlőtlen.

A vállalkozó háziorvosok számára kifizetett OEP finanszírozás az összes háziorvosi finanszírozáson belül 1995-ben 50% körül volt, amely arány 2000-ben megközelítette a 80%-ot. (A legmagasabb az arány Budapesten, valamint Nyugat-Dunántúlon.) Azóta ez az arány még magasabb.

A védőnői ellátásnál egyfajta kényszervállalkozásról beszélhetünk. Míg a szerződéses állományon belül a vállalkozások aránya 30% feletti (főleg helyettesítések), addig a finanszírozáson belül ez az arány 3% alatt van.

Az otthoni szakápolás OEP finanszírozása 1996-ban kezdődött. Itt az első években magasabb volt a vállalkozók aránya, majd később ez mind a szerződésállományon, mind a finanszírozott összegen belül csökkent. (Vállalkozási szerződés 91%-ról 82%-ra, a vállalkozói finanszírozás 90%-ról 83%-ra.)

A járóbeteg-szakellátás esetében a vállalkozói szerződések aránya az összes szerződésállományon belül 1995–2000 között jelentős emelkedést mutat 2%-ról 18,99%-ra. A hozzá tartozó vállalkozói finanszírozási összeg aránya azonban csekély.

A fekvőbeteg-szakellátás esetén a vállalkozói szerződések aránya az összes szerződésállományon belül 3–6% között változott, részesedésük az összes finanszírozásból 0,5% körül, ill. alatta maradt. (Későbbi adatok sajnos nem állnak rendelkezésre.)

Amikor felmerül vállalkozás indításának lehetősége, szükségessége, ötlete, először mérlegelnünk kell, milyen előnyei, illetve hátrányai lehetnek ennek számunkra vagy családunk számára. Ez a mérlegelés mindig személyre szabott, mindenkinek a saját szempontjait kell mérlegelnie, segíteni lehet ebben, de mindenki maga ismeri csak saját helyzetét és fontosságát sorrendjeit.

A vállalkozás előnyei lehetnek a gazdasági önállóság, a több pénz reménye, a jobb munkafeltételek, önálló döntések lehetősége, a vállalkozásban végezhető többféle tevékenység, a szabadabb munkaidő beosztás stb. Sajnos ma Magyarországon sokak számára kényszer a vállalkozás, mert alkalmazottként nem tudnak elhelyezkedni.

Természetesen hátrányokkal is járhat egy vállalkozás, különösen, ha nem eléggé átgondolt, nem eléggé felelősségteljes és így nem sikeres. Egy saját vállalkozás sok időt, energiát igényelhet. Könyvelő, jogász segítségét kell igénybe venni. A környezet bizonytalansága, a változó szabályzók kiszámíthatatlanná tehetik a kimenetelt. Megszűnnek a közalkalmazotti előnyök, és saját kockázatunkra és felelősségünkkel dolgozunk a vállalkozásban. Legrosszabb esetben családunk minden vagyona rámehet egy csődre.

Az előnyök és hátrányok körültekintő mérlegelése után érdemes csak elkezdni a konkrét feladatokon gondolkodni.

Döntésünk meghozása előtt érdemes felmérni az aktuális helyzetet. Ennek módszere a SWOT analízis (magyarul: GYELV).

A SWOT analízis

Erősségeink és gyengeségeink a vállalkozásra, annak személyi, tárgyi, szervezeti, szakmai adottságaira vonatkoznak, a lehetőségek és veszélyek a vállalkozás környezetéből (gazdasági, jogi, társadalmi, szociális stb.) adódnak.

A lehetőségeket a szabályzó rendszer átalakulása, a piaci változások, a technológiai fejlődés, pályázati lehetőségek stb. teremtik meg. Egy adott lehetőség kockázatát, hozamát és hasznát minden későbbi lehetséges helyzetre nézve is mérlegelni kell. A felismert lehetőségeknek összhangban kell lenniük a vállalkozás gazdasági és társadalmi környezetével.

Bizonytalan, változó környezet esetén különböző feltételezésekre kell hagyatkozni a versenytársakkal kapcsolatban, az egészségügyi környezet struktúrájával, a társadalmi, politikai közeg, a makroökonómiai, jogi környezet változásaival kapcsolatban.

14. táblázat

SWOT elemzés bemutatása

Erősségeink	Gyengeségeink
Előnyös személyiségjegyek	Hátrányos személyiségjegyek
Képzettség, szaktudás, hírnév	Képzettség hiánya
Helyismeret	Helyismeret hiánya
Vállalkozói ismeretek	Vállalkozói ismeretek hiánya
Kapcsolatok – helyi, kollégák, szponzorok, egészségügyi szakemberek közti kapcsolat	Kapcsolatok (helyi, kollégák, szponzorok, egészségügyi szakemberek közti kapcsolat nincs vagy rossz)
Jó kommunikáció	Rossz kommunikáció
Stabil családi háttér	Stabil családi háttér hiánya
Meglévő anyagi, tárgyi eszközök, helyiség stb.	Eszközök, helyiség hiánya stb.
Lehetőségek	Veszélyek
Jogi szabályozás változása	Szabályozás bizonytalansága
Egyéb tevékenység lehetősége	Környezet értetlensége, elutasítása
Társadalmi igény	Konkurencia – orvos, pedagógus, ápoló, gyógyszerész stb.
Szponzorok	Anyagi veszteség
Gazdasági önállóság lehetősége	



19. ábra. A SWOT analízis területei

Mindezeket mérlegelve erősödhet meg a gondolat, hogy az adott körülmények között érdemes lehet vállalkozást indítani.

A vállalkozás stratégiája

Egy vállalkozás indításához stratégiát kell felállítani. „A stratégia a hosszú távra kitűzött célok és az e célok eléréséhez szükséges eszközök és módszerek meghatározása.” (Barta) Lényege a jövőbeli változásokra való tudatos felkészülés a jelenben. Kialakítása és megfogalmazása a vállalkozó egyik legfontosabb feladata. Csak az olyan vállalkozási stratégia lehet életképes, amelyet maga a vállalkozó alakít ki és formál tovább, de az is csak akkor, ha – amennyiben vannak – a munkatársak is magukévá teszik.

A stratégia felállításához először is választ kell keresnünk az alábbi kérdésekre:

- Mi a vállalkozás filozófiája?
- Milyen területen kíván tevékenykedni?
- Milyen „vevőkör” milyen igényeit szándékozik kielégíteni?
- Van-e fizetőképes kereslet?
- Milyen mértékű konkurenciával kell számolni?
- Milyen lényeges képességekkel kell rendelkeznie, hogy a versenytársakkal szemben tartós fölénybe kerüljön?
- Mivel biztosíthat „vevői” számára tartós hasznot?
- Milyen terméket, szolgáltatást, ill. milyen „vevőkört” próbál megcélozni és milyen feladatokkal jár ez?

A vállalkozónak fel kell ismernie és értékelnie kell a lehetőségeket, és – személyes céljait is megfogalmazva – olyan vállalkozási filozófiát kell kialakítania, amely meg-

határozza az általános célt, a legfontosabb vállalkozási szándékot. A vállalkozás filozófiája annak megfogalmazása, hogy az adott területen miben és milyen mértékben szeretnénk kiválóak, másoknál jobbak lenni. Meg kell határozni a prioritásokat is, mint pl. specialitás, minőség, alacsony árak stb.

Az üzleti terv

A vállalkozás sikerének esélyét növeli, ha egy átfogó üzleti tervet dolgozunk ki az indulás előtt. Ennek fő részei:

- Meg kell határozni anyagi céljainkat.
- Fel kell mérni a piacot.
- El kell készíteni a szükséges eszközök jegyzékét.
- Nyitóméreteket kell készíteni, ami leírja, hogy jelenleg mivel rendelkezünk.
- Meg kell tervezni a vállalkozást – helyiség (hol, kié, bérleti feltételek, rezsi stb.), alkalmazottak (számuk, szakismeretük stb.), berendezés stb.
- Marketingtervet kell készíteni – hogyan fogjuk a terméket vagy szolgáltatást forgalmazni, hogyan alakítjuk ki az árakat, és hogy reklámozunk (költség).
- Szervezeti terv is szükséges – a vállalkozás formája, működése.
- Költség-, pénzügyi és kockázati tervet is kell készíteni.
- Meg kell határozni a vállalkozás vezetésének koncepcióját. (Ha csapat, annak megtervezése, létrehozása, értékek tisztázása, kommunikáció, a karrierépítés, teljesítményértékelés rendszere stb.)

Mindezek átgondolását követheti a vállalkozás hivatalos alapítása. A vállalkozás sokáig Magyarországon szinte varázsszónak számított, sokak gondolták úgy, hogy minden esetben jó megoldás. Nem nélkülözhetőek azonban a vállalkozási formákról szerzett alapismeretek. Jó, ha tisztában vagyunk az egyes vállalkozási formákkal, azok kockázatával és feltételrendszerével, és ennek ismeretében választunk vállalkozási formát tevékenységünkhöz.

Vállalkozási jogviszony – vállalkozási formák

A vállalkozások elsődlegesen üzletszerű gazdasági tevékenység céljára jönnek létre, amelynek keretében a vállalkozás saját nevében és kockázatára rendszeres haszon-szerzés céljából folytatja tevékenységét.

A különböző vállalkozási formák közötti választás alapos mérlegelést igényel, melyhez érdemes egy erre specializálódó jogász és könyvelő segítségét igénybe venni. A jogszabályok ugyanis gyakran változnak, követésük még az ezzel foglalkozó szakemberek számára is nehéz, folyamatos továbbképzéseket igényel. A szakem-

berek azonban csak akkor tudnak igazi segítséget nyújtani, ha megismerik a vállalkozás alapítójának egyéni szempontjait. Tehát konkrét elképzelésekkel, célokkal kell hozzájuk fordulni.

A választható vállalkozási formák az alábbiak:

Egyéni vállalkozás

Egyéni vállalkozás alapítására az a belföldi természetes személy jogosult, aki cselekvőképes, állandó lakhelye van és nincs kizárva az egyéni vállalkozás gyakorlásából.

Az egyéni vállalkozáshoz vállalkozói igazolvány kell, melyet a vállalkozó székhelye szerint illetékes, települési önkormányzat jegyzője ad ki. A kérelemhez mellékelni kell hatósági igazolásokat (pl. ÁNTSZ), szakképesítésről szóló igazolást, meghatározott adatokat, amelyek a társadalombiztosítási és adózási kötelezettség teljesítéséhez szükségesek (pl. igazolás teljes munkaidőben foglalkoztatásról).

Az egyéni vállalkozó csak egy vállalkozói igazolványt kaphat, ennek alapján azonban több tevékenységet folytathat, és több fiókhelyet, telephelyet tarthat fenn.

A vállalkozói igazolvány kiadása csak akkor tagadható meg, ha a kérelem teljesítése jogszabályba ütközik.

A tevékenység csak akkor kezdhető meg, ha a vállalkozó megkapta az igazolványát, és csak az abban foglalt tevékenységi körben folytatható. Képesítéshez kötött tevékenységet csak akkor folytathat, ha ő maga, alkalmazottai vagy segítő családtagjai közül valaki rendelkezik ezzel a képesítéssel.

Az egyéni vállalkozó köteles személyesen közreműködni a tevékenység folytatásában. Alkalmazottat, bedolgozót, segítő családtagot foglalkoztathat.

Az egyéni vállalkozó a tevékenységből eredő kötelezettségért teljes vagyoniával, korlátlanul felel.

Természetes személy csak egy egyéni vállalkozást alapíthat, és egyidejűleg nem lehet gazdasági társaságnak korlátlanul felelős tagja.

Az egyéni vállalkozói tevékenység gyakorlása nem szüneteltethető, amennyiben tényleges tevékenységet nem végez, akkor is fennállnak az adó-, illetve járulékfizetéssel kapcsolatos kötelezettségei. Meghatározott esetekben megszűnik az egyéni vállalkozás gyakorlása, illetve visszavonja a kiadó szerv az igazolványt.

Az egyéni vállalkozó – kérelmére – cégjegyzékbe egyéni céggént bejegyezhető (Cégnyilvántartás). Az egyéni cég nem jogi személy.

Gazdasági társaságok

A gazdasági társaságok alapítását, működési rendjét, tagjaik jogait, kötelezettségeit és felelősségét törvény szabályozza. Ezek a társaságok üzletszerű gazdasági tevékenység folytatására jönnek létre. Felettük a cégbírószágok gyakorolnak felügyeletet

(ezek a megyei, fővárosi bíróságok mellett működnek), ami csak az alapításkor benyújtott okiratok törvényességére vonatkozik.

Formái a közkereseti társaság (kkt.), betéti társaság (bt.), korlátolt felelősségű társaság (kft.) részvénytársaság (rt.), melyek alapító okiratához ügyvéd közreműködése szükséges. Megszűnésük, átalakulásuk, felszámolásuk hasonlóan szabályozott a cégbíróság által.

A) Közkereseti társaság

A közkereseti társaság (jogi személyiség nélküli társaság, kkt.) létesítéséhez társasági szerződés szükséges, melyben a tagok vállalják, hogy korlátlan és egyetemleges felelősségük mellett közös gazdasági tevékenységet folytatnak, és az ehhez szükséges vagyont a társaság rendelkezésére bocsátják.

Tagjai természetes személyek és/vagy jogi személyek lehetnek. Jellemzője a személyegyesülési jelleg (elsődleges cél az ilyen társasági formánál, hogy a tagok személyesen működjenek közre), s a tagok korlátlan és egyetemleges felelőssége.

Induló vagyonnal kell rendelkezzen (mértéke nem előírt), meg kell határozni a tagok vagyoni hozzájárulásának formáját (pénz vagy apport, pl. helyiség, eszközök stb.), személyes közreműködésük módját. Ez utóbbi nem kötelező. Ezért (pl. könyvelés) díjazás illeti meg a tagot. A vagyoni hozzájárulás után kamat, díj nem köthető ki. A működés során szerzett vagyon a társaság tulajdona.

A társaság kötelezettségéért a társaság tagja saját vagyonával is felel, ha azt a társaság saját vagyona nem fedezi. A tagsági viszony megegyezéssel vagy kizárással megszűnhet – a többi tag beleegyezése esetén.

B) Betéti társaság

A betéti társaságot (jogi személyiség nélküli társaság, bt.) szintén társasági szerződéssel lehet létrehozni. Tagjai közös gazdasági tevékenység folytatására vállalnak kötelezettséget. Legalább egy tag felelőssége korlátlan (beltag) és a többi beltaggal egyetemleges, míg egy másik tag (kültag) felelőssége vagyoni betétje mértékéig korlátozott. A tagok pozíciója (beltag és kültag is kell, hogy legyen) adja a legfontosabb sajátosságot a többi társasági fajtaéhoz képest. A bel- és kültagok együttesen döntenek. A kültag üzletvezetésre nem jogosult.

Vagyoni hozzájárulás nélkül tagság nem jöhet létre. A bt. megszűnik, ha valamennyi beltag kiválik. Ha csak beltagok maradnak, szintén megszűnik a bt., kivéve, ha közkereseti társasággá alakulnak át.

C) Korlátolt felelősségű társaság

A korlátolt felelősségű társaság (jogi személyiségű társaság, kft.) elsődlegesen tőkeegyesülés, törzstőkével alakul. A kft. jogi személy, tagjainak vagyonától egyértelműen elkülönült vagyona van. A társaság kötelezettségeiért a tag nem felel. Felelőssége a törzsbetétének szolgáltatására, esetleg egyéb vagyoni hozzájárulásra terjed ki. Pótbefizetésre akkor kötelezhető, ha ezt a feltételt a társasági szerződés tartalmazza.

Alapíthatja egy tag, ekkor alapító okirat kell hozzá. Kettő vagy több tag esetén társasági szerződés szükséges. A társasági szerződés tartalmát a jogszabályok keretei között, szabadon állapítják meg. A törzstőke nem lehet kevesebb 3 millió Ft-nál, a törzsbetét 100.000 Ft-nál. Csak egy törzsbetéte lehet minden tagnak. A törzstőke a tevékenység egyik forrása, és a hitelezők igényeinek kielégítésére szolgál. A tagok kötelezettségeit és jogait az üzletrész testesíti meg, az őket megillető vagyoni hányadnak megfelelően.

A tagok kizárhatók, ha a törzsbefizetési, pótbefizetési és egyéb kötelezettségnek írásban történt felszólítás ellenére sem tesznek eleget. A kft legfőbb szerve a taggyűlés, hatásköre szabályozott. A tagság ügyeit az ügyvezető igazgató látja el.

D) Részvénytársaság

A részvénytársaság (jogi személyiségű társaság, rt.) előre meghatározott összegű és névértékű részvényekből álló alaptőkével alakuló gazdasági társaság, amelynél a tag (részvényes) felelőssége a társasággal szemben a részvény névértékének vagy kibocsátási értékének mértékére terjed ki. Az rt. kötelezettségeiért a részvényes egyébként nem felel. A részvénytársaság alaptőkéje nem lehet kevesebb húszmillió forintnál. A pénzbeli hozzájárulás összege alapításkor nem lehet kevesebb az alaptőke harminc százalékánál vagy tízmillió forintnál. Az rt. alaptőkéje azonos az összes részvény névértékének összegével.

A részvény tagsági jogokat megtestesítő értékpapír. A részvény lehet bemutatóra szóló – ilyenkor szabadon átruházható – vagy névre szóló – ilyenkor csak akkor hatályos az átruházás, ha bejelentik az rt.-nek, és bejegyzik a részvénykönyvbe.

A részvényes jogosult a közgyűlésen részt venni, felszólalni, valamint osztalékra, ami a közgyűlés által felosztani rendelt, mérleg szerinti nyereségnek a részvényeire jutó arányos része. A részvények tőzsdén kívüli és tőzsdei forgalomban átruházhatók, az árfolyamnyereség után adózási kötelezettség terheli a részvényt.

Nonprofit szervezetek

Ezen szervezetek létrehozásának nem a gazdasági tevékenység végzése az elsődleges célja, hanem valamilyen más – elsősorban közhasznú működés. Egészségügyi szolgáltatás azonban nyújtható ilyen szervezeti keretek között, illetve valamilyen kapcsolatuk lehet az egészségügyi szolgáltatással. Ide tartoznak a közhasznú társaságok (kht.), az alapítványok, egyesületek és köztestületek.

A vállalkozási formákat leíró jogszabályok a hozzá nem értő számára nem könnyen átláthatók, így mindenképp ajánlatos előzetesen ügyvéddel, könyvelővel, adószakértővel egyeztetni, mivel a vállalkozási forma megváltoztatása lehetséges a későbbiekben is, azonban jelentős költségekkel és időt rabló egyéb kötelezettségekkel (szerződés módosítások, bejelentési kötelezettség különböző hatóságokhoz stb.) jár együtt.

Alapos megfontolást igényel, hogy az egyéni vállalkozásban kit (kiket) alkalmazunk, illetve társas vállalkozásnál kivel (kikkel) alapítunk közös vállalkozást (egyedül, családtaggal, volt kollégával, egyéb ismerőssel, befektetővel). A rosszul megválasztott társtól „megszabadulni” nagyon nehéz, emiatt feltétlenül ajánlott, hogy csak régóta ismert, azonos gondolkodású, minden szempontból megbízható személlyel kezdjünk közös vállalkozásba.

Amennyiben társas vállalkozást tervezünk alapítani, nem árt figyelembe venni, hogy az alacsony részesedéssel rendelkező tagot a többiek bármikor „leszavazhatják”, gyakorlatilag a társaság döntéseibe nem lehet beleszólása. (Megoldás lehet, hogy a felek a legfontosabb kérdésekre egyhangú határozathozatalt írnak elő.)

A társasági forma és a „társak” kiválasztását követően dönteni kell egyéb kérdésekről is, mint a cégnév, székhely, vagyoni hozzájárulás mértéke, tevékenységi körök (meghatározásuk a TEÁOR jegyzék alapján). Fontos a képviselő(k) személye, a szavazati arányok (olyan fontosnak tartott kérdések meghatározása, melyekben csak egyhangú vagy minősített többséget igénylő döntéssel lehet határozni.), pótbefizetés előírása (az esetleges veszteségek fedezése), a tagok személyes közreműködési kötelezettsége stb.

A döntéseket – amennyiben nem egyéni vállalkozás vagy egyszemélyes társaság alapítása mellett döntöttünk – természetesen a már korábban kiválasztott cégtársakkal együtt, konszenzusos alapon kell meghozni. Amennyiben nincs konszenzus már ezekben a kérdésekben sem, megfontolandó, hogy egyáltalán befogadjunk-e az alapításba.

Amennyiben a vállalkozási tevékenység a társadalombiztosítás által finanszírozott, annak beindítása és az első finanszírozási összeg tényleges átutalása között jelentős idő telik el (akár fél év is!), így célszerű előre gondoskodni a köztes időszak megélhetési forrásairól (pl. a közalkalmazotti jogviszony jól időzített és elfogadható feltételekkel történő megszüntetésével).

Az egészségügyi vállalkozás működtetéséhez szükséges engedély és szerződések

Az egészségügyi vállalkozások működtetéséhez engedély és többféle szerződés megkötése szükséges.

- Működési engedély – Az egészségügyi vállalkozást az ÁNTSZ által kiadott működési engedély jogosítja fel a tevékenység végzésére.
- Önkormányzati szerződés – Az alapellátás keretében a háziorvosi feladatok ellátásának megszervezése vagy a védőnői tevékenység ellátása a helyi (települési) önkormányzatok feladata, amellyel – mint fenntartóval – a vállalkozó a feladatok

ellátására területi ellátási kötelezettséggel (a körzeteket az önkormányzat határozza meg) együtt járó vagy anélküli megbízási szerződést (megállapodást) köt.

- **Finanszírozási szerződés** – Az egészségügyi vállalkozási tevékenységet az egészségbiztosítás (OEP) finanszírozhatja, ha a vállalkozó a finanszírozásra vele (bizonyos esetekben az önkormányzaton keresztül) szerződést köt.
- **Bankszámlaszerződés** – A vállalkozások a pénzeszközeiket bankszámlán kötelesek tartani, ennek érdekében bankszámlaszerződést kötelesek kötni.
- **Ingtalan használatra feljogosító szerződések** – Az egészségügyi szolgáltatás nyújtható saját tulajdonú (az egyéni vállalkozó vagy a társas vállalkozás által, általában adás-vétel útján megszerzett rendelő/tanácsadó), illetve bérelt (rendszerint az önkormányzattól bérelt, esetlegesen ingyenesen rendelkezésére bocsátott ingatlan) helyiségben (rendelőben/tanácsadóban).
- **Közszolgáltatási szerződések** – A rendelő/tanácsadó közszolgáltatásokkal (áram, víz, gáz, fűtés) történő ellátásának biztosítására a vállalkozó közszolgáltatási szerződést köteles kötni a szolgáltatókkal. A szerződési feltételeket a szolgáltatók határozzák meg.
- **Munkavégzésre irányuló szerződések** – A vállalkozó munkáját gyakran alkalmazottak segítségével végzi, akikkel munkavégzésre irányuló szerződést kell kötnie. Ez lehet munkaszerződés vagy megbízási, vállalkozási szerződés. A szerződéseket írásban kell megkötni. A munkaszerződések kötelező tartalmi eleme a személyi alaphér, a munkakör (esetleg külön munkaköri leírásra utalva) és a munkavégzés helye. Célszerű minden egyéb lényeges körülményt is szabályozni. Ilyen lehet a munkába lépés napja, bérfizetés ideje munkaidő, szabadidők kiadása, titoktartási kötelezettség stb. A munkaszerződéssel alkalmazottak után a munkáltató fizeti a rá eső közterheket (társadalombiztosítási járulék, munkáltatói járulék, egészségügyi hozzájárulás), illetve utalja át utánuk a munkavállalóra eső közterheket (nyugdíj-, egészségbiztosítási járulék, magán nyugdíjpénztári tagdíj, munkavállalói járulék, SZJA-előleg), ezért az alkalmazottakat e hatóságoknál be kell jelenteni.
- **Felelősségbiztosítási szerződés** – Egészségügyi vállalkozás esetén a működési engedély kiadásának feltétele, hogy a vállalkozó rendelkezzen az általa nyújtott ellátás során okozott károk megtérítésére felelősségbiztosítással.
- **Gazdálkodási és könyvelési feladatok ellátására kötött szerződés** – A vállalkozások – típusuknak, illetve bizonyos esetekben választásuknak megfelelően – a számviteli törvény szerinti könyvelésben kötelesek nyilvántartani és az alapján megfizetni a közterheket. Az e kötelezettségekre vonatkozó jogszabályok bonyolultak, szakkifejezésekkel vannak teli, és a leggyorsabban változó jogterületet képezik, ezért e feladatok elvégzésével könyvelőt (irodát) célszerű – megbízási szerződésben – megbízni. A szerződést írásban ajánlatos megkötni, és abban minden fontos kérdésről (feladatok, díjazás, a megbízás időtartama, felelősségvállalás, titoktartási kötelezettség, felmondás stb.) rendelkezni.

A leírt szükséges lépések végrehajtása után a vállalkozás beindul, a vezetési és menedzsmentfeladatoknak azonban soha nincs vége.

A stratégia ellenőrzése

Minden stratégia csak annyit ér, amennyi a vállalkozás gyakorlatában érvényre jut, illetve a vállalkozás környezete is folyamatosan változik, ezért a stratégiát ellenőrizni kell.

- Meg kell vizsgálni, mennyire helytálló a kezdeti helyzetelemzés, amelyre a stratégia épült.
- Össze kell hasonlítani a stratégiában kitűzött célokat azok megvalósulásával!
- Elemezni kell az eltérések okait!
- Le kell vonni a szükséges következtetéseket!
- Folyamatosan javítani kell a szolgáltatás és a menedzsment minőségét!
- Alkalmazkodni kell a változásokhoz, sőt előre látni azokat!

A fentiek természetesen senkit nem kívántak elrettenteni vállalkozás indításától, de célunk volt felhívni a figyelmet arra, hogy egy ilyen lépés gondos tájékozódást és megfontolást igényel.

Irodalom

1. Alvesson, M., & Berg, P. O. (1992) Corporate culture and organizational symbolism. Berlin, Germany: Walter de Gruyter.
2. Avolio, B.J., & Bass, B.M. (1991) The full-range of leadership development. Binghamton, NY: State University of New York, Center for Leadership Studies.
3. Avolio, B.J., Bass, B.M., & Jung, D. (1999) Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the multifactor-leadership questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 441-462.
4. Bakacsi Gy., Bokor A., Császár Cs., Gellei A., Kováts K., Takács S., (2000) Stratégiai emberi erőforrás menedzsment KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest
5. Bakacsi Gy. (1999) Szervezeti magatartás és vezetés Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
6. Battle, D. (1987) Identification of Leadership Styles and Creative Problem Solving Strategies: Perceptions of Women in Higher Education. Athens, GA.: Unpublished Doctoral Dissertation. University of Georgia.
7. Bass, B.M. (1985) Leadership and performance beyond expectations. New York: Free Press.
8. Bass, B.M. (1990) Bass & Stogdill's Handbook of Leadership (Theory, research and Managerial Applications) Third ed. New York: The Free Press

9. Blake, R.R., Mouton, J.S., Greiner L.E. (1964) Breakthrough in Organisation Development. Harvard Business Review, (november-december)
10. Blank, W., Weitzel, J.R. and Green, S.G. (1990) A test of the Situational Leadership Theory. Personnel Psychology 43, 579-597.
11. Blankenship, M., Wilhoit, K. and Blankenship, C. (1989) "Leadership: Do it with style" Nursing Management, 20 p. 81-82
12. Boncz I., Donkáné Verebes É., Oberfrank F.: Közpénzek és magánfinanszírozás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott gyógyító-megelőző ellátások területén; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001,39,6,559-566.
13. Dobák M. (1998) Szervezeti formák és vezetés Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
14. Elbert, N. F., Karoliny, M., Farkas, F. és mtsa: (2000) Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest
15. Fiedler, F. E. (1964) A contingency model of leadership effectiveness. In L. Berkowitz (Ed.) Advances in Experimental Social Psychology, vol. 1, New York: Academic Press.
16. Fiedler, F. E. (1967) A Theory of Leadership Effectiveness McGraw-Hill Book Company, New York,
17. Gábor K., Helembai K., Tulkán I. és mts. (2002.) Leonardo da Vinci program az ápolásért; Európai Unió project az ápolás hatékonyságának javítására - humán erőforrás menedzsment az egészségügyben Orvosi hetilap 143. 1941-45.
18. Gábor Katalin, Zoltán Péter, Pogány Magdolna, Kárpáti Csaba (2005) Egészségügyi vállalkozások az egészségesebb lakosságért - Vállalkozási ismeretek a felsőoktatásban és felnőttoktatásban a Phare támogatásával, Nővér 18. évf. 4. szám 13-18.
19. Gyikeczi, T. (1994) Emberi erőforrások és modernizációs stratégiák, T-Twins Kiadó
20. Hersey, P. (1984) The Situational Leader, New York: Warner
21. Hersey, P. and Duldnt, B.W. (1989) Situational leadership in nursing. Norwalk, CT: Appleton and Lange
22. Hersey, P., Blanchard, K. & Johnson, D. (2001) Management of organizational behavior: leading human resources (8th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
23. House, R.J. (1971) A path-goal theory of leader effectiveness. Administrative Science Leadership Review, 16, 321-339.
24. Klein, S. (2005) Vezetés- és szervezetszichológia, SHL Könyvek, Edge 2000 Kft.
25. Kanungo, R.N., and Mendonca, M. (1994) "The Decision Making Role of the Leader", Fundamentals of Organizational Behavior, Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt, pp.207-223.
26. Likert, R. (1967) The human organization McGraw-Hill BC, New York.
27. Maccoby M. 2000. Understanding the Difference Between Management and Leadership Research Technology Management; Volume 43. No. 1. 2000. pp 57-59
28. Maddux R.B. (1990.) Delegating for Results Crisp Publication, INC Los Altos, California, ISBN 1-56052-008-6.
29. Manga, P. and Campbell, T. (1994) Health Resources Substitution: A Major Area of Reform Towards a Most Cost Effective Health Care System. Working Paper of Univ. of Ottawa 94.01.

30. Marquis, B.L., Huston, C.J. (1999) A vezetői szerepek és menedzsment-funkciók az ápolásban (Elmélet és alkalmazás) Medicina Kiadó Budapest.
31. Marriner-Tomey, A. (1996) Guide to Nursing Management and Leadership, Mosby
32. Miller D. and Toulouse J. M. (1986) CEO Personality and Corporate Strategy and Structure in Small Firms, *Management Science*, 32, 1389-1409.
33. Shortell, S.M. and A.D. Kaluzny (1994) Health Care Management. Organization Design and Behavior, Delmar Publishers Inc.
34. Vassné Varga E. (2001) Teljesítményértékelés a közigazgatásban, Századvég Kiadó Budapest.
35. Vámosi Z. (2004) Humán erőforrás menedzsment, HEM LSI Informatikai Oktatóközpont
36. Vecchio, R.P. (1987) Situational Leadership theory: An examination of a perspective theory. *Journal of Applied Psychology* 72. p. 444-451.
37. Vroom V. H., Yetton, R. W. (1973) Leadership and Decision making University of Pittsburgh, Pa.
38. Yukl, G.A. (2002) Leadership in organizations (5th ed.) Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
39. Zurlinden, J., Bongard, B. and Magafas, M. (1990) Situational Leadership: A Management System to Increase Staff Satisfaction *Orthopaedic Nursing* 9(2), p. 47-50.

Tesztkérdések

(Gábor Katalin)

Vezetés és menedzsment

1. Igaz vagy hamis az alábbi állítás?
A vezetés az erőforrások (emberek, pénz, egyéb) összehangolása és egyesítése egy szervezet céljainak elérése és feladatainak teljesítése érdekében, a tervezés, szervezés, igazgatás és ellenőrzés eszközeivel.
2. Igaz vagy hamis az alábbi állítás?
A vezető két egymást kiegészítő szerepe a „manager” és a „leader” szerep.
3. Válogassa szét az alábbi jellemzőket a menedzser és leader szerepekhez kapcsolva!
 - A. tervezés
 - B. motiválás
 - C. kontroll
 - D. szervezés
 - E. jövőkép
 - F. problémamegoldás
 - G. változási stratégiák
 - H. szervezeti változás

Menedzser:

Leader:

4. Az alábbiak közül melyik nem jellemző a formális hatalomra?
A vezető jutalmazást, büntetést alkalmazhat.
A hatalom a vezetői beosztásból származik.
A vezetőt képességei alapján választják.
A hatalom szervezeti jellegű.
5. Az alábbiak közül melyik nem jellemző az informális hatalomra?
A vezetőt képességei alapján választják.
A hatalom a vezetői beosztásból származik.
A hatalom megbecsülésen és bizalmon alapszik.
A hatalmat az illető kiérdemli.
6. Igaz vagy hamis az alábbi állítás?
Az informális hatalommal rendelkező személynek formális hatalommal is kell rendelkeznie.

7. Az alább állítások közül melyik nem igaz?
Valamilyen szinten és szituációban szinte mindenki vezető és vezetett is.
Az egészségügyi dolgozók számára nem fontosak a vezetési ismeretek.
A vezetés az emberek viselkedésének, gondolkodásának befolyásolására tett kísérlet.
A vezetés a szervezet kultúráját befolyásoló tényező.
8. Miként értelmezték a vezetést a korai vezetési elméletek?
útmutatás
motiválás
parancskiadás
jutalmazás
9. Az alábbiak közül melyik nem tartozik a vezetői tulajdonságokon alapuló elméletek közé?
A „nagy ember”-elmélet
A „helyzetfüggő vezetés”
A „karizma”-elmélet
10. Az alábbiak közül melyek tették szükségessé a dolgozók döntésekbe való bevonását?
Az autokratikus vezetés a dolgozók részéről elfogadhatatlanná vált.
Az utasítás mint vezetési stílus a termelés szempontjából a leghatékonyabb.
Szociális feszültségek alakultak ki.
A dolgozók ismerték jobban a saját munkájukat érintő körülményeket.
11. A „laissez faire” stílus, azt jelenti, hogy
a vezető csak büntet;
a vezető csak motivál;
a vezető feladatokat ad ki;
a vezető hagyja a dolgokat menni a maguk útján.
12. A „beosztott központú” vezetésre jellemző, kivéve
a munkatársak bevonása ,
parancs és ellenőrzés,
a képességek értékelése,
elősegítés és támogatás.
13. Igaz vagy hamis az alábbi állítás?
A két alapvető vezetői viselkedésforma, a feladatkiadó és az empátikus, nem egymás helyett, hanem egymás mellett fordul elő.

14. A kontingencia elvén alapuló vezetési modellek szerint az alábbiak valamelyike nem igaz. Melyik az?
Az a jó vezető, akinek állandó, jól begyakorolt vezetői stílusa van.
A megfelelő vezetői stílus a szituációtól, feladattól függ.
A megfelelő vezetői stílus a feladat elvégzésére kiválasztott munkatársaknak – az adott feladatra való – felkészültségi szintjétől függ.
Az a jó vezető, aki flexibilisen és adekvátan tudja váltogatni vezetési stílusát.
15. Igaz vagy hamis az alábbi állítás?
A Vroom–Jetton-modell segítségével megállapítható, hogy az adott szituációban mennyire kell bevonni a beosztottakat az adott döntésbe.
16. Mi nem része a „helyzetfüggő vezetés” modellben a beosztott felkészültségi szintje meghatározásának?
a beosztott képessége,
a beosztott iskolai végzettsége,
a beosztott motiváltsága,
az adott feladatra nézve,
az adott időpontban.
17. Írja a leírások mellé a választandó vezetői stílus betűjelét (S1, S2, S3 vagy S4) a „helyzetfüggő vezetés” modell alapján!
A vezetett személy már képes ellátni a feladatot, de még bizonytalan vagy nem motivált.
A vezetett személy lelkes ugyan, de nem képes ellátni az adott teendőt.
A vezetett személy már ismeri az adott feladatot, de még nem képes elvégzésére és bizonytalan vagy nem motivált.
A vezetett személy az adott feladat elvégzésére képes, motivált és magabiztos.
18. Minek a definíciója az alábbi mondat?
A vezető egy meghatározott feladat végrehajtására átadja a hatáskört és a felelősséget egy „beosztottnak”, azonban ezért a tevékenységért a vezető továbbra is közvetlen felelősséggel tartozik saját felettesének.
a. támogatás
b. munkaerő-kiváltás
c. delegálás
d. irányítás
19. Mi nem igaz a delegálással kapcsolatban?
Delegáláskor a vezető magára hagyja a vezetett személyt.
Elősegíti a vezetettek fejlődését.
A vezetőnek ideje szabadul fel.
Az alkalmazottak motiváltabbak lesznek.

20. Válogassa szét az alábbi jellemzőket a tranzakcionális („üzletkötő”) és a transzformáló („átalakító”) vezető jellemzői szerint!
- a) formális hatalmon alapul
 - b) a cég és a beosztott céljainak összehangolása
 - c) üzletet köt
 - d) a vezető kiadja a feladatot
 - e) nő a beosztott elkötelezettsége a cég iránt
 - f) eszköze a motiválás
 - g) a feladat teljesítését vonzó dologgal jutalmazza
 - h) változások idején hasznos

Tranzakcionális:

Transzformáló:

21. A „stratégiai intelligencia” komponensei, kivéve
a jövőbe látás,
rendszerben gondolkodás,
a büntetésre való képesség,
a jövőkép kialakítására való képesség,
a partnerségre való képesség
22. Mikor van szükség „kemény”, autokrata vezetőre?
teljesítményprobléma esetén,
változások idején,
válságmenedzsment helyzetben,
új dolgozó felvételekor.
23. Párosítsa a menedzsment történeti fejlődésének kiemelt lépcsőit az őket bevezető szerzőkkel!
1. norma- és prémiumrendszer
 2. a hatalom attól függ, hogy a beosztottak elfogadják-e azt
 3. a csoport egyénekre gyakorolt hatása
 4. „gyors munka”, írásos utasítások
 5. a szervezeti elmélet atyja
- a) Gilbreth
 - b) Gantt
 - c) Weber
 - d) Barnard
 - e) Lewin

24. Az alábbiak közül melyik nem tartozik az emberi kapcsolatok (*human relations*) mozgalom jellemzői közé?
a) a szociális környezetre helyezi a hangsúlyt;
b) az egyéneknek a szervezet sikerére vagy kudarcára való hatására figyel;
c) a fizikai környezetre összpontosít;
d) a csoportfolyamatokra koncentrálnak.
25. A viselkedéstudomány állításai a menedzsmentről, kivéve
a) az emberek pozitív hozzáállásának fenntartása a jó módszer;
b) fontos a vezetők cselekvésének a helyzethez való igazítása;
c) a teljesítménytől független, tervszerű előléptetés javasolt;
d) fontos a beosztottaknak a tervezésbe és döntéshozatalba való bevonása.
26. Válogassa szét az alábbi jellemzőket az „X” és „Y” elmélethez kapcsolva!
a) a hangsúlyt a szervezeti célokra helyezi
b) az emberek számára lehet maga a munka is az elégedettség forrása
c) a legtöbb ember igényli, hogy irányítsák
d) a beosztottak önmagukat irányítják és ellenőrzik céljaik elérése érdekében
e) azt feltételezi, hogy az emberek nem szeretnek dolgozni
f) a munkásokat utasítani, ellenőrizni, kényszeríteni kell
g) az emberek keresik a felelősséget
h) az egyén céljaira helyezi a hangsúlyt
- „X” elmélet:
„Y” elmélet:
27. Melyiket tartotta követendőnek Likert az általa leírt négy menedzsmentrendszer-típus közül?
a) kizsákmányoló-parancsoló menedzsmentrendszer,
b) jóindulatú-parancsoló menedzsmentrendszer,
c) konzultáló menedzsmentrendszer,
d) résztvevő (participatív) menedzsmentrendszer.
28. Igaz vagy hamis a következő állítás?
Mindenkit ugyanavval a módszerrel lehet motiválni.
29. Állítsa sorrendbe Maslow „szükségletek hierarchiája” elmélete szerint az alábbiakat!
a) kötődések, szeretet
b) biztonság
c) önmegvalósítás
d) fiziológiai szükségletek
e) megbecsülés

30. Állítsa párba McClelland teljesítmény–hatalom–kapcsolat modellje alapján a feladatot a választandó személy legmagasabb szükségletével!
- a feladat konkrét és a célok jól meghatározottak
 - a munkatársakkal kapcsolatos kellemetlen feladatok vannak (például: létszámcsökkentés)
 - jó csapatmunkára van szükség
 - magas a kapcsolatok iránti szükséglet
 - magas teljesítmény iránti szükséglet
 - magas hatalom iránti szükséglet
31. Melyik igaz az alábbi állítások közül?
Herzberg motivációs-higiéniás elmélete szerint
- A higiénias szükségletek (a munkakörnyezet fizikai jellemzői, valamint a fizetés, juttatások, a beosztás, a munkavégzés biztonsága, az ellenőrzés és az emberek közötti kapcsolatok) hiánya elégedetlenséget okoz.
 - A higiénias szükségletek (a munkakörnyezet fizikai jellemzői, valamint a fizetés, juttatások, a beosztás, a munkavégzés biztonsága, az ellenőrzés és az emberek közötti kapcsolatok) megléte elégedettséghez vezet.
 1. igaz,
 2. igaz,
 - mindkettő igaz,
 - egyik sem igaz
32. A kórházban egy szívinfarktuson átesett beteget szeretnénk motiválni, hogy fogjon le. Ő már sokszor próbálkozott eredménytelenül, mert már régen szeretne lefogyni. Vroom „elvárás teória” elméletének melyik pontján kell itt dolgozni?
Erőbedobás → Teljesítés elvárás
Teljesítés → Következmény elvárás
Az eredmény vonzósága
33. Mit jelent Vroom „Elvárás teória” elméletében az Erőbedobás → Teljesítés elvárás?
Elvárom, hogy teljesüljön, amit akarok.
Hitem abban, hogy ha befektetem a szükséges energiát, képes vagyok teljesíteni a feladatot.
Elvárják, hogy teljes erőbedobással dolgozzak.
34. Mit jelent Vroom „elvárás teória” elméletében a Teljesítés → Következmény elvárás?
Hitem annak valószínűségéről, hogy az adott teljesítmény egy bizonyos következményhez vezet.
Hitem annak valószínűségéről, hogy ha nem teljesítem a feladatot, annak következménye lesz.
Elvárom, hogy teljesítményemnek következménye legyen.

35. Igaz vagy hamis az alábbi állítás?

A Skinner-féle pozitív megerősítés elmélet szerint, ha egy cselekvéshez pozitív következményt kapcsolunk, ez a pozitív cselekvés ismétlődni fog. Egy viselkedést csak erősíteni lehet avval, hogy mi követi azt.

36. Mi nem igaz a „méltányosság elmélete” szerint?

Ha a dolgozók úgy érzik, hogy túlterhelik és nem fizetik meg őket megfelelően, hajlamosak csökkenteni teljesítményüket.

Ha a dolgozó úgy érzi, juttatásának mértéke alacsonyabb másokéhoz viszonyítva, javítja teljesítményét.

Ha az összehasonlítás egyenlőséget mutat, az emberek úgy érzik, hogy tisztességesen kezelik őket.

Ha az emberek azt gondolják, hogy túlzott elismerésben részesülnek, előfordul, hogy igyekeznek javítani teljesítményükön.

37. Miben különbözik a delegálás a munkaerő kiváltástól?

Egy feladatkör ellátását átadják egy alacsonyabban képzett szakembernek, akinek erre szintén megvan a képzettsége, az ehhez szükséges jogosultsággal együtt, innentől kezdve a feladat elvégzéséért már csak az új munkaerő a felelős.

38. Mi nem igaz munkaerő-kiváltás esetén?

A „kiváltó munkaerő” sikeresen ellátja az átadott feladatot.

A minőség általában csökken.

Ezek a szakemberek jobban élvezik munkájukat.

Nő a hatékonyságuk.

A konfliktus

39. Az alábbiak közül mi nem igaz a konfliktusokkal kapcsolatban?

Konfliktusok az élet szinte minden területén elkerülhetetlenek.

A feleknek egymást kizáró szükségletei/igényei vagy értékrendje van, vagy csak úgy érzékelik/látják.

A konfliktusok mindig károsan hatnak, igyekezni kell elkerülni őket.

A konfliktusok általában személyek vagy csoportok között bontakoznak ki.

40. Az alábbiak közül melyek tartoznak a konfliktus esélyét növelő tényezőkhöz?

konszenzuskényszer,

erős differenciálódás a szervezeten belül,

megoldott előző konfliktus,

érdekellentét,

gyakori kommunikáció.

41. A konfliktuskezelésnek melyik módja nem elfogadható semmilyen helyzetben az alábbiak közül?
- 1 versengés
 - 2 alkalmazkodás
 - 3 megkerülés
 - 4 kompromisszum
 - 5 együttműködés
- A második és negyedik
A harmadik
Az első és a harmadik
Mindegyik
Egyik sem
42. Mi közös a konfliktuskezelési módszerek közül a kompromisszum és az együttműködés módszerében?
kölcönösen elfogadható megoldás megtalálása,
az egyéni nézőpontok feltárásával,
mindkét fél érdekét valamilyen mértékben kielégíti ,
gyors megoldás.

A teljesítményértékelés

43. Igaz vagy hamis az alábbi állítás?
A teljesítményértékelés fő célja a rosszul teljesítők kiszűrése és a következmények meghatározása.
44. A jó teljesítményértékelési rendszer, kivéve
a munkaköri követelményeken alapul;
szempontjai a munkakör specifikus követelményeire vonatkoznak;
kidolgozásába bevonják az érintetteket is;
a személyiségjegyek értékelésén alapul.
45. Mi nem helyes az alábbiak közül a teljesítményproblémák kezelésekor?
Használjuk mértékletesen és adekvátan az érzelmi töltést!
A teljesítményproblémára koncentráljunk, és ne személyi dolgokra.
Feltétlenül a közösség előtt kell megvitatni a problémát!
Időben kell beavatkozni.
46. Mire nem használható a teljesítményértékelési rendszer?
Megismerteti a dolgozóval az intézmény értékeit és normáit.
Információt gyűjt a dolgozó teljesítményét rontó szociális helyzetéről, illetve személyiségjegyeiről.

Információt ad a humánerőforrás-menedzsment-tevékenységekhez.
A dolgozónak visszajelzést nyújt teljesítményéről.

Vállalkozás az egészségügyben

47. Ez egészségügyi dolgozók melyik csoportjában a legmagasabb a vállalkozási formában működők aránya?
védőnő
ápoló
gyógytornász
házi orvos
48. Az alábbiak közül melyik nem előnye az egyéni vállalkozásnak az alkalmazotti léthez képest?
biztos jövedelem
kevesebb alkalmazkodás
szabadabb munkaidő-beosztás
egyéni döntési lehetőségek
49. Válogassa szét, a SWOT analízisben melyek azok a tényezők, amelyek az egyéni/vállalkozáson alapulnak, és melyeket határoz meg a környezet?
a) erősségek
b) lehetőségek
c) veszélyek
d) gyengeségek

Egyén/vállalkozás:

Környezet:

50. Az alábbiak közül melyik nem tartozik egy vállalkozás erősségei közé?
előnyös személyiségjegyek
szponzorok
képzettség, szaktudás, hírnév
helyismeret
51. Igaz vagy hamis az alábbi állítás?
A vállalkozás minden esetben jó megoldás.
52. Igaz vagy hamis az alábbi állítás?
A különböző vállalkozási formák közötti választás alapos mérlegelést igényel, melyhez érdemes egy erre specializálódó jogász és könyvelő segítségét igénybe venni.

53. Mi nem igaz az alábbi állítások közül?
A vállalkozás saját nevében és kockázatára folytatja tevékenységét.
A különböző vállalkozási formák közötti választás alapos mérlegelést igényel.
A jogszabályok ritkán változnak.
A jogász, könyvelő csak akkor tud érdemi segítséget nyújtani, ha megismeri a vállalkozás alapítójának egyéni szempontjait.
54. Mi nem igaz az egyéni vállalkozással kapcsolatban?
Az egyéni vállalkozáshoz vállalkozói igazolvány kell.
A kérelemhez mellékelni kell a szakképesítésről szóló igazolást.
Az egyéni vállalkozó több vállalkozói igazolványt is kaphat.
Az egyéni vállalkozó több tevékenységet is folytathat, és több fiókhelyet, telephelyet tarthat fenn.
Az egyéni vállalkozó köteles személyesen közreműködni a tevékenység folytatásában.
55. Nem tartozik a gazdasági társaságok közé az alábbiak közül?
közkereseti társaság
közhasznú társaság
betéti társaság
részvénytársaság
56. Jogi személyiség nélküli társaság az alábbiak közül
a közkereseti társaság
a korlátolt felelősségű társaság
a részvénytársaság
a betéti társaság
57. Nem felel saját, cégen kívüli vagyonával a társaság kötelezettségéért
a közkereseti társaság tagja
a részvénytársaság tagja
a betéti társaság belfagya
a korlátolt felelősségű társaság tagja
58. A betéti társaságra nem igaz
társasági szerződéssel lehet létrehozni
a kültag is jogosult üzletvezetésre
a kültag felelőssége vagyoni betétje mértékéig korlátozott
a bel- és kültagok együttesen döntenek
59. Igaz vagy hamis a következő állítás?
Amennyiben a vállalkozási tevékenység a társadalombiztosítás által finanszíro-

zott, a vállalkozás beindulása utáni hónapban megérkezik a teljesítményért járó első finanszírozási összeg.

60. Igaz vagy hamis a következő állítás?

Az egészségügyi vállalkozást a társadalombiztosítás által kiadott működési engedély jogosítja fel a tevékenység végzésére.

Menedzsment az egészségügyi gyakorlatban

(Illei György)

A bánásmód és elégedettség vizsgálata

Ez a fejezet azzal foglalkozik, hogyan vélekednek a betegek/kliensek az egészségügyi ellátás különböző szintjein kapott ellátásról, továbbá a háziorvosok a betegeknek nyújtott szakellátásról, annak végezetéig, illetve azt követően. Bemutatjuk az elégedettség elméleti hátterét, fogalmi meghatározottságát, az ellátás kiválasztását és az elégedettséget meghatározó tényezőket, az elégedettség mérésére szolgáló eljárásokat, az elégedetlenség megelőzésének lehetőségeit. Ha a fogyasztó (beteg/kliens) elégedett, kevesebb a panasz, javul az ellátás légköre, nő az ellátó személyzet elégedettsége, csökken az elvándorlás a betegek és a személyzet részéről, gazdaságosabb az ellátás, kevesebb a kár és annak költsége. Ha a beteg/kliens elégedett, jobb a compliance (együttműködés).

Az elégedettség elméleti háttere, fogalmi meghatározottsága

Az elégedettség fogalmát nehéz meghatározni. Többek szerint az elégedettség lényegében egy pszichikai összehasonlító-értékelő folyamat eredménye, melynek során a fogyasztó (beteg/kliens) a vásárlás vagy a szolgáltatás igénybevétele után a terméket vagy a kapott szolgáltatást (van-teljesítés) összehasonlítja az elvárt (standard) teljesítménnyel (kell-teljesítés), vagyis a folyamat során észlelt tapasztalatait a várakozásaival. Ez a konfirmációs/diszkonfirmációs paradigma alaptétele.

Az összehasonlítási folyamat három eredménnyel zárulhat:

- pozitív egyenleg esetén elégedettség,
- negatív eredmény esetén elégedetlenség,
- kiegyenlített viszony esetén semleges állapot, indifferencia lép fel.

A folyamatnak három fázisa különíthető el:

- az egyén egészségügyi rendszerrel szembeni elvárása,
- az elvárt és kapott teljesítmény összehasonlítása,
- ennek eredményeként kialakuló elégedettség vagy elégedetlenség.

Előfordul, hogy a beteg/kliens nem tudja, mit lehet(ne) elvárni. Ha így van, a teljesítmény megítélése is bizonytalan. Ez utóbbit a félelem is befolyásolhatja. Örömeben, hogy túl van az ellátáson, megítélése is kedvezőbb lehet.

A körforgás-elmélet szerint a kliens hajlandó magasabb árat is fizetni a kívánt szolgáltatásért, amely közvetlenül hozzájárulhat a dolgozói bérek emeléséhez is. Az elégedett dolgozók olyan ellátást nyújtanak, amely maga után vonzza a fogyasztók elégedetté válását.

A Herzberg-féle kéttényezős elmélet szerint az ún. *higiéniiai szükségletek* (fizetés, irányítás, státus, személyközi kapcsolatok) kielégítése kiküszöböli az elégedetlenséget, míg a *motivációs szükségletek* (elért eredmények, munkával kapcsolatos érzelmek, fejlődési lehetőség, státus javulása, felelősség bővülése) kielégítése elősegíti az elégedettség kialakulását.

Az elégedettség kognitív megközelítése szerint az észlelésen alapuló ismeretek megszerzése, rendszerezése és alkalmazása alapján kialakított vélemény jelenti az elégedettség vagy elégedetlenség fogalmát.

Az érzelemelméleti megközelítés szerint az ellátás során átélt hangulat (tartós, de nem túl intenzív érzelmi állapot) és indulat (intenzív, de gyors lefolyású) is befolyásolja a megítélést.

Az ellátás kiválasztását a háziorvos részéről az intézményről korábban kialakult vélemény, a várólista, az elérhető szolgáltatások teljes spektruma, míg a kliens részéről az intézmény vagy orvosok hírneve, a távolság, a kommunikációs lehetőségek, a kapott információk mennyisége és minősége, a hotelszolgáltatások, ápolás színvonala, személyzet hozzáállása, a tájékoztatás érthetősége határozza meg.

Az elégedettséget meghatározza a beutaló orvos részéről az ígértnek megfelelő ellátás, a nem kívánatos utóhatások elmaradása, a kapott információk mennyisége és minősége, míg a betegek részéről az elvárások teljesülésének mértéke. Idős, cselekvőképtelen vagy gyermekkorú betegek esetében kettős ellátásról van szó: ilyen esetekben a szülőket, családtagokat is el kell látni szolgáltatással, ami az esetek többségében információ, támogatás, tanácsok nyújtása.

A rossz kliens-bánásmód minőségnek jelentékeny költségkihatása is lehet. Ilyen a panaszok meghallgatásával, kivizsgálásával, az okok megszüntetésével kapcsolatos idő költsége. Ezt fokozza a kártérítési perek, fizetési kötelezettségek költsége. Ezeken túl azonban anyagi veszteséget jelent, hogy az elégedetlen, de nem pereskedő kliens legközelebb más intézményt keres fel, s erre biztatja ismerőseit is. Ez már jelentékeny költségvesztéssel járhat.

A panaszokra történő azonnali és hatékony reagálás az esetek többségében a kliens megtartását eredményezi. Olcsóbb a klienseket megtartani, mint újakat szerezni. Nem elég az elégedetlenséget kompenzálni, az elégedettséget kell folytonosan fokozni, mert ennek van a legnagyobb kliensmegtartó ereje.

A kliensek aszerint alkotnak véleményt az egészségügyi ellátásról, hogy megkapják-e azt az ellátást, amit elvárnak. Az elvárásokat vagy valamihez viszonyítva alakítják ki vagy elgondolásaik alapján. Ha az ellátás során szerzett tapasztalat elma-

rad az elvárásoktól, elégedetlenség alakul ki. Ennek megszüntetése azonban nem feltétlenül növeli az elégedettséget.

Amerikai felmérések szerint a kliensek az alábbiakat tartották az ellátók részéről a legfontosabbaknak:

- megbízhatóság = ígéretek betartása, ennek megfelelő ellátás;
- érzékenység, viselkedés = személyzet mennyire megértő, segítő, udvarias, barátságos, kliens-központú;
- szakértelem = milyen fokú a személyzet szaktudása;
- elérhetőség = hogyan érhető el az ellátás;
- kommunikáció = közérthető tájékoztatás, érdeklődés;
- hitelesség = becsületesség, a személyzet jó hírve;
- biztonság = fizikai biztonság, az információ bizalmas kezelése;
- fizikai körülmények = fizikai, higiéniai környezet, személyzet külső, esztétikus megjelenése.

A kliensektől visszajelzést szerezhetünk a velük, valamint az őket ellátókkal folytatott beszélgetésekből (mi tetszik, mi nem, mi az, ami jó volna, ha lenne stb.), a beteg távozásakor átadott kérdőívekre adott válaszokból, inkognitóban végzett ellenőri látogatásokból, telefonos visszajelzésekből, kórlapok és dokumentumok vizsgálatából, a klienselégedettség objektív mutatóinak (lemorzsolódás, előjegyzések lemondása stb.) vizsgálatából.

Mindezen eljárásoknak csak akkor van értelme, ha a vezetés a visszajelzéseket behatóan elemzi, értékeli és az indokolt változtatásokat bevezeti, végrehajtja, a végrehajtást ellenőrzi.

A betegek ellátásról alkotott véleményét megíthetjük a panaszok (implicit mód) és az elégedettség (explicit mód) alapján. Lehetséges az is, hogy megkérdezzük a klienst elvárásairól a kezelés előtt (ex ante) és a kezelés befejezése után (ex post). A reális megítélést segíti, ha az ellátás egyes tényezőit külön-külön értékeltetjük. Ehhez ki kell alakítani a részelégedettség leírását és az értékelő skálákat. Ez utóbbi lehet kétfokozatú (igen–nem) vagy több – 3,5,7 stb. – fokozatú is. A válasz lehet szám-érték vagy verbális forma.

A betegelégedettség kérdéskörei lehetnek:

- ellátók magatartása,
- információ átadás, tájékoztatás,
- kapcsolattartás gyakorisága ellátó és kliens között,
- szolgáltatás minősége,
- rendelés gördülékenysége,
- várakozási idő,
- ellátás helyének tisztasága, kulturáltsága.

A használatos skálatípusok lehetnek:

- értékelő/kognitív mérőeszközök verbális vagy grafikus válaszokkal,
- emocionális/effektív mérőeszközök ugyancsak verbális vagy grafikus skálákkal,
- viselkedési/konatív mérőskálák.

Gyakran használatos modell a 9 területen történő felmérés 7 fokozatú skálával:

1. kórházi felvételtkor a személyzet magatartása,
2. az orvosi személyzet munkája,
3. az ápolók munkájának megítélése,
4. a felvilágosítás tényezői,
5. szobával való elégedettség,
6. hotelszolgáltatással való elégedettség,
7. tisztaság, higiéné,
8. a kórházi tartózkodás szervezettsége,
9. a privát szféra tiszteletben tartása.

Kérdőív-tervezés

A jól szerkesztett kérdőív a záloga a vizsgálat minőségének. Célszerű ellenőrző kérdéseket is beépíteni a hamis válaszok kiszűrésére. A kérdőív tervezésekor a következő szempontokat kell szem előtt tartani:

1. Mi a célja a kérdőívnek? Mire vagyunk kíváncsiak, miről akarunk meggyőződni? Meg kell határozni a kutatás alanyait és tárgyát.
2. Meg kell választani a kérdezés módszerét: a kérdőívet a kérdező vagy a válaszoló töltse-e ki? Anonimitást kell biztosítani.
3. Milyen legyen a kérdőív szerkezete? Megszólítás, a felmérés céljának, az anonimitás garantálásának, a kitöltés módjának, az adatok sorsának ismertetése. Ezután a kérdéseket kell sorra venni: bevezető kérdések, a számunkra fontos információkra vonatkozó kérdések, levezető kérdések, személyi adatokra vonatkozó kérdések.
4. A kérdések legyenek értelmezhetők a kérdező és a kérdezett számára. A kérdés lehet nyitott vagy zárt. Ez utóbbi lehet skála-kérdés (pl. Likert-skála: teljesen egyetértek – nagyrészt egyetértek – csak kismértékben értek egyet – közömbös számomra – nem túlságosan értek egyet – nagyrészt nem értek egyet – egyáltalán nem értek egyet).
5. Fontos a kérdőív formája. Legyen áttekinthető, zárt és rövid kérdésekre könnyebb a válaszadás, nyitott kérdésnél legyen elegendő hely a válaszadásra.
6. Érdemes kis csoporttal (10–15 fő) kitölteni a kérdőívet, utána megbeszélni az érintettekkel az állításokat, azonosan értelmezték-e a kérdéseket (*pilot-study*).

Javaslat az írásbeli kérdőívek szerkesztésére

A kérdések

- legyenek mindenki számára egyértelműen érthetőek,
- nyitott kérdések ne sugalljanak semmiféle választ,
- legyenek egyszerűek, a válaszadás ne okozzon gondot,
- ne használjunk szakmai műszavakat,
- a zárt kérdéseket kell előnyben részesíteni, mert ezek egyszerűbben csoportosíthatók és könnyebben feldolgozhatók,
- általános jellegű kérdésekkel kell indítani s fokozatosan áttérni a speciális és személyes jellegűekre,
- mellékeljük kitöltési útmutatót a kérdésekhez.

Kliensek elégedetlenségének megelőzése

Az ellátást közvetlenül végzők (orvosok, ápolók) kérjék meg betegeiket, azok hozzátartozóit, mondják el, a szolgáltatás hol és mikor nem nyújtja azt, amit elvárnának. Maguk is figyeljenek erre, vegyék észre, ha a beteg elégedetlen, akkor is, ha emiatt nem szól. A beteg panaszait azonnal kell orvosolni, indokolt esetben elnézést kell kérni, számukra háttérinformációt kell adni, a figyelemfelhívást meg kell köszönni, azt a panasz okainak jövőbeni elkerülése okán hasznosnak kell minősíteni. Ehhez bátorság, a hiúságról való lemondás szükséges, de igen hasznos, mert megtudhatjuk, hogy standardjaink közül melyiket nem teljesítjük.

Kliensek elégedettségének növelése

- a) A minőségjegyek felismerése. Megtudni a kliensektől, ők a szolgáltatás tényezőit fontossági sorrendben hogyan rangsorolják.
- b) Ezek alapján kliens-bánásmód standardot állítunk fel. Eldöntjük, ezeket hogyan mérjük, ilyen pl. a kórházba érkezés és az orvosi vizsgálat között eltelt idő. A betegek ezt minőségjegy érvényűnek tekintik.
- c) A standardok alapján folytonosan mérjük a teljesítményt a betegeknek átadott kérdőívek segítségével.
- d) A kliens-bánásmód javítása érdekében intézkedéseket kell hozni.

Folyamatábrázolási modell (flow process model)

Segíti a kliensek ellátással kapcsolatos véleményének megértését, meghatározza a hibák lehetséges előfordulási helyét, ill. az eredménytelenség lehetőségét, vagyis azokat a pontokat, ahol leggyakrabban fordulnak elő hibák. Segíti a személyzetet abban, hogy a kliens szemszögéből tudja megítélni a szolgáltatást és jobban megértsék szerepüket a folyamat egészében.

A modell szakaszai:

1. *Kiválasztás.* A kezelőorvos és a kliens kiválasztja a szolgáltatást és a szolgáltatót. Elégedetlenség akkor alakul ki, ha nem a megfelelőt választották.
2. *Kapcsolatfelvétel az ellátással (belépési pont).* Ekkor kerül a kliens először kapcsolatba az ellátóval. Elégedettségét befolyásolja, milyen a fogadtatás, a megközeletés, az információ.
3. *Első kontaktus.* Ekkor tudja meg a beteg, ki lesz az orvosa, ápolója, hol fog feküdni, mennyi ideig kell a felvételre várakoznia, milyen a fogadtatása az osztályon, milyenek az információk.
4. *Vizsgálat.* Ez a szerződéskötés a kliens és szolgáltató között. A szolgálat akkor reagál először a kliens szükségleteire, amikor egyik alkalmazottja a klienst megvizsgálja. A nem megfelelő minőségű vizsgálat számos minőségügyi probléma kiindulópontja lehet. Sok pazarlás és elégedetlenség kerülhető el ennek a fázisnak fejlesztésével. Ekkor tárhatók fel a kliens elvárásai, ez az ideje a teendők megbeszélésének, a következő szakasz előkészítésének.
5. *Beavatkozás fázisa.* Ekkor történik a kliens felmért szükségleteinek kielégítése, ekkor alakulnak ki a személyes kontaktusok. Folyamatosan kell figyelni, a beavatkozás kielégíti-e a kliens minden irányú igényeit.
6. *Felülvizsgálat fázisa.* A szolgáltató értékeli a kialakult állapotot, felméri, van-e szükség ismételt beavatkozásra, ellenőrzi a kliens elvárásainak teljesülését.
7. *Záró fázis.* Meg kell vizsgálni, hogy a kliens minden szempontból kellően felkészült-e arra, hogy elhagyja az ellátó egységet és hogyan éli át az ellátás ezen szakaszát. A mérés magába foglalja a kliens véleményét arról, hogyan készítették fel a távozásra és hogyan adták át az otthoni ellátásnak, ez utóbbi tudja-e vállalni a további teljes körű szolgáltatás végzését.
8. *A nyomonkövetés fázisában* kell meggyőződni arról, hogy a szolgálat milyen mértékben elégítette ki a kliens igényeit. Az ellátási folyamat során a beteg több részfolyamaton (járóbeteg-szakellátás, felvétel, diagnosztika, terápia) megy át. A legtöbb probléma a részfolyamatok között jelentkezik.

Az igénykielégítés folyamata: a szolgáltatás és fogyasztás kettőssége

A folyamat a szolgáltató részéről a fogyasztói igény felmérésével kezdődik a marketing keretében. Ennek ismeretében a szolgáltató megtervezi a fogyasztói szükséglet kielégítésének feltételeit, eszközeit, módját, személyi feltételeit, melyeket felajánl a fogyasztónak, aki azokat igénybe veszi és véleményét visszajelzi a szolgáltatónak.

Termelés esetén a termelői és fogyasztói folyamat szétválik: a kettő közé beékelődik az értékesítés. Az egészségügyi fogyasztás folyamatában a fogyasztó és szolgáltató között közvetlen kapcsolat létesül, a folyamat nem válik szét (bár az egészségügyi piac keretei között bizonyos esetekben közbeékelődik az értékesítés, pl. a gyógyszerforgalomban).

Az egészségügyi szolgáltatás jellemzője, hogy a fogyasztás eredménye egyéni, relatív és nincs abszolút mértéke, a folyamatok egy döntési térben zajlanak, utólagos javítások nem lehetségesek, legfeljebb a kár enyhíthető. Az egészségügyi szolgáltatás iránti igény az egészség megőrzésére, a megromlott egészségi állapot helyreállítására, de legalább az elérhető legjobb állapot konzerválására irányul. Általában kényszerigény, mely meghaladja a kielégítésére felhasználható szűkös forrásokat (a kínálat szabja meg a keresletet). A páciens nem csak egy konkrét egészségügyi szolgáltatóval áll kapcsolatban, hanem az egészségügyi szolgáltatók egész rendszerével, mely utóbbi keretében a központi helyet a beteg/kliens érdekei, igényei, szükségletei foglalják el. Az egészségügyi szolgáltatónak biztosítania kell a megbízhatóságot, azaz az igénykielégítési folyamat során a tartós minőséget. Ezt emberi gondatlanság, vezetési és minőségbiztosítási felületesség, hibás technológia alkalmazása, az információ-áramlás zavarai, a technológiából eredő hibaforrások veszélyeztethetik.

Nem kevésbé fontos a megfelelésesség garantálása. Ennek érdekében a szolgáltatás olyan mérhető tulajdonságait kell meghatározni, amelyek a szolgáltatás minőségét jellemezhetik. Ezek a *kritérium* (a szolgáltatótól megkívánt minőséget kifejező mérhető tulajdonság, amely széles intervallumskálával jellemezhető), a *standard* (az intervallumskála azon pontja, amelyen a szolgáltatás minőségét megfelelőnek tartjuk, mely egyben a megfelelésesség minimumát is jelzi) és az *indikátorok* (bizonyos jelek vagy tulajdonságok megléte vagy hiánya, melyekből leolvasható a standard teljesítése).

A szolgáltatási stratégia a szolgáltatás céljait, a célok elérésének tervét és azokat az értékeket, erőforrásokat tartalmazza, melyek az elérni kívánt állapotot támogatják. Ennek magja a „küldetési nyilatkozat”, amely azt írja le, mivégre van a szervezet és működése milyen célokat szolgál.

A szolgáltatási stratégia meghatározza:

- a szervezet küldetését és legfontosabb céljait,
- a kitűzött célok elérésében szereplő alszolgáltatásokat,
- a szervezet belső támogató struktúráját,
- a kliensek/betegek különböző csoportjait szolgáló egyes alszolgáltatásokat, valamint ezen belül a prioritásokat (szegmentáció: el kell dönteni, melyik kliens/beteg részére milyen szolgáltatást kívánunk nyújtani). Tisztázni kell, hogy az egészségügyi piac összetettsége mellett ki tekinthető „vevőnek” és hogyan határozzuk meg a szükségleteket.

A szükségletet a kliens és a szolgáltató (beteg és ellátó) kívánalmi határozzák meg. Az egészségügyben a szükségletet és az árat, amit ezért hajlandók megfizetni, meghatározzák a kliensek/betegek, az ellátók, beutaló orvosok és a finanszírozók (biztosítók, OEP).

A szükségletekre a választ az határozza meg, hogy az ellátó intézmény milyen szolgáltatást tud biztosítani, és ez neki mennyibe kerül. A kettő egyenlege a bukás

vagy túlélés, ill. nyereség. A szegmentáció során egyes csoportok és ezek szükségletei számára hozzák létre a szolgáltatást.

A szükségletek és az azokra adott válasz viszonya szabja meg, hogy a tevékenység haszonnal vagy veszteséggel jár. Az eredményt a piaci verseny is befolyásolja. Nagyobb nyereség várható, ha eldöntjük, mely szükségletek és vásárlói rétegek igényeit kívánjuk kielégíteni, ill. megcélazzuk a potenciális vásárlók bizonyos rétegeit, és ezek igényeit elégítjük ki. Ezek a gondolatok öltenek testet a szegmentáció és a szolgáltatói csomag koncepcióban.

Az ellátást biztosító intézményeknek (kórházaknak) meg kell ismernie mindazoknak a kívánságait, elvárásait, akik szolgáltatásaikat igénybe veszik, ill. azt finanszírozzák. *Piacutatást kell tehát végezni a beutaló orvosok, a jövőbeni páciensek és az OEP körében.* Ennek eredménye segít az egyes alszolgáltatásokra vonatkozó döntések meghozatalában (pl. egynapos sebészet kiterjesztése). Ismerni kell a kliensek/betegek információs igényeit: mit kívánnak nagyobb mértékben: aktív vagy krónikus ellátást? Kell-e módosítani a jelenlegi ellátási formákon? Előjegyzési rendszert akarnak-e vagy az érkezési sorrendet preferálják? A prioritások ennek alapján állíthatók fel.

A szolgáltatási stratégia meghatározza továbbá az egyes alszolgáltatásokat egymástól megkülönböztető jegyeket aszerint, hogy mit kínálnak a különböző klienseknek (differenciáció).

A differenciáció alapján arról szól, hogy a kliensek/betegek milyen képet alkotnak magukban a felajánlott szolgáltatásokról. Ha vonzerőt kívánunk kifejteni, meg kell valamiben különböztetnünk magunkat másoktól, pl. a felajánlott szolgáltatások széles köre, komplexitása, alkalmazkodó készége, kitűnő szakmai minősége, kiemelkedő minőségű ápolás, magas színvonalú hotelszolgáltatás, minimális idejű várakoztatás stb.

Az alapszolgáltatások tekintetében az egyes intézmények között nagy különbségek nincsenek, ezen a téren a saját intézmény vonzóvá tehető neves orvosok alkalmazásával, gördülékeny előjegyzési rendszer bevezetésével, a váró-rendelő-vizsgáló vonzó kialakításával, a személyzet kellemes modorával és magatartásával, gondos ápolással, új technikai szolgáltatásokkal, megfelelő információval stb.

A szolgáltatási stratégia a szolgáltatások piaci és pénzügyi elemzésén alapul, az igények ismerete és kielégítése a pénzügyi lehetőségek határain belül adja meg a sikeres szolgáltatást.

A döntés

„A döntés valamely probléma megoldása érdekében cselekvési lehetőségek és változatok (alternatívák) közötti választás, amely legalább két cselekvési, választási lehetőségre terjed ki, melyek közé a nem cselekvés is tartozik. A döntés objektív kényszer,

amelynek tünete a probléma, forrása az adottságok és célok közötti ellentmondás. A döntés mindig jövő-irányultságot fejez ki a jelenben.” A döntés valamely állapot elérése érdekében történik, és több formája lehet:

1. Biztos döntés. Ebben az esetben létezik egy pontos végeredmény, melyet teljesen ismerünk. Feladat a várható eredmény elérése érdekében a leginkább kedvező választás meghozatala. Pontos előkészítés után kis erőfeszítéssel sikeres megoldás születhet.
2. Kockázatos döntés. Bármely választás több végeredményhez vezethet, melyek valószínűsége ismert.
3. Bizonytalan döntés. Minden választásnak több végeredménye lehet, melyek valószínűségét nem ismerjük.

A döntés lehet *programozott* (strukturált), jól ismert problémák jelentkezése esetén alkalmazható, amikor már előre jól meghatározott a végeredmény, a választható alternatívák köre és a választás szempontjai. Rutin döntésnek is hívják, a cél *valamely jellemző* maximalizálása, optimalizálása vagy minimalizálása. Az eredmény biztos, a vezető az ilyen típusú döntéseket delegálhatja. *Ez esetben feltétel, hogy a döntéshozó racionálisan, előírások, algoritmusok szerint döntsön.* Ha ilyenek nincsenek, a döntéshozónak kell szabályokat, eseteket, ezek osztályozását, eredményeket, ezek megfelelőségét és a kritériumokat megalkotnia. *Nem programozott* döntést új feladat (probléma) vagy új követelmény jelentkezése esetén kell hozni a probléma megoldására, amikor minden körülmény nem ismert. Nincsenek használható szabályok vagy algoritmusok, mindig van ismeretlen faktor. A döntés nem teljesen racionális, sok függ a döntéshozó személyiségétől. Ilyenkor a *várható eredmény* maximalizálása vagy minimalizálása a cél.

A döntés lehet operatív (jelenben végbemenő folyamatok során felmerülő probléma megoldása) vagy perspektivikus (jövőben megoldandó feladatok esetén).

A döntéshozó hatásköre szerint a döntés lehet explicit (a vezető szándékából adódó, tudatos) vagy implicit (szükségyszerű, döntenit kell), intézeti (pl. szervezeti felépítés), stratégiai (célokkal összefüggő, hosszú távú), taktikai (szakterületre vonatkozó, közép távú), végrehajtási (emberre való leosztás, rövid távú), szükséges és hasznos, szükségtelen és felesleges, végleges vagy további döntést igénylő, továbbá egy személyi vagy csoportos döntés. A vezető saját vagy beosztottjai munkaterületén döntést hozhat személyi vagy tárgyi kérdésekben. Ezek gyakran összefonódnak, mert pl. egy tárgyi döntés személyi döntést is szükségessé tehet és fordítva.

A vezetői döntések kétszintűek: vonatkozik a vezető saját céljaira, cselekvésére és annak módjára, valamint mások cselekvéseire, annak módjára.

Az egy személyi vezetői döntést a döntéshozó személyisége, vezetési stílusa, szakmai felkészültsége, kritikai érzéke, racionális vagy inkább érzelmi beállítottsága, innovatív és kreatív gondolkodása alapozza meg. Napjainkban ez a döntési forma leginkább az alsó-, ritkábban a középszintű vezetésre jellemző.

Minél magasabb a döntéshozó elhelyezkedése a hierarchiában, annál gyakoribb a csoportos döntéshozatal. A csoportos (testületi) döntésnek több előnye van: a csoport egészében több szakismerettel, információval és tapasztalattal rendelkezik, mint külön-külön a csoport bármely tagja. Előnye, hogy a csoporttagok nagyobb felelősséget éreznek a közösen meghozott döntések helyes megvalósításáért, mint a mások által hozott döntésekért (rólam–velem). A döntés végrehajtása is zökkenőmentesebb lesz, ha a csoporttagok részleteiben és világosan ismerik az előttük álló célokat.

A csoporttagok hozzájárulása a problémák legjobb megoldásának érdekében többféle módon történhet. A brainstorming típusú eljárások mellett az okokat kereső (konszenzuális típusú) módszereket alkalmazzák leggyakrabban.

A csoportos döntésnek azonban vannak hátrányai. Előfordul, hogy a többség vagy egy személy nyomást gyakorol a csoporttagokra, vagy a csoport hajlik arra, hogy elfogadjon az első olyan megoldást, mellyel mindenki egyetért, és nem vizsgálja meg a még lehetséges egyéb megoldásokat. A csoport nagyobb kockázatot hajlandó vállalni, mint az egyén, és a felelősség is megoszlik a csoport tagjai között. Igaz, hogy a csoportos döntéshozatal több időt igényel, mint az egyszemélyi, de az ily módon megszületett döntések értéke, megbízhatósága nagyobb.

A döntési folyamat

A döntési folyamat a következő lépésekből tevődik össze:

- a) Az első lépés a *döntési helyzet* felismerése, vagyis hogy valamiben dönteni kell. Ez a valami egy probléma, vagyis olyan helyzet, amelyre a döntéshozónak nincs kész válasza, melyben adott egy kiindulási pont és egy végcél, azonban nem ismert a kettő közötti út. A felismerést a probléma, vagyis egy nem kívánatos és megszüntetendő állapot természetének (miben), a döntési környezetnek (hol és mikor) pontos meghatározása, az elérendő cél(ok), a kívánt eredmény(ek) kitűzése követi. Ezután következik a hogyan oldjuk meg a problémát kérdés megválaszolásához szükséges, a megoldást jelentő lehetséges alternatívák (cselekvési változatok) megfogalmazásához szükséges információk, adatok felkutatása és összegyűjtése, ezek elemzése, összehasonlítása, a részek összekapcsolása (szintézise), ezek konkretizálása, majd az összes lehetséges cselekvési változat (alternatíva) kidolgozása, ezek értékelése (mennyiben felelnek meg a célnak), majd az összes lehetséges megoldás várható hatásainak (előnyeinek és kockázatainak) átgondolása, hatástanulmány készítése.
- b) A következő, *döntési szakaszban* a kidolgozott alternatívák közül egyet ki kell választani. Ez a választás a döntés. A döntéshozatal során mérlegelni kell, hogy mi a döntés célja, miért kell változtatni az adott helyzeten, meddig terjed cselekvési terünk, milyen korlátozó tényezők vannak (pl. jogszabály), milyen színvonalú döntést kell hozni és mekkora a döntés kockázata (várható haszon, veszteség, kár) és ami a legfontosabb, a lehetséges alternatívák közül miért ezt választottuk.

c) A döntést követő szakaszban történik a döntés végrehajtása. Ennek során meg kell határozni a végrehajtás módját, határidejét. Megfelelő szakembereket kell biztosítani a végrehajtáshoz, akik felé a feladatot egyértelműen meg kell határozni, rámutatva a cél és a feladat összefüggésére. Biztosítani kell a végrehajtók aktív szerepét a döntés végrehajtásában. Meg kell jelölni és biztosítani kell a feladat végrehajtásához szükséges feltételeket, kapacitásokat, a cél eléréséhez vezető utakat, módszereket és határidőket. A végrehajtás során ellenőrizni kell a végrehajtás menetét, az esetlegesen felmerülő nehézségeket azonnal meg kell oldani és a feladat befejezésekor értékelni kell, elértük-e a kitűzött célt. Ha szükséges korrekció, azokat menetközben azonnal végre kell hajtani.

A döntéshozónak alkalmasnak kell lennie arra, hogy döntsön. A problémák és azok eldöntése tartozzék hatáskörébe. Rendelkezzen megfelelő mennyiségű és megbízható információval, Használja fel a tudomány eredményeit (*evidence based*). Saját szaktudását egészítse ki a tanácsadók és segítőtársak szaktudásával, tapasztalatával. Szubjektív érzéseit teljesen nem tudja elnyomni, de maximálisan törekedjen objektivitásra. Ismerje fel saját gyengéit, és ne engedje, hogy ezek befolyásolják döntéseit. Vegye számításba, döntésének következményei okoznak-e környezetében, a döntéssel érintettek körében konfliktust. Mérlegelje, hosszútávú, stratégiai döntései vagy krízishelyzetben hozott sürgősségi döntései milyen érdeksérelmet okoznak.

Munkájának fontos része a döntés végrehajtásra történő átadásának, azaz a feladatkiadásnak módja. A leghatározottabb feladatkiadás a *parancs*. *Utasítás* során a vezető a beosztott tudomására hozza, mit vár el tőle. *Ajánlás* esetén a végrehajtóra bízva a teljesítés határidejét. A legkisebb határozottságú feladatkiadási mód a *tanács*, mely a beosztottra bízva annak eldöntését, hogy elvégzi-e a feladatot. Alapvető elvárás a feladat kiadásával kapcsolatban, hogy a feladat legyen végrehajtható, világosan megfogalmazott és tartalmazza a feladat célját, várható eredményeit. A feladat kiadható írásban vagy szóban. Előbbinek számos előnye van (nem félreérthető, későbbi vitáknak elejét veszi stb.), míg olyan esetekben, ahol a gyorsaság (sürgősség) fontos, a szóbeli feladatkiadás az általános gyakorlat. A döntést követő szakasz az ellenőrzéssel fejeződik be. Ekkor határozható meg mind a döntés, mind a végrehajtás minősége és ekkor történhet meg a teljesítmény értékelése (ld. a megfelelő fejezetet).

A döntéshozatal során figyelembe kell venni annak csapdáit, hibaforrásait. A leggyakoribb döntéshozatali hibák közé tartozik az elérendő cél pontos meghatározásának hiánya, az adatgyűjtés pontatlansága és hiányossága, a kidolgozott alternatívák átgondolatlansága, illetve elmarad a lehetséges valamennyi alternatíva kidolgozása, a döntés késői meghozatala, félelem a döntéshozataltól és a döntések megkerülése, az indokolt konzultációk elmaradása, a döntési hibák elkendőzése, a döntési jogkörök bizonytalansága, határidők hiánya, a döntési folyamatban fontos szerepet játszó ügyintéző szervek munkájának hiányossága.

A döntéshozó egyénisége és gondolkodásmódja a döntés helyessége, pontossága és célszerűsége szempontjából meghatározó jelentőségű, ezért alapvető fontosságú, hogy rendelkezzen a kritikus gondolkodás képességével és alkalmazásával.

A *kritikus gondolkodás* jelenti a megfigyelt események, jelenségek és kifejezésre juttatott érvek és következtetések értelmének és jelentőségének pontos meghatározását, annak eldöntését, hogy kellően indokolható-e egy következtetés igaznak történő elfogadása. Más szóval jelenti a megfigyelések, kommunikációk, információk és érvelések hatékony és szakértő értelmezését és értékelését. *Moore* és *Parker* szerint a kritikus gondolkodás a gondos, átgondolt meghatározása annak, hogy egy igény-nyel (állítás) kapcsolatos ítélet elfogadható, elvetendő vagy átmenetileg felfüggesztendő, és milyen mértékű az a bizonyosság, amellyel az elfogadható vagy elvetendő. A kritikus gondolkodás mérlegeli a bizonyítékokat, a megítélési környezetet, a helyes megítéléshez szükséges lényeges kritériumokat, az alkalmazható módszereket és technikákat, a probléma és a szóban forgó kérdés megértésére alkalmas elméleti értelmezés meglétét. Ez a fajta gondolkodás nem csak a formális és informális logikát alkalmazza, de a tágabb értelemben vett intellektuális kritériumokat is, mint a pontosság, alaposág, széles látókör, átlátszóság, hitelesség, becsületesség. *Glaser* szerint a kritikus gondolkodás három dolgot igényel:

- beállítottságot a problémák és a megvalósítás során jelentkező témák körültekintő kezelésére,
- a logikus kérdésfeltevés és megfontolás módszereinek ismeretét,
- valamint ezen módszerek alkalmazásában való jártasságot.

A *logikus gondolkodás* jellemzője a folytonos törekvés arra, hogy bármely hiedelem vagy ismeret feltételezett formájának és következményeinek vizsgálata bizonyítékok fényében, azokra alapozva történjen. Általánosságban igényli a problémák felismerését és pontosítását, a megoldásukhoz vezető eszközök megtalálását, releváns információk gyűjtését és felsorakoztatását, elhallgatott feltevések és értékek felismerését, pontos, világos nyelvezet használatát, az adatok és a bizonyítékok értékelését és az érvek elemzését, az állítások közötti logikai kapcsolatok létezésének vagy hiányának felismerését, szavatolt következtetések és általánosítások levonását, a levont következtetések és általánosítások próbára tételét. A logika alapfeladata, hogy olyan következtetéseket tárjon fel, melyek szerint egy adott igaz vagy igaznak feltételezett állítás esetén helyesen következtetünk egy kijelentés (konkluzió) igazságára.

Az *informális logika* az érvelések helyességét és a tipikus érvelési hibákat vizsgálja. A *formális logika* az okok és következmények struktúrájával foglalkozik. Elemzi az összefüggéseket, segíti a bizonyítékok elkészítését.

Kritikai gondolkodásra van szükség, amikor valaki megítél, elhatároz vagy megold egy problémát, általánosságban: ha valakinek el kell döntenie, mit hihet el vagy mit tegyen ésszerű és megfontolt módon. Olvasni, írni, beszélni vagy figyelni lehet kritikai módon vagy anélkül. A kritikusan gondolkodó felismeri az előítéletet, biast (elfogultság), propagandát, öncsalást, hamisítást, félrevezető tájékoztatást stb. A kritikus gondolkodás a XXI. századi vezetők kompetenciája (képessége és tudása). Jelenti a logikus, pontos és világos gondolkodást, a problémák célirányos megköze-

lítését és a releváns információkra való összpontosítást. Olyan intellektuális képesség, mely megtanulható és magába foglalja rossz szokásaink tudatos feltérképezését és az ellenük való cselekvést.

A stratégiai döntés

A döntések között különös jelentőséggel bírnak a *stratégiai döntések*. Ezek az egyének, szervezetek, országok életét hosszú távon (évekig, évtizedekig) befolyásoló, esetleg meghatározó célok elérése érdekében meghozott döntések, melynek folyamata annyiban különbözik a korábban leírtaktól, hogy igen gondos előkészítést és többféle szakismeretet, képességet és időt igényel. Következmenyei nem vagy csak nehezen visszafordíthatók, azokkal tartósan együtt kell élni. Egy szervezet életében pl. a beruházás, a struktúra alapvető átalakítása, az egyén életében pl. a házasság, gyermekvállalás, egy ország életében pl. egy parlamenti választás lehet stratégiai értékű döntés.

A stratégiai alternatívák értékelése során különös figyelemmel kell lenni a *megfelelőségre* (mennyire jelentenek megoldást az egyes problémákra és mennyire felelnek meg az elvárásoknak), a *megvalósíthatóságra* (eredményes megvalósíthatóságuk feltételei, a szükséges finansziális, anyagi és személyi források rendelkezésre állnak-e) és az *elfogadhatóságra* (az érdekeltek elvárásai mennyire valósulnak meg, a szervezet érdekei nem csorbulnak-e).

Eltérően a rövid távú döntésektől, a stratégiai döntések gyakran nem kellően megalapozottak. Ennek oka lehet, hogy a jövőre vonatkozó információk bizonytalanok vagy megbízhatatlanok (a jövőbe nem lehet látni, a körülmények előre nem látható módon változhatnak a döntés céljával ellentétes irányba). Az információk, adatok is lehetnek hiányosak, pontatlanok, hibásak. Lehetséges, hogy amit a jövőben igaznak hiszünk, valójában nem az. Egyidejűleg több cél is megjelenhet, ezek ütközhetnek. A stratégiai döntésekben több szereplő együttműködése valósul meg, ami növeli a pontatlanság lehetőségét. A környezet feltételezhető jövőbeni változásai miatt célszerű több forgatókönyv elkészítése.

A stratégiai döntések annyira reálisak, amennyire gondos és alapos a stratégiai tervezés. A stratégiai alternatívák értékelésekor figyelembe kell venni, hogy az egyes alternatívák mennyire megfelelőek, megvalósíthatóak és elfogadhatók. A stratégiai tervezés során alapvető a szervezet jelen helyzetének pontos ismerete, mert ezekre alapozva kell meghozni a hosszú távú döntéseket. Ebben jelent segítséget az angol nyelvű meghatározás kezdőbetűi alapján SWOT (a magyar szöveg kezdőbetűi alapján GYELV) elemzés.

A stratégiai döntést a szervezet legfelsőbb vezetőségének kell meghoznia. Ez történhet oly módon, hogy a felső vezetés előbb a szervezet egészének stratégiai tervét készíti el, s ezt bontja az alsóbb szervezeti egységek stratégiáira (*top-down*). Ennek a fordítottja, amikor az alsóbb szervezeti egységek készítik el terveiket, s ezeket össze-

sítve állítják össze az egész szervezet stratégiáját (*bottom-up*). A két módszer kombinációja mellett „megjelent a „funkcionális stratégiák szintje, továbbá a szervezés egymásra épülő fázisai.” A stratégiai döntés sajátosságainak lépéseit *Dinya* foglalta össze. A racionalitás gyakran csak korlátozottan érvényesül, az elhatározásokat gyakran szubjektív tényezők is befolyásolhatják. Gyakran becslésekre, megérzésekre kell hagyatkozni, ezért teret kap az intuitív megközelítés. Napjainkban elterjedt a csoportos döntéshozatal, a döntésre a társadalmi közeg is hatással van.

Etikai kérdések a döntéshozatalban

Az etika egy adott személy vagy egy közösség konkrét erkölcsi elveinek, normáinak rendszere. Az etikai mérlegelés annak folyamatos vizsgálata, hogy viselkedésünk megfelel-e az etikai elveknek, normáknak. Az etikai elméleteknek több típusa van:

- Etikai abszolutizmus: vannak örök, általánosan alkalmazható etikai elvek.
- Etikai relativizmus: az erkölcs helyzetfüggő és szubjektív. Nem lehet általánosságban meghatározni, mi a helyes és a helytelen.
- Etikai pluralizmus: az értékekben különbségek vannak, de meg kell egyezni az alapvető elvekben és szabályokban.

A *döntéshozatal során* az intézményi érdekek mellett a társadalmi környezet követelményeit, elvárásait, szokásait, az etikai elveket is figyelembe kell venni. A leggyakoribb etikai minták:

- Haszonelvűség: mi hozhatja a legnagyobb hasznot a legtöbb embernek, de ide tartozik az az elv is, hogy a közösség érdeke erősebb az egyén érdekénél.
- Feladatközpontúság: meg kell tenni valamit vagy tartózkodni kell valaminek a megtételétől.
- Jogalapú érvelés: minden embernek vannak olyan jogai és alapvető szükségletei, melyekbe nem szabad beavatkozni.
- Megérzésen alapuló minta: minden egyes erkölcsi problémát külön-külön kell elemezni, összehasonlítva a célok, kötelességek és jogok súlyát. Ezt a mérlegelést a megérzés határozza meg, vagyis hogy a döntéshozó mit érez helyesnek az adott helyzetben.

A bioetika az orvosi gyakorlat kérdéseivel, orvosbiológiai kutatásokkal, az egészségügy rendszeres etikai kérdéseivel, ellátási kérdésekkel foglalkozik. Ilyen fontos ellátási kérdések, melyek kapcsán helye van az etikai mérlegelésnek pl. a transzplantáció, abortusz, klónozás, eutanázia, korlátozott hozzáférhetőség esetén a sorrendiség eldöntése stb. Alapelvei:

- 1) Legfontosabb az egyén autonómiájának, önrendelkezésének, önállóságának elve. Ezek addig nem korlátozhatók, amíg mások autonómiáját nem sértik. Szempontjai:
 - az egyén értelmi és gondolkodási képessége milyen mértékű: felfogja-e tetteinek súlyát;

- értelmezni tudja-e a kommunikációt;
 - milyen az akarati képessége: mennyire befolyásolható, mennyire képes önállóan dönteni;
 - befolyásoltság alatt áll-e (pl. pszichiátriai beteg);
 - milyen a cselekvőképessége: kiskorú, felnőtt, cselekvőképes vagy korlátozottan cselekvőképes.
- 2) Tradicionális orvosi alapelv (Hippokratész: *Primum nil nocere*, nem ártani elv): mindig a beteg javát kell szolgálni, mindig gondosan kell eljárni szakmai tudása legjáva szerint.
 - 3) Jótékonyág elve: ez pozitív elv! A rosszat meg kell előzni, ha bekövetkezett, meg kell szüntetni. Törekedni kell arra, hogy mindig jót és jól tegyünk.
 - 4) Hasznosság elve: minden beavatkozás esetén mérlegelni kell annak előnyeit és hátrányait (a várható eredmény jobb-e, mint a vele járó kockázat).
 - 5) Igazságosság elve: hogyan kell megosztani a társadalomban az előnyöket és hátrányokat, az egyenlőket egyenlően, az egyenlőtleneket különbözőségeik szerint kell kezelni.
 - 6) Igazmondás elve: félrevezetni csak akkor megengedett, ha azt jótékony céllal alkalmazzák.

Crisham az etikus döntéshozatal modelljének kidolgozásakor ötvözte az ápolási folyamat és a bioetika elveit. Ez a módszer különösen hasznos érdekütközések okozta etikai problémák tisztázása során. Az angol kezdőbetűk alapján MORAL modellnek nevezett modellnek öt eleme van:

- 1.) Az etikai probléma adatainak gyűjtése és annak meghatározása, kik a döntéshozatal résztvevői.
- 2.) Az alternatívák azonosítása, mindegyik okainak és következményeinek elemzése.
- 3.) Ezeknek mérlegelése a döntés résztvevői részéről.
- 4.) Végrehajtási stratégia kidolgozása.
- 5.) A döntéshozatal kiértékelése.

A hatástalan döntés okai

Előfordul, hogy a meghozott döntések a kívánt hatást nem érik el, vagy esetleg nem kívánt következményekhez vezetnek. Ennek okai lehetnek:

- A problémát helytelenül határozták meg.
- A döntést megalapozásához szükséges adatok hiányosak vagy hibásak voltak, azokat nem kellő körültekintéssel gyűjtötték.
- Az adatokat helytelenül értelmezték.
- A kitűzött célok nem voltak reálisak vagy nem voltak végrehajthatók.
- A döntés valamennyi választási lehetőség figyelembe vétele nélkül született meg.

- A választott stratégia nem volt az adott helyzetnek megfelelő vagy hibásan hajtották azt végre.
- Hiányos volt a végrehajtás során az eredmények értékelése, a szükséges korrekciók elmaradtak.
- A döntéshozónak kevés ismerete vagy tapasztalata volt az adott területen.
- Olyan hirtelen következtek be a végrehajtás során változások, hogy a megfelelő reagálásra nem volt idő.

A döntés a vezetés és az egészségügyi tevékenység egyik legfelelősebb tette, mert emberre vonatkozik, a helytelen vagy hatástalan döntés következményei súlyos vagy helyrehozhatatlan következményekkel járhatnak. Ezért csak az hozzon mások egészségét vagy életét befolyásoló döntést, aki kellő elméleti ismeretekkel, gyakorlati tapasztalatokkal, felelősségérzettel és a kritikus gondolkodás képességével rendelkezik.

A fegyelmezés

A fegyelmezés témakör tárgyalása során foglalkoznunk kell a fegyelem, az önfegyelem, a munkahelyi fegyelem és a fegyelmezés kérdéseivel.

A fegyelmezés alapfogalmai

A *fegyelem* az elvárt teljesítményi/magatartási standardoknak való megfelelés, valamely tekintélynek való engedelmisség, kötelező magatartási szabály, a sikeres együttműködés feltétele, a hatalomgyakorlás egyik módja.

Az *önfegyelem* belső tulajdonság, az ösztönös késztetések feletti uralkodás képessége, az önkontroll minden helyzetben történő érvényesítése. Három alappillére az engedelmisség, akaraterő, kitartás.

A *munkahelyi fegyelem* a szervezeti tevékenység sikeres működésének egyik eleme. A szervezeti célok elérése tudatos, fegyelmezett és elkötelezett munkát, a szabályok és előírások pontos betartását kívánja.

A *fegyelmezés* a munkateljesítmény növelésének egyik eszköze, a szervezeti célok elérését biztosító lehetőség, biztosítja és segíti a standardok elfogadását, betartását. Célja, hogy a hatalom befolyása maximális legyen, elősegíti, hogy a rendszer valamennyi elemének hasznossága és engedelmissége növekedjen. Megfogalmazható úgy is, mint a gondolkodás, a személyiség képzése vagy formálása a kívánt magatartás megteremtésére. Akkor kerül alkalmazásra, amikor az alkalmazott(ak) nem teljesíti(k) a szervezeti célokat, és ennek egyik lehetséges oka, hogy nem követik a szabályokat, a meghatározott eljárási módokat. Fegyelmezésre kerül sor akkor is, mikor segítségnyújtás és bátorítás ellenére sem képesek az alkalmazottak megfelelően ellátni feladataikat.

Tradicionalisan a vezetők elsődlegesen a felelősségre vonás, megfélemlítés és fenyegetések módszerét használták a munkaerő kívánt magatartásának elérése érdekében. Gyakoriak voltak a fenyegetések különböző formái annak érdekében, hogy a beosztottak mindig tudatában legyenek a büntetés lehetőségének. Ez a megközelítés rövid távon sikeres lehet, de hosszabb távon demotivál, demoralizál és destruktív hatású. Ez a megtorló, büntető jellegű, tekintélyelvű *destruktív* fegyelmezési forma kifejezi a munkáltató és beosztott közötti hierarchikus viszonyt, célja a megtorlás és megszégyenítés. Csak súlyos fegyelemsértés esetén indokolt a használata.

A napjainkban elsősorban ajánlott korrekciós, konstruktív fegyelmezés célja az írott szabályok betartatása, a hibás viselkedés jövőbeni megváltoztatása. A hangsúlyt az alkalmazottak segítésére kell helyezni, hogy ők a jövőben úgy viselkedjenek, mely segíti a szervezeti célok megvalósítását. Az ilyen magatartást akkor lehet elvárni, ha az alkalmazottak ismerik és megértik a szervezet szabályait és büntetéseit. Alapvető követelmény, hogy a szabályok érthetőek, szükséges mértékűek, a szervezeti célok elérését segítők legyenek, valamint korrekt és következetes módon kerüljenek alkalmazásra.

A fegyelmezés a fokozatosság elve alapján működik. Először a fegyelem megsértése tényét és módját kell nyíltan és konkrétan megállapítani, majd a felelősségre vont személynek lehetőséget kell biztosítani álláspontja kifejtésére (*Audiatur et altera pars* – régi latin szabály: hallgattassék meg a másik fél is). Ezt követi a bizonyítás, a körülmények mérlegelése, a kötelesség vétkes megszegésének megállapítása esetén annak súlyosságától függően a fegyelmi büntetés meghatározása. Érvényesül a fokozatosság elve (szóbeli beszélgetés, írásbeli figyelmeztetés, felfüggesztés, előléptetésből kizárás, pénzbüntetés, elbocsátás).

A *progresszív fegyelmezés* lényege, hogy először a vezető ismeri fel, hogy a beosztott teljesítményével, magatartásával probléma van. A menedzser ezután a beosztottban szóban tudatosítja, hogy teljesítményével, magatartásával gond van, és segíti, hogy ezen változtasson. Ha a változás bekövetkezik, nincs szükség további lépésekre. Ha a beosztott nem változtat magatartásán, a vezető írásban hívja fel a cselekvésre. Ha ez sem vezet eredményre, a menedzser fegyelmi eljárást kezdeményez.

A vezető-menedzsernek munkatársait arra kell ösztönöznie, hogy önfegyelmük erősítésével alkalmazkodjanak a megállapított szabályokhoz és előírásokhoz, segíteni kell őket a szervezeti célokkal való alkalmazkodásban. Ha valamelyik beosztottja megsérti a munkafegyelmet, a fegyelmezést humánusan, az alkalmazott fejlődését elősegítő módszerekkel kell végrehajtani. Biztosítani kell, hogy a szabályok és előírások világosan és érthetően legyenek leírva, ezeket a beosztottakkal meg kell ismertetni, majd megvitatni, el kell fogadtatni, a végrehajtást pedig következetesen és ésszerűen ellenőrizni.

Biztosítani kell annak lehetőségét is, hogy a beosztott panasszal élhessen vezetőjének helytelen kommunikációs módjával, az alkalmazottat sértő intézkedéseivel, a vezetői hatalommal történő visszaéléseivel szemben. A panasz megtehető szóban, írásban közvetlen vezetőjénél, de indokolt esetekben a beosztott fordulhat magasabb

vezetőhöz vagy Munkaügyi Bírósághoz is. A vezető kötelezettsége a panaszok meghallgatása, kivizsgálása és annak eredményétől függően intézkedések meghozatala.

Olyan környezetben, ahol a konstruktív fegyelmezés a munkafegyelem fenntartásának módja, az alkalmazottak biztonságban érzik magukat, kialakul és erősödik az önfegyelem, mely a fegyelmezés legmagasabb szintű és leghatékonyabb formája. Az önfegyelem ugyan belső képesség, de a vezető aktív szerepet játszhat olyan munkahelyi környezet kialakításában, amely az egyéneket belső fegyelmeük kialakításában és erősítésében támogatja.

A munkahelyi csoport viselkedése, normái befolyásolják az egyén magatartását és nehezíthetik az önfegyelem erősödését. Az önfegyelem kialakulásának kedvező légkörét több tényező befolyásolhatja. Ezek közül az első, hogy az alkalmazottak megértsék a magatartásukat irányító szabályokat és előírásokat, tudják és értsék viselkedésük még elfogadható korlátait. További tényező a kölcsönös bizalom légkörének megteremtése. A vezetőknek bízniuk kell abban, hogy a beosztottak képesek az önfegyelemre, a beosztottaknak pedig a vezetőket kell megbízhatónak és becsületesnek tekinteni. Nagyon fontos, hogy a vezető a hivatalos hatalmát megfontoltan használja. Végül ismételten hangsúlyozni kell, hogy az önfegyelem érvényesülésének fontos feltétele a szervezeti célokkal történő azonosulás.

A fegyelmezés tisztességes lefolytatását, a fegyelem erősítését *McGregor* „forró tűzhely” szabálya segíti elő:

- Előre figyelmeztetni az érintetteket: aki megérinti a forró tűzhelyet (megszegi a szabályt), az megégeti magát (büntetésre számíthat).
- Mindenféle fegyelmezést közvetlenül a szabály megszegése után kell elvégezni (forró tűzhely megérintése azonnali égéssel jár).
- Ismételt tűzhelyérintés = ismételt égés. A szabályok ismételt megszegése azonnali és ismételt (súlyosabb) következménnyel jár.
- Bárki érinti a forró tűzhelyet, megégeti magát. A fegyelmezésnek pártatlannak kell lennie, szabályszegés esetén mindenkit egyformán kell kezelni.

Fegyelmi eljárás

A munkahelyi, közösségi szabályok, kötelezettségek megszegése minden esetben indokolja a fegyelmezést.

A fegyelmi eljárás formáját közalkalmazottak esetében a közalkalmazottak jogállásáról szóló törvénynek a fegyelmi felelősségről szóló része, más esetekben a Munka Törvénykönyve, az egyes szervezetek SZMSZ-ei tartalmazzák.

A közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény 45. paragrafusa szerint fegyelmi vétséget követ el a közalkalmazott, ha *lényeges* kötelességét *vétkesen* megszegi. Kötelező a fegyelmi eljárás megindítása jelentős súlyú fegyelmi vétség elkövetésének alapos gyanúja esetén. Nem lehet azonban fegyelmi eljárást indítani, ha a fegyelmi vétség elkövetésének alapos gyanújáról való tudomásszerzéstől egy hónap, illetve ha

a fegyelmi vétség elkövetésétől egy év (vezető beosztású dolgozó esetén 2 év, magasabb vezetői beosztás esetén 3 év) eltelt.

A fegyelmi eljárást a munkáltatói jogkört gyakorló vezető indítja meg, az eljárás során vizsgálatot kell tartani. Az eljárás megindításától számított *öt napon belül* a vezető írásban vizsgálóbiztost jelöl ki.

A biztos a kijelöléstől számított *tizenöt napon belül* köteles a vizsgálatot lefolytatni és ennek keretében a gyanúsított közalkalmazottat meghallgatni. A vizsgálat lezárását követő *nyolc napon belül* a vizsgálat összes iratát véleményével együtt megküldi a munkáltatói jogkört gyakorló vezetőnek.

A vizsgálóbiztos javaslatára a fegyelmi eljárás megindítója a fegyelmi eljárás alá vont közalkalmazottat az eljárás befejeztéig állásából felfüggesztheti. Ennek idejére távolléti díj jár, ennek 50%-át vissza lehet tartani.

Az ügy érdemében *háromtagú fegyelmi tanács* határoz. A vizsgálóbiztos előterjesztésétől számított *15 napon belül* tárgyalást tart. Az első tárgyalástól számított legkésőbb *30 napon belül* a tanács zárt ülésen, szótöbbséggel határoz, döntését indokolt írásbeli határozatba foglalja. Ez ellen a közalkalmazott *15 napon belül* bírósághoz fordulhat. Meg kell szüntetni a fegyelmi eljárást, ha annak tartama alatt a közalkalmazotti jogviszony megszűnik, vagy ha a fegyelmi eljárás megindítására a megszabott időn túl kerül sor.

A fegyelmi vétséget elkövető közalkalmazottal szembe kiszabható fegyelmi büntetések:

- a) megrovás,
- b) az előmeneteli rendszerben történő várakozási idő legfeljebb egy évvel történő meghosszabbítása,

A fegyelmezés

- c) a jogszabály alapján adományozott címtől való megfosztás,
- d) magasabb vezető, illetve vezető beosztás fegyelmi hatályú visszavonása, valamint
- e) elbocsátás.

A b–d pontokban foglalt büntetések közül egymás mellett több is kiszabható.

Gondatlan károkozás esetén a közalkalmazottat kártérítési felelősség terheli. Háromhavi illetménye erejéig felel, ha a munkáltató gazdálkodásra vonatkozó szabályait súlyosan megsérti, vagy a kárt ellenőrzési kötelezettségének elmulasztásával vagy hiányos teljesítésével okozta, illetve a kár olyan – jogszabályba ütköző – utasításának teljesítéséből származik, amelynek várható következményeire az utasított közalkalmazott a figyelmét előzetesen felhívta.

A fegyelmi eljárást a Munka Törvénykönyve is szabályozza. Ennek célja annak megállapítása, történt-e fegyelmi vétség, s ha igen, kit terhel ezért a felelősség, továbbá ennek érvényesítése milyen hátrányos jogkövetkezmények (szankciók, büntetések) alkalmazását teszi lehetővé. A MT. 109. §-a a fegyelmi eljárás szabályozását kötelező jelleggel a kollektív szerződés szabályozási területe alá utalja. Természetesen a fegyelmi eljárásnak vannak törvényes keretei, a kollektív szerződés csak ennek

keretei között mozoghat. A szabályozásnak ki kell terjednie a következő kérdésekre: ki gyakorolja a fegyelmi jogkört, milyen feltételek mellett (fegyelmi vétség alapos gyanúja, köteleesség vétkes megszegése), milyen időhatáron belül (általában 1 év) indítható és hogyan folytatandó le a fegyelmi eljárás, milyen garanciái vannak a munkavállaló védekezési lehetőségeinek, mik az eljárást lezáró döntés tartalmi (fegyelmi büntetést előíró) és formai kellékei, mik a munkavállaló jogorvoslati lehetőségei és melyek ennek fórumai.

A fegyelmi felelősség a munkavállaló személyéhez kötődik, esetleges halála esetén jogutódát nem terheli.

A szervezet

A szervezet szó a magyar nyelvben jelenti azt a *biológiai* értelemben vett élő rendszert, mely létezése minden pillanatában kielégíti az életkritériumokat (idegen szóval: organizmus), és jelenti az emberek valamely közös cél vagy feladat ellátása (pl. áru előállítás vagy szolgáltatás nyújtása vagy egy állam működtetése) érdekében létrehozott, tartós jellegű csoportját, melyben érvényesül a vezetés, a munkamegosztás, specializáció és koordináció (idegen szóval: organizáció). Jelen fejezetben erről az utóbbi típusú szervezetről lesz szó. A szervezet sajátossága, hogy egynél több, meghatározott személy alkotja (formális tagság), meghatározott cél érdekében hozzák létre, tevékenysége a specializáción és munkamegosztáson alapul. A szervezetet a gazdálkodás/szolgáltatás szervezeti kereteként hozzák létre, mely létrejötte után fejlődik, átalakul, hanyatlik, megszűnik. Ezen eseményekben közös a változás, melynek szabályozása, kívánt irányba terelése a szervezet vezetésének egyik legfőbb ambíciója (*change management*). A szervezet erőforrásai az ember (*man*), a pénz (*money*), a gép (*machine*) és a vezetés (*management, 4M*). Alapvető célja az adott feladat teljesítése. Angol elnevezése: *organisation*.

A szervezeteknek kiemelkedő jelentősége van a társadalmi lét stabilizálásában, cselekvési lehetőséget (létalapot) biztosít az ember számára.

A szervezet lehet formális és informális.

A *formális szervezet* alapja a tudatos, látható, racionális, nyilvános és hirdetett közös cél megvalósítása. Ezt a célt formális szervezeti struktúra, megfogalmazott stratégiák, szerepek, szabályok, technológiák és ellenőrzési rendszerek segítik. A struktúrán belüli folyamatok, pl. munkamegosztás, felelősségi és adminisztratív szabályok szerint zajlanak.

Az *informális szervezet* az emberek alkalmi csoportosulása. Struktúrája is informális, benne a rejtett, nem tudatos, érzelmeken alapuló, nyilvánosan sokszor tagadott célok, érzelmek, vágyak, elvárások formájában jelennek meg. Jellemzői az egyéni és csoportos vélemények, baráti kapcsolatok, egyéni szerepfelfogások és normák, előítéletek, ellen- és rokonszenvek. A szervezet tagjai az informális szférában elégitik ki társas szükségleteiket, a létrejövő kapcsolatok képezik a másodlagos (pótlólagos)

információkat. Motivációs helyzet is keletkezik a dolgozó számára, ami ösztönözheti (vagy elrettentheti). Ha az informális szféra jól működik, javíthatja a szervezet stabilitását (jó munkahelyi légkör). Rugalmassága miatt oldhatja a formális szerveződés merevségét.

A szervezet jellemzői, célja, környezete

A szervezet *nyílt* rendszer, részekből áll, a részek, valamilyen logika következtében kapcsolódnak össze, egészet alkotnak, és az elemek között valamilyen rend uralkodik. Kölcsönhatás van a részek és az egész között, a részelemek között különállási elv érvényesül. A szervezetek olyan nyílt rendszerek, melyeket emberek és eszközök együttesen alkotnak, tudatosan létrehozott és működtetett képződmények, bennük összehangolt tevékenység folyik, és amelyekben egy közös cél érdekében dolgoznak. A szervezetek céljaik szerint egymástól megkülönböztethetők:

- gazdasági szervezet (termékek/szolgáltatások előállítása és/vagy kereskedelme a piacon),
- politikai szervezetek (pártok, mozgalmak),
- közigazgatási szervezetek (az államszervezet részei),
- közszolgáltató szervezetek (egészségügyi, oktatási, kulturális közcélú tevékenység),
- civil szervezetek (önkéntes alapon szerveződő, szolgáltatások nyújtása, szabadidős tevékenység, sport, nonprofit/profit orientált módon),
- (érdek)védelmi szervezetek (a társadalom vagy egyes csoportjai érdekeinek védelme),
- egyházak (közös hit/meggyőződés alapján szerveződő nonprofit szervezetek) stb.

A szervezetek kialakítását, működését, változásait különböző tényezők befolyásolják. Ezek lehetnek:

1. Környezeti tényezők:

- piaci környezet. A piac jellemzői közül kiemelendő:
 - a változékonyság: ez a partnerek változásainak gyakoriságából, intenzitásából, azok szabálytalan jellegéből adódik; a változékonyság alapján a piaci környezet lehet statikus vagy dinamikus;
 - a komplexitás: mekkora a figyelembe veendő külső tényezők száma, ezek mennyire különböznek;
 - a piac korlátozó hatása (partnerek monopol helyzete, kereslet–kínálat egyensúlytalansága, állami korlátozások);
- tudományos-technikai környezet (milyen gyakran jelennek meg új tudományos eredmények, mennyi ideig tart ezek alkalmazásba vétele, mennyire kiszámítható a fejlődés iránya és mennyire komplex az új technika);

- szervezeti kapcsolattrendszer jelenti a politikai, kormányzati, érdekvédelmi szervezetekkel, bankokkal, szállítókkal, együttműködő partnerekkel/kliensekkel való kapcsolatokat: ezek a kapcsolatok rendkívül fontosak egy szervezet számára;
 - kulturális környezet: egy földrajzi régió, egy ország, azon belül is az eltérő hagyományú térségek kultúrája hatással van a szervezetek struktúrájára és működésére.
2. A szervezet tagjainak (vezetőinek és beosztottjainak) jellemzői:
- szakmai felkészültség,
 - vezetési ismeretek,
 - tekintély, konfliktustűrő és -megoldó képesség,
 - vezetési és szervezési elvek (menedzsmentfilozófiák),
 - kommunikációs és együttműködési készség és hajlam,
 - szerepflexibilitás,
 - meglévő motivációs és érdekstruktúra.
3. A szervezet tevékenységi köre (alapfeladatainak összessége):
- kiterjedtség (diverzifikáltság): a tevékenységi kör termelési vagy szolgáltatási ágak és piacok szerinti kiterjedtségét fejezi ki;
 - vertikális: mennyire épülnek egymásra a szervezeten belüli és szervezetek közötti tevékenységek;
 - komplexitás: minél szélesebb körű a szervezet tevékenysége, annál nagyobb a folyamatok szakmai tartalmával szembeni igény;
 - a tevékenységi kör tartóssága: tartósan végzendő feladatok stabil szervezet kialakítását teszik lehetővé, a szervezeti egységek specializálódhatnak.
4. A vállalat adottságai:
- a szervezet mérete (nagysága): nagyméretű szervezeteknél szükség van ún. „absztrakt orientációs eszközökre” a tagok tevékenységének összehangolására; ilyen eszközök a részletes munkamegosztás, az írásbeli szabályok, hierarchia (két vagy több szerv vagy személy alá-fölé rendeltsége);
 - a szervezet eredete, múltja, létrejöttének körülményei, a szervezet kora, keletkezésének személyhez kötöttsége vagy személytelensége;
 - a szervezet telepítettsége (telephelyek száma, ezek földrajzi elhelyezkedése, földrajzi távolsága, nemzeti és régióbeli különbségek, város–falú, ill. főváros és vidék közötti különbségek, szállítási hálózathoz való hozzáférés, infrastrukturális ellátottság);
 - rendelkezésre álló anyagi–humán erőforrások;
 - szervezeten belül szervezeti egységek közötti együttműködés foka.

Szervezeti struktúrák és formák

A szervezeti forma a szervezeti struktúrán keresztül érthető meg. Alapvető strukturális jellemzőknek tekinthető a szervezeten belül létrehozott

- munkamegosztás és szabályozása mint a szervezet tagolásának alapja,
- hatáskörmegosztás (egy- és többvonalas szervezetek),
- a koordinációs eszközök mint kitüntetett strukturális jellemzők és a
- konfiguráció mint másodlagos strukturális jellemző.

Munkamegosztáson egy nagyobb feladatkomplexum részekre bontását és a részfeladatok egyes szervezeti egységekhez telepítését értjük, mely egyben a szervezeti egységek tagolásának alapja is. Ennek során különböző elvek szerint alakítják ki a szervezet egységeit, amelyeken belül további munkamegosztás révén újabb szervezeti részlegeket különítenek el, egészen az utolsó munkahelyig. Ennek megfelelően beszélünk elsődleges, másodlagos stb. munkamegosztásról.

Az *elsődleges munkamegosztás* során a szervezet alaptevékenységéből eredő feladatok azok elvei szerint kerülnek felosztásra:

- a *funkcionális elv* szerinti munkamegosztás során homogén (egynemű) szakmai tevékenységeket különítünk el egymástól (pl. aktív és krónikus ellátás);
- a *tárgyi elvű* munkamegosztás esetén a szervezeten belül termékek vagy szolgáltatásfajták szerint kerülnek az ellátandó feladatok az egyes szervezeti egységekhez;
- a *regionális elv* alapján történő munkamegosztás esetén a feladatok földrajzi, illetve értékesítési/szolgáltatási (ellátási) területek szerint különítődnek el.

Ha az elsődleges munkamegosztás *kizárólagosan* a fenti három elv egyike (tehát vagy funkcionális vagy tárgyi vagy regionális elv) szerint történik, *egydimenziós szervezetről* beszélünk. Ilyen egydimenziós szervezet a funkcionális és funkcionális-lineáris szervezet, ahol az elsődleges munkamegosztás funkcionális, és az a divizionális szervezet, melyben a munkamegosztás vagy tárgyi vagy regionális rendező elv szerint történik.

Két- vagy többdimenziós szervezetek esetén a fentiekben részletezett elveket az elsődleges munkamegosztás szintjén párhuzamosan alkalmazzák. Ilyenek a mátrix szervezetek, melyek esetében a három munkamegosztási elvből kettőt használnak fel. Kettőnél több dimenzió egyidejű alkalmazása ritka, a tenzor szervezeteknél kerülhet erre sor.

Hatáskörmegosztás a döntési és az utasítási jogkörök kialakítását és az ennek megfelelő felelősségek meghatározását, majd felosztását jelenti a felső szintű vezetés és az alsóbb vezetési szintek között. Ennek alapján különböztetünk meg egyvonalas és többvonalas szervezeteket.

Egyvonalas szervezet esetében az alárendelt egységek (személyek) csak egy felsőbb szervezeti egységtől (személytől) kaphatnak utasítást. Ilyen esetben a függelmi

és szakmai irányítás szervezetenként, ill. személyileg nem különül el. A munkáltatói jogok gyakorlása és a konkrét szakmai irányítás tehát egyazon felettestől származik. A lefelé irányuló feladatkijelölés, utasítás ugyanazon a szolgálati úton történik, mint a felfelé történő jelentés. Ez a linearitás könnyen áttekinthető helyzetet teremt, ilyen a divizionális szervezetek irányítása.

Többvonalas szervezet esetén az alárendelt egységeket (személyeket) két vagy több felsőbb szervezeti egység (személy) utasíthatja. Ez jelenheti a függelmi és szakmai kapcsolatok részleges vagy teljes elkülönülését. Ide tartoznak a funkcionális és mátrix típusú szervezeti formák.

Mindkét szervezeti formának vannak előnyei és hátrányai. Az *egyvonalas szervezet előnye*, hogy az alá- és fölrendeltség, kompetencia és felelősség egyértelmű és világos. A kapcsolatok egyszerűek, áttekinthetők. A hierarchia megvéd mások beavatkozásától és a visszaélésektől. *Hátránya*, hogy a koordináció erősen igénybe veszi a felettes egységeket (vezetőket), nagy mélységű tagozódás esetén hosszú és körülményes az utasítási és információs út. Személyes függőség jön létre a felettesek és beosztottak között.

A *többvonalas szervezet előnye*, hogy a funkciók elosztása révén nagyfokú specializáltság jöhet létre, az utasítási és információs utak közvetlenek, és újszerű megoldásokat felszínre hozó produktív konfliktusok alakulhatnak ki. *Hátránya*, hogy a kompetencia és felelősség elhatárolása problematikus, nehéz megállapítani a hibáért a konkrét felelősséget, és a szakmai alapon létrejövő konfliktusok személyeskedéssé válhatnak.

Koordinációs eszközök. A koordináció az elkülönült, differenciálódott szervezeti egységek összehangolását jelenti. A koordináció eszközeit kitüntetett strukturális jellemzőnek is nevezik. A koordináció típusa lehet:

- Strukturális. Ennek eszközei a hierarchia (mint vertikális koordináció), az ad hoc és állandó bizottságok, teamek, törzskar, termékmenedzserek a termelés és értékesítés között, közvetlen kapcsolatok a vezetési szintek között, kommunikációs és információs rendszerek.
- Technokratikus. Szabályzatok, eljárások, szervezet belső pénzügyi-tervezési-költségvetési rendszere, belső elszámolási rendszer, kontrolling, számítógépes információs rendszer.
- Személyorientált. A szervezeti célok és feladatok egyéni elfogadása érdekében ösztönző, ráhangoló, pszichológiai, kényszerítő eszközök, konfliktusfeloldó módszerek alkalmazása, a vezető kiválasztás optimális módszerének érvényesítése és belső szervezeti kultúra, értékrend megteremtése.

Konfiguráció. Míg az eddig tárgyaltak elsődleges strukturális jellemzőnek tekinthetők, addig a konfiguráció másodlagos vagy származtatott strukturális jellemző és a következő kategóriákkal írható le:

- A szervezet mélységi tagoltsága, azaz a hierarchikus szintek száma a szervezet fő tevékenységi körét illetően.

- A szervezet szélességi tagoltsága, vagyis az egy vezető alá közvetlenül tartozó alárendeltek száma a hierarchia egyes szintjein.
- Az egyes szervezeti egységek száma, az adott egységhez tartozó foglalkoztatottak száma.

A formális (hivatalos) szervezeti struktúra típusai

Minden szervezet létrehoz egy formális struktúrát, mely megjeleníti a hatalmat, a kommunikációs vonalakat és irányítja a szervezeti célok elérésének módját. Ez a formális szervezeti struktúra adja a keretet a hatalom, a helyettesíthetőség és a felelősségi viszonyok meghatározásához.

A *bürokratikus struktúra* az elsődleges az egészségügyi intézmények szervezeti felépítésében. Ezt a rendszert sok hierarchikus szint és specifikus pozíció jellemzi. Minden szintnek megvan a maga specifikus, világosan definiált szabály- és rendeletgyűjteménye, hatásköre, felelősségi viszonya. Mindenkinek van főnöke.

A *funkcionalizált struktúrához* speciális tanácsadói vagy egyéb, a stábhoz tartozó pozícióban lévő alkalmazott tartozik. Ezek a szakemberek szakmai tudásukkal, információikkal megerősítik a vezetőséget tevékenységében, de maguk döntést nem hozhatnak.

Az *ad hoc struktúra* nyitott, rugalmas szervezeti működési forma. Ezeket a csoportokat meghatározott speciális céllal, átmeneti jelleggel hozzák létre.

A *mátrix struktúrára* jellemző, hogy vertikálisan és horizontálisan összehangolt csoportok dolgoznak döntéshozatali és végrehajtási jogokkal.

Centralizált szervezetben a hatalom és a vezetés gyakorlása viszonylag szűk körre összpontosul. Sok erősen szakosodott és szigorú szabályok és eljárási rend szerint működő szint vagy osztály található. A szigorú szabályok miatt a hatáskörök beszűkülnek.

Decentralizált szervezetben a hatalom egy része kikerül a csúcson lévő néhány ember kezéből, ezért nő a függetlenség, felelősség és az önálló döntéshozatali képesség. Kevesebb a hierarchikus szint, ezek igyekeznek közvetlenebb kapcsolatot kialakítani egymással. Megnö a horizontális interakció (az azonos szinten lévők közötti közös cselekvés).

Lineáris szervezet

Egyszerű, jól áttekinthető. Egyértelmű alá- és fölérendeltségi viszonyok. Minden beosztottnak egy főnöke van. Az adminisztratív és szakmai kapcsolat nem válik el, utasítás és jelentés ugyanazon a vonalon (szolgálati úton) történik (klasszikus egyvonalas szervezeti forma). A szervezet horizontális és vertikális tagolódása változtatható a feladatok mennyiségének változása esetén. Nagyszámú ember irányítható homogén és egyszerű feladatok esetén. Előnye még, hogy a felesleges tevékenységi egységek könnyen leépíthetők, alacsony költségű.

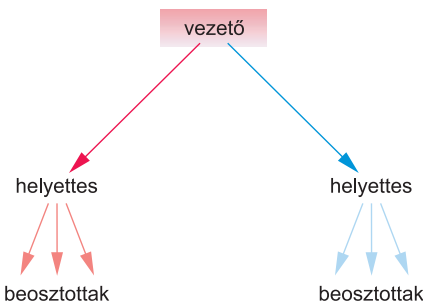
Hátránya, hogy rugalmatlan, nehézkes, az új feladatok megoldása időben elhúzódó, a kommunikáció csak a szolgálati úton megengedett. Az információ torzulhat, bizonytalanság léphet fel. A felső vezetés irányító, koordináló tevékenysége a sok probléma, a hiányzó specializáció miatt igen összetetté válhat, a vezetés túlzottan leterhelt.

A lineáris szervezet kiegészül egy *törzskarral*, különféle szakmák képviselőivel, akiknek feladata tanácsadás a vezetés részére, s akiknek nincs utasítási joga. A törzskar csökkenti a vezetők túlterheltségét, segíthet a színvonal növelésében. Segít a szervezetben jelentkező sokrétű probléma (adózási, jogi, beszerzési stb.) kezelésében (20. ábra).

Funkcionális szervezet

Az egyik legrégebbi strukturális megoldás. Az egydimenziós és többvonalas szervezetek tipikus példája. Kialakításának és hatékony működésének előfeltétele a stabil (piaci, technikai, tudományos-technológiai) környezet, a viszonylag könnyen átalakítható tevékenység, a nem túl széles termékkála. Strukturális jellemzői: az elsődleges munkamegosztás a szervezeti funkciók szerint történik, a hatáskörökre az erőteljes szabályozottság, a döntési jogkörök centralizációja jellemző. Domináns a vertikális koordináció, stratégiai és operatív döntési jogkörök a felső vezetéshez rendelték, a felelősségvállalás elválik a szakmai irányítás vonalától, mert a funkcionális kapcsolatok mellett kialakulnak az adminisztratívak is a felső vezetés dominanciája miatt. Hatékonyan akkor működik, ha a környezet stabil, a termékkála nem túl széles, a termelés/szolgáltatás könnyen áttekinthető.

Előnye, hogy a funkcionális specializáció növeli a hozzáértést, a termelékenységet és csökkenti a koordinációs költségeket. A vállalati stratégia kialakítása viszonylag egyszerű. Hátránya, hogy a környezethez lassan alkalmazkodik, felesleges mennyiségi és minőségi tartalékok képződhetnek, és növekvő diverzifikáció esetén növekszenek a koordinációs erőfeszítések és költségek (21. ábra).

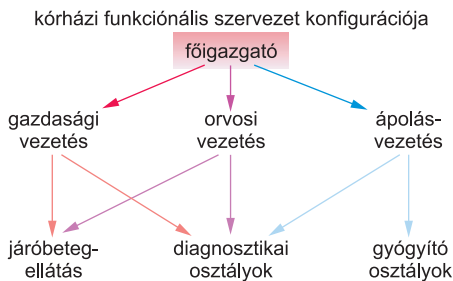


20. ábra. Lineáris szervezet

Divizionális szervezetek

A növekvő szervezeti méretek, jelentős termék-/szolgáltatástagozódás, széles termék-/szolgáltatáskála esetén alakítják ki ezt a szervezeti formát. Egy nagy szervezeten belül *relatív autonóm felelősségi és elszámolási egységeket nevezünk divízióknak*. Leggyakrabban termékcsoporthok (szolgáltatási formák) szerint hozzák létre a korábbi szervezeti formák átalakításával. (Pl. egy kórházban az összes sebészeti vagy belgyógyászati jellegű ellátások képeznek divíziókat). Az összintézményi célok érvényesítése és a feladatok ellátása érdekében központi szolgáltató egységeket hoznak létre, melyek ellátják az irányítási, koordinációs és ellenőrzési tevékenységet. A központ elsődleges feladata a források elosztása, a különböző intézményi feladatok elhatárolása, divíziók létrehozása és megszüntetése, hatékonysági kritériumok kidolgozása. A központ ezeket a feladatokat pénzügyi, kontrolling és személyzeti feladatokkal megbízott szervezeti egységeken keresztül valósítja meg. A felső vezetést munkájában stratégiai, igazgatási, jogi és szervezetfejlesztési egységek támogatják. Központi szolgáltató egységek is működnek: informatikai, oktatási, továbbképzési, szállító-anyagmozgató egységek (22. ábra).

A divíziók relatíve nagy önállósággal rendelkeznek, kialakításuk és hatékony működésük feltétele, hogy a termék-/szolgáltatáskála legyen széles, a termékek heterogének, a környezet legyen dinamikus.



21. ábra. Funkcionális szervezet



22. ábra. Divizionális szervezet

Strukturálisan jellemzi a divizionális szervezetet, hogy az *elsődleges munkamegosztás* tárgyi (szolgáltatási) vagy regionális elv szerinti divíziókban történik. A központi funkciók kialakításának indokai közül kiemelendő a párhuzamos munka elkerülése, anyagbeszerzésnél a tétel nagyságból származó előnyök, az eszközök kapacitásának jobb kihasználása, egységes piaci fellépés lehetősége.

Hatáskörmegosztás terén a döntések decentralizáltak a divíziók és a központ viszonylatában, de a divízióon belül a döntések centralizáltak.

Koordinációt illetően a divíziók között a horizontális koordináció nem jellemző, minimális az utasítás jellegű vertikális koordináció, ez is pénzügyi és kontrolling rendszer révén történik. Jelentős szerephez jut a vezető kiválasztás.

Konfiguráció: a kommunikáció az egyes szervezeti egységeken belül súrlódásmentesebb és gyorsabb, mint az egységek között.

A *divizionális szervezetek előnyei* közé tartozik, hogy a stratégiai és operatív feladatok szétválaszthatók, erőteljes piaci orientáció érhető el, a divíziók számára világos célok határozhatók meg, teljesítményre ösztönző felelősségi-érdekeltségi rendszer alakul ki, alacsonyak a koordinációs költségek, vezetési tapasztalattal rendelkező vezetők képződnek.

Hátránya a stratégiai és taktikai-operatív feladatok nehezebb integrációja, az egyes divíziók egoizmusa, önállósodási törekvései, a decentralizációval járó létszámnövekedés, párhuzamos funkciók léte, a túlzott decentralizáció miatt a szinergiahatásból eredő előnyök elvesztése.

Összetett egydimenziós társasági formák (holding, konszern)

Ilyen a holding és a konszern.

A *holding* egymástól szerkezet, piac, technológia stb. szerint elkülönült, kapcsolatban nem álló, önálló jogi személyiségű altársaságokat (leányvállalatokat) *tulajdonosi alapon* összefogó társaság. A holdingot jellemzi:

- a főtársaság pénzügyi befektetői stratégiája,
- kockázatmegosztás, több lábon álló befektetői stratégia,
- több pénzügyi befektető a főtársaságban tőkekoncentrációs céllal,
- a főtársaság elsődleges feladatai: stratégiai irányítás, portfóliómenedzselés, esetleg belső banki funkció,
- az altársaságokbeli tulajdoni rész alapján:
 - pénzügyi holding 50% alatti részesedés esetén,
 - menedzseri holding 50% feletti részesedés esetén.

A *konszern* önálló jogi személyiségű, de egymással termelési, piaci stb. kapcsolatban álló altársaságokat (leányvállalatokat) *tulajdonosi és operatív irányítási alapon* összefogó társaság. Jellemzői:

- a főtársaság szakmai befektetői stratégiája,
- többségi, kizárólagos tulajdonosi hányadra törekvés,

- termékek, szolgáltatások minél teljesebb megvalósítását megcélzó cégcsoport, amelynél az altársaságok között tudatos munkamegosztás érvényesül (szinergikus hatásra törekvés),
- a főtársaság elsődleges feladatai: stratégiai irányítás, portfóliómenedzselés, tétel-üzleti koordináció,
- kereszttulajdonlás az altársaságokban a tartós együttműködés érdekében (pl. részvénytársaság formájában),
- a munkajövedelem mellett tőkejövedelem is az együttműködés eredményeként.

Többdimenziós szervezeti formák (mátrix, tenzor, team)

E körbe tartozik a mátrix szervezet, a tenzor szervezet és a team szervezet.

A) Mátrix szervezet

A mátrix szervezetnél az elsődleges munkamegosztás szintjén két elvet egyszerre (szimultán) alkalmaznak. Eltérő megjelenési formák léteznek, amelyek az alkalmazott munkamegosztási elvek kombinációja útján jönnek létre. Leggyakoribb kombinációk:

- funkció–tárgy (funkcionális–tárgy mátrix),
- funkció–régió (funkcionális–regionális mátrix),
- funkció–funkció (funkcionális–funkcionális mátrix),
- tárgy–régió (tárgyi–regionális mátrix).

A funkcionális–tárgyi típusú munkamegosztás leginkább jellemző termék és vevő orientált mátrix szervezetekre (fogyasztási cikkek előállítás iparban), a funkcionális/tárgyi–regionális szervezetekben piac vagy telephely szerint történik a munkamegosztás. A funkcionális–funkcionális mátrixban a funkciókat aszerint választják szét, hogy azok az irányítási vagy reálszférához tartoznak (ez inkább elméleti megoldás). A kettős munkamegosztás és az ehhez kapcsolódó speciális hatáskörmegosztás két vezető (termék- és funkcionális menedzser) együttműködését igényli. A funkcionális vezető a szakmai terület irányítása során a szervezet valamennyi tevékenységében gondolkodik (hogyan?), a termékcsoporthoz felelős vezető az egyes termékek fejlesztésével, termelésével, értékesítésével (mit és mikor?) foglalkozik. Így alakul ki a szervezeten belül egy vertikális (funkcionális) és horizontális (tárgyi) szemléletű irányítás. Valamennyi kérdésben a két vezető együttesen dönt azonos súlyú kompetencia mellett. A döntési centralizáció többvonalas irányítási elv szerint jut érvényre. A kettős vezetés mellett jelentős a konfliktus kialakulásának veszélye. Ennek oka lehet a rivalizálás, hatalmi harc, döntés és felelősség elhárítása, túlhajtott munka, krízishelyzet.

Még két jellegzetességre kell felhívni a figyelmet a mátrix szervezetekkel kapcsolatban: ha a szervezet egésze mátrix típusú rendszerben működik, *makromátrixról*

szólunk, ha csak egyes szervezeti egységek alkalmazzák ezt a formát, akkor *mikromátrixról* beszélünk.

A *mátrix* típusú munkamegosztás az egészségügyben, a kórházakban is alkalmazásra került és kétféleképpen valósulhat meg:

- nincsenek osztályok, a gyógyításhoz szükséges berendezéseket, helyiségeket, emberi erőforrásokat stb. az egyes szakmák közösen használják. Nincs szakmák szerint elkülönülő műtő, az ambuláns helyiségek használata felváltva történik.
- A közösen használt helyiségek jobb hatásfokkal működnek, csökken a készletben tartott ágyak és a személyzet száma. Utóbbit a szükségletekhez igazítják, a nagyértékű eszközök kihasználtsága javul.
- A betegeket a hasonló kórképek alapján csoportokra osztják (pl. béltumor). Az egyes betegcsoportokat komplex team látja el. A terápiát az orvos irányítja, a szervezési felelősség az ápolás kezében van (kettős vezetés).
- Különleges szakértelemmel rendelkező személyek több osztály rendelkezésére állnak (pl. pszichológus). Egy szakértő több helyen is dolgozik (első típusú mátrix).
- Valamely probléma megoldására több osztályról válogatott csoportot hoznak létre, melyek munkaidejük egy részében azt a problémát segítenek megoldani bármelyik osztályon, ahol erre szükség mutatkozik, másik részében saját osztályon dolgoznak (második típusú mátrix). Ilyen pl. a vértevő asszisztens, a transzfúziós ápoló, resuscitációs team stb.

A 15/2004. (III.8.) ESZCSM rendelet intézkedik a fekvőbeteg-ellátás speciális formáiról, köztük a mátrix osztályról.

A mátrix osztály:

- Szakmánként rögzített ágyszámmal nem rendelkező, a betegellátás során invazív (sebészeti típusú szakterületek) vagy noninvazív (belgyógyászati jellegű szakterületek) tevékenységeket végző szervezeti egység.
- A mátrix osztályon ellátott szakmák ugyanazon telephelyen, önálló osztályon nem végezhetnek ellátást.
- Az osztály felelős vezetője az osztályon engedélyezett szakma szakorvosa.
- Hosszú ápolási idejű feladatok mátrix osztályon nem láthatók el.

A mátrix típusú kórházi ellátás előnyei:

- hatékonyság növelése,
- gazdaságosabb működés,
- a szakmai színvonal növekedése a specializációkban elért szakmai eredmények alapján,
- az információs út lerövidül, a problémák a hierarchia alacsonyabb szintjén oldódnak meg.

Hátrányai:

- Az osztályvezető főorvosok hatalmi befolyása csökken, ez elégedetlenséget vált ki.
- A gyógyítás kettős irányú (orvosi/ápolói) vezetése növeli a konfliktuslehetőségeket, ezekre számítani kell és kezelésükre fel kell készülni.
- Az egy dolgozóra jutó terhelés nagyobb, munkaerejének kihasználása fokozódik, ez ellentételezés nélkül elégedetlenséget válthat ki, amivel számolni kell.

B) Tenzor szervezet

Három- vagy többdimenziós mátrix. A funkcionális és tárgyi típusú elv mellett a regionális elv is elsődlegessé válik a munkamegosztásban. Elsősorban a nagyméretű multinacionális vállalatoknál figyelhető meg.

Létjogosultságát indokolja, hogy rugalmasan követi a piaci szegmenseket, az eltérő jellegű nemzeti piacok vevőinek igényeit jobban kezeli, a regionalitás figyelembe vétele mellett megtartja a termékelvű munkamegosztást, és az egységes vállalati arculat és globális felelősség biztosítja a funkcionális centralizáció fenntartását. Összetett és jól szervezett koordinációt igényel, mely csak megfelelő informatikai támogatással lehetséges.

C) Team szervezet

Az elsődleges egy- vagy többdimenziós szervezetre *az alapstruktúra megváltoztatása nélkül* „párhuzamos vagy másodlagos struktúraként” teamek hálózata épül rá.

Ennek célja a gyorsan változó környezeti feltételekhez való alkalmazkodás, a rosszul strukturált, többtényezős problémák minőségi megoldása, a szervezet különböző területein dolgozó, de eltérő pozíciókban tevékenykedő személyek autonóm egységének biztosítása a szinergia érdekében.

Elsősorban a döntés-előkészítési és döntési fázisban használható hatékonyan. Általában projektek végrehajtására hozzák létre, de rutin tevékenységeket is elláthat. Az operatív megvalósítási fázisokban kevésbé hatékony (de jól felügyelheti azokat).

Csoportok, teamek szervezése és munkája

A szervezetekben általában, de az egészségügyben különösen a munka többsége kollektív erőfeszítések eredménye. Ez a tevékenység csoportok, teamek, bizottságok keretében történik. A csoport bizonyos számú egyén gyülekezete, akiket valamilyen közös kapcsolat fűz össze, vagy akik közösen dolgoznak valamilyen cél megvalósításán. Ilyen csoport lehet pl. egy iskola szülői munkaközössége, egy egyetemi évfolyam, egy kórház ápolói stb.

A team ennél több. Ez olyan meghatározott (maximum 25, optimálisan 10 fős) számú személyt jelent, akik valamilyen specifikus munka vagy tevékenység elvégzésére társulnak annak érdekében, hogy közösen érjenek el egy meghatározott célt. A *teamet jellemzi a világosan megfogalmazott közös cél, egymás közötti informális kap-*

csolat, egymás kölcsönös tisztelete, nyílt kommunikáció, a véleményeltérések civilizált megoldása, a közös munka iránti elkötelezettség, abban aktív, magas színvonalú részvétel és az eredményért a közös elszámoltathatóság vállalása. A szerepek a munkamegosztásban tisztázottak, a vezetés rotálódik, elismerik, hogy mindegyik résztvevő a maga sajátos erejével és képességeivel járul hozzá a közös munkához, a tulajdonságok kiegészítik egymást. Éppen ez a különbözőség segíti a csapatot a változásokhoz és kihívásokhoz való alkalmazkodásban. Ezek a jellemzők különösen fontosak az egészségügyi munkában, amikor a költségek növekedése, a finanszírozás ettől való elmaradása, a személyzeti hiányok és alacsony bérezés igényli olyanok munkáját, akik közösen képesek és akarnak sikeres megoldásokat kidolgozni. A csoport és a team közötti különbség jelentős. Az egészségügyben a vezetők gyakori tévedése, amikor azt hiszik, ha a munkatársak egy csoportját egyszerűen teamnek nevezik, az valóban egy team. Egy csoport csak akkor lesz valódi team, ha kollektív munkát végez és átmegy egy időt igénylő fejlődési folyamaton. Ha a csapatot egy-két személy uralja, a team többi tagja közömbössé válik, a team nem lesz hatékony. Ilyen esetekben a kritika bántó, ellentétekhez vezet. A hatékony csapatot a közösen vállalt világos cél, de leginkább a közös munka és eredmény iránti elkötelezettség jellemzi. A team tagjai figyelnek egymásra, nyíltan kommunikálnak, a munkából mindenki egyformán veszi ki részét.

A mai szervezetekben közösen dolgozó és teamnek nevezett egységek inkább *munkacsoportok*, mint valódi csapatok. A munkacsoport egyének olyan csoportja, akiket egy erős és a célokat tisztán látó személy vezet. A csoport tagjai megosztják az információkat, esetleg közös döntéseket is hoznak. De minden tagnak van egyéni munkateljesítménye, amelyért felelős, és ez foglalja le figyelmét és erejét. A valódi csapatban ezzel szemben kollektív munkateljesítmények vannak, és ha a team egyik tagjának problémája van, akkor az az egész csapat problémája, és a megoldás is közös feladat.

A csoport fejlődésének folyamata

Formálódás. Viselkedési korlátok felmérése, vezetővel és munkatársakkal való függőségi viszony kialakítása, megfelelő viselkedés meghatározása, szabályok és módszerek kialakítása.

Kavarodás. Ellenállás a csoport hatásával szemben, klikkek kialakulása, konfliktusok bekövetkezése a vezető követelményeivel és a feladatok nehézségeivel való szembenállás miatt.

Normalizálódás. Kialakul a csoport egyetértése, megegyezés jön létre, kialakulnak a normák, ellenállás és konfliktus legyőzése, együttműködés.

Végrehajtás. Személyek közötti kapcsolatokban a feladat és annak megoldása áll. Az energiák a feladatmegoldásra koncentrálnak. A problémák megoldódnak, konstruktív erőfeszítések a feladat megoldására.

A teameket különböző módon kategorizálhatjuk:

A team lehet *állandó* vagy *időleges*. Kialakítható tartós alapon vagy egy-egy feladat megvalósítása érdekében. Lehet *formális*, azaz hierarchiára alapozott. A „vertikális team” vezetőket és beosztottakat foglal magába. A „horizontális team” azonos hierarchikus szinten lévő, de különbözős szaktudással rendelkező (többfunkciós) vagy különböző részlegekben dolgozókból alakul. A *többfunkciós* teamben szándékosan hozzák össze különböző szakterületek képviselőit, pl. egészségügyi ellátó – szociális munkás – önkormányzati tisztségviselő. Az *önirányító* team tagjai bizonyos fokú hatáskörrel és felelősséggel rendelkeznek saját munkájuk irányítása és ellenőrzése terén. Az *ad-hoc* teameket egy-egy feladat megvalósítására létesítik.

A teamek kialakítása, felépítése megfontolt és hozzáértő munkát igényel. Fontos, hogy egy teamben legyen erőteljes és határozott, valamint mások érzéseire érzékeny, továbbá elemző objektivitásra képes egyéniség. Mindezek a tulajdonságok egy személyben csak ritkán vannak jelen, különböző tulajdonságokkal bíró egyének együttesen azonban kielégítik a fenti igényeket. A teamek kialakítása során tehát *ki kell válogatni* a kívánatos jellemzőkkel bíró személyeket, s ha a team valamelyik tagja kiválik, a teamet meg kell újítani.

A *team-építés* akkor sikeres, ha tisztázzák a közös célokat, és olyan célokat tűznek ki, melyek csak a team tagjainak együttműködésével érhetők el, a cél elérését gátló tárgyi és személyi tényezőket azonosítják és eltávolítják, az előrehaladást monitorozzák és mérik. Egy teamen (vagy bármely csoporton) belüli kölcsönhatások összetevőinek ismerete elősegíti a csoport kedvező működését. A tagok közötti diszkriminációt és részrehajlást el kell kerülni, az elért eredmények alapján jutalmazni és motiválni kell őket. Biztosítani kell a teamen belüli szabad kommunikációt, biztosítani kell a tagok részvételét a döntési folyamatokban. Fontos annak a *folyamatnak* ismerete, mely a csoportnak a közös cél elérése érdekében kifejtett közös működését jellemzi. A csoport magatartását irányító *standardok* kiválasztása a csoport által választott specifikus értékekre és normákra vonatkozik. Fontos, hogy a csoport milyen *problémamegoldó és döntéshozatali* folyamatot választ. A döntés konszenzuson alapul vagy azt a csoport részvételével ugyan, de a vezető hozza.

Kommunikáció

A *kommunikáció* milyensége a munkahelyi környezetben nemcsak a jó munkafeltételek/közérzet szempontjából fontos, de a tévedések elkerülése miatt kritikus jelentőségű. Meghatározó a team-építés és a vezetés számára egyaránt. Az ember nem tud „nem kommunikálni”. Teszi ezt szóval és nem verbális jelekkel, és nemcsak gondolatokat és véleményeket, de érzelmeket és érzéseket is kifejez. A hatékony kommunikáció kifejleszt egy olyan kommunikációs ritmust, melyben az üzenetek küldése és fogadása produktív és támogató módon történik. A *küldő elküldi az üzenetet, a fogadó aktívan figyel és fogadja*.

Napjainkban sok tényező okozhatja a kommunikáció zavarát. Ilyen lehet az eltevelés, amit leggyakrabban a gyenge megvilágítás, háttér zaj (zene), beszélgetés, telefoncsengés és mások által történő zavarás miatti érzékelési/ észlelési zavarás okoz. Gondot okozhat, ha a küldő és fogadó tudása *nincs azonos szinten*. Ilyenkor az üzenetet a fogadó helytelenül értelmezheti. Sikeres csak akkor lehet a kommunikáció, ha a küldő részéről az üzenet nem spontán fogalmazódik, hanem az *gondos tervezési, szervezési és gondolkodási folyamat eredménye*. A küldő és a fogadó között különbség lehet az érzékelésben, abban, ahogyan a világot látják. Ennek oka lehet szociokulturális, etnikai vagy tanultsági különbség, és emiatt ugyanazt az *üzenetet másként értelmezhetik*. Befolyásolhatja az üzenet értelmezését a fogadó érzelmi állapota vagy személyisége (munkától független stresszállapot, egyéni gondok).

A csoportos munkának több előnye van a munkahelyi problémák megoldását illetően az egyéni problémamegoldással szemben. A csoportnak együttesen nagyobb a tudása és tájékozottsága, mint a csoporttagoknak külön-külön. A közösen kimunkált megoldásokat és döntéseket szívesebben és intenzívebben fogadják el és elkötelezettebbek a végrehajtásban. A tagok egyéni különbségei miatt többirányú a probléma megközelítése, ami a kedvező megoldást és döntést segíti. Ha a csoport hatékonyan működik, rövidebb idő alatt oldódik meg a probléma, s ez költségmegtakarítást eredményez.

A csoportos döntés hátrányaival kapcsolatban utalunk a *Döntés* fejezetben leírtakra. A team teljesítményét azonban veszélyeztetheti a túlzott, nem reális elvárás akár a vezetés, akár a csoport tagjai részéről. Ez különösen akkor jelentkezhet, ha a vezetés és a team között nagy a hatalmi távolság vagy alacsony fokú a bizalom.

A team-munka jellemzői

A team-munka összefügghet néhány feltételezett előnnyel és költséggel.

A team-munka előnyei közé sorolható a termék vagy szolgáltatás megnövelt mennyisége vagy minősége, ami eredhet abból, hogy a team tagjai szeretnek együtt dolgozni és eredményeket elérni (pl. túlzottok, mentők).

A *bizottság* egy relatíve stabil és formális szempontok szerint összeállított csoport. A bizottságok elvben fontos szerepet töltenek be a tervezés területén (főként stratégiai és középtávú tervek döntés-előkészítési folyamatában), szakmai tevékenységek ellenőrzésében, specifikus tevékenységeket meghatározó kritériumok és standardok kidolgozásában, ellátó, szakmai és társadalmi szervezetek irányításában, etikai elvek megfogalmazásában, etikai kérdések terén állásfoglalásban, továbbá a gazdasági kérdések, fegyelmezés és teljesítményértékelés területén segítik a felelős vezető munkáját. A bizottság lehet állandó és eseti, utóbbit egy-egy probléma megoldására hozzák létre. A bizottság létszáma optimálisan 5–15 fő közötti, a bizottságot elnök vezeti. A bizottságoknak világosan körvonalazott feladatokkal, előkészít-

tett napirenddel és hatékony vezetéssel kell rendelkezniük. A tagoknak elkötelezeteknek kell lenniük és tapasztalatokkal, készségekkel kell bírniuk.

A bizottságok munkája akkor lehet eredményes, ha a tanácskozásokat, bizottsági üléseket megfelelően készítik elő.

Első lépés az aktuális ülés céljának azonosítása: problémamegoldás, véleménykérés, tervelőkészítés, információátadás és megvitatás stb. Ezt követi a napirend és egyéb anyagok előkészítése, az egyes vitapontok azonosítása. Jóval az ülés előtt a tárgyalandó anyagokat a tagok között szét kell osztani, ezzel adva lehetőséget a tagoknak a felkészülésre. Fontos az ülés kezdetének és tervezett befejezési idejének rögzítése, nagyobb terjedelmű anyag előterjesztése esetén a szünetek időpontjának meghatározása. Ügyelni kell a pontos kezdésre. Az elnök feladata, hogy figyelje és irányítsa a megszólalásokat a megoldandó feladatokra.

A csoportos megbeszélések, bizottsági ülések eredményességének több feltétele van. Az első ezek közül, hogy az elnök pontos napirendet állítson össze, gondoskodjon a megvitatandó kérdés(ek) és probléma írásos, az ülés előtt közzétett összegzéséről, javaslatokat állítson össze, s legyen tájékozott a napirendi kérdésekben. Jelölje meg pontosan az ülés helyszínét, a kezdés és várható befejezés időpontját, és a vita során korlátozza az értelmetlen hozzászólások idejét.

Jól kiválasztott tagok esetében várható, hogy többségük konstruktívan vesz majd részt a munkában: a *csoporthépítő*kre jellemző, hogy kezdeményezők, bátorítók, véleménynyilvánítók, odafigyelők, tisztázók, összegzők. A *csoporthenntartók* a feszültséget oldják, kompromisszumépítők, harmonizálók. A csoporthépítők inkább a kapcsolati funkciókra, a fenntartók inkább a megoldandó funkciókra koncentrálnak.

A bizottságokban előfordulhatnak bomlasztó törekvések is. Ennek példája a gyógyíthatatlan fecsegő, akinek tartalmatlan beszédét nehéz leállítani, az önkontroll hiányos közbeszóló, aki gyakran okoz feszültséget, a pesszimisták, akik már a döntés előtt kétségbe vonják annak teljesíthetőségét, a fontoskodók, akik csak megjelennek, de valójában nem érdekli őket a téma. A bizottság összeállításakor ezek a tulajdonságok még nem ismeretesek, de a munka közben kialakul, hogy a tagok közül ki melyik tulajdonság hordozója. A kellő egyensúly megtartása az elnök feladata és hiányában a bizottság munkája sem érheti el a kívánt eredményességet.

Karrier, karrierépítés

A *karrier* az egyén élete során bekövetkező fejlődés, sikeres előmenetel, érvényesülés. A *karrierfejlődés* a szakmai foglalkoztatásban bekövetkezett előrelépés. Ezt legtöbbször megváltozott elismerés (pozíció-, titulusváltás) és jutalmazás (anyagi elismerés, más kedvezmények) fejezi ki. A *karrierváltás* a foglalkoztatásban bekövetkezett változást jelenti, ami jelenthet új munkahelyet, munkát, munkaköri leírást vagy

státust. A karrierváltás éppúgy lehet előléptetés, mint lefokozás vagy oldalirányú elmozdulás.

Az egyén életpályája során három nagy választásfajta következik be:

1. foglalkozásválasztás,
2. munkahelyválasztás,
3. karrierválasztás.

Ezekben a választásokban az egyén erőteljesen korlátozott a család, környezet, munkaerőpiac, iskolázottság, pénz, munkahely, versenytársak stb. által, és determinálják személyes képességei, szorgalma, motiváltsága is. *Scarpello* és *Ledvinka* szerint az életpályának négy fázisát szokták megkülönböztetni:

1. a növekedés fázisa 0–14 év között,
2. a kibontakozás fázisa 15–24 év között, ezen belül a puhatolódzás, próbálkozás, tudásbővítés, gyakorlat és tapasztalat megszerzése, bukdácsolás szakasza,
3. az életpálya kiépítésének fázisa 25–44 év között, ezen belül 25–30 év között a kipróbálások és 31–44 év között a stabilizáció (megszilárdítás, előrejutás) szakasza,
4. a megőrzés, majd a hanyatlás szakasza 45–62 év között (jelenti a teljes munkaidejű foglalkoztatás végének közeledtét, majd a nyugdíjazást).

Az életpályaszakaszok a fentiekől eltérő módon is alakulhatnak. Egy szervezeten belüli változások, a gazdasági helyzet alakulása ezeket jelentősen befolyásolhatja. Például a munkahely elvesztése esetén a megőrzés fázisából visszakerülhet a próbálkozás fázisába.

A *képzési szükségletek* (mire irányuljon a képzés) az egyes életpálya szakaszokban eltérőek.

A *próbálkozás fázisában* a képzésnek a különböző munkaköri tevékenységek elsajátítására, az önmegvalósítás elősegítésére kell koncentrálnia.

A *megszilárdítás/előrejutás fázisában* a munkaköri kihívásoknak történő megfelelés, a speciális területeken a kompetencia, a kreativitás és innovációs készség fejlesztése és a látókör szélesítése, valamint a 3–5 évenként új területekre történő áttérés képességének a kialakítása azok a területek, melyeken a képzési szükségletek elsősorban jelentkeznek.

A *megőrzés fázisában* el kell érni a technikai naprakészséget, ki kell alakítani a mások képzésében való részvételhez szükséges képességeket, a változó munkakör által megkívánt igényeknek és szükségleteknek történő megfelelés képességét és a látókör folytonos szélesítéséhez szükséges informálódás képességét.

A szervezeten belüli *karriermozgások* lehetnek vertikálisak vagy horizontálisak.

A lineáris–funkcionális szervezetekben általában a vertikális mozgás a jellemző, ami többnyire a hierarchiában való felfelé haladást jelenti.

A hierarchiát felváltó szervezetekben megnő a horizontális mozgások jelentősége. A szervezet azonos szintjén való maradás is jelenthet a karrierben előrelépést, ha

a munkakör nagyobb önállóságot kap, a képességek-ismeretek szélesebb körű hasznosítására nyílik lehetőség. Megnö a nem vezetői beosztások értéke, a funkcióközi tapasztalatok elismerése, ezek megkülönböztető címekkel való megjelölése, ennek arányában differenciálódó anyagi elismerés. A jobb érvényesülési lehetőségek növelik a jó szakemberek megtartását.

A karrierfejlesztés egyaránt fontos az egyén és a munkahely számára.

Az egyéni karrierfejlesztés vagy karriertervezés alapja, hogy az egyén felelősséget érezzen

- saját érdekek, készségek, erős és gyenge pontok, valamint értékek felbecsülése,
- célok meghatározása (hová akar eljutni 5–10 év múlva),
- a munkahely lehetőségeinek megítélése,
- a munkahelyen kívüli lehetőségek felbecsülése,
- a célhoz vezető stratégia kidolgozása,
- a karrierterv végrehajtása, teljesülésének legalább 2 évenkénti felülvizsgálata és
- a karriercélok felülvizsgálata területén.

A munkahely feladata a karrierirányítás (karriermenedzsment). A vezetés feladata a szervezet minőségi tevékenységének fenntartása és fejlesztése érdekében a karrierirányítás terén:

- az alkalmazottak egyéni igényeit össze kell egyeztetnie a szervezet szükségleteivel,
- megtervezi, létrehozza és az alkalmazottakkal ismerteti, majd végrehajtja a szervezetben belüli karrier lehetséges útjait és forrásait, a fokozatos előrehaladás lehetőségeit,
- terjeszti a karrierrel kapcsolatos információkat (pl. betölthető, pályázható állások, képzési és kutatási lehetőségek biztosítása stb.),
- felbecsüli az alkalmazottak képességeit,
- terveket és előjelzéseket készít a személyzeti és munkahelyi igényekről,
- biztosítja az ezek betöltéséhez szükséges munkatapasztalatok megszerzését,
- támogatást és bátorítást nyújt az egyéni karrier fejlesztéséhez a szervezeti igények kielégítése érdekében.

Az áthelyezés a szervezetben belül új munkakör kijelölése. Általában azonos fizetéssel, státussal és kötelezettségekkel jár, de történhet az áthelyezés alacsonyabb szintre is. Meg kell fontolni, ha az alkalmazott stresszel terhelt időszakot élt meg vagy szerepkörén belül túlterhelt. Lehet azonban ez az alkalmazott érdeke is, például ha egy későbbi pályázni óhajtott magasabb beosztás más munkakörben szerzett tapasztalatot is igényel.

A nem megfelelő áthelyezés azonban akadály is lehet a sikeres karrierépítésnek. Ilyen lehet pl., ha az alkalmazottat olyan más munkakörbe helyezik, ahol fenn áll a lehetősége, hogy az új munkahelyen problémákat okoz, és ezzel az ott dolgozók teljesítményét ronthatja, demotiváló hatású lehet.

Az *előléptetés* az egyének magasabb rangbeli pozíciókba való beosztása. Normális esetben az előléptetések fizetésemeléssel járnak együtt. A legtöbb előléptetés magasabb státust, rangbeli változást, nagyobb hatalmat és felelősséget jelent. A szervezeteknek megfelelően kidolgozott tervekkel kell rendelkezniük az előléptetésekkel kapcsolatban, ha jó humán erőforrás-politikát követnek. Előre meg kell határozni, hogy egy közeljövőben megüresedő vagy újonnan létesítendő beosztást külső vagy belső munkaerővel kívánunk betölteni. Mindkettőnek vannak előnyei és hátrányai. A belülről történő előléptetésnek előnye, hogy segít olyan munkatársak kifejlesztésében és felkészítésében, akik alkalmasak magasabb beosztás betöltésére. Ezt a felkészülést a szervezet utánpótlási programok segítségével segítheti. További előnye, hogy növeli a munkaerő-megtartást. Hátránya, hogy fennáll a veszélye korábban kialakult kapcsolatok és működési formák továbbélésének.

Az előléptetést jelentő pozíciók szervezeten kívüli egyénnel történő betöltése lehetővé teszi a szervezet számára új ötletekkel, más jellegű, esetleg szélesebb körű tapasztalatokkal és ismeretekkel rendelkező személyek bevonását a szervezet működésébe, akiket nem befolyásolnak a szervezeten belül korábban kialakult szokások és kötődések.

Célszerű minden előléptetéssel felérő álláshelyet pályázat útján meghirdetni, a munkaköri kívánalmak és feltételek előzetes ismertetésével. Ily módon lehetőség nyílik az érdeklődők számára a felkészülésre. Jó személyzeti munka esetén akár évekkal az esedékesség előtt a szervezet az arra alkalmasnak látszó alkalmazottai közül többeket is olyan helyzetbe hozhat, ami lehetővé teszi előzetes szelekció végrehajtását. Ez azonban nem zárja ki, hogy nyílt pályázat esetén külső személyek is pályázhassanak.

A *pályázás* a karrierépítés lényeges eleme, a kívánt állás elnyerésének alapja, a teljesítendő tevékenységek pontos ismerete és az általános szabályok betartása. Ebbe a körbe tartozik a pályázatírás, önéletrajz elkészítése, interjúra való felkészülés ismerete.

Pályázni a pályázati kiírásban rögzített feltételek szerint lehet. Általában a pályázótól először írott önéletrajzot kér a szervezet, majd ennek áttekintése után kedvező esetben interjúra hívja be a pályázót. Az önéletrajz célja, hogy a leendő munkaadó figyelmét a pályázó magára irányítsa és elérje, hogy interjúra hívják be. Alapvetően fontos, hogy az önéletrajzban a megfelelő információk a megfelelő helyen hangsúlyosan jelenjenek meg. Az önéletrajz az első lehetőség, amikor a pályázó felhívhatja magára a munkaadó figyelmét, és hangsúlyozhatja a munkakör betöltésére való alkalmasságát. A hagyományos önéletrajz terjedősége miatt egyre kevésbé használatos, napjainkban az amerikai típusú önéletrajz és az *Europass* elnevezésű önéletrajztípus terjedt el. Az önéletrajzírás részleteiről annak jelentősége miatt érdemes széleskörűen tájékozódni az irodalomjegyzékben megadott internetes elérhetőségi helyeken.

Ha az önéletrajz alapján a pályázót interjúra hívja a munkaadó, azt jelenti, hogy átesett az első szelekción. Az interjúra alaposan fel kell készülni. Ismerni kell

a szervezet céljait, tevékenységét, közzé tett statisztikai adatait. Az adatok beszerezhetők részben a cég kiadványaiból, ismertetőiből, részben az internetről. Memorizálni kell a benyújtott önéletrajz adatait, a munkahely elnyerésének szándékait, gondolni kell a megjelenésre, bemutatkozásra, öltözékre, ügyelni a határozott, de visszafogott, udvarias, mosolygós és nyugodt magatartásra, modorra. A kérdezőnek mindig a szemébe kell nézni. Az interjú során érdeklődést kell mutatni a szervezet projektjei iránt, a kérdésekre direkt, de megfontolt válaszokat kell adni, korábbi munkahelyéről ne mondjon rosszat. Részletes tanácsok olvashatók a megadott internetcímeken.

Az interjú során a szervezetet képviselő személy magatartására vonatkozóan a Személyzeti/humánerőforrás-menedzsment fejezetben tájékozódhatnak részletesen.

Költségvetés és kontrollig

A költségvetés olyan terv, mely tartalmazza egy személy, család, szervezet/intézmény vagy az ország meghatározott időre (általában egy évre) szóló, pénzegységben kifejezett bevételi és kiadási tételét. Más szóval a terv készítői számba veszik, hogy a jövőben milyen forrásból milyen nagyságrendű bevételre számíthatnak és azonos időben milyen értékű feladatokat kell megoldaniuk. Ha a várható bevételek és kiadások összege azonos, a költségvetés egyensúlyban (szaldó) van. Ha a bevételek meghaladják a tervezett kiadásokat, a költségvetésben többlet (szufficit) keletkezik, ellenkező esetben pedig költségvetési hiányról, deficitről beszélünk.

A költségvetés tervezése

A költségvetés egy tervezési folyamat eredménye. Az első lépés annak meghatározása, hogy a szervezet stratégiai (hosszú távú) célkitűzései közül a következő költségvetési időszakban mely célokat és mely szervezeti egységekben kívánják megvalósítani, azaz ki kell jelölni az operatív célokat, ezek várható költségét és meg kell határozni, hogy ezek eléréséhez milyen és mennyi fiskális eszközre van szükség. Így pl. az állami központi költségvetésben meghatározzák a társadalombiztosítás pénzügyi alapjait, ezen belül a Nyugdíjbiztosítási és Egészségbiztosítási Alap kiadási tervszámain. A bevételi terv az Egészségbiztosítási Alap esetében számol a munkáltatók és biztosítottak által befizetett járulékokkal, hozzájárulásokkal és a központi támogatással. A 2010-es költségvetésben az Egészségbiztosítási Alap tervezett kiadásai 54,4 milliárd forinttal haladják meg a tervezett bevételeket, tehát ez a költségvetési tétel deficittel számol. A terv elkészítése során az igényekre és lehetőségekre vonatkozó széleskörű adatgyűjtés révén megszerzett információkra kell támaszkodni. Ezek birtokában készíthető el a célok eléréséhez szükséges erőforrások felosztása.

A következő lépés a költségvetés elkészítése. Általában 12 hónapra készülnek a költségvetési tervek, hazánkban a költségvetési év január 1. és december 31. közötti időszakot jelenti. A költségvetési tervezés alapelvei közé tartozik, hogy az legyen:

- reális, megalapozott és teljesíthető, feleljen meg a valódiság elvének, a célok eléréséhez szükséges kiadásokat és ráfordításokat tartalmazza;
- gazdaságos, pontos, takarékos, mennyit kell befektetni az eredmény eléréséhez, a kiadás és eredmény arányos-e;
- áttekinthető, legyen minden tevékenység azonosítható;
- a végrehajtás pedig elszámoltatható.

A tervezés során meg kell határozni

- a dologi és működési kiadásokat (az egészségügyben az ellátás, adminisztráció, fejlesztés, kommunikáció, szállítás, fenntartás, védőruhaköltségek tartoznak ide),
- a foglalkoztatás és emberi erőforrás költségeit (bérköltség, megbízási díj, ösztöndíj, képzés-továbbképzés stb.) és
- a tárgyi eszközök beszerzési költségeit.

A középpontba a hatékonyságot, eredményességet, teljesítmény központúságot kell helyezni, és figyelni kell a közfeladat ellátás szakmai és gazdasági követelményrendszerének kettősségére.

A költségvetés kívánt eredménye a források felhasználásának maximalizálásával, értéke pedig a pontosságával van szoros összefüggésben. Az egészségügyi ellátás alapelve: minimális ráfordítással optimális ellátás megvalósításával maximális eredmény. A költségvetés nem szabály, hanem terv, ezért a tervezése rugalmasságot, folytonos értékelést és felülvizsgálatot igényel. Meg kell határozni, milyen költségek, költségnemek keletkeznek: anyagi jellegű, személyi jellegű, közvetett vagy közvetlen költségek, milyen méretű az értékcsökkenési leírás (amortizáció).

A költségvetésben megkülönböztetjük:

- Direkt költségeket. Azok a költségek, melyek meghatározott forrásokhoz kapcsolhatók, és amelyek pontosan azonosíthatók bizonyos árukkal vagy szolgáltatásokkal, pl. gyógyszerek, kezelések stb.
- Indirekt költségeket. Ezek nem köthetők közvetlenül egy meghatározott területhez, nem jelentkeznek a költségvetésben, pl. rendszerleállás miatti munkaidő-kiesés.
- Fix költségeket. Azok a költségek, melyek nem változnak a mennyiség függvényében, rövid távon állandóak, pl. biztosítási vagy bérleti díj, törlesztés, gépjárműadó stb.
- Működtetési költségeket. Ezek a fenntartás mindennapi költségei.
- Nem kontrollálható költségeket. Olyan indirekt költségek, melyek általában nem kontrollálhatók. Pl. eszközök értékcsökkenése (amortizáció).

- Kontrollálható költségeket. Ezek kontrollálhatók vagy változtathatók. Példa lehet erre a személyzet létszáma, az igényelt képzettségi szint, a fizetések szintje vagy az anyagok minősége.

Költségvetési típusok

Az egészségügyi ellátás területén számos speciális költségvetési típus ismeretes, közülük a főbb típusok a következők:

1. Személyzeti költségek. Ez teszi ki a költségvetési kiadások jelentős részét, mert az egészségügyi ellátás munkaerőigényes. A tervezés során gondosan kell mérlegelni a munkaerő-szükségletet, hogy elkerülhető legyen az állomány alul- vagy túltervezése.
2. Működési költségek. Ezek a szolgáltatás mennyiségi változásai szerint meghatározott módon nőnek vagy csökkennek. Ide tartoznak a közművek költségei, a szerelési és fenntartási munkák és az orvosi/ápolási/diagnosztikai ellátmányok (a diagnosztika és terápia) költségei.
3. Állóeszköz-beruházási költségek. Épületek, jelentősebb műszerek, felszerelések megvásárlására, működtetése, nagyméretű felújítások fedezésére szolgáló költségek. Ez magában foglalja azt is, hogy a megvásárolt nagyobb értékű műszer stb. hosszabb életű lesz (5–10 év), ezért ezekre irányuló költségvetés nem használható fel a mindennapi műveleteknél és általában nagyobb összeg, mint a működési költségek.

A költségvetési terv elkészítése után következik a költségvetés végrehajtási folyamata, annak folytonos ellenőrzése és elemzése. Ennek célja a költségek menet közbeni túllépésének elkerülése. Ha ez mégis bekövetkezik, a túllépés okait meg kell állapítani és korrigálni kell. Biztosítani kell a költségvetés jóváhagyott forrásaihoz a hozzáférést.

Az év során, ha a rendszeresen elvégzett felülvizsgálatok eredménye indokolja, a költségvetési terv módosítható. A költségvetés biztosítja, hogy a költségek ne lépjenek túl a bevételeket. A jó költségvetés költségkímélő, figyelembe veszi a szolgáltatásra vonatkozó igényeket, egyéb alternatívákat és a szolgáltatás időtartamát.

A költségvetés elkészítésére többféle költségvetési tervezési módszer ismeretes. Ezek egy része az erőforrások elosztására, másik része az elérendő eredményekre helyezi a hangsúlyt. Az eredményorientált rendszerek nagyobb döntési szabadságot adnak az intézményi vezetőknek a rendelkezésre álló (korlátos) erőforrások felhasználási módjában, mert a hangsúly az eredményen van.

Erőforrás-orientált rendszerek

Tételsoros költségvetés. Egyszerű módszer, a költségvetés minden egyes tételhez hozzárendeli azt a költséget, ami arra a tételre elkölthető. Az előre leírt összeg kijelöli a

kiadások határait. A módszer nem szól semmit a költségvetési pénzek hatékonyságáról, elszámoltathatóságáról.

Bázisszemléletű (inkrementális, növekményes) módszer a költségvetés elkészítésének legegyszerűbb módja. Az előző évi kiadásokat egy bizonyos értékkel (infláció vagy százalékos levonás) megszorozva tervezhető meg a következő évi kiadás. Ez a módszer egyszerű, gyors, de anyagi szempontból nem hatékony, mert nincs benne sem forrás, sem motiváció a költségek visszaszorítására, illetve a fejlesztésre, a szolgáltatás prioritására. Nem veszi figyelembe a teljesítmények minőségét, logikája szerint a fő kérdés, mire tudjuk költeni a bevételeket, szemben a „milyen szolgáltatást tudunk nyújtani” logikával.

Eredményorientált rendszerek

Program (feladat) alapú költségvetés. Ez a költségvetési technika a szervezeti célokat állítja a középpontba azzal, hogy különböző programokhoz rendeli hozzá a költségvetési forrásokat, egyes programok alatt pedig egymáshoz szorosan kapcsolódó tevékenységeket értünk. Ez a módszer nem az elköltendő pénzre, hanem a megvalósítandó célokra helyezi a hangsúlyt. A célok és a források szorosan összekapcsolódnak.

Teljesítményalapú költségvetés. Ez a költségvetési technika már a szolgáltatások minőségének folytonos mérésére is koncentrálna, annak alakulásáról jelentést is készít. Jellemzi a célok kijelölése, a stratégia kialakítása és a teljesítménymérés hármassága. A források elosztásánál a programok hatékonyságára, a szolgáltatások minőségére helyezik a hangsúlyt. A teljesítmény megbízható mérése okozhat problémákat, éppen az ebből eredő viták világíthatnak rá a költségvetés problémáira és segíthetik a kívánatos irányok kialakítását.

Nullbázisú költségvetés

Minden költségvetés tervezése a nulláról indul, tehát a korábbi költségvetések nem jelentenek alapot. Ez a módszer egyaránt lehet erőforrás- vagy eredményorientált. Minden egyes költségvetési ciklusban újra kell készíteni. Azt is jelenti, hogy olyan programot, mely az előző ciklusban támogatásban részesült, nem feltétlenül kell figyelembe venni. Munkaigényes, döntési csomagokat kell készíteni, csak a jóváhagyott programok kerülhetnek be a költségvetésbe. Előny, hogy a programok minden egyes költségvetés készítése során átvilágításra kerülnek. Hátránya, hogy a költségvetésben rövid távon csak nehezen lehet változtatni.

A kontrolling

A *kontrolling* a szervezeti belső irányítási rendszer költségérzékenységen alapuló egyik alrendszere, amely összhangot biztosít a szervezet környezete, stratégiája, struktúrája között. Olyan eszköz és filozófia, mely integrált rendszerbe foglalja a tervezést, beszámolást, információellátást.

A kontrolling egy gondolkodási mód, amely a vállalat (intézmény) működését értékeli és – a döntés előkészítésben való részvételen keresztül – irányítja. Olyan eszköz, mely hatásosan támogatja a vezetési és irányítási folyamat egészét, segíti a reális elvárások és tervek megfogalmazását, a tények értékelését, a beavatkozások előkészítését és hatásuk mérését. A kontrolling vezetési funkció, vezetést támogató eszközrendszer, szabályozási és információs rendszer is. A kontrolling a tervezést, ellenőrzést és információellátást biztosító vezetési alrendszer, áttekintő, értékelő, koordináló és integráló tevékenység, a vezetés egyik eszköze, valamint a tervezés és számvitel vezetési szempontból történő összekapcsolása, nem más, mint költség- és eredménymenedzsment is. *Horváth* szerint „A kontrolling olyan funkciókat átfogó irányítási eszköz, amelynek feladata a tervezés, az ellenőrzés és az információellátás összehangolása. E feladat megvalósításáért a kontroller felelős.” *Robert Antony* 1960-as években kidolgozott management-kontroll modelljének legfontosabb tartalmi elemei a programozás, a kerettervezés, a végrehajtás, valamint az értékelés; vagyis egyszerre tervezési és kontroll tevékenység (a management-kontroll az a folyamat, amely által a vezetők biztosítják az erőforrások hatékony és eredményes elosztását és felhasználását a szervezeti célok elérése érdekében). Ezen modell szerint három tervezési és kontrollszint választható el: a stratégia-alkotás, a management-kontroll és a feladat-kontroll szintje.

Napjainkban a kontrolling alatt olyan eszköz- és tevékenységrendszert értünk, mely hatásosan támogatja a vezetést a reális elvárások/célok megfogalmazásában a stratégiai és operatív tervezés során széleskörű információk szolgáltatásával és elemzésével, mely segíti a vezetést a végrehajtás ellenőrzésében az elő- és utókalkulációk, a folyamatos költségellenőrzés, a külső hatások és a gazdasági döntések hatásainak elemzésében, beszámolási és értékelési rendszer kialakításában, a vállalati információs rendszer fejlesztésében. A kontrolling tehát olyan tevékenységek sorozata, melyek összefüggő láncolatáá kapcsolódnak össze a vállalat/szervezet működése során. A kontrollingot ma már kifejezetten erre a tevékenységre szakosodott szervezeti egységekben a kontrollerek végzik. Eszköztárukban mind számszerű, mennyiségi, mind minőségi elemek megtalálhatók. Ezek közül a legfontosabbak: gazdasági és költség-számítások végzése, különféle mutatók számítása és elemzése, portólióelemzés, döntési alternatívák kidolgozása és értékelése, a szervezeti folyamatok minőségének elemzése. Ezek alapján beszélhetünk pénzügyi, folyamat-, teljesítmény- és költség-kontrollingról. A kontrolling a szervezet tevékenységét elejétől a végéig nyomon követi, miközben folyamatosan elemzi a tevékenység mennyiségi és minőségi mutatóit, javaslatot tesz a szükséges módosításokra a külső tényezők figyelembe vételével.

A kontrolling *stratégiai* feladatai három területre terjednek ki: a stratégiai tervezés támogatása, azok operatív tervekké történő átültetése és a megvalósítás figyelemmel kísérése, ellenőrzése, valamint a stratégiai ellenőrzési rendszer felépítése és működtetése. Ezt a tevékenységet a SWOT elemzés, a GAP analízis (a tervezett és megvalósult célok közötti távolság elemzése) és a benchmarking módszerek alkalmazásával végzi.

A kontrolling *operatív* feladata a rövidtávú célfeladatok megfogalmazása, a gazdasági folyamatok és eredmények figyelemmel kísérése, az operatív tervezési és költségvetési munka irányításában és koordinációjában a vezetéssel való együttműködés, a teljesítménymérés és -értékelés, információs, döntési, tervezési és beszámolási rendszerek kialakítása és továbbfejlesztése, terek és tények összehasonlítása, beszámolók, értékelések és gazdasági előjelzések készítése. Az operatív és stratégiai kontrolling között szoros a kapcsolat: a hosszú távú célok megvalósítását a rövid távú célok kidolgozásával és azok elérésével lehet biztosítani. Ugyanakkor célirányos rövid távú célokat csak egy kongruens hosszú távú cél birtokában lehet kitűzni.

A kontrolling főbb feladatait a következő kérdések érzékeltetik:

- Tudja-e, hogy a pénzt mely termékekkel/szolgáltatásokkal keresi meg és melyekkel veszíti el?
- Tudja-e, hogy intézkedései milyen hatással vannak az eredményre?
- Időben megtudja-e, hogy működése a terv szerint alakul, vagy letér a kitűzött pályáról?
- Képes-e átültetni a vállalati stratégiát konkrét eredmény- és intézkedési tervbe?
- Tudja-e, mitől emelkednek folyamatosan általános költségei?
- Tisztában van-e a külső körülmények változásaival és azok hatásaival a szervezet működésére?

A tervtől való eltérés *ellenőrzése* legyen folyamatos, történjen időben és legyen pontos, részletekre és határidőkre is kiterjedő, mindenki számára megérthető és mérési kritériumokra alapozott. Fontos, hogy a kontroll ne legyen merev: egy nem várt és előre nem látható piaci változás vagy a működési feltételekben bekövetkező módosulás esetén indokolttá, sőt szükségessé válhat a terv, a standardok és mérési kritériumok átértékelése, változtatása. Szükséges, hogy a változás tükrözze a szervezeti struktúrát, az intézményi szerep és menedzsment helyzetét.

Munkahelyi stressz és kezelése

A *stressz* az emberi szervezet valamely ingerre, behatásra vagy környezeti változásra bekövetkező, meghatározott tünetegyüttesben (élettani, kórélettani vagy pszichológiai) megnyilvánuló válasza. Azon ártalmas behatások általános elnevezése, melyek kiváltják a szervezet „általános adaptációs (alkalmazkodási) szindrómáját” (*Selye*). A szindrómának három fázisa különböztethető meg:

1. alarm-reakció,
2. ellenállás fázisa,
3. kimerülés fázisa.

A válasz lényege az alkalmazkodás, melynek mértéke és időtartama függ a kiváltó inger (stresszor) erősségétől és tartamától. A szervezet az ingerrel való találkozás-

ra éberséggel és motivációval reagál. Kiterjedt élettani jelenségek lépnek fel, a szervezet felkészül a küzdelemre (jótékony hatás) és átlép az alkalmazkodás fázisába. Ha az inger túl erős vagy hosszú ideig hat, ingerlékenység, fáradtság, étvágytalanság, hibás döntések, álmatlanság, pszichoszomatikus tünetek, végül depresszió, kiégés, szervi betegségek lépnek fel.

A stressz okai között külső és belső tényezők szerepelhetnek. A *külső okok miatt fellépő munkahelyi stressz* származhat a munkakultúra és -környezet különböző tényezőinek gyakran komplex interakcióiból és abból, hogy az egyén mennyire képes megfelelni a vele szemben támasztott követelményeknek. Ilyen tényezők lehetnek:

- Bizonytalanság betöltött szerepével kapcsolatban: mikor, hogyan és mit kell tennie, ennek következményei, hol talál támogatást vagy irányítást, melyek a prioritások (szerepzavar).
- Önállóság hiánya: nincs vagy alig van beleszólása abba, mikor mit kell tennie.
- Túlzott követelmények, melyeknek azok mennyisége és változatossága miatt nem tud megfelelni.
- Szegényes munkahelyi (vezetői és munkatársi) kapcsolatok.
- Támogatás és tréning hiánya, tartós túlterheltség.
- A menedzsment kultúrája szegényes: beosztottak értékelése, tiszteletet mutató bánásmód hiánya, rossz vezetési stílus stb.
- Valamely változtatás szegényes menedzselése (hibás célok, rossz előkészítés stb.).
- A döntésekkel kapcsolatos felelősség nyomasztó súlya.

A kiégési, *burn-out* szindróma krónikus stresszre adott érzelmi válasz, melynek fokozatai: érzelmi/fizikai kimerülés, csökkent munkateljesítmény, fokozott személytelenedés.

A munkahelyi, foglalkozási stressz (a betöltött állással vagy feladattal kapcsolatban kialakuló feszültség) egy 2002-es felmérés szerint az EU 15 tagállamában közel 40 millió munkavállaló egészségét veszélyeztette. A munkahelyről való távollmaradás, az egészségügyi költségek, a termelékenység csökkenése akkor közel 20 milliárd €-val terhelték meg a közös kasszát.

A munkahelyi stressz leküzdésére ajánlott lehetőségek:

- Elemesse őszintén saját helyzetét, és képzelje el, mi a legrosszabb, ami az adott helyzetben bekövetkezhet.
- Ha ez bekövetkezik, fogadja el, de már előre készüljön fel annak elviselésére.
- Vizsgálja meg, hogyan tud valami jobbat elérni.

A foglalkozási stressz kezelése két szinten: a szervezet és az egyén szintjén kell történnjen. Az intézményi stresszkezelési stratégia *első lépése* a stressz okainak lehetséges megjelölése, az egyéneket, valamint a szervezet egészét érintő kockázat szint-

jének értékelése. A *második lépés* a menedzserek és alkalmazottak részéről a munkahelyi stressz természetének, eredetének és hatásainak felismerése és megértése, a stressz felesleges és elfogadhatatlan okainak megszüntetése, az egyes alkalmazottak segítése, hogy könnyebben küzdjenek meg munkakörnyezetük javításával, felvételre jelentkezők és előléptetésre jelöltek gondos megvizsgálása és kiválasztása és végül az „A” típusú személyek gondos azonosítása és álláshelyének meghatározása (ne kerüljenek a személyzet közvetlen felügyeletét és irányítását végző státusokba). A *harmadik szint* javító jellegű: ez specifikálja a stressz hatását elszennvedő személyzet rehabilitáló jellegű kezelését, és foglalkozik a munkakörbe helyezés kérdéseivel.

A stressz *belső okai, forrásai* lehetnek érzelmi konfliktusok, anyagi nehézségek, a munkahely és családi szerepek közötti egyensúlyozás nehézségei (főként nők esetében), a társadalmi elvárásokkal szembeni életmódból adódó feszültségek, munkahelyi problémák, az életben betöltött szereppel szembeni elégedetlenség, sikertelenség érzése, megérdemeltnek vélt elismerés elmaradása, csökkent stressztűrő és -leküzdő képesség, személyes problémák, önrontó életvezetés és életmód.

A *stressz kezelése az egyén szintjén* a következő lehetőségeket jelenti:

A menedzserek és alkalmazottak ismereteinek bővítése, hogy tudatosan megértsék munkahelyük stresszhelyzeteinek természetét, forrásait, okait és következményeit. Olyan megküzdési stratégiákat kell feljűk kommunikálni, mely elősegíti és bátorítja őket, hogy kifejlesszenek olyan képességeket és szándékokat, melyek csökkentik az egyéni stresszhelyzetek gyakoriságát és felismerését. Ez jelenti a foglalkozási stressz forrásainak és jellegének értékelését és elemzését, külső irányítás vagy tanácsadás igénybevételét, időgazdálkodási tréningeket, a helyzettel való pozitív megküzdés eszközeinek megtalálását, a belső érzelmi védekezés erősítését, magabiztos tréninget annak érdekében, hogy az egyén képes legyen határozottabban reagálni a stressz okaira, és hatékonyabban védje meg és növelje önértékelését és önbecsülését. Tanuljon meg nemet mondani olyan kérésekre, melyek felesleges stresszforrásként szolgálnak. Az egyéni stresszmegküzdés lehetőségei közé tartozik a mozgás, fizikai aktivitás, kiegyensúlyozott táplálkozás, kávé-alkoholfogyasztás csökkentése, dohányzás elhagyása, baráti-családi kapcsolatok erősítése, teendők prioritásának meghatározása, kritikák el-, ill. megfogadása, megszokottól eltérő dolgok (hobbik, szórakozás) végzése, visszaemlékezés kellemes és vidám dolgokra. A humor, vidámság, nevetés foglaljon el nagyobb helyet az érintettek életében. A kikapcsolódásra, pihenésre, izomlazító gyakorlatokra nagyobb hangsúlyt kell fektetni. Helyes időbeosztással elkerülhető az idegesítő kapkodás, sietség. Erősíteni kell a lelkiismeretes munkára, tudásra és magatartásra alapozott önbecsülést, önbizalmat, önmagunk tiszteletét és megadni másoknak a nekik járó tiszteletet.

A munkahelyi stressz mérséklése vagy lehetséges megelőzése elérhető a feszültséget okozó tényezők megszüntetésével, szervezeti változások bevezetésével, munkafolyamatok átgondolt módosításával, a beosztottak fokozottabb bevonásával a munkahelyi problémák megoldására és jövőbeli tervek előkészítésére irányuló tevékenységgel, a vezető és beosztottak közötti kapcsolatok javításával.

Mind az egyéni, mind a munkahelyi stresszkezelés egyik fontos területe az *idővel történő helyes gazdálkodás*.

„A gazdálkodás tudománya az ember szempontjából háromféle: idővel, egészséggel és pénzzel való gazdálkodás.” „...csak az idő visszahozhatatlan, míg a beteg vagy anyagilag leromlott ember ismét egészséges vagy jómódú lehet.” Fenti két idézet *Széchenyi István* „*Intelmek*” című művéből származik.

Az idézett gondolatok napjainkban különösen érvényesek. A vezetők többségének az idő korlátozottsága, ill. hiánya komoly gondot okoz. A vezetéshez és döntéshez szükséges információ beszerzése, elemzése, a döntés-előkészítés folyamata, a napi problémák megoldása, a piaci verseny (ami az egészségügyet is érinti) mind időt igényelnek. Az idő szorítása gyakran hibákhoz vezet. Az idővel való helyes gazdálkodás megvalósítása érdekében az első lépés annak felmérése, mire megy el az idő, milyen tevékenységekkel tölti el a vezető/beosztott az idejét.

Az idő helytelen felhasználásának leggyakoribb okai között a túlzottan sok megvalósítandó feladat, illetve a túl sok feladat felvállalása szerepel. Mindkettő túlterhelést eredményez. A *halogatás – késlekedés* okai sokrétűek: a megfelelő alkalomra, időre, hangulatra várakozás, nincsenek kitűzött célok, hiányzik a döntéshozó képesség, félelem a kudarctól, az idő helytelen felmérése, képességek alábecsülése, önbizalom hiánya, megvalósítandó feladat helyett más tevékenység végzése, a prioritások figyelmen kívül hagyása az aktuálisan teljesítendő feladatok későbbre hagyását eredményezi. Ezek a halogatáshoz vezető tényezők leküzdhetők, ha kellő időben megtörténik felismerésük és megvan a szándék a cselekvés megkezdésére.

A *tökéletességre törekvés* miatt elvesztegetett idő (mivel ez elérhetetlen, inkább neki sem kezdünk) is az okok között szerepel, csakúgy, mint a szervezetlenség, a sok munka miatti panaszkodás, nem lényeges vagy hatáskörbe nem tartozó kérésék teljesítése (nem tud nemet mondani), munka közben annak megszakítása (munkatársak előljárók, betegek, hozzátartozók, érdeklődők részéről), túl sok információ, melyek közül a szükségesek kiválasztása önmagában időt igényel (*information overload*, „adat-köd”).

Az idővel történő helyes gazdálkodás első, alapvető lépése az idő felhasználásának megtervezése. Ennek keretében kell meghatározni az elérendő célokat, felállítani a prioritásokat (sürgősségi és fontossági sorrendben). A cél legyen pontosan meghatározott, motiváló, mérhető, megvalósítható. Fontos határidők megjelölése. Mindig a célra kell koncentrálni, elsőként a legtöbb eredményt ígérő feladatot kell meghatározni és megvalósítani (*Pareto*-szabály: a cselekedetek 20%-a hozza az eredmények 80%.-át). Célszerű a feladatok megvalósításához szükséges idő felmérése, időszakra konkretizált pontosítása (tevékenységi tükör készítése: mikor, mettől meddig kell a feladat időszerű részét elvégezni). Az időbe be kell kalkulálni a munka közben zavarásokat is. A legnehezebb feladatot az egyén a leghatékonyabb napszakban végezze (egyénenként ez eltérő lehet: van akinél ez az időszak reggel, másoknál este jelentkezik). Egy adott részfeladat végzése során azt ne szakítsa meg annak befejezése előtt. Célszerű fontossági lista készítése: mi a legfontosabb, mi kecsgetet a

legnagyobb értékkel, melyik igényli a legkevesebb időt, melyik fejezhető be leghamarabb. Fontos ennek betartása! Nem szabad megfeledkezni arról, hogy az egyén feladatát neki kell megvalósítani, helyette más azt nem végzi el.

Szem előtt kell tartani azt a lehetőséget, hogy a vezető feladatainak egy részét delegálhatja, azaz munkatársai között feloszthatja, az erre alkalmas munkatárs megbízásával. Ennek során figyelembe kell venni a megbízandó személy szakmai és emberi alkalmasságát. Csak olyan feladat ruházható át delegálással, melynek teljesítésére a meghatalmazott személy képes. Gondosan mérlegelni kell a delegált tevékenység mértékét, az illető alapfeladataival való egyeztetését. Mind az alul, mind a túlzott mértékű megbízás kerülendő.

A vezető számára a feladat nagyságrendje szerint segítő személyek is igénybe vehetők (helyettes, titkár stb.), továbbá célszerű a modern segédeszközök használata: PDA (*Personal Digital Assistant*), Palm Pilot, Kardex rendszer.

Emberierőforrás-menedzsment

Valamely szervezet vagy vállalkozás vezetésének négy alapvető tényezővel kell megbirkóznia (4 M):

M1 = Pénz (*Money*) M3 = Módszerek (*Manufacturing*)
M2 = Ember (*Man*) M4 = Piac (*Market*)

Századunkra a gazdasági tevékenység súlypontja eltolódott:

- föld/alapanyag, munkaerő és tőke irányból a technológia, tudás, *emberi tőke* irányába,
- az iparból és mezőgazdaságból történő gazdagodás irányából *a tudásból és szolgáltatásból* történő gazdagodás irányába.

Az emberi tőke

Az emberi tőke *Kővári* megfogalmazása szerint „a tudás, a tapasztalat, szakismeret a tőke egyik formája, a szervezeti vagyon része. Működtetése, fejlesztése költséges, jelentős befektetéseket igényel mind az egyén, mind a szervezet részéről”. *Schultz* szerint az emberi tőke „emberi, mivel az ember részévé válik, és tőke, mert jövőbeli szükségletkielégítés vagy kereslet – vagy mindkettő forrása”. Az emberi tőke sajátossága, hogy az ember részét képezi, szabad társadalmakban sem adható el, piacon nem forgalmazható, az embereknek önmagukba történő beruházásával szerezhető meg.

Az ember a gazdálkodási/szolgáltatási szervezet alapvető erőforrása. A többi erőforrással több hasonlóságot is mutat: adott kapacitással és teljesítménykínálattal

rendelkezik, megszerzése piacon (munkaerőpiacon) keresztül történik, ára a kereslet–kínálatnak megfelelő.

Sajátossága, hogy

- tartós erőforrás (nem kopik, használat közben inkább javul, hosszú az élettiklusa, teljesítőképessége fokozható, mindegyik karrierfázisban más jellemzők az erősek);
- nem raktározható: amit adott pillanatban nem használunk fel, elvész;
- innovatív (képes megújulni, minőségében változni, új megoldásokat létrehozni);
- nem tulajdona a cégnek;
- döntéseket hoz;
- mobilitása van (elmegy, ha elégedetlen);
- szabad, önálló akarata van;
- elavulásának sajátos szabályai vannak.

Az emberi erőforrás meghatározó erőforrása minden szervezetnek.

Az emberi erőforrással való gazdálkodás kategóriái

1. *Az emberi erőforrások fejlesztése (Human Resource Development)*

Az emberi személyiség fejlesztésével foglalkozik, a képzés–ismeretszerzés áll a középpontban, fő célja a teljesítmény javítása az ismeretek és készségek fejlesztésével.

2. *Szervezetfejlesztés (Organization Development)* szervezeti viselkedéssel, strukturális szervezeti változásokkal, a személyek közötti viszonyok vizsgálatával, alakításával és fejlesztésével foglalkozik.

3. *Emberierőforrás-menedzsment (Human Resource Management)*

E terület a személy- és szervezetfejlesztés és a vezetési funkciók összekapcsolásának kérdéseivel foglalkozik.

4. *Stratégiai emberierőforrás-menedzsment (Strategic Human Resource Management)*

Az emberierőforrás-technikáknak a szervezeti stratégiával történő összekapcsolása tartozik ebbe a kategóriába stratégiai, vezetői és operatív szinten.

Ez a fejezet részletesen az *emberierőforrás-menedzsment* kérdéseivel, a személyzeti munka új megközelítésével foglalkozik, amely az *embert tekinti a legfontosabb erőforrásnak*.

Korábban a *személyügyi menedzsment* (személyzeti munka) szerepfelfogása az volt, hogy támogassa a menedzsmentet a megfelelő munkaerő biztosítása révén a szervezeti célok eléréséhez. Tevékenységét a hatékonyság és humánus szem előtti tartásával végezte.

Napjainkban a menedzsment sokrétű területei közül kétségtelenül az egyik legmeghatározóbb az *emberi- (humán) erőforrás-menedzsment (EEM)*, amely az emberekkel mint a szervezet alapvető erőforrásával foglalkozik (stratégiai szintre emeli), hogy biztosítsa az alkalmazottak leghatékonyabb felhasználását a szervezeti és az

egyéni célok magas szintű megvalósítása érdekében; mégis nem mindenütt ismerték fel ennek valódi jelentőségét. Hazánkban az egészségügy komoly forráshiánnyal küzd, melynek kapcsán a megfelelő eszköz, ingatlan és technológia hiányát egyedül a jól képzett és elkötelezett munkaerő tudja csak kompenzálni. A szervezeti hatékonyság biztosítása érdekében a hatékony munkaerő-felhasználást elősegítő humán-erőforrás-menedzsment-szemlélet és -technikák elterjedése az egészségügy minden területén nagymértékben szükséges. Ennek egyik fontos eleme, hogy a szervezet méretétől függetlenül minden vezetőt be kell vonni a személyzeti munkába.

A hazánkban elfogadott definíció szerint „az emberierőforrás-menedzsment azon funkciók egymásra épülő együttese, amelyek az emberi erőforrások hatékony felhasználását segítik elő az egyéni és szervezeti célok egyidejű figyelembevételével”.

Az EEM alapfeladata, hogy megteremtse a munkavállalók képességei, a munkakör követelményei és az érte nyújtott ellenszolgáltatások közötti összhangot.

A humán-erőforrás-menedzsment célja a szervezeti hatékonyság elősegítése a menedzséri és alkalmazotti hatékonyság növelése révén:

- jól képzett és motivált munkaerő biztosítása, képzettségi szint növelése, etikus magatartás terjesztése, változás menedzselése,
- személyzeti irányelvek, politika közvetítése, jogszerűség,
- teljesítmény értékelése, eszerinti bérezés bevezetése,
- béren kívüli juttatások növelése,
- olyan minőséget fenntartani a munkában, mely kívánatosá teszi az alkalmazotti létet az adott szervezeten belül.

A célok teljesülése mérhető a hatékonyságon és hatásosságon, az ellátottak és dolgozók elégedettségén, jogszerűségen, hiányzáson, fluktuáción, panaszok, balesetek és sztrájkok számán.

A humán-erőforrás-menedzsment eszközei:

- emberierőforrás-stratégia, szervezés és auditálás,
- munkakörtervezés, -elemzés és -értékelés,
- ösztönzés, teljesítményértékelés,
- emberi erőforrás bérezése, jutalmazása,
- munkaerő-toborzás, -kiválasztás, -bevezetés a szervezetbe,
- fegyelem biztosítása, kiválás, leépítés menedzselése,
- munkahelyi kapcsolatok, jogi feltételek biztosítása,
- változás menedzselése, kultúraváltás,
- személyzeti információs rendszer, kommunikáció, fegyelmi ügyek,
- nemzetközi humán-erőforrás-menedzselés.

A humán-erőforrás-menedzsment tevékenységét meghatározza az a külső és belső környezet, ahol a tevékenység történik.

A *külső feltételeket* a társadalmi-gazdasági környezet határozza meg:

- népesség, gazdasági fejlettség,
- gazdasági folyamatok,

- foglalkozási struktúra,
- munkaerőpiaci helyzet (munkanélküliség, munkaerőhiány),
- kor,
- az oktatás és szakképzés rendszere,
- szakszervezetek, üzemi tanácsok,
- az üzleti élet globalizálódása,
- a változás mint kihívás,
- a történelmi háttér,
- a kulturális és fizikai adottságok.

A *belső környezeti tényezők* közé a szervezet, a munka, munkakör és az alkalmazottak jellemzői, a szervezet belső szabályai és stratégiája tartoznak.

1) A szervezet jellemzői:

- szervezeti stratégia és operatív tervek,
- pénzügyi kondíciók és flexibilitás,
- alkalmazott technológia,
- szervezeti struktúra, kultúra.

2) A munka, munkakör jellemzői

3) Az alkalmazottak jellemzői:

- az egyének jellemzői,
- a vezetői stílus és gyakorlat,
- a munkacsoport jellemzői.

A munkaerő tervezése

Emberi erőforrás tervezése a változó külső és belső feltételek elemzésén alapuló folyamat, melynek során a menedzsment meghatározza, hogyan kell a jelenlegiből a kívánatosabb humán erőforrás-pozícióba elmozdulni. A tervezés tehát két alapvető fázisra különíthető: a stratégiai tervezés és akciótervezés fázisára. A stratégia feladata a jelen kondíciók megítélése és a jövőbeni kondíciók, események előjelzése: milyen területen működjön a szervezet, mit kell tennie az alkalmazkodás, változás terén, mikor és milyen mértékben kell a programon változtatni. Az EEM stratégiai döntései közé tartozik annak eldöntése, melyek az EEM céljai és hogyan járul hozzá az EEM a szervezeti célokhoz. Mit kell ennek érdekében tenni? Időszakosan az eredményeket értékelni kell.

A *jelenlegi humán erőforrás-kondíciók megítélése* során három területet kell mindenképpen áttekinteni:

- 1) a jelenlegi személyzeti tevékenységek felmérése,
- 2) a munkát végző alkalmazottak esetében a felkészültség, készségek, gyakorlat, igények és érdekek elemzése, a munkakörök esetében az elvégzendő feladatok, szakképzettségi szükséglet és a szükséges ellenszolgáltatások elemzése.

Az alkalmazottak és a munkakörök közötti megfelelés elemzése. A megfelelés hiánya csökkent teljesítményhez, a munkával való elégedetlenséghez vezet. A megfeleltetéssel mindezek javíthatók.

A jövőbeni kondíciók, események megítélése:

Ennek legfontosabb elemei a belső és külső környezet vizsgálata és az üzleti terv elemzése.

A *külső környezet* vizsgálata főleg a törvényekre, rendeletekre, a munkaerőpiac jellemzőinek alakulására terjed ki, míg a *belső környezeté* a felső vezetés értékeire, illetve a célok elérésével szemben álló potenciális problémák feltérképezésére irányul. Az *üzleti terv* áttekintésekor az üzleti stratégia, operatív tervek és a humán erőforrás tervezése közötti szoros kapcsolatot szem előtt kell tartani.

A *munkaerő-tervezés* (létszámterv) a szervezeti célok megvalósításához szükséges munkaerőt veszi számba. Alapkérdés annak megválaszolása, milyen végzettségű és mennyi dolgozóra lesz a jövőben szükség a szervezeti célok megvalósításához, és hogyan biztosíthatjuk a szükséges munkaerőt. Figyelembe kell venni a fluktuációt, a feladattól függő változásokat. A munkaerőigény és a munkaerő-kínálat összehasonlításából derül ki, hogy munkaerő-felesleg, -hiány vagy egyensúlyi helyzet áll fenn. Munkaerőhiány esetén az eltérés túlórával, nyugdíj melletti foglalkoztatással, új munkaerő toborzásával oldható meg. Létszámfelesleg a munkáltatót nehéz helyzetbe hozza, a humánus és gazdaságos megoldást esetenként kell megtalálni. A munkaerő-tervezés során figyelemmel kell lenni arra, hogy a követelmények (képzettség, minőség) összhangban álljanak a technológiák változásaival.

A munkaerő-tervezés során figyelembe kell venni az ellátandó területet, a betegek súlyossági kategóriáját, az osztály, részleg, mentőállomás elhelyezését, elrendezését, a rendelkezésre álló szakdolgozói létszámot (mennyi az üres állás, kieső munkaidő, tartósan távollévő, engedélyezett állások száma), milyen a szakképzettségi arány, a részmunkaidőben foglalkoztatott. Számolni kell az alaplétszám mellett (a feladatok ellátásához ténylegesen és közvetlenül szükséges létszám) a kiesések (szabadság, betegség, továbbképzés stb.) miatt szükséges tartalék létszámmal is.

A *létszámigény meghatározása* során különböző technikák használhatók. A törekvés az *objektív módszerek* alkalmazására irányul. Ez lehet *trendelemzés*, amikor az utolsó 3–5 év létszámalakulását vizsgálják és ebből vonnak le a jövőre szóló következtetéseket. Az *arányelemzés* valamely ellátandó feladat (pl. betegforgalom, betegek súlyossági foka stb.) és az ellátáshoz igényelt számú speciális képzettségű alkalmazott közötti arányt határozza meg. *Korrelációelemzés* során két vagy több változó közötti statisztikai összefüggést vizsgálnak, van-e összefüggés bizonyos tevékenység és a munkaerő-ellátottság között. Ha ilyen kapcsolat bizonyítható, a létszám-szükséglet kiszámítható.

Subjektív módszereket elsősorban változóban lévő szervezetek esetében alkalmaznak. Mi a vezetők véleménye arról, hogyan befolyásolják a várható változások a létszámigényt? A jelenlegi alkalmazottak szakképzettsége megfelel-e az új egészség-

ügyi szolgáltatásoknak? Egy új módszer vagy szervezeti változtatás csökkentheti vagy növelheti a létszámigényt? A szervezet pénzügyi helyzete, a bérköltségre fordítható hányad érintik-e a tervezett változásokat (egyszerű becslés, szakértői megkérdezés).

A *delphi módszer* több kiválasztott vezető/szakértő egymástól függetlenül megfogalmazott anonim véleményét gyűjti össze. A kiértékelt véleményeket addig ütköztetik, amíg a válaszok nem közelítenek egymáshoz. Inkább hosszú távú előjelzések készítésére alkalmas. Fentiekén kívül még több létszám-meghatározási módszer is ismeretes. Ápolásnál a német módszer terjedt el. Itt figyelembe veszik a beteg állapota szerinti ápolási ráfordítás idejét, és az összesített időket osztják az ápolói munkaórák számával. A top-down módszer lényege, hogy a menedzsment a teljes létszám-szükségletet a szervezeti célok és a még megengedhető bérköltség figyelembe vételével állapítja meg.

A bottom-up módszer használata során a szervezeti egységek alakítják ki létszámigényüket, majd ezt összeadva kapják meg az összes szervezeti létszámot. Az iteratív előjelzés során a célok meghatározása, a rendelkezésre álló munkaerő mennyiségi és minőségi állapota, az előléptetési, ill. utódpotenciál, az előrevetített munkaerő-kereslet és a pótlólagos munkaerőigény fedezésének lehetséges alternatívái képezik a munkaerő-tervezés alapját.

Az egészségügyre jellemző, hogy természeténél fogva létszámigényes ágazat. Ezt a növekvő specializáció, a bővülő ellátási kör, a növekvő ellátási igény és a betegekkel való bánásmód során az egyéni módszerek kívánalma magyarázza.

Állományszervezés

Az állományszervezési folyamat első lépése a szükséges személyzet típusának és a jövőbeli létszámának megtervezése az ellátandó feladatok, a szükséges személyzet iskolázottsági és tudásszintjének, a költségvetési lehetőségek figyelembe vételével. Ismerni kell a merítési forrást, a képzésben részt vevő hallgatók létszámát, az alkalmazás időtartamát, a felmondási lehetőségeket, az ellátandó kliensek számának ingadozását, a részmunkaidős foglalkoztatás lehetőségeit. Számolni kell az ellátó helyek leépítésével, a pályaelhagyások miatt létszámcsökkenéssel, átmeneti létbizonytalanságokkal, a képzésben résztvevők számának mérséklődésével, a későbbi fellendülő szakaszban a magasabb szintű végzettséggel és képzettséggel rendelkező szakemberek hiányával (célszerű a képzést a fellendülő szakaszt megelőzően kiterjeszteni), az ellátási formákon belüli változásokkal (a hangsúly a járóbeteg-ellátás irányába tolódik, fekvőbeteg-ellátás felgyorsul, mértéke csökken, egynapos ellátások stb.).

A következő lépés a *munkaerő-toborzási stratégia* kidolgozása. A munkaerő-toborzás során a megfontolt vezető jól képzett, tehetséges, motivált és újítani képes munkatársakat választ (csak a magát fenyegetve érző – középszerű – vezető választ maga mellé középszerűeket).

A toborzás során előny, ha a szervezet ideális földrajzi környezetben, fejlődő társadalomban helyezkedik el, ha a szervezetnek jó híre van a minőségi betegellátás és

az alkalmazottakkal való becsületes bánásmód tekintetében, ha a környéken egészségügyi képzőintézmény működik, ha a munkaidő rugalmas, a fizetés és a munkakörülmények vonzóak, a karrierépítésre lehetőség mutatkozik. Számításba kell venni a munkahely elérhetőségét, infrastrukturális lehetőségeket, a szabadidőt, hivatalos státust. A toborzás sikerét befolyásolhatja a helyi és országos médiumokban, szakmai lapokban, interneten hirdetések és pályázati felhívások közzététele, szervezet személyzetének szóbeli közlései, oktatási intézményekben a munkahely propagálása. A toborzás a szakmai vezető és a humán erőforrás-menedzser közös felelőssége és feladata.

Alkalmazásra való alkalmasság kiválasztásának módjai

Az alkalmasság megítélhető az írásos pályázat elbírálásával, alkalmas a beszélgetésre behívandók kiválasztására. A beszélgetés során a jelentkező külső megjelenéséről, beszédmódjáról, viselkedéséről, szakmai felkészültségéről lehet meggyőződni. A jelentkező is át gondolhatja, megfelel-e számára a hirdett állás. A beszélgetés (interjú) lehet strukturált és strukturálatlan (szabad beszélgetés). A strukturált interjú megbízhatósága és érvényessége erősebb, a strukturálatlan interjú során többet tudhatunk meg az emberről. (Megbízhatóság: a beszélgetés vezetője következetesen értékeli az egyforma dolgokat. Érvényesség: a beszélgetés vezetője azt értékeli, amit kell, azaz a jelentkező várható/lehetséges teljesítőképességét.)

A felvételi beszélgetés során ismertetni kell a betöltendő állás feladatait, az intézmény küldetését, felépítését, a betöltendő munkakör követelményeit, a beosztással kapcsolatos kérdéseket (fizetés, besorolás, beosztás, szabadnap, szabadság, műszakok, változó munkahely, munkaidő, kötelező túlóra stb.).

A szakmai vezetők legfontosabb szerepe az alkalmazást megelőző állományszervezésben a jövőbeli személyzeti igények megtervezése, a tehetséges egyének felkutatása, a tárgyilagos elbírálás érdekében személyes előítéleteinek háttérbe szorítása az alkalmazást megelőző folyamatban, az újonnan felvett alkalmazottak számukra legjobb teljesítményt ígérő beosztásokba helyezése.

Az alkalmazást megelőző menedzsmentfunkciók közül kiemelendő a szervezeti célok teljesítéséhez szükséges megfelelő számú és képzettségű munkaerő biztosítása, a munkaerő-toborzás megszervezése és lebonyolítása, ebben a szakmai vezetővel történő együttműködés biztosítása, válogatás adekvát és megalapozott kritériumok alapján. A humán erőforrás-menedzser feladata a szakmai vezetővel együtt az újonnan felvett alkalmazottak betanítása a munkahelyre és munkakörbe történő bevezetés, orientáció és szocializáció segítségével.

A *bevezetés* az alkalmazás pillanatában kezdődik. Magába foglal minden olyan tevékenységet, mely felvilágosítást nyújt a szervezeti, alkalmazói és személyzeti politikáról, ezek végrehajtási módjáról. Információt nyújt a szervezet történetéről, küldetéséről, szemléletmódjáról, felépítéséről (utasítási lánc, felelősség), a nyújtott szol-

gáltatásokról, az alkalmazottak feladatairól, elvégzendő munkájukról és kötelezettségeiről, jogairól, bérezéssel kapcsolatos tudnivalókról. Fontos része a személyre szabott munkaköri leírás.

Az *orientáció célja*, hogy az új dolgozó a team tagjának érezze magát. Ennek érdekében a jövőbeni munkahelyet megtervezett program keretében mutatja be az új dolgozónak. Ide tartozik a bemutatkozás, a helyi standardok, irányelvek, eszközök, munkafázisok ismertetése.

Az oktatási intézményben frissen végzettek, hosszabb távollét után visszatérő dolgozók beilleszkedését *szocializáció* segítségével kell megkönnyíteni. Ennek keretében a tapasztalt, hozzáértő alkalmazottak modellként szolgálnak (passzív kapcsolat), a tapasztalat átadó, idősebb tanácsadó (mentor) érzelmi támogatást és erőteljes aktív szerepmodellt nyújt a belépő alkalmazottnak.

A munkavállalói szerep jó teljesítéséhez szükség van megfelelő képzettségre, tudásra, készségekre, a szereppel együtt járó értékrendre és beállítódásra.

Az esetleges motivációs hiányosságok miatt fellépő beilleszkedési zavarokat a jutalmazást és büntetést felhasználó orientációs programokkal lehet csökkenteni. Ha a munkába lépő dolgozó magatartása nem felel meg szerepkörének, a munkába lépést követő rövid időszakban azonnal és gyakran figyelmeztetni kell.

Az egészségügyi szolgáltató szervezet minőségügyi rendszerének kiépítéséhez és működtetéséhez szükséges a humán erőforrásokról történő gondoskodás. Ennek érdekében az egészségügyi szolgáltató szervezet vezetésének feladatait az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvei foglalják össze.

Egy menedzser számára a legnagyobb kihívás a megfelelő személyzet toborzása és működtetése. Ha ebben sikeres, ez növeli a szervezet alkalmazottainak elégedettségét, és hozzájárul az intézeti célok pozitív megvalósításához. Sikertelenség esetén az eredmény a munkahelyi morál csökkenése és elégedetlenség lesz. A siker nagymértékben attól is függ, milyen mértékben működik együtt a személyzet a munkahelyi célok megvalósítása során.

A változás és változtatás kérdései

A változás és változtatás kérdései napjainkban különös jelentőséggel bírnak. A változás az egyén, a szervezetek, a közösség, a társadalom természetes állapota. Azt jelenti, hogy valami mássá válik. A változás és az idő közötti összefüggésre már a rómaiak felhívták a figyelmet: „Tempora mutantur et nos mutamur in illis” (Az idők változnak, és mi is változunk bennük). A változás elkerülhetetlen, konstans, előre gyakran nem megjósolható, gyakorisága és mértéke, intenzitása változó és befolyásolja egy szervezet minden szintjén a személyeket, technológiát stb. Az egészségügyet érintő külső változások sebessége és mennyisége akkor is kényszerít változásokra, ha egyébként a szervezet vagy annak tagjai ezt nem kívánják, nem tervezik.

Az élet- és orvostudomány fejlődése, új diagnosztikai és terápiás eljárások létrejötte, az egészségügyi ellátással szembeni társadalmi, politikai és lakossági elvárások mennyisége és minősége, az egészségügyi ellátó személyzet szakmai, anyagi és létszám igényei mind a változás irányába hatnak. Ezek a változások érintik a struktúrát, a szervezet keretei között zajló folyamatokat és az ezektől függő eredményt. Azonban érdemes megjegyezni *Kocsis József* mondását: „Aki akar valamit, az módszert keres, aki nem, az kifogásokat.”

A változtatás dinamikája

A változás az egyénre vagy szervezetre ható külső és belső erők hatására következik be. A *külső erők* az egyénen vagy szervezeten kívül erednek. Ilyenek az uralkodó társadalmi rend, a törvények, jogszabályok, környezeti és nemzetközi hatások. Az egészségügyben fentiekben túlmenően változást indukálnak az egészségbiztosítás és finanszírozás változásai, a tudomány és technika új eredményei, ágazati szervezeti átalakítások, lakossági elvárások, a „kell és van” közötti ellentmondások, szakmai előírások, új ellátási formák kialakulása.

A *belső erők* a személyen vagy szervezeten belülről erednek. A személyen belülről ható erők között említendő a jelen helyzet változtatásának, a közösségbe való beilleszkedésnek és a szakmai, társadalmi előrehaladásnak, a környezeti hatások elfogadásának, ezek eléréséhez szükséges teendők megvalósításának, az egyéni boldogság elérésének szándéka. Ezek motiváló erők, de ezek mellett kialakulnak ezzel ellentétes magatartást létrehozó erők is.

A szervezeten belülről eredő erők közé tartozik a szervezet fejlesztési tervének, stratégiájának módosítása, új szervezeti, működési és egyéb szabályzatok bevezetése, a humán erőforrás politikájának és gazdálkodásának megújítása érdekében kifejtett erőfeszítések. A belső erők általában pozitívak, a szervezet minőségének javítását szolgálják.

A változás tehát valamely erő, behatás következtében jön létre a *változtatás folyamatában*. Ha a változás valamely váratlanul felmerülő eseményre vagy problémára adandó válaszként merül fel és bármikor előfordulhat, *nem tervezett vagy reaktív* változásról beszélünk.

A *tervezett változtatás jól átgondolt*, szándékosan megtervezett és végrehajtott szerkezeti megújulás, új filozófia vagy célkitűzés a jelenlegi struktúra, stílus vagy környezet tudatos megváltoztatása, ami valami történést hoz létre.

Tervezett változtatás alkalmazható bármely nagyságrendű változás elérése érdekében, de mindenképpen alkalmazni kell komplex vagy nagy kiterjedésű projektek esetén, melyek sikeres végrehajtásához hosszabb időre és forrásokra van szükség.

A változás kezdeményezője, elindítója és előmozdítója az a személy, aki változtatásra törekszik vagy változást akar véghezvinni. Ez a személy lehet egy ötlet kigondolója (nem feltétlenül kell vezetőnek lennie) vagy aki egy más ötletében felismeri a

lehetőséget. A tervezett változtatás megkezdése és összehangolása a szervezeten belül és a környezettel azonban már vezetői feladat, amely jól fejlett vezetői és szervezési képességeket igényel.

A változtatás előtt néhány kérdést kell megválaszolni:

Miért *akarunk* változtatni (célok, személyes ambíciók stb.), illetve miért *kell* változtatni, mennyire elkerülhetetlen a változtatás (kényszerhelyzet)?

Mi a probléma, miért nem vagyunk elégedettek a jelenlegi helyzettel?

Mik a fő változtatási irányok, mi a változtatás mérete?

Mennyire igénylik (támogatják, túrikk) az emberek a változtatást (motivációs célok)?

Mennyire lesz jobb a tervbe vett változtatás következtében?

Mit bírunk megtenni egyszerre, mi az elsődleges fontosságú, mi halasztható (prioritások felállítása)?

Az erőter-elemzés azokat az erőket írja le, melyek vagy a változás irányába vagy azzal ellentétes irányba hatnak. Előbbieket *hajtó (támogató) erőknek*, utóbbiakat *korlátozó (visszafogó) erőknek* nevezik. Ezek az erők alapesetben egymással egyensúlyi helyzetben vannak, azaz a *status quo ante* helyzete áll fenn. Ha az egyensúlyi helyzet megbomlik vagy a hajtóerők erősödése/gyengülése vagy a korlátozó erők gyengülése/erősödése következtében változás következik be. A változtatás kezdeményezőjének ezeket az erőket kell felmérnie, mert változást csak ezek ismeretében tud végrehajtani. A változások elősegítésének *a korlátozó erők csökkenése hatékonyabb módja*, mint a hajtóerők növelése, mert ez utóbbi váltja ki általában a konfliktusokat. Erre példa az elmúlt évek hazai egészségügyi „reformjainak” sorsa. Hajtóerő lehet a menedzser részéről gyakorolt nyomás, a szándék, hogy a vezető kedvére tegyenek a beosztottak, de leginkább annak felismerése, hogy a változtatás javít a szituáción, és annak sikeres végrehajtása a szervezet és annak résztvevői számára kedvezőbb helyzetet eredményez.

A változtatással szembeni ellenállás

A változtatással szembeni ellenállás gyökerezhet abban, hogy:

a változtatás prezentálása hibás módon és rossz időpontban (pl. szabadság időben) történt;

- a javaslatnak több gyenge pontja van;
- félelem az újjal szemben;
- félelem az eddigi előnyök feladása miatt;
- megszokás, kényelmesség;
- félelem, hogy az újhoz nincs meg a kellő felkészültség, tudás, készség;
- az eddig élvezett irányítás elvesztése miatt érzett aggodalom, bizonytalanság;
- hiányzik a bizalom.

Az ellenállást napjainkban a változtatásra adott természetes és elvárt reakcióként kell felfogni.

Olyan légkört kell teremteni, amely segíti az ellenállás mérséklését. Ennek kulcskérdése az ellenvetések meghallgatása, javaslatok mérlegelése, meggyőzés, esetleg a terv módosítása. A tervezett változtatás ne legyen autokratikus. A tervezés fázisától kezdve a megszilárdításig a vezető vonja be érintett munkatársait a változtatási folyamatba, és biztosítson részükre lehetőséget véleményük kifejtésére.

A változtatásokkal kapcsolatos elméletek többsége *Lewin* elméletére épül. Ebben meghatározta a változás alapvető akadályait, és létrehozott egy három fázisból álló modellt az akadályok leküzdésére. Ez egy lineáris, tervezett változtatáson alapuló modell, ami amellet érvel, hogy a változás folyamatosan és közvetlen módon mehet végbe, ha azt hatásos változtatási elvek vezérlik. Ahhoz, hogy a változás bekövetkezzen, szükséges a csoport (team) tagjainak egyetértő támogatása.

Az *első fázis* a status quo, azaz a fennálló helyzet „felolvasztása”. Ebben a szakaszban nagyszámú gyűjtött adat alapján elemezni kell a fennálló helyzetet, fel kell ismerni, vannak-e változtatást szükségessé tevő okok/problémák, el kell dönteni, szükség van-e változtatásra. A vezető tegye fel azt a kérdést is: képes-e a változtatást végrehajtani? Megéri-e számára a fáradságot? Szüksége van-e rá, vagy nélküle is megtörténhet a változtatás?

Ha a fenti kérdésekre igen a válasz, másokban is tudatosítani kell a változtatás szükségességét. Az emberek általában azt részesítik előnyben, ami számukra is ismeretes és ellenállnak a változtatásnak, ha a változás iránti igény nem pontosan megfogalmazott, nincs tényszerű adatokkal indokolva és nem elég erős arra, hogy motivációt jelentsen a változás irányába. Ebben a szakaszban kerül sor a hajtóerők erősítésére és a korlátozó erők csökkentésére, a források biztosítására.

A *második fázisban* kell megjelölni a célokat és kidolgozni a változtatás tervét, megjelölve a határidőket. Ez az átalakítás szakasza. Pontosítani kell a várható támogatás és ellenállás területeit, megfelelő stratégiát és taktikát kell kidolgozni elsősorban a korlátozó erők gyengítésére. Figyelembe kell venni a változtatás időzítését, ütemét és a végrehajtás mélységét (a változtatást kezdetben szűkebb körben kell végrehajtani, a szélesebb körre történő kiterjesztés a tapasztalatok felhasználásával – szükség esetén az eredeti terv módosításával – történjen). A végrehajtás egész időszaka során szoros kapcsolatot kell tartani valamennyi érintettel, lehetővé kell tenni az esetleges aggályok eloszlatása érdekében a folytonos kommunikációt. Az *érintettek közreműködése nélkül a változtatás nem lehet sikeres*, ezért őket minél szélesebb körben be kell vonni a folyamatba. Ellenállásra az egész időszakban számítani kell, ezeket folytonosan fel kell térképezni és kétirányú kommunikációval folytonosan gyengíteni szükséges.

A harmadik szakasz a „*visszafagyasztás*” (*megszilárdítás*) szakasza. A megváltozott viszonyok következtében kialakuló új helyzetet meg kell erősíteni, el kell érni, hogy az érintettek fogadják el és tegyék magukévá az új értékrendet, ez legyen a norma.

A második és harmadik szakaszban a folyamatot állandó figyelemmel kell kísérni, ellenőrizni kell a megvalósítást, ha módosítás szükséges, azokat késlekedés nélkül, de az érintettek informálása és együttműködésük elnyerése után végre kell hajtani. Ha ez nem történik meg, fennáll a veszélye, hogy visszatérnek a régi magatartásformákhoz.

A változtatási folyamat befejezése után a vezető feladata nem ért véget. Hosszabb időn át figyelemmel kell kísérnie, hogy a változtatás az adott források és keretek között elérte-e a célját, milyen az érintettek elégedettsége a változásokkal kapcsolatban, rögzült-e az új helyzet vagy megfigyelhetők-e jelek a régihez való visszatérés szándékát illetően.

A változásban való sikeres részvétel kulcskérdései mind a vezetők, mind a beosztottak számára a következőkben fogalmazhatók meg:

Jövőkép megfogalmazása, változtatások hatásának bemutatása. Keresni kell a változás hasznát: közelebb visz-e célunkhoz, hatékonyabb lesz a munka a változott körülmények között, javul-e a minőség, kedvezőbb lesz a költség/haszon arány? Tegyük fel a „ki, mit, mikor, hogyan” kérdéseket a változási folyamat mindhárom fázisát illetően. Legyenek javaslatok az előkészítés és a megvalósítás fázisában. Ha vannak, kapjanak hangot az aggodalmak is.

- Az emberek mozgósítása, folyamatos ösztönzése aktív részvételre a változási folyamatban.
- A valós vagy látszólagos megtorpanások idején türelmet kell tanúsítani.
- Keresni kell támogatókat, biztosítani kell a szükséges forrásokat; a változtatási folyamatában mindvégig lehet ellenállásra számítani, leküzdésük érdekében a szükséges lépéseket meg kell tenni.
- A merevség ártalmas, a rugalmasság jusson érvényre.
- Minden vélemény jusson kifejezésre és meghallgatásra.

A változtatás érdekében használt stratégiák

A változtatás érdekében általánosan használt három stratégia közül a megfelelően alkalmazható stratégia attól függ, hogy egy adott időpontban milyen hatalommal rendelkezik a változtatás kezdeményezője és milyen mértékű a beosztottak várható ellenállása.

A *racionális-empirikus* stratégia alkalmazása során feltételezik, hogy az emberek gondolkodó lények, akik változtatni fognak, mihelyt rendelkezésükre áll a változtatás szükségességét igazoló tényszerű információ. Ez a stratégia akkor használatos, amikor a változtatás ésszerűnek tűnik vagy vele szemben kevés ellenállás várható.

A *normatív-átnevelő* stratégia a csoportmunkára alapozódik. A változtatás kezdeményezője az embereket társas lényeknek tekinti, akiknek egymásra gyakorolt hatása erősebb, mint a tények ereje. A változtatás kezdeményezője a változtatás

elfogadtatása érdekében az emberi kapcsolatokra, beállítódásokra és érzésekre, azoknak a változtatás érdekében történő befolyásolására koncentrálnak.

A harmadik stratégiát *hatalmi–kényszerítő* stratégiának nevezik, mert ez a stratégia a legitim hatalom gyakorlásán, gazdasági kényszerítéseken vagy politikai nyomáson alapul. Ez a megközelítés feltételezi, hogy az emberek gyakran ragaszkodnak berögzült módszereikhez, és csak a hatalmi–kényszerítő módszerek valamelyikének alkalmazása bírja rá őket a változtatásra. Az ellenállással szemben a vezetők hatalmi eszközöket alkalmaznak: vagy elfogadják az emberek a változtatásokat vagy távoznak. A változtatás kezdeményezője alkalmazhatja mindhárom stratégiát, pl. a dohányzásról való leszoktatás érdekében (a dohányzás rákot okoz: racionális–empirikus megközelítés; családtagok nevelő hatása: normatív–átnevelő megközelítés; megtagadja, hogy az illetővel egy helyiségben tartózkodjon: hatalmi–kényszerítő megközelítés).

A változtatás eredményes menedzselése a vezető részéről kellő vezetői ismereteket, tapasztalatot, helyzetfelismerő és problémamegoldó képességet igényel.

A magyar egészségügyi jogi környezetének főbb elemei

Folyamatos egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezeti kérdései (a módosított 47/2004. (V.11.) ESZCSM rendelet kivonatos ismertetése)

Az életet, egészséget hevenyen fenyegető megbetegedés, ill. a beteg állapotromlásának időben történő megelőzésére, ill. ellátására a mentőszolgálatok, ügyeleti ellátások és sürgősségi betegellátó rendszer működik. Biztosítani kell a lakosság számára a folyamatos hozzáférhetőséget, az év minden napján az ellátás egységes színvonalát, az elérhetőséget a lakosságszám, a szakmai feltételek és a progresszivitás figyelembe vételével, az egészségügyi szolgálatokon belül és között a hatékony együttműködést és az erőforrással való optimális gazdálkodást.

A sürgősségi betegellátó rendszer fekvőbeteg-ellátáson kívüli szervezett formája az alapellátási ügyelet és a mentés. Fekvőbeteg-ellátás keretében ki kell alakítani a sürgősségi fogadóhelyet (részleget), sürgősségi betegellátó osztályt, ügyeleti és a munkavégzés helyszínén kívül szervezett készenléti szolgálatot.

A folyamatos egészségügyi ellátás biztosításának területi elvei

Az ellátás biztosítható több egészségügyi szolgáltatás bevonásával szervezett ügyelet, házi gyermekorvosi ügyelet és a fővárosban, megyeszékhelyeken, megyei jogú városokban működő fogorvosi ügyelet formájában.

A folyamatos egészségügyi ellátás biztosításának eszközei

- Műszakbeosztás szerinti munkarend esetén a műszak ideje lehet a napi teljes munkaidő mértéke, esetleg legalább 6 órás rövidített műszak vagy maximum 12 órás nyújtott műszak. Műszak szervezése kötelező sürgősségi betegellátó osztályon, sürgősségi centrumban és a mentés keretében.
- Készenlét: napi munkaidőn kívül a munkavégzés helyszínén kívül munkára kész rendelkezésre állás 40 percen belüli megjelenési kötelezettséggel.
- Ügyelet lehet: osztályos, összevont osztályos/mátrix, sürgősségi, eseti (átmeneti időre szervezett) és alapellátás keretében szervezett háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi ügyelet.

Ügyelet szervezése akkor indokolt, ha a betegfelügyeleti feladatok mellett átlagosan az ügyeleti idő 25%-át meghaladóan, de legfeljebb annak 50%-áig kell sürgősségi és betegfelvételi feladatokat is teljesíteni.

Az ügyeleti idő átlagosan 50%-át meghaladó feladatok esetén műszakot kell szervezni.

A *háziorvosi ügyelet* lehet változó telephelyű (az adott napon ügyeletet ellátó háziorvos rendelőjében) vagy azonos telephelyű (a háziorvosok ugyanazon a helyszínen látják el ügyeleti feladataikat). A központi ügyelet az érintett háziorvosi körzetek lakosságának folyamatos alapellátási szintű sürgősségi ellátása a mentőszolgálatlal együttműködve.

A *háziorvosi ügyeleti ellátás része az ápolói feladatok folyamatos biztosítása*. A rendelet részletezi az ápolói feladatait és felsorolja a *fogászati ügyeleti ellátás* keretében ellátandó feladatokat is.

Fekvőbeteg-szakellátás keretében működő sürgősségi ellátás során biztosítani kell a betegek folyamatos ellátását. A sürgős ellátást igénylő betegek részére fogadóhelyet kell kialakítani, ill. biztosítani kell a betegeket fogadó szakasszisztens jelenlétét, aki a panaszok alapján riasztja az illetékes ügyeletes orvost. A sürgősségi fogadóhelyen történik a betegek fogadása, vizsgálata, állapotuk stabilizálása, elsődleges diagnózis felállítása, alapvető terápiás beavatkozások elvégzése, döntés a beteg ellátást követő elbocsátásáról, intenzív osztályon történő elhelyezéséről vagy más osztályra történő felvételéről.

Sürgősségi osztályt akkor kell létesíteni, ha a várható sürgősségi betegforgalom a napi 40 főt átlagosan meghaladja. *Sürgősségi centrumot* a legmagasabb ellátási szinten működő egészségügyi szolgáltatónál kell létesíteni, amely a sürgősségi feladatok széles skáláját képes ellátni. A sürgősségi centrumban, ill. osztályon történik a legfeljebb 24 óra alatti végleges ellátás, a megfigyelést igénylő esetek ellátása és a betegek közvetlenül e helyekről történő elbocsátása.

Speciális sürgősségi centrumokat egy-egy régió ellátására egyetemi klinikák, egyes országos intézetek, ill. speciális osztállyal rendelkező egészségügyi szolgáltatók működtetnek az alábbi szakterületeken:

- szívsebészet, invazív (hemodinamikával rendelkező) kardiológia a progresszívitás második, harmadik szintjén,

- toxikológia a progresszivitás harmadik szintjén,
- égéssebészet a progresszivitás második, harmadik szintjén,
- idegsebészet, stroke a progresszivitás harmadik szintjén,
- infektológia a progresszivitás harmadik szintjén.

A *mentésre* feljogosított egészségügyi szolgáltató az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló beteget a feltalálási helyén sürgősségi ellátásban részesíti, ill. az állapotának megfelelő ellátására alkalmas legközelebbi egészségügyi intézménybe szállítja és szállítás közben is ellátásban részesíti.

Az egészségügyi tevékenység végzésére meghatározott *maximális napi 12 órát, illetve heti 48 órát meghaladóan végzendő egészségügyi tevékenységet indikáló rendkívüli körülmény:*

- járványveszély vagy járvány fennállása,
- katasztrófa bekövetkezésének közvetlen veszélye vagy bekövetkezése,
- rendkívüli helyzet fennállása,
- az egészségügyi ellátó hálózatban bekövetkezett rendkívüli esemény vagy körülmény.

Az egészségügyi törvény vázlatos ismertetése

I. fejezet

A törvény célja, alapelvei és hatálya

II. fejezet

A betegek jogai és kötelezettségei

Az egyén szerepe

5. §. Mindenki köteles tiszteletben tartani mások jogait az egészséghez, annak védelméhez, a megelőzéshez, a gyógyuláshoz. Köteles tartózkodni minden olyan cselekvéstől, mely mások egészségét veszélyezteti. Köteles – a tőle elvárható módon – segítséget nyújtani vagy veszélyhelyzet felismerése esetén a tudomása szerint arra illetékes egészségügyi szolgáltatót értesíteni.

Joga van egészségügyi ismeretek megszerzéséhez, tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott ellátásokról, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, a betegjogokról, érvényesíthetőségéről. *Saját egészségi állapotáért a tőle elvárható módon felelősséggel tartozik.*

Az egészségügyi ellátáshoz való jog

6. §. Minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő és a súlyos vagy maradandó egészség károsodás megelőzését biztosító ellátáshoz, a fájdalmi csillapításához, szenvedései enyhítéséhez.

7. §. Minden betegnek joga van – *jogszabályban meghatározott keretek között* – az egészségi állapota által indokolt megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátáshoz.

8. §. A betegnek joga van az ellátást végző orvos megválasztásához az egészségügyi szolgáltató és a választott orvos egyetértésével, ha azt az ellátás szakmai tartalma, sürgőssége vagy az ellátás igénybevételének alapjául szolgáló jogviszony nem zárja ki. Ez a jog fekvőbeteg-intézményben az intézmény működési rendjének megfelelően gyakorolható.

9. §. Várólistára helyezéskor a sorrend kialakítása és a beteg kiválasztása ellenőrizhetően, hátrányos megkülönböztetés nélkül történik. Ezt a beteg vagy betegjogi megbízottja ellenőrizheti.

Az emberi méltósághoz való jog

10. §. A beteg emberi méltóságát tiszteletben kell tartani, rajta kizárólag az ellátáshoz szükséges beavatkozások végezhetőek. Jogai gyakorlásában csak az egészségügyi állapota által indokolt ideig, törvényben meghatározott mértékben és módon korlátozható. Személyes szabadsága ellátása során kizárólag sürgős szükség esetén, ill. saját vagy mások testi épségének védelmében korlátozható, de ez nem lehet büntető jellegű és csak addig tarthat, ameddig az elrendelés oka fennáll. Korlátozást orvos írásban rendel el, kivételes esetben szakápoló is elrendelheti, de az orvost haladéktalanul értesítenie kell, aki azt 16 órán belül írásban hagyja jóvá. A beteget csak méltányolható okból és ideig szabad várakoztatni. A beteg ellátása során szeméremérzetére tekintettel ruházata csak a szükséges időre és szakmailag indokolt mértékben távolítható el.

A kapcsolattartás joga

11. §. A betegjogok gyakorlását a kórházi házirend határozza meg. A betegnek fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezése során joga van más személyekkel írásban vagy szóban kapcsolatot tartani, látogatókat fogadni. Megtilthatja, hogy gyógykezelésének tényét vagy ezzel összefüggő egyéb információt más előtt feltárják. Ettől csak a gondozása érdekében közeli hozzátartója vagy ellátását végző személy kérésére lehet eltekinteni.

Súlyos állapotú betegnek joga van arra, hogy az általa megjelölt személy mellette tartózkodjon. Súlyos állapotú az a beteg, aki önmagát nem képes ellátni, fájdalmi gyógyszerrel sem csillapíthatók, ill. pszichés krízishelyzetben van. Kiskorú mellett szülője, vajúdo mellett az általa megjelölt személy folyamatosan tartózkodhat. Az anyának joga van arra, hogy újszülöttjével egy helyiségben helyezték el. A beteget megilleti vallásának megfelelő egyházi személlyel való kapcsolattartásának és vallása szabad gyakorlásának joga. Jogosult saját ruháit és személyes tárgyait használni.

Az intézmény elhagyásának joga

12. §. A betegnek joga van az egészségügyi intézményt elhagyni, ha ezzel mások testi épségét, egészségét nem veszélyezteti. Ez a jog csak törvényben meghatározott módon korlátozható. A beteg távozási szándékát orvosának bejelenti, aki ezt a ténytet a beteg egészségügyi dokumentációjában feltünteti. Ha a beteg bejelentés nélkül távozik, az orvos ezt az egészségügyi dokumentációban feltünteti, és ha a beteg állapota ezt indokolja, értesíti az illetékes hatóságokat, ill. cselekvésképtelen beteg esetén a törvényes képviselőt.

A beteg gyógyintézetből történő elbocsátásáról a beteget, ill. hozzátartozóját előzetesen, legalább 24 órával előbb értesíteni kell.

A tájékoztatáshoz való jog

13. §. A beteg jogosult számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra egészségi állapotáról, annak orvosi megítéléséről, javasolt beavatkozások elvégzéséről, ill. elmaradásáról, előnyeiről, kockázatairól, időpontjáról, döntési jogáról, alternatív lehetőségekről, további ellátásokról, javasolt életmódról.

A betegnek joga van kérdésre, vizsgálatok, beavatkozások eredményeinek, esetleges sikertelenségének megismerésére, joga van megismerni az ellátásban részt vevő személyek nevét, szakképesítését, beosztását. Joga van, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást. A cselekvőképes beteg lemondhat a tájékoztatásról, kivéve, ha betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy másokat ne veszélyeztessen. Kijelölheti azt a személyt, akit helyette tájékoztatni kell. A beteget akkor is tájékoztatni kell, ha beleegyezése egyébként nem szükséges feltétele a gyógykezelés megkezdésének.

Az önrendelkezéshez való jog

15. §. A beteget megilleti az önrendelkezéshez való jog, melyet csak törvényben meghatározott esetekben és módon lehet korlátozni. Ennek keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi szolgáltatást igénybe venni, ill. annak során milyen beavatkozásokba egyezik bele, melyeket utasít vissza, figyelembe véve a visszautasítási jogban előírt korlátozásokat. Joga van részt venni a kezelését érintő döntésekben. Bármely egészségügyi beavatkozás előfeltétele a beteg tévedéstől, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezése. Invazív beavatkozásokhoz a beteg írásbeli – két tanú együttes jelenlétében szóban vagy más módon megtett – nyilatkozata szükséges. Részletesen foglalkozik a törvény, hogy ki tehet a beteg megbízásából vagy helyett nyilatkozatot.

16. §. Vélelmezni kell a beleegyezést, ha a beteg egészségi állapota miatt nem képes nyilatkozni, és a jogosult más személytől a nyilatkozat beszerzése miatti késedelem a beteg egészségi állapotának súlyos vagy maradandó károsodásához vezetne. A beteg beleegyző nyilatkozatát bármikor visszavonhatja.

17. §. A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmulasztása mások – ide értve a 24. hetet betöltött magzatot is – egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, vagy a beteg közvetlen életveszélyben van.

18. §. Ha egy invazív beavatkozás során annak kiterjesztése előre nem látható mértékben szükségessé válik, erre irányuló beleegyezés hiányában csak akkor végezhető el, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene. Valamely szerv vagy testrész elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezető beavatkozás az arra vonatkozó beleegyezés hiányában csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy akkor végezhető el, ha elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

19. §. A beteg írásbeli beleegyezése szükséges életben eltávolított sejtjének, szervének, szövetének egészségügyi ellátással össze nem függő bármely célú felhasználásához. Nem kell a beteg hozzájárulása ezen anyagok szokásos módon történő megsemmisítéséhez. A betegnek joga van arra, hogy halála esetén rendelkezzen a holttestét érintő beavatkozásokról. E törvény rendelkezései szerint megtilthatja, hogy holttestéből szervet vagy szövetet gyógyítás, kutatás vagy oktatás céljából távoítsanak el.

Az ellátás visszautasításának joga

20. §. 1-2) A cselekvőképes beteget megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné.

A beteg minden olyan ellátást, melynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan *súlyos vagy maradandó károsodás* következne be, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez utóbbi esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni és a két tanúval aláírni kell.

3) A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az *életfenntartó vagy életmentő beavatkozás* visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Ilyen visszautasításra az 1) pont szerinti alaki előírások mellett kerülhet sor.

4) A 3) bekezdés szerinti visszautasítás csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja, s egybehangzóan írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, ill. hogy a 3) bekezdés szerinti feltételek fennállnak, továbbá hogy a beteg az orvosi bizottság jelentését követő 3. napon – két tanú jelenlétében – ismételten kinyilvánítja visszautasítási szándékát. A bizottság tagjai a kezelőorvos, egy – a beteg gyógykezelésében részt nem vevő – a betegség jellegének megfelelő szakorvos, valamint egy pszichiáter szakorvos. A beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására. A továbbiakban meg kell kísérelni a döntés megváltoztatását. A beteg nyilatkozatát minden alaki megkötés nélkül bármikor visszavonhatja.

Cselekvőképes személy – későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére – közjegyzői közokiratban visszautasíthat

- egyes vizsgálatokat, beavatkozásokat (pl. újraélesztést),
- egyes életfenntartó, életmentő beavatkozásokat, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát ellátni képtelen, ill. ha fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel nem enyhíthetők. Cselekvőképtelensége esetére megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogait helyette gyakorolhatja (*living will*, élő végrendelet).

(A 117/1998.(VI.16.) Korm. rendelet intézkedik „Az egyes egészségügyi ellátások vissza-utasításának részletes szabályairól”.)

Ha kétség merül fel, és a beteg akarata világosan és meggyőző módon nem kideríthető, a beteg később tett személyes nyilatkozatát kell figyelembe venni. A beteget nem szabad kényszeríteni döntésének megváltoztatására, és továbbra is jogosult fájdalmi csillapítására, szenvedéseinek enyhítésére.

Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

24. §. A beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatot, joga van egészségügyi adatairól felvilágosítást kérni. Az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik. Joga van a rá vonatkozó adatokat megismerni, a dokumentációba betekinteni, arról másolatot kérni, zárójelentést kapni.

A beteg halála esetén közeli hozzátartozója, törvényes képviselője, örököse jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, a halált megelőző gyógykezelésével kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, azokról másolatot kapni. A beteg egészségügyi ellátásának ideje alatt felhatalmazhatja az általa meghatározott személyt a rá vonatkozó dokumentációba való betekintésre, azokról másolatok készítésére.

Az orvosi titoktartáshoz való jog

25. §. A beteg jogosult arra, hogy az őt ellátó személyek a tudomására jutott személyes vagy egészségügyi adatait csak az arra jogosulttal közöljék, azokat bizalmasan kezeljék. A betegnek joga van megjelölni azt a személyt, akinek felvilágosítás adható és azokat, akiket kizár adatainak megismeréséből. A beteg egészségügyi adatait hozzájárulása hiányában is közölni kell, ha ezt a törvény elrendeli, vagy mások testi épségének megőrzése ezt szükségessé teszi, valamint a beteg további ellátását végző személyekkel. A betegnek joga van ahhoz, hogy kezelése és vizsgálata során csak azok legyenek jelen, akinek részvétele szükséges az ellátáshoz, ill. akik jelenlétéhez a beteg hozzájárul. Joga, hogy ellátása olyan körülmények között történjen, hogy azt beleegyezése nélkül mások ne láthassák, hallhassák, kivéve, ha sürgős szükség és veszélyeztető állapot esetén ez elkerülhetetlen. A beteg megjelölheti, ill. kizárhatja azt a személyt, akit kórházi elhelyezéséről, állapotának alakulásáról értesíthetnek és akit állapotának jelentős mértékű változásáról értesíteni kell.

A beteg kötelezettségei

26. §. A beteg köteles tiszteletben tartani ellátása során a vonatkozó jogszabályokat és az intézményi rendet. Köteles állapota szerint együttműködni az őt ellátókkal, tájékoztatni őket mindarról, ami a kórisme felállításához, a kezelési terv elkészítéséhez, a beavatkozások elvégzéséhez szükséges (korábbi és ismert jelen betegségek, gyógyszeresedés, egyéb egészségügyi kockázat tényezők, fertőző betegségek, azokat kitől kaphatta, korábban tett jognyilatkozatok). Köteles az egészségügyi ellátók gyógykezeléssel kapcsolatos rendelkezéseit, a házirendet betartani, az előírt térítési díjat megfizetni, adatait hitelt érdemlő módon igazolni. A beteg és hozzátartozói jogainak gyakorlása nem sértheti az egészségügyi dolgozóknak törvényben foglalt jogait.

Az egészségügyi szolgáltató köteles a beteget jogairól azok érvényesítésének lehetőségeiről és az intézeti házirendről tájékoztatni.

29. §. A beteg jogosult ellátásával kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatónál vagy fenntartójánál panaszt tenni, az ellátó köteles a panaszt kivizsgálni és ennek eredményéről a beteget 10 munkanapon belül írásban értesíteni. Mindez nem érinti a beteg azon jogát, hogy panaszával más szervekhez forduljon. Erre a körülményre a szolgáltató köteles a beteg figyelmét felhívni.

A betegjogi képviselő

30. §. A betegjogi képviselő ellátja a betegek törvényben meghatározott jogainak védelmét, és segíti őket jogaik megismerésében és érvényesítésében. A betegjogi képviselő segíti a beteget panaszai megfogalmazásában, panaszt tesz az egészségügyi intézmény vezetőjénél, fenntartójánál, eljár az arra illetékes hatóságnál. Tájékoztatja az egészségügyi dolgozókat a betegjogokra vonatkozó szabályokról, azok változásairól. Köteles felhívni a szolgáltató vezetőjének vagy fenntartójának figyelmét, ha tevékenysége során az egészségügyi szolgáltató működésével kapcsolatban jogsértő gyakorlatra vagy egyéb hiányosságra bukkan. Javaslatot tesz azok megszüntetésére. Kiemelten kezeli az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, egészségi állapotuk vagy társadalmi szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők betegjogi védelmét.

Működésüket, jogaikat részletesen az 1/2004.(I.5.) ESZCSM rendelet szabályozza.

III. fejezet

Népegészségügy

IV. fejezet

Az egészségügyi ellátások rendszere

Működési elvek. A megelőző ellátások (fertőző betegségek megelőzése, szűrővizsgálatok, várandósok gondozása). Az egészségügyi ellátórendszer (alap-, járó- és fekvőbeteg-szakellátás). Egyéb egészségügyi ellátások (ügyelet, mentés, ápolás, haladókó beteg gondozása /hospice/, rehabilitáció, orvostechnikai eszköz- és gyógyszerellátás, klinikai pszichológia stb.)

V. fejezet

Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei

Az egészségügyi szolgáltatás megkezdésének és gyakorlásának feltételei. Tárgyi és személyi feltételek. A szolgáltatás minőségének biztosítása.

VI. fejezet

Az egészségügyi dolgozók jogai és kötelességei

125. §. Az egészségügyi dolgozók ellátási kötelezettségei

- Sürgős szükség esetén az egészségügyi dolgozó – időponttól és helytől függetlenül – az adott körülmények között a tőle elvárható módon és a rendelkezésre álló

eszközöktől függően az arra rászoruló személynek elsősegélyt nyújt, illetve a szükséges intézkedéseket haladéktalanul megteszi. Kétség esetén a sürgős szükség fennállását vélemezni kell.

- Az orvosi szakképzettséggel nem rendelkező egészségügyi dolgozó a hozzá forduló beteg vizsgálatáról kompetenciájának keretei között saját maga, ill. ha az kompetenciájának kereteit meghaladja, az erre jogosult orvos értesítése útján gondoskodik. Ez utóbbi esetben azonban, ha a beteg állapota ezt szükségessé teszi, az orvos megérkezétségéig elvégzi mindazokat a beavatkozásokat, melyek nyújtására szakmai kompetenciája alapján jogosult.

129. §. Vizsgálati és terápiás módszerek megválasztása

- A kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek közül – a hatályos jogszabályi keretek között – szabadon válassza meg az adott esetre alkalmazandó, általa, ill. a közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást.
- A kezelő orvos – feladatkörében – jogosult a beteg ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozó részére utasításokat adni. Az utasítás keretein belül az egészségügyi dolgozó – szakmai kompetenciájának keretei között és felkészültségének megfelelően – önállóan határozza meg az általa elvégzendő feladatok végrehajtásának módját és sorrendjét.

131. §. Az ellátása megtagadásának joga

Az orvos a beteg ellátását köteles megtagadni, ha a kért ellátás jogszabályba v. más szakmai szabályba ütközik, arra saját egészségi állapota vagy egyéb gátló körülmények miatt fizikailag alkalmatlan és akkor is megtagadhatja, ha

- a) az adott ellátás erkölcsi felfogásával, lelkiismereti vagy vallási meggyőződésével ellenkezik,
- b) a beteg együttműködési kötelezettségét súlyosan megszegi,
- c) vele szemben a beteg sértő vagy fenyegető magatartást tanúsít, kivéve, ha e magatartását betegsége okozza,
- d) saját életét vagy testi épségét a beteg magatartása veszélyezteti.

Az a) és c) pontban foglaltak alapján az ellátást csak akkor tagadhatja meg, ha ez a beteg egészségi állapotát károsan nem befolyásolja és a beteget más orvoshoz irányítja vagy javasolja, hogy saját érdekében forduljon más orvoshoz.

Orvosi szakképzettséggel nem rendelkező egészségügyi dolgozó a beteg által kért egészségügyi ellátást köteles megtagadni, ha az jogszabályba vagy más szakmai szabályba ütközik, valamint arra saját egészségi állapota vagy egyéb gátló körülmények miatt fizikailag alkalmatlan és – a kezelőorvos tájékoztatása mellett – megtagadhatja a kompetenciájába tartozó ellátások végzését ugyanazon okok miatt, aminek alapján azt az orvos is megteheti.

134. §. Tájékoztatási kötelezettség

A szóbeli tájékoztató nem helyettesíthető az előre elkészített írásbeli ismertető segédanyagok átadásával.

136. §. Dokumentációs kötelezettség

A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.

138. §. Titoktartás kötelezettsége

A titoktartási kötelezettség időbeli korlátok nélküli és vonatkozik minden, a beteggel és betegségével kapcsolatos adatra, bármilyen módon is jutott tudomására.

139. §. Az egészségügyi dolgozók védelme

Az egészségügyi dolgozó meghatározott esetekben közfeladatot ellátó személynek minősül.

140. §. A szakmai fejlődéshez való jog és kötelezettség

Az egészségügyi dolgozó jogosult és köteles szakmai ismereteinek – a tudomány mindenkori állásával, fejlődésével összhangban – folyamatos továbbfejlesztésére.

VII. fejezet

Az állam felelőssége a lakosság egészségi állapotáért, az egészségügy szervezése és irányítása

VIII. fejezet

Az emberen végzett orvostudományi kutatások

IX. fejezet

Az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások, művi meddővé tétel

X. fejezet

Pszichiátriai betegek gyógykezelése és gondozása

XI. fejezet

Szerv- és szövetátültetés

XII. fejezet

A halottakkal kapcsolatos rendelkezések

XIII. fejezet

Vérellátás

XIV. fejezet

Katasztrófa-egészségügyi ellátás

XV. fejezet

Egészségügyi szakértői tevékenység

XVI. fejezet

Természetes gyógytényezők, fürdő- és klíma-gyógyintézetek, gyógyhelyek

XVII. fejezet

Nemzetközi rendelkezések

Az egészségügyi tevékenység végzésének jogszabályi háttere

Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény kivonatos ismertetése

I. fejezet

Általános elvek

II. fejezet

Az egészségügyi tevékenység végzésének általános szabályai

Az egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenységet az adott helyzetben általában elvárható gondossággal, a szakmai követelmények keretei között, a szakmai kamarák által kidolgozott etikai szabályok megtartásával, legjobb tudása és lelkiismerete szerint, a rendelkezésére álló tárgyi és személyi feltételek által meghatározott szinten, szakmai kompetenciájának megfelelően nyújtja.

Minden egészségügyi tevékenység a beteg személyisége, méltósága és jogai tiszteletben tartása, életkorának, valamint önrendelkezésének figyelembe vétele mellett történik.

Amennyiben az egészségügyi dolgozó egészségügyi szolgáltatónál munkavégzésre létesített jogviszony keretében tevékenykedik, az egészségügyi tevékenység végzése során figyelembe kell venni a szakmai felettes(ek) jogi és szakmai szabályoknak megfelelő utasításait.

Az egészségügyi dolgozó által egy héten valamennyi, az e törvény III. fejezetében felsorolt jogviszony alapján végezhető egészségügyi tevékenység együttes időtartama – 6 havi átlagban – nem haladhatja meg a heti 60 órát, továbbá az egészségügyi tevékenység időtartama egy naptári napon a 12 órát akkor sem haladhatja meg, ha az egészségügyi tevékenység végzésére párhuzamosan, több vagy több fajta jogviszony keretében kerül sor.

Az egészségügyi dolgozó köteles önképzéssel és a szervezett továbbképzések által biztosított lehetőség igénybevételeivel magát rendszeresen tovább képezni annak érdekében, hogy tevékenységét az egészségtudományok mindenkori állásának megfelelően – a rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek között – végezhesse.

III. fejezet

Az egészségügyi tevékenység végzésére irányuló egyes jogviszonyok

Az egészségügyi dolgozó egészségügyi tevékenységre akkor jogosult, ha rendelkezik az adott egészségügyi tevékenység végzésére jogosító szakképesítéssel, szerepel az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartásában, illetve működési nyilvántartásában, egészségi állapota alapján az adott egészségügyi tevékenység végzésére alkalmas és amennyiben az egészségügyi tevékenységet saját nevében és felelősségére végzi, rendelkezik az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel.

Az egészségügyi dolgozó az alábbi jogviszonyok keretében jogosult egészségügyi tevékenységre:

- Szabadfoglalkozás keretében. Az egészségügyi tevékenységet megbízási szerződés alapján végzi bármely egészségügyi szolgáltatónál.
- Egyéni vállalkozóként vagy társas vállalkozás tagjaként. Külön törvénybe foglalt engedély(ek) birtokában saját nevében és felelősségére működik egészségügyi szolgáltatóként, illetve külön törvényben foglalt engedély(ek) birtokában jogi személyiséggel rendelkező vagy jogi személyiség nélküli társas vállalkozás tagjaként a társas vállalkozás nevében és felelősségére végez egészségügyi tevékenységet.
- Közalkalmazotti jogviszonyban, munkaviszonyban. Ezen jogviszonyok keretében működő egészségügyi dolgozó (alkalmazott), amennyiben az őt alkalmazó szolgáltató megszakitás nélküli munkarendben működik, munkát műszakbeosztás szerinti munkarendben vagy műszakbeosztás szerinti munkarendben és ügyeleti, továbbá készenléti szolgálat útján végezhet. Ha az egészségügyi szolgáltató 22 óra és 6 óra között nem nyújt szolgáltatást, egy- vagy kétműszakos munkarendet kell megállapítani. Ha szolgáltató folyamatosan több mint 12 órán át, de nem 24 órán keresztül nyújt szolgáltatást, több műszakot kell szervezni. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató nem köteles folyamatos működését műszakok szervezésével biztosítani, a folyamatos betegellátás ügyelet és készenléti szervezésével is ellátható.
- Közzolgálati jogviszony és szolgálati viszony. Az egészségügyi dolgozó közzolgálati jogviszony keretében csak az őt foglalkoztató közigazgatási szerv tevékenységével összefüggő egészségügyi tevékenység végzésére jogosult. Az egészségügyi dolgozó jogosult egészségügyi tevékenység végzése céljából a külön törvényben nevesített szervekkel szolgálati viszonyt létesíteni.
- Önkéntes segítő. Az egészségügyi szolgáltatók feladataiban önkéntes segítőként egészségügyi dolgozó, hivatásszerűen betegellátással nem foglalkozó eü. szakképesítéssel rendelkező személy, eü. képzést nem igénylő feladat ellátásában segítséget adni kívánó személy részt vehet.
- A különböző jogviszonyban foglalkoztatott egészségügyi dolgozók kötelesek az egészségügyi tevékenység során együttműködni.

Az ügyelet és készenlét

Az *ügyelet* az alkalmazottnak a napi munkarend szerinti munkaidő befejezésétől a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig az egészségügyi szolgáltató által megjelölt helyen és időben való rendelkezésre állása és a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig nem halasztható feladatok ellátása érdekében történő munkavégzése.

A *készenlét* az alkalmazottnak az egészségügyi szolgáltató napi munkarendje szerinti munkaidő befejezésétől a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig az egészségügyi dolgozó által megjelölt és a munkavégzés helyére figyelemmel reálisan (40 percen belül) elérhető helyen és időben való rendelkezésre állása.

Az alkalmazott egészségügyi dolgozó számára hat havi munkaidőkeret állapítható meg. A heti munkaidő a munkáltató rendelkezése szerint a 48 órát nem haladhatja meg. Az egészségügyi dolgozó heti legfeljebb 12 óra önként vállalt többletmunkát végezhet. Erre nem kényszeríthető, érdekei nem csorbíthatók. A munkavégzés időtartama a heti 60 órát nem haladhatja meg, egy adott naptári napon az egészségügyi tevékenység a 12 órát akkor sem haladhatja meg, ha arra párhuzamosan több vagy több fajta jogviszony keretében kerül sor.

Amennyiben a vonatkozó miniszteri rendeletben meghatározott rendkívüli körülmények ezt szükségessé teszik, az alkalmazott egészségügyi dolgozó munkavégzése nem esik a fenti korlátozások alá.

Adott naptári napon folytatott egészségügyi tevékenység befejezése és a következő naptári napon megkezdett egészségügyi tevékenység között legalább 11 óra – a felek eltérő megállapodása esetén legalább 8 óra – időtartamnak kell eltelnie.

Az egészségügyi dolgozó által önként vállalt többletmunka egy órára eső díjazásának mértéke a külön jogszabályban megállapított díj 50%-kal megemelt összege.

Az alkalmazott egészségügyi dolgozó munkaidejébe a kötelező pontszerző továbbképzésre fordított időből a szolgáltató szabályzata szerint megállapított időt be kell számítani. Ez az idő 3 munkanapnál kevesebb és 10 munkanapnál több nem lehet.

IV. fejezet

Az egészségügyi tevékenység végzésére való alkalmasság

Egészségügyi tevékenység végzésére csak az az egészségügyi dolgozó jogosult, aki egészségi, mentális és fizikai állapotára tekintettel az adott tevékenység végzésére képes és alkalmas.

Az egészségügyi tevékenység megkezdése előtt az egészségügyi dolgozó egészségügyi alkalmassági vizsgálaton, az eü. szolgáltató rendelkezései szerinti gyakorisággal pedig időszakos alkalmassági vizsgálaton vesz részt. A törvény részletezi az alkalmassági vizsgálat célját. A vizsgálat eredménye szerint a dolgozó lehet munkavégzésre alkalmas, de megállapíthat a vizsgálat ideiglenes és korlátozással történő alkalmasságot is. Az alkalmasnak minősített dolgozó sem végezhet egészségügyi tevékenységet, ha pillanatnyi egészségi állapota következtében a beteg számára nagyobb kockázatot jelentene, mint amilyet annak elmaradása okozna.

V. fejezet

Záró rendelkezések

Az egészségügyi dolgozó esetében a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló törvény szerint számított szolgálati időn túl kiegészítő szolgálati időként kell figyelembe venni a külön törvényben meghatározott, a heti 48 órát meghaladó önként vállalt munkavégzésnek – a munkáltató által munkaórában igazolt – 2004. május 1.-jét követő – napi 8 óra alapulvételével számított – időtartamát.

A törvény az alábbi kiegészítéssel módosul:

„Felelősség a betegnek okozott kárért”

A beteg, ill. hozzátartozója az egészségügyi szolgáltatás során vagy azzal összefüggésben keletkezett kára megtérítésére vonatkozó igényét közvetlenül a közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval szemben érvényesítheti függetlenül attól, hogy az egészségügyi közszolgáltató milyen jogviszonyban foglalkoztatta a kárt okozó egészségügyi dolgozót.

Irodalom

1. Antony, R.N.: Menedzsmentkontroll-rendszerek. Budapest, 2009, Panem Kft.
2. Bakos F.: Idegen szavak és kifejezések szótára. Budapest, 1967, Akadémiai Kiadó.
3. Barakonyi K.: *Stratégiai döntések*. Pécs, 1998, JPTE.
4. Barakonyi K.: *Stratégiai tervezés*. Budapest, 2002, Nemzeti Tankönyvkiadó.
5. Bennis, W.-Benne, K.-Chinn, R.: The planning of change cit. Marquis, B.- Huston, L: Leadership Roles and Management Functions in Nursing. 6zg edition Philadelphia, 2009, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
6. Bonczek, M.R.: Staffing and Scheduling in Yoder-Weis: Leading and Managing in Nursing. Philadelphia, 2007, Mosby Inc.
7. Bowen, D.E.-Lewler, EE.: Total Quality-oriented HRM. 1992 .in Elbert F .N.-Karoliny M.-Farkas, F.-Poór, J: Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Budapest, 2003, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft.
8. Chikán A.: Vállalatgazdaságtan. Budapest 1997. AULA Kiadó.
9. Churchill, G.A.-Suprenant, C.: An investigation into the determinants of customer satisfaction. Journal of Marketing Research., 1982, 19/491-504.
10. Crisham, P.: MORAL: how can I do what is right? *Nursing Management*, 1985, 16/3, 42.
11. Dadich, K.A.-Yoder-Wise, P.S.: Career Management. Putting Yourself in Charge. in Yoder-Wise, P.S.: Leading and Managing in Nursing. 4th edition. Philadelphia, 2007, Mosby, Inc.
12. Dinya, L.: *Szervezetek sikere és válsága*. Budapest, 2005, Akadémiai Kiadó.
13. Dobák, M.: Szervezeti formák és vezetés. Budapest, 2001, KJK KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft.
14. Egészségügyi Minisztérium közleménye: A humán erőforrás kérdés rendezése hazai és más forrásokból. 2009. IV. 2. www.eum.hu.
15. Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve „Az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről.” www.eum.hu

16. Elbert, N.F.-Farkas, F.: A nemzetközi készségek fejlesztése in Elbert F .N.-Karoliny M.-Farkas,F.-Poór,J: Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Budapest, 2003, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft.
17. Elbert, N.F.-Karoliny M.-Farkas F.-Poór J.: Személyzeti/-emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Budapest, 2003. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó.
18. Ellis, J.R., Hartley, C.L.: Az ápolás irányítása és összehangolása. Budapest, 1997, Medicina Kiadó.
19. Facione, cit. by Huber, D.: *Leadership and Nursing Care management. 4th edition.* Philadelphia. 2010. Elsevier-Mosby-Saunders Publ.
20. Farkas,F.-Karoliny,M-né-Poór,J.: Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment. Budapest, 1994, Közgazdasági Jogi Könyvkiadó.
21. Gergely Tamás-Szóts Miklós: Minőség az egészségügyben. Budapest, 2001, Medicina Kiadó.
22. Glaser,E.: Experiment in the Development of Critical Thinking. Columbia University, 1941.
23. Gulácsi László (szerk.): Minőségfejlesztés az egészségügyben. Budapest, 2000, Medicina Kiadó.
24. Hofmeister Tóth Ágnes-Simon Judit-Sajtos László: Fogasztói elégedettség. 2003, Alinea Kiadó.
25. Horváth,P.&Partners: Controlling.Budapest, 2008, Complex.
26. Huber,D. Leadership and Nursing Care Management, Philadelphia, 2010, Elsevier-Saunders.
27. Johnson, S.-Oliver S.-Thomson, S: *Public Relations Stratégia.* .Budapest, 2009, Akadémiai Kiadó Zrt.
28. Karoliny, M.-né-Poór,J.: Áttekintés a személyzeti/emberi erőforrás menedzsmentről in Elbert, N.F.-Karoliny M.-Farkas F.-Poór J.: Személyzeti/-emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Budapest, 2003. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó.
29. Kiscsordás A.-Gyüre,I.: Stratégiai tervezés és költségvetés készítés az egészségügyben. IME. II/1.. 2003. 6-11.
30. Kowalski, K.:Building Teams Through Communication and Partnership in Yoder-Wise, Leading and Managing in Nursing. 4th edition Philadelphia, 2007, Mosby Inc.
31. Közalkalmazotti 1992. évi XXXIII. Törvény.
32. LeStorti et al: cit. Huber, D.: *Leadership and Nursing care management. 4th edition.* Philadelphia. 2010. Elsevier-Mosby-Saunders Publ.
33. Lewin, K.: Concept, method and reality in social science, equilibria and change in Yoder-Weiss, P. S.: Leading and Managing in Nursing.4th edition Philadelphia, 2007, Mosby Inc.
34. Manion, J.-Huber, D.L.: Team Building and Working with Effective Groups. In Huber, D.:Leadership and Nursing Care Management Philadelphia, 2010, Elsevier-Mosby-Saunders Publ.
35. Marosán G.: *Stratégiai menedzsment.* Budapest, 2001, Műszaki Könyvkiadó.
36. Marquis, B.L._Huston, C.J.: Leadership Roles and Management Functions in Nursing. 6th Edition. Philadelphia, 2009, Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins Publ.

37. Marquis, B.L.-Huston, C.J.: Vezetői szerepek és menedzsment funkciók az ápolásban. Budapest, 1999, Medicina Kiadó.
38. Marquis, B.L.-Huston, C.J.: Leadership Roles and Management Functions in Nursing. 6th Edition, Philadelphia, 2009, Lippincott Williams & Wilkins.
39. McGregor, D.: The Professional Manager. New York, McGraw-Hill, 1967 cit. Marquis, B.L.-Huston, C.: Leadership Roles and Management Functions in Nursing. 6th edition. Philadelphia, 2009, Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins.
40. Menix, K.-Yoder-Weiss, P.S.: Educating to manage the accelerated change environment. In Yoder-Weiss, P.S.: Leading and Managing in Nursing. 4th edition Philadelphia, 2007, Mosby Inc.
41. Morden, A.: Principles of Management. 2nd Edition 2004, Ashgate Publ.
42. Nobiling, H.: Budgeting. In. Huber, D.: Leadership and Nursing Care Management 4th edition. Philadelphia, 2010, Elsevier-Mosby-Saunders Publ.
43. Oliver, R.L.: A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. Journal of Marketing Research. 1980, 20/418-430.
44. Ovretveit, John: Minőségszemlélet az egészségügyben. Budapest, 1999, Medicina Kiadó.
45. Perlman, B.-Hartman, E.: Burnout: Summary and Future Research. cit. Huber, D.: Leadership and Nursing care Management. 4th Edition. Philadelphia, 2010, Mosby Inc. p.132.
46. Pettigrew, A.C.: Self Management: Stress and Time in Yoder-Wise, P.S.: Leading and Managing in Nursing. Philadelphia, 2007, Mosby Inc. p.531.
47. Sally Shaw: Nursing Leadership. Blackwell Publ. 2007.
48. Scarpello, G.V.-Ledvinka, J.: Personnel/Human Resource Management. PWS-Kent Publishing Co, 1988 in Elbert F .N.-Karoliny M.-Farkas, F.-Poór, J.: Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Budapest, 2003, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft.
49. Strafford, T.: Managing Costs and Budgets. cit. Yoder-Wise, P.S.: Leading and Managing in Nursing. Philadelphia, 2007, Mosby Elsevier Publ.
50. Szóccka M.: Változtatásmenedzsment. Egészségügyi gazdasági szemle, 37/4, 1999. 414-420.
51. Tuckman (1965): cit. Morden, A.: Principles of Management. 2nd Edition. 2004, Ashgate Publ.
52. Ujhelyi, M.: Az emberi erőforrás menedzsment és fejlesztés, valamint a szervezetfejlesztés kapcsolata. PhD értekezés Budapest, 2001.
53. Várhegyi György: Tessék megnevelni. Fegyelmi ügyek az iskolában. Budapest, 1992, Akadémiai Kiadó.
54. Welch, R.A.: Making Decisions and Solving Problems in Yoder-Wise, P.S.: *Leading and Managing in Nursing*. 4th edition. Philadelphia. 2007. Mosby Inc.
55. Yoder-Wise, P.S.: Leading and Managing in Nursing. Philadelphia, 2007, Mosby Elsevier Publ.
56. Zalon, M.L.: Consumer relationships in Yoder-Wise, Patricia S.: Leading and Managing in Nursing. Philadelphia, 2007, Mosby, Inc.

Tesztkérdések (Kriszbacher Ildikó)

A bánásmód és elégedettség vizsgálata

1. A beteg/kliens elégedettsége az alább felsoroltak közül melyik előnyt nem biztosítja?
 - a) kevesebb kár
 - b) kapacitás növekedése az adott intézményben
 - c) javuló légkör az ellátásban
 - d) csökkenő elvándorlás

2. Igaz/hamis
Amennyiben a beteg/kliens elégedett a részére nyújtott egészségügyi ellátással, akkor jobb a compliance.

3. Igaz/hamis
Az elégedettség mérése egzakt és egyszerű, számszerűen meghatározható tényező.

4. Rakja sorrendbe az összehasonlítási folyamat fázisait!
 - a) ez elvárt és kapott teljesítmény összehasonlítása
 - b) az egyén egészségügyi rendszerrel szembeni elvárása
 - c) a kialakuló elégedettség vagy elégedetlenség

5. Párosítsa össze a fogalmakat (betűket a számokkal!)
 - a) körforgás-elmélet
 - b) compliance
 - c) Herzberg kéttényezős elmélete
 - d) elégedettség, elégedetlenség kialakulása
 1. együttműködés
 2. pszichikai összehasonlító/értékelő folyamat
 3. jobb minőség, magasabb fizetés, elégedettség
 4. higiénikus tényezők, motivációs tényezők

6. A felsorolt megközelítési módok közül melyik nem kapcsolható az elégedettség megértéséhez?
 - a) kognitív
 - b) érzelemelméleti
 - c) szociológiai
 - d) Herzberg-féle kéttényezős elmélet

7. Párosítsa össze Herzberg kéttényezős elméletének szükséglettípusaihoz tartozó szükségletfajtákat!
- higiéniai szükségletek
 - motivációs szükségletek
- státus
 - személyközi kapcsolatok
 - munkával kapcsolatos érzelmek
 - fizetés
 - felelősség bővülése
 - fejlődési lehetőség
 - irányítás
 - státusz javulása
 - elért eredmények
8. Igaz/hamis
Idős, cselekvőképtelen, gyermek páciensek esetén az adott egészségügyi intézménynek „kettős ellátást” kell nyújtania.
9. Igaz/hamis
Amennyiben egy egészségügyi intézmény rossz kliens-bánásmódot alkalmaz, az nem jelenik meg költségként az adott intézményben.
10. Az alábbi területek közül melyik területet érinti legkevésbé a következő állítás: „Olcsóbb a klienseket/vevőket megtartani, mint újakat szerezni”?
- penzügy
 - menedzsment
 - számvitel
 - marketing
11. Igaz/hamis
A betegek visszajelzéseit az ellátással kapcsolatban nem kell fontos tényezőként kezelni, csak azért végzik el a felmérést az egészségügyi intézmények, mert kötelességük.
12. Párosítsa össze a betegek ellátásról alkotott vélemény típusát annak idegen nyelvű megfogalmazásával!
- | | |
|------------------|-------------|
| a) kezelés előtt | 1. implicit |
| b) panaszok | 2. explicit |
| c) elégedettség | 3. ex post |
| d) kezelés után | 4. ex ante |

13. Tegye helyes sorrendbe a kérdőív kérdéseinek előfordulását!

- a) levezető kérdések
- b) a kérdőív célját képező kérdések
- c) személyi adatokra vonatkozó kérdések
- d) bevezető kérdések

14. Párosítsa össze a kérdőív tervezésével kapcsolatos fogalmakat!

- a) pilot – study
- b) zárt kérdés
- c) anonimitás
- d) nyitott kérdés

1. skála kérdés
2. szöveges, kifejtős válasz, több hely a részére a kérdőívben
3. élesben való lekérdezés előtt kis csoporttal történő lekérdezés
4. a kérdőív készítésének egyik alapkövetelménye

15. Igaz/hamis

Bevett szokás a mai kórházi gyakorlatban, hogy maguk az orvosok, ápolók szóban is törekednek a betegek elégedettségének a felmérésére.

16. Állítsa helyes sorrendbe a flow process model szakaszait!

- a) felülvizsgálat fázisa
- b) nyomonkövetés fázisa
- c) első kontaktus
- d) vizsgálat
- e) kiválasztás
- f) kapcsolatfelvétel az ellátással
- g) záró fázis
- h) beavatkozás fázisa

17. Párosítsa össze a folyamat ábrázolási modell szakaszait az adott szakaszok jellemzőivel!

- a) kiválasztás
- b) kapcsolatfelvétel az ellátással
- c) első kontaktus
- d) vizsgálat
- e) beavatkozás fázisa
- f) felülvizsgálat fázisa
- g) záró fázis
- h) nyomonkövetés fázisa

1. kliens és az ellátó kapcsolatba kerül egymással
2. a kezelőorvos és a kliens szolgáltatást és szolgáltatót választ
3. szerződéskötés a kliens és a szolgáltató között
4. a kliens elégedettségének és az ellátás eredményességének felmérése
5. szükségletek kielégítése, személyes kontaktus
6. kiderül: ki lesz az orvos, ápoló, hol fog feküdni stb.
7. a kliens elvárásainak teljesülésére vonatkozó ellenőrzés
8. távozás (Felkészült rá? Mi lesz a beteg további sorsa?)

A döntés

18. Karikázza be a döntés jellemzőit! (Több helyes válasz is lehetséges.)

- a) alternatívák közötti választás
- b) Likert-skálán ábrázolható
- c) kidolgozott standard
- d) célja egy adott probléma megoldása

19. Igaz/hamis

A döntés egy adott probléma miatt jelentkező objektív kényszer.

20. Igaz/hamis

A döntés a múltra irányul, és a jelenbe tart.

21. Melyik nem döntési forma?

- a) kockázatos
- b) progresszív
- c) bizonytalan
- d) biztos

22. Párosítsa össze az azonos jelentésű kifejezéseket!

- a) alternatíva
- b) programozott döntés
- c) faktor

1. rutin döntés
2. tényező
3. választási lehetőség

23. A döntéshozó hatásköre szerint milyen nem lehet a döntés?

- a) explicit
- b) stratégiai

- c) szükséges
- d) végrehajtási
- e) implicit
- f) egyszemélyi

24. Igaz/hamis

A mai gyakorlatban a középszintű vezetésre leginkább az egyszemélyi vezetői döntések jellemzőek.

25. Párosítsa össze a döntéshozó hatásköre szerinti döntéstípusokat a döntéstípus megfelelő leírásával!

- a) explicit
- b) implicit
- c) intézeti
- d) stratégiai
- e) taktikai
- f) végrehajtási

1. célokkal összefüggő, hosszú távú
2. szükségszerű, dönteni kell
3. szakterületre vonatkozó, közép távú
4. pl. szervezeti felépítés
5. egyénekre való leosztás, rövid távú
6. tudatos, a vezető szándékából adódó

26. Igaz/hamis

A csoportos döntés hátrányai például a következők: kevesebb felelősség, keveredő szakismeret, hiteltelen információk.

27. A felsoroltak közül melyek a csoportos döntés előnyei? (Több helyes válasz is lehetséges.)

- a) több szakismeret
- b) nagyobb felelősség
- c) fizetésemelés
- d) új dolgozók felvétele

28. Igaz/hamis

A problémák megoldására használják a brainstorming típusú eljárásokat, amelyek lényege, hogy a probléma okaira próbálnak meg rávilágítani.

29. Tegye helyes sorrendbe a döntési folyamat lépéseit!

- a) a kidolgozott alternatívák közüli választás

- b) a döntési helyzet felismerése
 - c) a döntés végrehajtása
30. A döntési folyamat mely szakaszában kerül meghatározásra a döntési környezet és a pontos cél?
- a) döntési helyzet felismerése
 - b) döntési szakasz
 - c) döntést követő szakasz
31. A döntési folyamat mely szakaszában kerül meghatározásra, hogy meddig terjed a döntéshozó cselekvési tere, és milyen korlátozó tényezők vannak (pl. jogszabályok)?
- a) döntési helyzet felismerése
 - b) döntési szakasz
 - c) döntést követő szakasz
32. A döntési folyamat mely szakaszában biztosítják a végrehajtók aktív szerepét a végrehajtásban?
- a) döntési helyzet felismerése
 - b) döntési szakasz
 - c) döntést követő szakasz
33. Párosítsa össze a különböző döntésfajtákat és azok definícióját!
- a. tanács 1. a leghatározottabb feladatkiadás
 - b. parancs 2. a vezető a beosztott tudomására hozza, mit vár el tőle
 - c. utasítás 3. a vezető a végrehajtóra bízta a teljesítés határidejét
 - d. ajánlás 4. a legkisebb határozottságú feladatkiadási mód
34. Igaz/hamis
A cél pontatlan meghatározása és a szelektív alternatívakidolgozás hozzájárul a leggyakoribb döntési hibák kialakulásához.
35. Igaz/hamis
A kritikus gondolkodás a megfigyelt események, jelenségek és kifejezésre jutott érvek és következtetések értelmének és jelentőségének hozzávetőleges meghatározását jelenti, valamint annak eldöntését, hogy kellően indokolható-e egy következtetés igaznak történő elfogadása.
36. Párosítsa a következő fogalmakat a definíciókkal!
- a. informális logika 1. az érvelés helyességének és a tipikus érvelési hibáknak a vizsgálata
 - b. formális logika 2. az okok és következmények struktúrájának vizsgálata

37. Igaz/hamis

A különböző döntésfajták közül a stratégiai döntések bírnak a legnagyobb jelentőséggel, mert hosszú távra szólnak, azonban olyan következményekkel járnak, melyek igény esetén visszafordíthatóak.

38. Párosítsa össze a stratégiai alternatívák ismérveit azok definícióival!

- a. elfogadhatóság
- b. megfelelés
- c. megvalósíthatóság

1. Mennyire jelent megoldást az alternatíva az egyes problémákra, és mennyire felel meg az elvárásoknak?
2. Rendelkezésre állnak-e az alternatíva megvalósításához szükséges pénzügyi, anyagi és személyi erőforrások?
3. Az érdekeltek elvárásai mennyire valósulnak meg?

39. Igaz/hamis

Eltérően a rövid távú döntésektől, a stratégiai döntések mindig kellően megalapozottak.

40. Igaz/hamis

A döntéshozatal során az intézményi érdekeket kell első sorban figyelembe venni, a társadalmi környezet követelményei, elvárásai és szokásai csak másodlagosak.

41. Párosítsa össze a döntéshozatal során felmerülő etikai elveket a fogalmak meghatározásával!

- a. haszonelvűség
- b. feladatközpontúság
- c. jogalapú érvelés
- d. megérzésen alapuló minta

1. Minden embernek vannak olyan jogai és alapvető szükségletei, amibe nem szabad beleavatkozni.
2. Meg kell tenni valamit, vagy tartózkodni kell valaminek a megtételétől.
3. Mi hozhatja a legnagyobb hasznot a legtöbb embernek?
4. Minden felmerülő erkölcsi problémát külön-külön kell elemezni, mely mérlegelést a megérzés határozza meg.

42. Igaz/hamis

Bioetikai kérdések merülnek fel több egészségügyi ellátási gyakorlat során is, ilyenek például a transzplantáció, abortusz, klónozás, eutanázia.

43. Melyik bioetikai alapelv érvényesülése szempontjából kell figyelembe venni az egyén értelmi, akarati és cselekvőképességét?
- egyén autonómiájának elve
 - tradicionális orvosi alapelv
 - jótekonyság elve
 - hasznosság elve
 - igazságosság elve
 - igazmondás elve
44. Melyik bioetikai alapelv mondja ki, hogy mindig a beteg javát kell szolgálni?
- egyén autonómiájának elve
 - tradicionális orvosi alapelv
 - jótekonyság elve
 - hasznosság elve
 - igazságosság elve
 - igazmondás elve
45. Melyik bioetikai alapelv mondja ki, hogy a rosszat meg kell előzni, és ha már bekövetkezett, akkor meg kell szüntetni?
- egyén autonómiájának elve
 - tradicionális orvosi alapelv
 - jótekonyság elve
 - hasznosság elve
 - igazságosság elve
 - igazmondás elve
46. Melyik bioetikai alapelv mondja ki, hogy minden beavatkozás esetén mérlegelni kell annak előnyeit és hátrányait?
- egyén autonómiájának elve
 - tradicionális orvosi alapelv
 - jótekonyság elve
 - hasznosság elve
 - igazságosság elve
 - igazmondás elve
47. Melyik bioetikai alapelv mondja ki, hogy meg kell osztani a társadalomban az előnyöket és a hátrányokat?
- egyén autonómiájának elve
 - tradicionális orvosi alapelv
 - jótekonyság elve
 - hasznosság elve
 - igazságosság elve
 - igazmondás elve

48. Melyik bioetikai alapelv tekinthető a legfontosabbnak?
- egyén autonómiájának elve
 - tradicionális orvosi alapelv
 - jótekonyság elve
 - hasznosság elve
 - igazságosság elve
 - igazmondás elve
49. Állítsa sorrendbe a MORAL etikus döntéshozatali modell lépéseit!
- végrehajtási stratégia kidolgozása
 - az etikai probléma adatainak gyűjtése, a döntéshozatal résztvevőinek meghatározása
 - a döntéshozatal kiértékelése
 - az alternatívák azonosítása, okok és következmények kiértékelése
 - az okok és következmények mérlegelése a döntés résztvevői részéről
50. Hatástalan döntés oka lehet, ha... (több válasz is elfogadható)
- a problémát pontosan definiálták
 - az adatokat helyesen értelmezték
 - a kitűzött célok nem voltak reálisak vagy végrehajthatóak
 - a végrehajtás során az eredmények értékelése hiányos volt

A fegyelmezés

51. Melyik fogalomra vonatkozik a következő meghatározás?
Az elvárt teljesítményi/magatartási standardoknak való megfelelés, valamely tekintélynek való engedelmesség.
- fegyelem
 - önfegyelem
 - munkahelyi fegyelem
 - fegyelmezés
52. Melyik fogalomra vonatkozik a következő meghatározás?
Belső tulajdonság, az ösztönös késztetések feletti uralkodás képessége.
- fegyelem
 - önfegyelem
 - munkahelyi fegyelem
 - fegyelmezés
53. Melyik fogalomra vonatkozik a következő meghatározás?
A szervezeti tevékenység sikeres működésének záloga.
- fegyelem

- b. önfegyelem
- c. munkahelyi fegyelem
- d. fegyelmezés

54. Melyik fogalomra vonatkozik a következő meghatározás?

A munkateljesítmény növelésének egyik eszköze, a szervezeti célok elérését biztosító lehetőség.

- a. fegyelem
- b. önfegyelem
- c. munkahelyi fegyelem
- d. fegyelmezés

55. Igaz/hamis

A destruktív fegyelmezési forma esetén a hangsúly az alkalmazottak segítségén van, azzal a céllal, hogy a jövőben úgy viselkedjenek, ami segíti a szervezeti célok megvalósulását.

56. Igaz/hamis

Napjainkban elsősorban a destruktív fegyelmezési forma az általánosan ajánlott.

57. Igaz/hamis

A konstruktív fegyelmezési forma célja az írott szabályok betartatása és az alkalmazottak támogatása ezek megértésében és betartásában.

58. Igaz/hamis

A progresszív fegyelmezés lényege, hogy ha a beosztott felismeri felettese hibáját, akkor van lehetősége hangot adni véleményének.

59. Az önfegyelem kedvező légköre nehezen alakulhat ki, ha

- a. ha az alkalmazottak tisztán látják a rájuk vonatkozó szabályokat
- b. ha az alkalmazottak ismerik viselkedésük még elfogadható korlátait
- c. ha nincs meg a kölcsönös bizalom alkalmazott és felettes között
- d. ha a vezető hivatalos hatalmát megfontoltan használja

60. Igaz/hamis

A „forró tűzhely” szabályának rendszerében a pártatlanság elve is megjelenik.

61. A fegyelmi eljárás formáját közalkalmazottak esetében a(z)

- a. Munka Törvénykönyve
- b. Küldetési Nyilatkozat
- c. egyes szervezetek SZMSZ-ei
- d. közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény tartalmazza.

62. Igaz/hamis

A közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény 45. paragrafusa szerint fegyelmi vétséget követ el a közalkalmazott, ha bármely kötelességét vétkeesen megszegi.

63. Állítsa sorrendbe a fegyelmi eljárás lépéseit!

- a. a vizsgálóbiztos lefolytatja a vizsgálatot, ennek keretében meghallgatja a gyanúsított közalkalmazottat
- b. a munkáltatói jogkört gyakorló vezető írásban vizsgálóbiztost jelöl ki
- c. a fegyelmi tanács tárgyalást tart
- d. az ügy érdemében fegyelmi tanács határoz
- e. a munkáltatói jogkört gyakorló vezető megindítja a fegyelmi eljárást
- f. a tanács zárt ülésen határoz, döntését írásbeli határozatba foglalja

64. Igaz/hamis

A fegyelmi vétséget elkövető közalkalmazott nem fosztható meg jogszabály alapján adományozott címtől.

65. Igaz/hamis

Gondatlan károkozás esetén a közalkalmazottat nem terheli kártérítési felelősség.

66. Igaz/hamis

A kollektív szerződés kiterjed a fegyelmi jogkört gyakorló személyére, a munkavállaló védekezési lehetőségeinek garanciáira, és az eljárást lezáró döntés tartalmi és formai elemeire is.

A szervezet

67. Melyek az informális szervezet jellemzői? (több válasz is elfogadható)

- a. alapja a tudatos, nyilvános és racionális közös cél megvalósítása
- b. általában emberek alkalmi csoportosulása
- c. a struktúrán belüli folyamatok felelősségi és adminisztratív szabályok szerint zajlanak
- d. gyakran motivációs helyzet keletkezik a dolgozó számára

68. Rendelje a szervezetet befolyásoló tényezőkhez összefoglaló nevüket!

- a. környezeti tényezők
- b. a szervezet tagjainak jellemzői
- c. a szervezet tevékenységi köre
- d. a vállalat adottságai

1. a piac korlátozó hatása
 2. a tevékenységi kör tartóssága
 3. a szervezet mérete
 4. szerepflexibilitás
 5. a piac komplexitása
 6. vezetési és szervezési elvek
 7. a szervezet telepítettsége
 8. kiterjedtség (diverzifikáltság)
69. Melyik szervezeti struktúra lényege a nagyobb feladatkomplexum részekre bontása és a részfeladatok egyes szervezeti egységekhez való telepítése?
- a. munkamegosztás
 - b. hatáskörmegosztás
 - c. koordinációs eszközök
 - d. konfiguráció
70. Melyik szervezeti forma lényege a döntési és utasítási jogkörök kialakítása és az ennek megfelelő felelősségek meghatározása?
- a. munkamegosztás
 - b. hatáskörmegosztás
 - c. koordinációs eszközök
 - d. konfiguráció
71. Melyik szervezeti forma lényege az elkülönült, differenciálódott szervezeti egységek összehangolása?
- a. munkamegosztás
 - b. hatáskörmegosztás
 - c. koordinációs eszközök
 - d. konfiguráció
72. Melyik szervezeti forma lényege a szervezet mélységi és szélességi tagoltságának leírása?
- a. munkamegosztás
 - b. hatáskörmegosztás
 - c. koordinációs eszközök
 - d. konfiguráció
73. Az elsődleges munkamegosztás során nem érvényesül a
- a. tárgyi elv
 - b. gazdaságossági elv
 - c. funkcionális elv
 - d. regionális elv

74. Hatáskörmegosztás esetén beszélhetünk
- egy- vagy többdimenziós szervezetről
 - egy- vagy többvonalas szervezetről
75. Mely szervezeti forma esetén kaphatnak az alárendelt egységek csak egy felsőbb szervezeti egységtől utasítást?
- mátrix-szervezet
 - többvonalas szervezet
 - divizionális szervezet
 - tenzor szervezet
76. Igaz/hamis
Többvonalas szervezet esetén az alárendelt egységeket csak egy felsőbb szervezeti egység (személy) utasíthatja.
77. Mit nevezhetünk az egyvonalas szervezet előnyeinek? (több válasz is elfogadható)
- a funkciók elosztása révén nagyfokú specializáltság jöhet létre
 - a hierarchia megvéd mások beavatkozásától
 - az alá-fölé rendeltség egyértelmű
 - az információs utak közvetlenek
78. Mely koordinációs eszközre jellemző, hogy hierarchikus, de közvetlen kapcsolatok vannak a vezetési szintek között?
- strukturális
 - tecnokratikus
 - személyorientált
79. Mely koordinációs eszköz jellemzői a szabályzatok, eljárások, belső elszámolási rendszerek?
- strukturális
 - tecnokratikus
 - személyorientált
80. Mely koordinációs eszközre jellemző, hogy a szervezeti célok egyéni elfogadása érdekében konfliktusfeloldó módszereket alkalmaznak?
- strukturális
 - tecnokratikus
 - személyorientált

Az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezeti kérdései

81. Igaz/hamis

A sürgősségi betegellátó rendszer fekvőbeteg-ellátáson kívüli szervezett formája az alapellátási ügyelet és a mentés.

82. Igaz/hamis

A folyamatos egészségügyi ellátás biztosításának területi elve arra irányul, hogy miként és milyen eszközökkel lehet mindenhol biztosítani a folyamatos ellátást a betegek részére.

83. Készenlét esetén hány percen belül kell megjelenni a betegnél?

- a) 30 perc
- b) 40 perc
- c) 50 perc
- d) 60 perc

84. A felsorolt ügyeleti típusok közül melyik kettő szinonimája egymásnak?

- a) betegfelügyeleti ügyelet
- b) minősített ügyelet
- c) ügyelet
- d) csendes ügyelet

85. Melyik osztályon szükséges megszakítás nélküli munkarend kialakítása során műszakot szervezni? (Több jó válasz is lehetséges.)

- a) idegsebészeti osztályon
- b) stroke osztályon
- c) sürgősségi betegellátó osztályon
- d) perinatalis intenzív centrumban

86. Hol szükséges a betegforgalom figyelembe vételével szervezni a műszakokat?

- a) művese-állomáson
- b) sürgősségi centrumban
- c) mentés keretében
- d) sürgősségi betegellátó osztályon

87. Igaz/hamis

A 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet részletezi az ápolók feladatait, továbbá felsorolja a fogászati ügyelet keretében ellátandó feladatokat is.

88. Igaz/hamis

Akkor kell sürgősségi osztályt létesíteni, ha a várható sürgősségi betegforgalom a napi 60 főt átlagosan meghaladja.

89. Párosítsa össze a progresszivitás szintjeit az ellátás helyszínével!

- a) progresszivitás első szintje
- b) progresszivitás második szintje
- c) progresszivitás harmadik szintje

- 1. megyei kórház
- 2. országos intézetek, egyetemi klinikák, regionális centrumok
- 3. városi kórház

Csoportok, teamek szervezése és munkája

90. Igaz/hamis

A csoport és a team kifejezések ugyanazt jelentik a menedzsmentben.

91. Igaz/hamis

A team a csoportnál többet jelent, magasabb fokú összetartozást és együttműködést feltételez.

92. Mennyi a team optimális létszáma?

- a) 5
- b) 10
- c) 25
- d) 30

93. Az alább felsorolt tényezők közül melyik nem a team jellemzője?

- a) közös, meghatározott cél
- b) egyének gyülekezete
- c) informális kapcsolat
- d) kölcsönös tisztelet

94. Az egészségügyben melyik együttműködési formát a célszerűbb alkalmazni?

- a) team
- b) csoport

95. Igaz/hamis

Egy csoport csak akkor válik valódi teammé, ha kollektív munkát végeznek, ha átmegy egy időigényes fejlődési folyamaton, és nincsenek olyan személyek a teamben, akik a többiek fölé akarnak kerekedni.

96. Párosítsa össze a fogalmakat azok jellemzőivel!

- a) team
- b) csoport
- c) munkacsoport

1. van vezető személy, minden tagnak van egyéni munkateljesítménye
2. olyan emberekből áll, akik közösen dolgoznak valamilyen cél megvalósításán
3. elkötelezetten dolgoznak egy meghatározott, közös cél érdekében, nincs vezető

97. Tegye sorrendbe a csoport fejlődési folyamatának lépéseit!

- a) normalizálódás
- b) kavarodás
- c) végrehajtás
- d) formálódás

98. Párosítsa össze a csoport fejlődési folyamatának lépéseit azok leírásával!

- a) formálódás
- b) kavarodás
- c) normalizálódás
- d) végrehajtás

1. ellenállás a csoport hatásával szemben, klikkesedés, konfliktusok
2. kialakul a csoportban az egyetértés, megszületnek a normák, létrejön az együttműködés
3. a fókuszban a feladatok és azok megoldása áll
4. szabályok, módszerek kialakítása, munkatársakkal és vezetőkkel szembeni függőségi viszony kialakítása

99. Igaz/hamis

A teamek kialakítása során válogatni kell az emberekből, hogy ki kerüljön bele, hiszen mindazok a tulajdonságok, amelyek egy teamben kellenek, szinte soha nincsenek meg egy személyben.

100. Igaz/hamis

A kommunikáció milyensége a munkahelyi környezetben nemcsak a jó munkafeltételek/közérzet szempontjából fontos, de a tévedések elkerülése miatt is kritikus jelentőségű.

101. Igaz/hamis

Ha a csoport hatékonyan működik, rövidebb idő alatt oldódik meg a probléma, de ez még nem eredményez költségmegtakarítást a csoportmunka miatt megnövekedett munkaidő miatt.

102. Melyik tervezési táv nem jellemző a bizottságok munkájára?

- a) rövid
- b) közép
- c) stratégiai

103. Hány fő esetén optimális a bizottság létszáma?

- a) 0–4 fő
- b) 5–15 fő
- c) 16–20 fő
- d) 21–35 fő

104. Ki a bizottság vezetője?

- a) vezérigazgató
- b) elnök
- c) csoportvezető
- d) projektmenedzser

105. Igaz/hamis

A csoportépítők inkább a megoldandó funkciókra, a fenntartók inkább a kapcsolati funkciókra koncentrálnak.

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

106. Melyik évben született az egészségügyről szóló törvény?

- a) 1995
- b) 1996
- c) 1997
- d) 1998

107. Igaz/hamis

Az egészségügyről szóló törvény előírja, hogy mindenkinek kötelessége tiszteletben tartani mások jogait az egészséghez, annak védelméhez, a betegségek megelőzéséhez.

108. Igaz/hamis

Egy beteg saját akaratából nem hagyhatja el az egészségügyi intézményt, amelyben őt gyógykezelik.

109. A beteget és az ő hozzátartozóit mennyi idővel előbb kell értesíteni, mielőtt elbocsátják a beteget a kórházból?

- a) 12 órával előbb
- b) 24 órával előbb
- c) 36 órával előbb
- d) 48 órával előbb

110. Igaz/hamis

A beteg lemondhat a betegségével kapcsolatos tájékoztatásról, viszont abban az esetben ez nem lehetséges, ha ismernie kell ahhoz betegsége természetét, hogy más embereket ne veszélyeztessen.

111. Igaz/hamis

Bármely egészségügyi beavatkozás előfeltétele a beteg tévedéstől, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezése.

112. Igaz/hamis

A beteg csak megjelölheti azt a személyt, akit kórházi elhelyezéséről, állapotának alakulásáról értesítenek, de kizárni ezen lehetőségből nem zárhat ki senkit.

113. Amennyiben a beteg panaszt tesz ellátásával kapcsolatban, akkor hány napon belül kell a beteget értesíteni a kivizsgálás eredményéről?

- a) 5 munkanapon belül
- b) 10 munkanapon belül
- c) 15 munkanapon belül
- d) A törvényben nincs megszabva erre vonatkozó határidő

114. Igaz/hamis

Az egészségügyről szóló törvény előírja, hogy az egészségügyi dolgozók számára köteleesség szakmai ismereteik folyamatos továbbfejlesztése.

Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény kivonatos ismertetése

115. Igaz/hamis

Minden egészségügyi tevékenység a beteg személyisége, méltósága és jogai tiszteletben tartása, életkorának, valamint önrendelkezésének figyelembe vétele mellett történik.

116. Igaz/hamis

Egy egészségügyi dolgozó saját belátása szerint cselekedhet, ha úgy véli, felettese téved, nem kötelessége elfogadnia az utasítását.

117. Egy egészségügyi dolgozó naponta hány órát dolgozhat maximálisan?

- a) 8 órát
- b) 12 órát
- c) 16 órát
- d) 24 órát

118. Egy egészségügyi dolgozó mikor nem jogosult egészségügyi tevékenység gyakorlására?

- a) ha rendelkezik az adott tevékenység végzéséhez szükséges szakképesítéssel
- b) ha szerepel az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek nyilvántartásában
- c) ha ért ahhoz a tevékenységhez, amit végez, de nincs róla szakképesítése
- d) ha az egészségi állapota alapján az adott egészségügyi tevékenység végzésére alkalmas állapotban van

119. Párosítsa a foglalkoztatási jogviszonyokat a jellemzőjükkel!

- a) szabadfoglalkozás keretében
- b) egyéni vállalkozóként
- c) közalkalmazotti jogviszonyban, munkaviszonyban
- d) közszolgálati jogviszony és szolgálati viszony
- e) önkéntes segítő

1. egészségügyi dolgozó (alkalmazott), munkáját műszakbeosztás szerint végzi
2. önkéntes segítőként egészségügyi dolgozó, hivatásszerűen nem foglalkozik betegellátással
3. megbízási szerződés alapján végez egészségügyi tevékenységet egészségügyi szolgáltatónál
4. csak az őt foglalkoztató közigazgatási szerv tevékenységével összefüggő egészségügyi tevékenység végzésére jogosult
5. saját nevében és felelősségére működik egészségügyi szolgáltatóként

120. Egy egészségügyi dolgozó mennyi önként túlórárt vállalhat egy héten?

- a) 8 órát
- b) 12 órát
- c) 18 órát
- d) nincs korlátozás

121. Igaz/hamis

Az egészségügyi dolgozók számára a túlóra nem kötelező, csak akkor kell többletmunkát elvállalniuk, ha önkéntesen beleegyeznek.

122. Igaz/hamis

Amennyiben az orvosi alkalmassági vizsgálaton munkavégzésre alkalmasnak találták az egészségügyi dolgozót, akkor pillanatnyi egészségi állapotától függetlenül bármikor végezheti munkáját.

Karrier, karrierépítés

123. Párosítsa össze a fogalmat a magyarázattal.

- a) karrier
- b) karrierfejlődés
- c) karrierváltás

- 1. a foglalkoztatásban bekövetkezett változás
- 2. sikeres előmenetel, érvényesülés
- 3. a szakmai foglalkoztatásban bekövetkezett előrelépés

124. Melyik nem sorolható az ember életében bekövetkező három nagy választás-fajta közé?

- a) foglalkozásválasztás
- b) karrierválasztás
- c) titulusválasztás
- d) munkahelyválasztás

125. Scarpello és Ledvinka szerinti életpályánk négy fázisához rendelje hozzá, hogy melyik életkorban zajlik le az adott fázis.

- a) Növekedés fázisa
- b) Kibontakozás fázisa
- c) Az életpálya kiépítésének fázisa
- d) A megőrzés, majd hanyatlás fázisa

- 1. 15–24 év
- 2. 25–44 év
- 3. 0–14 év
- 4. 45–62 év

126. Igaz/hamis
A Scarpello- és Ledvinka-féle életpálya szakaszai szigorú rendben követik egymást, attól eltérően nem alakulhat egy ember élete.
127. Igaz/hamis
A jobb érvényesülési lehetőségek növelik a jó szakemberek megtartását.
128. Igaz/hamis
Az áthelyezés mindig rosszul érinti az adott dolgozó karrierjét.
129. Igaz/hamis
Ha megüresedik egy álláshely egy cégen belül, a munkaerő pótlásának egyetlen lehetséges jó megoldása, ha belülről, a cég munkatársai közül választunk ki új munkaerőt.
130. Melyik önéletrajz-típust nem célszerű már beadni munkahelyre pályázatként?
a) hagyományos
b) amerikai
c) Europass

Költségvetés és kontrolling

131. Igaz/hamis
A költségvetés olyan terv, amelyet csak egy szervezet/intézmény szokott készíteni bevételei és kiadásai nyilvántartására, tervezésére.
132. Párosítsa össze az egymáshoz tartozó fogalmakat.
a) szufficit
b) szaldó
c) deficit
1. a költségvetés egyensúlyban van
 2. költségvetési hiány
 3. többlet a költségvetésben
133. Melyik nem tartozik a költségvetési tervezés alapelvei közé?
A költségvetés legyen:
a) reális
b) áttekinthető
c) 100%-ig egyezzen meg a valós összegekkel
d) gazdaságos

134. Igaz/hamis

Az egészségügyi ellátás alapelve: optimális ráfordítással optimális ellátás megvalósításával maximális eredmény.

135. Igaz/hamis

A kontrollíng összhangot biztosít a szervezet környezete, stratégiája, struktúrája között, és integrált rendszerbe foglalja a tervezést, beszámolást és az információellátást.

Munkahelyi stressz és kezelése

136. Tegye sorrendbe az általános adaptációs szindróma fázisait!

- a) ellenállás fázisa
- b) kimerülés fázisa
- c) alarm-reakció

137. Mi nem lehet a következménye a hosszú ideig tartó stresszornak?

- a) ingerlékenység
- b) étvágytalanság
- c) jobb munkahelyi légkör
- d) kiegész

138. Tegye sorrendbe a burn-out szindróma fokozatait!

- a) csökkent munkateljesítmény
- b) fokozott személytelenedés
- c) érzelmi/fizikai kimerülés

139. Igaz/hamis

A munkahelyi, foglalkozási stressz a betöltött állással vagy feladattal kapcsolatban kialakuló feszültség.

140. Igaz/hamis

A stressz-kezelés egyik kulcskérdése az idővel való gazdálkodás.

141. Kinek a nevéhez kapcsolható a következő szabály: „A cselekedetek 20%-a hozza az eredmények 80%-át.”?

- a) Adam Smith
- b) Pareto
- c) Keynes
- d) Walras

Emberierőforrás-menedzsment

142. Mi nem jellemezhető az emberi erőforrás sajátosságaként?
- tartós erőforrás
 - nem raktározható
 - innovatív
 - a cég tulajdona
143. Párosítsa össze az emberi erőforrással való gazdálkodás kategóriáit és azok lényegét!
- az emberi erőforrások fejlesztése (Human Resource Development)
 - szervezetfejlesztés (Organization Development)
 - emberierőforrás-menedzsment (Human Resource Management)
 - stratégiai emberierőforrás-menedzsment (Strategic Human Resource Management)
- szervezetviselkedéssel és strukturális szervezeti változások vizsgálatával foglalkozik
 - az emberierőforrás-technikának a szervezeti stratégiával történő összekapcsolását jelenti
 - az emberi személyiség fejlesztésével foglalkozik, célja a teljesítmény javítása az ismeretek és készségek fejlesztésével
 - a személy- és szervezetfejlesztés és a vezetési funkciók összekapcsolásának kérdéseit tárgyalja
144. Igaz/hamis
A humánerőforrás-menedzsment stratégiai szintre emeli az embert mint a szervezet alapvető erőforrását.
145. A szervezeti hatékonyság biztosítása érdekében a hatékony munkaerő-felhasználást segítő humánerőforrás-menedzsment-szemlélet
- nem alkalmazható az egészségügyben
 - az egészségügy minden területén alkalmazható
146. Párosítsa a felsorolt eszközöket és feltételeket a hozzájuk tartozó gyűjtőfogalommal!
- a humánerőforrás-menedzsment eszközei
 - a humánerőforrás-menedzsment külső feltételei
 - a humánerőforrás-menedzsment belső feltételei
- az oktatás és szakképzés rendszere
 - munkaerő-toborzás, -kiválasztás és -bevezetés a szervezetbe
 - személyzeti információs rendszer, kommunikáció, fegyelmi ügyek
 - vezetői stílus és gyakorlat

5. pénzügyi kondíciók és flexibilitás
 6. munkaerőpiaci helyzet
147. Milyen két fázisra különíthető el az emberi erőforrás tervezése?
- a. pénzügyi erőforrások tervezése
 - b. akciótervezés
 - c. munkacsoportok működésének megtervezése
 - d. stratégiai tervezés
148. Igaz/hamis
A jövőbeni kondíciók megítéléséhez elengedhetetlen a belső és külső környezet vizsgálata, valamint az üzleti terv elemzése.
148. Igaz/hamis
A jövőbeni kondíciók megítéléséhez szükséges vizsgálat során külső tényezőként vizsgáljuk a felső vezetés értékeit és a célok elérésével szemben álló potenciális problémákat.
149. Igaz/hamis
A jövőbeni kondíciók megítéléséhez szükséges vizsgálat során belső tényezőként vizsgáljuk a szervezetre vonatkozó törvényeket, rendeleteket, és a munkaerőpiaci tendenciák alakulását.
150. A munkaerőigény és a munkaerő-kínálat összehasonlításából megismerhetjük, hogy
- a. felesleg
 - b. hiány
 - c. egyensúly
 - d. mindhárom fenti helyzet áll-e fenn.
151. Mi tartozik a létszámigény szubjektív meghatározásának módszerei közé?
- a. trendelemzés
 - b. arányelemzés
 - c. vezetői vélemények elemzése
 - d. korrelációelemzés
152. Mely objektív létszámelemzési módszer során vizsgálják az elmúlt 3–5 év létszámalakulását?
- a. trendelemzés
 - b. arányelemzés
 - c. korrelációelemzés

152. Mely objektív létszámelemzési módszer során vizsgálják valamely ellátandó feladat és az ellátáshoz igényelt számú speciális képzettségű alkalmazott közti arányt?
- trendelemzés
 - arányelemzés
 - korrelációelemzés
153. Mely objektív létszámelemzési módszer során vizsgálják, hogy van-e statisztikai összefüggés bizonyos tevékenység és a munkaerő ellátottság között?
- trendelemzés
 - arányelemzés
 - korrelációelemzés
154. A felsoroltak közül mi jellemzi a delphi módszert?
- a kiértékelt véleményeket önmagukban vizsgálják, egymással nem ütköztetik
 - inkább rövidtávú előrejelzések készítésére alkalmas
 - cél, hogy a kiértékelt vélemények végső soron közelítsenek egymáshoz
 - a szakértők véleményüket nevükkel együtt adják meg
155. Az ápolásnál szükséges létszámigény meghatározására a legelterjedtebb módszer
- delphi módszer
 - német módszer
 - top-down módszer
 - bottom-up módszer
156. Igaz/hamis
Az egészségügy nem nevezhető létszámigényes ágazatnak, annak ellenére, hogy a betegekkel való bánásmód során egyéni módszerek kerülnek alkalmazásra.
157. A munkaerő-toborzás során hátrányt jelent, ha
- a szervezet földrajzi környezete megfelelőnek mondható
 - a szervezet fejlődő társadalomban helyezkedik el
 - a környéken nem működik egészségügyi képzőintézmény
 - a helyi médiumok gyakran közölnek híreket a szervezetről
158. A munkaerő-toborzás
- csak a humán erőforrás-menedzser
 - csak a szakmai vezető
 - mindkét fenti vezető felelőssége.

159. Az alkalmazásra való alkalmasság kiválasztásánál melyik interjúfajta megbízhatósága erősebb?
- strukturált interjú
 - strukturálatlan interjú
160. Az alkalmazásra való alkalmasság kiválasztásánál melyik interjúfajta során tudhatunk meg többet az emberről?
- strukturált interjú
 - strukturálatlan interjú
161. Igaz/hamis
A felvételi beszélgetés során a szervezet munkatársai nem kötelesek ismertetni a betöltendő állás feladatait, valamint az intézmény küldetését és felépítését.
162. Igaz/hamis
A szakmai vezető az alkalmazást megelőző állományszervezés során az újonnan felvett alkalmazottat bármely éppen üresen álló beosztásban elhelyezheti.
163. Mikor kezdődik a munkakörbe történő bevezetés?
- a toborzás befejezésének pillanatában
 - már az interjú során kezdetét veszi
 - az alkalmazás pillanatában
164. Igaz/hamis
A munkakörbe való bevezetés nem foglalja magában a személyre szabott munkaköri leírás tisztázását.
165. Mely tevékenység célja, hogy az új dolgozó a team tagjának érezze magát?
- bevezetés
 - orientáció
 - szocializáció
165. Mely tevékenység célja, hogy az újonnan felvett alkalmazott megismerje a helyi standardokat, irányelveket és munkafázisokat?
- bevezetés
 - orientáció
 - szocializáció
166. Mely tevékenység során szolgálnak modellként a tapasztalt, hozzáértő alkalmazottak?
- bevezetés
 - orientáció
 - szocializáció

167. Igaz/hamis

Az esetleges motivációs hiányok miatt fellépő beilleszkedési zavarok csökkentésére nem alkalmasak a jutalmazást és büntetést felhasználó orientációs programok.

168. Igaz/hamis

Az egészségügyi szolgáltatás területén működő szervezetek humán erőforrás-menedzsmentjére vonatkozó feladatait az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvei foglalják össze.

A változás és változtatás kérdései

169. Jelölje meg a változás jellemzőit!

- a) konstans
- b) mindig előre kiszámítható
- c) kényszerből is születhet
- d) változó az intenzitása

170. Igaz/hamis

Az egészségügyet érintő külső változások sebessége és mennyisége akkor is kényszerít változásokra, amikor ezt a szervezet tagjai nem is tervezték előre.

171. Igaz/hamis

Az élet- és orvostudományok fejlődése különösen sok változást idéz elő, nem csak az egészségügyi szférában.

172. Minek hatására következik be leginkább változás a szervezetben?

- a) külső erők
- b) belső erők
- c) a külső és a belső erők
- d) egyik sem generál változást

173. Párosítsa össze az összetartozó fogalmakat!

- a) Külső erők
- b) Belső erők

- 1. törvények
- 2. tudomány
- 3. egy adott személyből eredő erő
- 4. egy adott szervezetből eredő erő

5. nemzetközi hatások
6. szándék a szakmai előrehaladásra
7. finanszírozás
8. környezeti hatások elfogadására irányuló késztetés

174. Igaz/hamis

A változás valamely erő hatására jön létre a változtatás folyamatában.

175. Tervezett változtatást célszerű alkalmazni:

- a) kis nagyságrendű változás elérése érdekében
- b) közepes nagyságrendű változás elérése érdekében
- c) nagy változás elérése érdekében
- d) a változás nagyságától függetlenül alkalmazható bármely esetben

176. Igaz/hamis

Az erőter-elemzés status quo ante esetében a hajtó és korlátozó erők egyensúlyi helyzetben vannak.

177. A változtatásokkal kapcsolatos elméletek többsége

- a) Ricardo
 - b) Zimbardo
 - c) Lewin
 - d) Herzberg
- elméletére épül.

178. Lewin akadályok leküzdésére irányuló modellje

- a) három
 - b) négy
 - c) hat
 - d) nyolc
- fázisból áll.

179. Párosítsa össze Lewin akadályok leküzdésére irányuló modelljének fázisait azok jellemzőivel!

- a) első fázis
- b) második fázis
- c) harmadik fázis

1. az új, kialakult helyzet elfogadtatása normaként
2. helyzetelemzés alapján meg kell állapítani, hogy szükség van-e változásra
3. célok kijelölése, változás tervének kidolgozása; átalakítás szakasza

180. Párosítsa a fogalmakat a jellemzőjükkel!

- a) racionális–empirikus stratégia
- b) normatív–átnevelő stratégia
- c) hatalmi–kényszerítő stratégia

- 1. alapja a csoportmunka, a változtatás kezdeményezője az emberi kapcsolatokra alapoz
- 2. legitim hatalom gyakorlásán vagy gazdasági kényszerítéseken vagy politikai nyomáson alapul
- 3. az emberek racionalitására alapoz, ésszerű változtatás esetén alkalmazandó

Az egészségügyi minőségbiztosítás alapjai

(Sándorné Szabó Iringó)

A minőségügy fogalomrendszere

A fejezet a minőségmenedzsment alapfogalmaival foglalkozik. Célja, hogy az olvasók megismerjék azokat a kifejezéseket, amelyek a minőségüggyel kapcsolatosak, illetve megértsék az egyes fogalmak jelentését.

A minőség meghatározása

A minőség általában nem fogalmazható meg egyértelműen, egzaktul. Megfigyelhető, hogy egyre gyakrabban használjuk a magyar köznyelvben a minőség kifejezést. A mindennapokban, ha a minőségről beszélünk, elsősorban saját benyomásaink, tapasztalataink, értékrendszerünk alapján kialakult véleményünket fogalmazzuk meg az adott dologgal (termékkel vagy szolgáltatással) kapcsolatban. A laikusoktól, szakemberektől, üzletemberektől arra a kérdésre, hogy „mit jelent számukra a minőség?”, gyakorlatilag ahány embert kérdeznénk meg, más-más ismérvet, tényezőt sorolnának fel, eltérő válaszokat adnának pl. egy autóval, háztartási géppel, kozmetikummal, éttermi fogyasztással, mobiltelefon-szolgáltatással stb. kapcsolatban.

A hétköznapokban a minőség pl. alkalmasság, megbízhatóság, kényelem, tartósság, jó szervízhálózat, környezetbarát termék, alacsony fogyasztás, jó hírnév, márka, divat, megfelelő paraméterek, gyors kiszolgálás, udvariasság, esztétikai megjelenés, tetszetős csomagolás, megfelelés a jogszabályoknak, szabványnak, megfelelő ár, határidőre történő szállítás stb. jelentésekkel bír.

A minőségmenedzsment úttörőitől, a kiváló elméktől származó legismertebb minőség-definíciók a következők:

Philip C. Crosby: „megfelelés a követelményeknek”

W. E Deming: „az egyformaság és megbízhatóság előre látható szintje alacsony költségek mellett és a piacnak megfelelően.” A minőség a termék egész élettartama alatt múlja felül a vásárló igényeit.

A. V. Feigenbaum: „a teljes vevői megelégedettség”

J. M. Juran: „ami megfelelően használható”

Taguchi: „a minőség a tervezés érdeme”

Shiba: a minőség négy szintjét határozza meg:

1. szint: megfelelés a szabványnak, előírásoknak,

- 2. szint: megfelelés a vevők ismert igényeinek,
- 3. szint: megfelelő ár/költség viszony,
- 4. szint: a szervezetek a felhasználó látens, ki nem mondott igényét célozzák meg.

Ezek a minőségszintek egymásra építkeznek, s a köztük lévő átjárhatóságot a folyamatos javítás teremti meg. Egyes szervezetek csupán az első szint elérésére képesek, de önmagában a negyedik szint teljesítése sem lehetséges. A versenyképes szervezetek rendelkeznek azzal a képességgel, hogy elérjék a negyedik szintet.

A minőséget meghatározza az ISO 9000:2005 szabvány is, mely a következőképpen szól: „a minőség annak mértéke, hogy mennyire teljesíti a saját jellemzők összessége a követelményeket”. A szabvány megjegyzi, hogy a minőség a hétköznapi nyelvben elterjedt módon a kiváló, jó, gyenge, rossz kifejezésekkel is jellemezhető. Ebben az értelmezésben a *saját jellemzők* alatt a minőség fogalmába beletartozik a például egy termék színe, mérete, tartóssága, súlya stb., de az ára nem, mivel az *hozzárendelt jellemző*. A *követelmény* – a szabvány értelmezése szerint – kinyilvánított igény vagy elvárás, amely magától értetődő és kötelező.

A minőség fogalma az egészségügyben

Az általános megfogalmazásnál olvasható meghatározások alapján a minőséget az egészségügyi szférában is nehéz leegyszerűsítve, objektíven definiálni. A minőséggel kapcsolatos elvárások, törekvések azonban nem új keletűek a gyógyítás, az egészségügy területén.

Számos erőfeszítés történt az egészségügyben egy használható, egységes meghatározás megalkotására. Néhány példa ezekből:

Donabedian: „Az egészségügyi ellátás minősége a megvalósult ellátás és előre kitűzött cél/kritériumok egyezése”. A minőség a normatív viselkedéssel való egyezés foka vagy a normatív viselkedéstől való eltérés foka. (*Bálint-Zékány*)

Lee és Jones: „A minőség a modern orvostudomány vívmányainak az egész társadalom javára való felhasználása. Az ellátás minősége a korszerű orvostudomány összes szükséges szolgáltatásának az összes ember szükségleteinek a kielégítésére történő felhasználása.”

Berwick: „A minőség az a fokozat/szint, amelyen mértékben az általunk kívánt célt elértük.”

Leebov: „Helyes dolgokat következetesen, helyesen csinálni a beteg javára a lehető legjobb eredmény és a betegelégedettség elérése, a tehetséges személyzet megtartása és a gazdaságosság biztosítása érdekében.”

Brook és Kosecoff: „A minőség meghatározott tevékenységek elvégzése olyan módon, hogy javítsa az egészségi állapotot, vagy legalábbis megelőzze az egészségi állapot romlását, ami a betegség miatt bekövetkezett volna.” A fenti meghatározás alkalmazása során az egészségügyi ellátás minőségének két komponense van:

- megfelelő beavatkozás megválasztása,
- a lehető legjobb eredményhez vezető beavatkozás elvégzése.

A WHO megfogalmazása szerint:

„Kiváló minőségű az az egészségügyi ellátás, amely tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások figyelembevételével megfelel a jótékony hatás maximalizálása és az egészségkárosító kockázat minimalizálása iránt támasztott elvárásoknak.”

Hajdúszoboszlón, az 1995-ben rendezett konszenzuskonferencián fogalmazták meg a ma is elfogadottnak tartott meghatározást:

„Az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan *értékítélet*, mely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított, *elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki*. A megvalósulás mértéke minden egyes komponens tekintetében az erre jellemző mutatóval írható le.”

A legfontosabb minőségmenedzsment alapfogalmak

A minőséggel kapcsolatos törekvések, tevékenységek fejlődésével számos szakkifejezés vált jól ismertté.

Az egészségügyi ellátás minőségével kapcsolatos szakirodalmakat áttekintve legkorábban a *minőségellenőrzés* fogalma jelent meg. A *minőségellenőrzés (quality control)* fogalma az ipari tömegtermelés kialakulásához fűződik. Alapját az az elv képezi, hogy az előzőleg megállapított minőségi követelmények állandóan érvényesüljenek. Célja a hiba megállapítása.

A minőségellenőrzés: „a szakmai standardoktól vagy a standardok rendszerétől, protokolloktól, irányelvektől való eltérés ellenőrzése.”

A minőségellenőrzés lényege az egészségügyben, hogy nem az utólagos ellenőrzésen van a hangsúly, hanem biztosítja az eleve jó minőségű áru és szolgáltatás kikerülését, az ellátási folyamat bármelyik lépésében alkalmazható.

A *minőségbiztosítás (quality assurance)* a minőségellenőrzésnél tágabb fogalom, mely során megméri az adott szolgáltatás minőségét és a rögzített minőségi célokhöz viszonyítja, és megteszi a szükséges intézkedéseket, ha nem megfelelő a minőség szintje.

Akkor beszélünk *egészségügyi minőségbiztosításról*, ha az egészségügyi szolgáltatás minőségének ellenőrzéséhez csatlakozik egy folyamatosan működő visszacsatoló rendszer, amely a minőségtől való eltérést azonnal jelzi és beindítja a korrigáló mechanizmusokat, azonosítja a hibákért felelőssé tehető tényezőket, személyeket, és a hibákat előidéző faktort kiküszöböli. A hibák okainak felszámolása után ellenőrző mechanizmusokat épít be, azaz gondoskodik arról, hogy az eltérés nem ismétlődjön meg az adott ponton.

Az MSZ EN ISO 9000:2000 szabvány szerint a minőségbiztosítás egy „tervezett és rendszerezett végzett tevékenység, amelyet a minőségügyi rendszerben hajtanak végre, és szükség esetén igazolnak, hogy megfelelő biztosítékot adnak arra, hogy a termék vagy szolgáltatás megfelel a minőségre vonatkozó követelményeknek.” Tehát a minőségbiztosítás arra összpontosít, hogy bizalmat keltsen azzal kapcsolatban, hogy a minőséggel összefüggő követelmények teljesülni fognak.

Az egészségügy területén a minőségbiztosítás egy folyamat, melynek végső célja minden egészségügyi tevékenység eredményének javítása, az egészség, funkcionális képesség, páciens/gondozott jóllét és vevő megelégedettség szempontjából.

A *minőségfejlesztés (quality improvement)* egyesíti az összes minőségbiztosítási tevékenységet. A fogyasztó szükségleteinek kielégítésére és az egészségügyi ellátás állandó fejlődésére koncentrál. Olyan folyamatos tevékenységek összessége, melyek objektíven tervezik és szisztematikusan értékelik a páciens/gondozott ápolásának, ill. ellátásának, gondozásának minőségét, a lehetőségek figyelembevételével fejlesztik a páciensnek/gondozottnak nyújtott ápolást és ellátást, és megoldják a felderített hibákat, illetve hiányosságokat.

Manapság általános, s így az egészségügyi ellátást nyújtókkal szemben is követelmény, hogy folyamatosan végezzék a minőségfejlesztést.

A *folyamatos minőségfejlesztés (continuous quality improvement)* fogalma azt takarja, hogy a minőségfejlesztés nemcsak alkalmi tevékenység, hanem a szervezet olyan felépítéssel rendelkezik, amelyben a minőségbiztosítás mellett, biztosítja a minőség folyamatos elemzését, és az minőségelemzés eredményeként nyert ismeretek felhasználásával folyamatosan végzi a minőségfejlesztést. Olyan minőségfejlesztési tevékenység, melynek során a teljes rendszer vagy annak egy részének fejlesztése a cél, kiemelten a minőségi problémák megelőzése a problémás vagy potenciálisan problémás folyamatok azonosítása, tökéletesítése és új minőségelemek bevezetése.

Minőségirányítás vagy *minőségmenedzsment (quality management)* alatt olyan összehangolt tevékenységeket értünk, melyek egy szervezet vezetésére és szabályozására vonatkoznak a minőség szempontjából. Tulajdonképpen egy vezetési tevékenység, mely általában meghatározza a minőségpolitikát, minőség-célkitűzéseket és az ezzel kapcsolatos feladatköröket, megvalósítja a minőségcélokat a minőségtervezés, minőségszabályozás, minőségbiztosítás, és a minőségfejlesztés segítségével. A *minőségpolitika* az adott szervezett felső vezetésének a minőségi célkitűzésekről kinyilvánított szándéka, irányvonala. (A minőségpolitika általában összhangban van a szervezet általános politikájával, és keretet ad a minőségcélok kitűzéséhez.) A *minőségcél* a minőséggel kapcsolatos valami, amire törekszenek, vagy amit el akarnak érni. A *minőségtervezés*, mint az előzőekben olvashattuk a meghatározásban, részét képezi a minőségirányításnak. A minőségirányítás tevékenységein belül a minőségcélok kitűzésére, valamint a szükséges működési folyamatok és a velük kapcsolatos erőforrások meghatározására összpontosít, annak érdekében, hogy a minőségcélokat elérjék. A *minőségszabályozás* a minőségirányítás azon része, mely a magától értetődő vagy kötelező minőségi követelmények teljesítésére fókuszál.

Minőségirányítási rendszer (MIR) vagy minőségügyi rendszer a minőségirányítás megvalósításához szükséges szervezeti felépítés (struktúra), feladatkörök, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége. Tulajdonképpen egy irányítási rendszer egy szervezet vezetésére és szabályozására, a minőség szempontjából. A minőségügyi rendszer magában foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének ellenőrzését, értékelését, szükség szerinti tanúsítását és a folyamatos fejlesztést.

A minőségirányítási rendszer segítségével történik meg a minőség betervezése és beépítése a rendszer teljességébe, termékebe, szolgáltatásba, a vevő elégedettségébe.

Az egyik minőségügyi rendszer, a szabványos ISO 9000:2000 rendszer, melyről egy későbbi fejezetben lesz részletesebben szó.

Teljes körű minőségirányítás, teljes körű minőségmenedzsment (TQM – Total Quality Management) egy másik meghatározó jelentőséggel bíró minőségügyi rendszer. A TQM olyan vezetési filozófia, szervezeti gyakorlat, módszer és rendszer, amely a szervezet stratégiájának és célkitűzéseinek megvalósítása érdekében a leghatékonyabban használja fel a rendelkezésre álló humán és anyagi erőforrásokat. Egyik jellemzője, hogy a fókuszban a folyamatos minőségfejlesztés foglal helyet és nem csupán a minőség biztosítása. „A TQM olyan általános vezetési és irányítási rendszer, amelynek a középpontjában a vevő áll, és amely a termékek és szolgáltatások minőségének állandó javításával egyre magasabb szinten akarja kielégíteni a vevők igényeit.” A TQM a szervezet összes tagjának aktív részvételére alapszik, lelkesíti, motiválja a munkatársakat a minőségi célok elérése érdekében. Bővebben a minőségügyi rendszerekkel foglalkozó fejezetben kerül tárgyalásra.

Az egészségügyi tevékenység minőségének mérése és értékelése

A minőséggel kapcsolatos nomenklatúrák áttekintése kapcsán ki kell térni a minőség fejlesztésében alapvető jelentőséggel bíró, az egyes tevékenységek mérésével, értékelésével kapcsolatos kifejezésekre.

Az egészségügyi ellátás minőségének mérésével, értékelésével kapcsolatos alapfogalmak: kritérium, standard, indikátor, protokoll.

Kritérium: a minőség fontos mérhető megnyilvánulása, a termék vagy szolgáltatás elvárt szintje, megkívánt minőségét kifejező, mérhető megnyilvánulása vagy/illetve annak pontos leírása, amely szerint a tevékenység vizsgálható, hogy minként valósult meg *az előírásoknak megfelelően.*

Az egészségügyi ellátás minőségét akkor lehet tervezni és folyamatosan fejleszteni, ha előzőleg meghatározzák a jó színvonalú ellátás kritériumait. A kritériumok megadhatók a stuktúrára, folyamatra vagy eredményre – outcome-ra vonatkoztatva. A kritérium egy skálát fog át, s ezen a skálán megjelölt pont, a standard érték az, ami elválasztja az elfogadhatót az elfogadhatatlantól.

A jó kritérium sajátosságai:

- releváns – azaz a kritérium a fejleszteni kívánt területhez kapcsolódik;
- érthető – azaz egyértelműen értelmezhető, minden dolgozó számára tartalmazza a saját munkájához tartozó információkat;
- mérhető – pontosan mérhető a rendelkezésre álló eszközökkel;
- illeszkedő – a valós szervezeti működéshez illeszkedik;
- elérhető – az adott szervezet lehetőségeit tárja fel.

Egy kritérium akkor lesz megbízható, ha kialakítása tudományos bizonyítékokra épülő szakmai irányelvek és gondosan, kritikusan értékelt szakirodalom alapján történik.

Standard: szakmai alapon nyugvó kijelentések, melyek a szervezet elérni kívánt állapotát írják le. Megmutatják, hogyan képzelik el a szakemberek az egészségügyi intézmény működését. Kötelező részfolyamatok, tevékenységek vagy feltételrendszer (pl. személyi vagy tárgyi), melyeket szigorúan be kell tartani, ahhoz, hogy az eljárás sikeres és eredményes legyen. Kifejezhető számszerűen (numerikus standard) vagy szóvegesen (leíró standard) is.

A standard a kritérium mérési skáláján megjelölt pont, amely a minőség elfogadható minimumát jelzi, és amelyen túl lévő értékek a minőséget jónak nyilvánítják. Fontos, hogy a standardokat jól be lehessen azonosítani.

A leíró standard előre megfogalmazott elvárások (pl. szakmai irányelvek) összessége, melynek teljesítése szükséges feltétel a kívánt minőség eléréséhez.

A numerikus standard, az események százaléka, amelynek az adott kritérium alapján teljesülése szükséges. A numerikus standard megvalósulási szintje az indikátorral mérhető.

A szakmai standardok országos vagy helyi irányelvek alapján kerülnek kidolgozásra vagy átvételre.

Indikátor: az indikátor fogalmát a standard értelmezésével kapcsolatban feltétlenül definiálni kell. Az indikátor az egészségügyi ellátás során előforduló események mennyiségi mérőszáma, mutatószám, amely felhasználható az ellátás minősége, a lakosság egészségi állapota és az egészségügyi ellátórendszer mérésére, értékelésére és javítására. A minőségi indikátorok viszonyszámok, többnyire megoszlási viszonyszámok, és azt fejezik ki, hogy a bekövetkezett események gyakorisága mennyire elégti ki valamely standardot vagy minőségi célt.

Az indikátor nem ad közvetlen választ a lehetséges problémákra, hanem egy figyelemfelhívás, jelzés egy adott terület tekintetében, ahol a tapasztalt eltérések okainak feltárása, további részletes elemzések elvégzése válik szükségessé.

Protokoll: nagyon szigorúan, mereven megfogalmazott irányelv. A protokollokat teljes részletességükben követni kell, és az egészségügyi ellátás valamely kisebb területére vonatkoznak.

Szakmai protokollok: meghatározott betegcsoportban és ellátási szinten, egy betegség vagy állapot – az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott preventív, diagnosztikai, terápiás, ápolási, gondozási és rehabilitációs – ellátási folyama-

tával kapcsolatos tevékenységek rendszerezett listája, amely alapját képezi az egészségügyi szolgáltatások szakmai ellenőrzésének és finanszírozásának, továbbá melynek célja az ellátás biztonságának és egyenletes színvonalának biztosítása. Ilyen szakmai protokoll például az ápolás területére kiadott „A terminális állapotú daganatos felnőtt és gyermek betegek hospice és palliatív ellátásáról” szülő protokoll. A védőnői ellátással kapcsolatban is több szakmai protokoll létezik, ilyen pl. „Az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról”.

Szakmai irányelv: az elérhető szakmai bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett döntési ajánlások sorozata, adott betegcsoport különböző ellátási módozatainak meghatározása, melynek célja, hogy javítsa az egészségügyi ellátás minőségét, hatékonyságát, eredményességét, valamint segítse az orvost és a beteget a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában.

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók minőségügyi rendszerei

Minőségügyi *audit:* rendszerezett és független vizsgálat annak meghatározására, hogy a minőséggel kapcsolatos tevékenységek és eredmények megfelelnek-e a tervezettnek, és a minőségügyi intézkedéseket hatásosan megvalósították-e.

Tanúsítás: a szervezet által felkért, külső, független szervezet (tanúsító szervezet) által végzett „harmadik fél” általi audit, melynek során a tanúsító szervezet értékeli és kinyilvánítja, hogy a tanúsított szervezet megfelel a tanúsítási eljárás alapját képező követelményeknek (pl. ISO 9001:2000, MEES), kielégít bizonyos elvárásokat. Önkéntes program, amelyben az egészségügyi intézményeknek meg kell felelniük bizonyos standardoknak.

Akkreditáció: a tanúsításhoz hasonlóan ez is önkéntes eljárás, melynek eredményként egy adott intézmény minőségét szakmailag és általánosan is elismerik.

Az akkreditálás egy folyamat, amely során egy szervezet vagy hivatal értékeli és ad hivatalos elismerést arról, hogy valamely egészségügyi szolgáltató szervezet vagy intézmény felkészült bizonyos tevékenységek (vizsgálat, tanúsítás, ellenőrzés, egészségügyi szolgáltatás stb.) meghatározott feltételek szerinti végzésére.

A szakmai tevékenység minőségének kérdése, szerepe az egészségügyben

A fejezet azt mutatja be, hogy mi a jelentősége a minőségnek az egészségügyi ellátás szempontjából. Segít megérteni, hogy milyen sajátosságai vannak az egészségügyi szolgáltatásoknak, és ebből kifolyólag milyen szempontok mentén bonthatjuk elemeire, vizsgálhatjuk a minőséget. A szakmai minőség kérdésével kapcsolatban a

bizonyítékokon alapuló ellátás és a szakmai gyakorlat fejlesztését szolgáló klinikai audit lényegi elemei is bemutatásra kerülnek.

A minőség az egészségügy terén nagy múltra tekint vissza és mindenkor nagyon lényeges kérdés volt. Jelen fejezet ugyan nem foglalkozik a minőségügy történetének részletes tárgyalásával, de a jobb megértés végett célszerű a kezdetekről néhány állomást kiemelni.

Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos első írásos minőségbiztosítási törekvésekről, i.e. 1700-ból származó feljegyzések szólnak a babiloni birodalomból. *Hamurabi* babiloni király törvénygyűjteménye arról rendelkezik, hogy milyen büntetést érdemel az orvos, aki rossz minőségű egészségügyi ellátást nyújt és ezzel betege egészségében kárt okoz. Egyiptomban szintén hasonló büntetéssel sújtották a nem megfelelő ellátást nyújtó orvost, de istenként tisztelték azt a gyógyítót, aki jó minőséggel teljesített.

Az orvoslásról szóló források mellett az ápolás területén az első céltudatos minőséggel kapcsolatos megfogalmazások *Flornance Nightingale* nevéhez fűződnek, aki XIX. század közepén tevékenykedett az angolok krími háborújában. Munkájának eredményeként jelentősen javult a betegek kórházi ápolása. A fertőzések ellen alkalmazott védekezés nyomán a katonák halálozási aránya 42%-ról 2%-ra csökkent. 1859-ben kiadott művében, a „Notes on Nursing”-ben, előírja az ápolás standardjait. A világon elsőként tudatosan alkalmazott nozokomiális infekciókontroll *Semmelweis Ignác* tevékenységéhez kapcsolódik (1847), bár ő akkoriban nem ezt a terminust használta.

Az 1900-as évek elejétől indul el az egészségügyi minőségbiztosítás igazi fejlődése az Amerikai Egyesült Államokban. *Dr. E. A. Codman* bostoni sebész és munkatársai kezdeményezésére 1917-ben az Amerikai Sebészek Szakmai Kollégiuma létrehozta a kórházi standardizáció programját. Erőfeszítései alapját képezik a kórházi akkreditációnak, mely a kórházak minősítését szolgálja, az előírt standardoknak való megfelelés vizsgálatával.

Az 1960-as években *Avedis Donabedian* definiálta először az egészségügyi minőségbiztosítást és kidolgozta a dimenzióit. Ettől az időszaktól kezdve egyre több országban indultak az egészségügyi minőségbiztosítással összefüggő kezdeményezések.

Magyarországon az egészségügyi ágazat minőségbiztosításával, minőségmenedzsmentjével a 1990-es évek elején kezdtek el foglalkozni.

Az egészségügyi szolgáltatás sajátosságai

Az egészségügyi szolgáltatások nagyon változatosak és az összetett emberi vonatkozás sem elhanyagolható a minőség megítélése szempontjából.

Az egészségügyi tevékenység, szolgáltatás számos sajátossággal jellemezhető. Ide sorolhatjuk az egészségügyi ellátás *heterogenitását*, valamint azt a tényt, hogy az

egészségügyi szolgáltatásokat *nem lehet tárolni, elraktározni*, készletezni, hanem *azonnal fel kell használni*. *Nem halasztható el az igénybevétele*, keletkezése, azaz maga a *szolgáltatás egybeesik a fogyasztással*, tehát egymástól elválaszthatatlan, valamint a szolgáltatások a fogyasztó magánszférájában zajlanak. A szolgáltatás *nem fizikai természetű*, azaz megfoghatatlan, nem tudjuk, hogy mit veszünk, azaz nincs áruminta, és az eredmény is csak *nehezen mérhető*, nincs abszolút mértéke. A nem fizikai természetéből adódik, hogy a szolgáltatást először át kell élni egy új páciens esetén, anélkül, hogy bármilyen összehasonlítási lehetőség lenne (pl. gyermekszülés, vakbélműtét stb.).

A szolgáltatás végén a *beteg nem „selejtezhető le”*. A szolgáltatás *minősége ingadozik*. Az egészségügyben, ha egy szolgáltatás megtörtént, akkor *nem lehet semmissé tenni*, csupán a beavatkozást ismételhetjük meg.

Az ellátás minősége nagymértékben függ a szolgáltatást nyújtó és igénybevevő egyén természetétől, az emberek közti kapcsolatoktól (a beteg és ellátó), a szolgáltatás körülményeitől.

Az egészségügyi ellátás minőségének szempontjai

Az egészségügyi ellátás speciális jellegéből adódóan a minőséget kiterjedten értelmezhetjük, több szempontból vizsgálhatjuk: pl. a páciens, a társadalom, az ellátást végző szakemberek, a menedzsment, a finanszírozók szemszögéből.

A *páciens* nézőpontjából az egészségügyi szolgáltatás minősége azon mérhető le, hogy a szolgáltatásban részesülő beteg mennyire érzi, hogy azt kapja, amire szüksége van. A betegek az ellátást általában a szolgáltatás eredményessége, a dolgozókkal való személyes kapcsolat és a strukturális jellemzők, vagyis a páciens által érzékelt fizikai környezet alapján ítélik meg. Egy fekvőbeteg a kórházi tartózkodás alatt fontosnak tartja pl. a kényelmes, kellemes környezetet, a szoba komfortját, a kulturált beteglátogatási rendet, a korrekt tájékoztatást, a partnerként való kezelést, az egyes vizsgálatok fájdalommentességét, a rövid várakozási időt stb. A 23. ábra a beteg szempontja szerinti minőséget az ellátás elviselhetősége és az ellátás eredménye dimenziójában szemlélteti.

		az ellátás menete mennyire elviselhető	
		korlátozó, kényelmetlen, fájdalmas	elviselhető, esetleg kényelmes
páciens ellátás utáni állapota	nem javul, esetleg rosszabbodik	minőség abszolút rossz	
	javul		magas szintű minőség

23. ábra. A betegek szempontja szerinti minőségi összetevők
Forrás: Gergely-Szóts 2001, p.92.

A *társadalom* szempontjából az egészségügyi ellátás minőségét egyrészt mellékhatásai – elsősorban veszélyessége, környezetszennyező hatásai – határozzák meg, de ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatások által kielégített szükségletek biztosítják a társadalom újratermelését; így ez elsőrendű társadalmi érdek. A minőség definíciója a társadalom szempontjából a következő: „a szervezet képes a vonzáskörébe tartozó népességének egészségi állapotát fenntartani, ... a finanszírozási rendszer által megszabott költségek keretei között, a környezet veszélyeztetése nélkül.”

Az ellátást végző *szakemberek* (orvosok, szakdolgozók, nővérek) szerint az ellátás minőségi, ha megfelel a szakma által meghatározott követelményeknek, valamint a beteg érdekeit szolgáló technológiák és eljárások kiválasztása és kivitelezése helyes módon történik. Alapvető minőségi cél, hogy a lehető legkedvezőbb változást éri el a páciens egészségi állapotában.

A *menedzsment* szintén mást emel ki a minőséggel kapcsolatban. A menedzsment célja, hogy a rendelkezésre álló erőforrásokat a leghatékonyabban és legproduktívabban hasznosítsa a páciens szükségleteinek kielégítése céljából az érvényes jogszabályok és irányelvek korlátai között. Az intézmény vezetése szempontjából tehát az ellátás gazdaságossága a lényeges, azaz minőségi és csak jogos szolgáltatásnyújtás, magas bevételek és alacsony kiadások mellett.

A *finanszírozók* nézőpontjából lényeges, hogy a rendelkezésre álló pénzből, befizetésekből (pl. tb. járulék, önkéntes egészségbiztosítási befizetések) megfelelő minőségű, minél szélesebb körben elérhető egészségügyi szolgáltatásokat finanszírozzanak, mindezt a lehető leggazdaságosabban, alacsony kiadásokkal. A finanszírozó (pl. OEP) tudni szeretné pontosan, hogy az ellátás során az egyes intézmények, milyen kockázatot jelentenek a betegre nézve, hiszen ez az ellátás költségeit is jelentősen befolyásolja.

Az egészségügyi ellátás minőségének összetevői

Szakmai szinten az egészségügyi szolgáltatást nyújtók a világon mindenütt, így hazánkban is, mindenkor arra törekedtek, hogy a lehető legmagasabb szintű ellátást nyújtsák.

Az egészségügyi ellátás minőségével kapcsolatban számos elvárás fogalmazódott meg. Az előzőekben ismertetett definíciók alapján nehéz értékelni, objektíven mérni a minőséget, ezért kell felbontani a minőséget különböző értékelhető komponensre. Az egészségügyi ellátás minősége számos összetevőből áll, és az egyes komponens fontosságát befolyásolja, hogy az egészségügyi ellátás mely szereplőjének szempontjából vizsgáljuk.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO, 1989) Minőségügyi Munkacsoportjának véleménye szerint a minőségnek legalább négy komponense van: *teljesítmény* (technikai minőség), *felhasznált erőforrások* (közgazdasági hatékonyság), *betegelégedettség*, *rizikómenedzsment–kockázatmenedzsment* (az egészségügyi szolgáltatással oko-

zott sérülés, sérelem vagy betegség meghatározása és elkerülése). Ám az egészségügyi szolgáltatás minőségének ennél jóval több komponense létezik. Ilyen például: a *hatásosság*, *eredményesség*, *hatékonyság*. A *hatásosság* az egészségügyi beavatkozások (terápiák, műtétek, gyógyszerek stb.), az orvostechnika alkalmazásának azon képessége, ereje, lehetősége, hogy a kívánt eredményt ideális, azaz kísérleti körülmények között elérjük. A hatásosság segítségével egy egészségügyi intézmény értékelni tudja a feltételrendszer meglétét, valamint, hogy képes-e elérni a kedvező eredményeket.

Az *eredményesség* (szokásos körülmények közötti hatásosság) megmutatja az összességében, ténylegesen elért eredményeket. A napi rutinban a korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások és a páciensek sokfélesége miatt, az egészségügyi ellátás nem ideális, kísérleti körülmények között történik. Ebből adódik, hogy a szokásos körülmények között megvalósult eredmények kevésbé kedvezőek, mint azok, amelyek ideális feltételek mellett érhetők el.

A *hatékonyság* maga az elért hatás. A hatékonyság tulajdonképpen az egészségügyi ellátás eredményességének viszonya a költségekhez, a felhasznált erőforrásokhoz (munkaerő, munkaidő, eszközök, pénz stb.) képest. Akkor hatékony egy egészségügyi beavatkozás, ha az adott eredményt (azonos kórkép esetén) kevesebb ráfordítással, olcsóbban képes előállítani, mint egy másik egészségügyi tevékenység.

Az egészségügyi szolgáltatások minőségével kapcsolatban elvárás még a *hozzáférhetőség*, mely azt fejezi ki, hogy mennyire érvényesül a megközelíthetőség, illetve a könnyű kapcsolatteremtés. Egy egészségügyi szolgáltatás akkor hozzáférhető, ha időben, az aktuális egészségi állapottal összhangban történő igénybevitelét nem korlátozzák földrajzi, időbeli és pénzügyi megfontolások, ha akadálytalanul lehet beszélni egy egészségügyi szakemberrel, illetve van a nap bármely szakában hívható telefonszám, illetve internetelérhetőség.

Lényeges minőségi szempont az *esélyegyenlőség*, *méltányosság* is. Méltányos az, ha az egyének egyenlő eséllyel férnek hozzá a szükségleteik által megkívánt szolgáltatásokhoz, tekintet nélkül a társadalmi ranglétrán elfoglalt helyükre. Az esélyegyenlőség fogalmához tartozik az is, hogy mindenki jövedelmével arányosan viselje az egészségügyi rendszer működtetésével járó anyagi terheket (pl. egészségbiztosítási járulék). Gyakorlati szempontból lényeges, hogy azonos súlyosságú kórkép esetén a betegeket ugyanolyan ellátás, egyforma bánásmód illesse meg. Például sérülhet az esélyegyenlőség, ha egy beteg úgy érzi, hogy kezelése, ellátása a többi klienshez képest nem volt megfelelő, nem részesült olyan figyelmes foglalkozásban, mint mások stb.

Minőségi komponens az egészségügyi ellátás *megfelelősége* is, azaz, ha egy páciens egészségi állapotában a várt javulás (pl. a panaszok enyhülése, önellátás képességének javulása stb.) meghaladja a várt kockázatokat, veszélyeket, negatív következményeket (pl. a vizsgálatok okozta kellemetlenség, fájdalom, félelem), mégpedig oly mértékben, hogy a beavatkozást érdemes elvégezni.

A *tudományos-technikai minőség* megmutatja, hogy az egészségügyi ellátás során milyen mértékben alkalmazzák a korszerű, rendelkezésre álló orvosi ismeret-

teket és modern technológiákat. Ez az egyik legáltalánosabb összetevője az egészségügyi ellátás minőségének. Minden minőségfejlesztési törekvés tartalmazza. Ám a minőséget nem csupán a legmagasabb szakmai technológia biztosítása eredményezi.

Egy másik minőségi összetevő, hogy legyen *elfogadható* az adott egészségügyi szolgáltatás, azaz feleljenek meg a beteg, az ellátók és a közösség elvárásainak. Fontos, hogy az ellátás legyen *átfogó*, holisztikus megközelítésű, *folyamatos* és *dokumentált*.

A *hitelesség* szintén fontos paraméter, azaz a tisztesség, szavahihetőség, megbízhatóság, becsületesség és személyes jó hírnév. A páciensek döntését egy egészségügyi szolgáltatás igénybevétele esetén (hazánkban ez leginkább az egyes szakorvosi vagy egyéb egészségügyi magánszolgáltatások esetében értendő) jelentősen befolyásolja, hogy egy kórháznak vagy egy szakorvosnak, ápolónak vagy védőnőnek milyen a jó hírneve. A *megbízhatóság*, azt a képességet jelenti, hogy a megígért szolgáltatást megbízhatóan és pontosan teljesítik. Például ha egy védőnő 10 órára egyeztet le egy családlátogatást, akkor abban az időpontban valóban látogassa meg a gondozottját.

A *szakértelem*, *kompetencia*, *hozzáértés* lényeges elvárások egy egészségügyi szolgáltatással kapcsolatban. A hozzáértés a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges jártasság, gyakorlat és tudás összessége. Például egy beteg szempontjából lényeges kérdés, hogy egy ápoló fellépése azt sugallja, hogy valóban tudja, mit csinál.

Az ellátás során érvényesülő emberi kapcsolatok terén lényeges szerepe van a *kommunikációnak*. A kommunikáció odafigyelést jelent a páciensekre, illetve a betegeket közérthetően és folyamatosan kell tájékoztatni, kellő érdeklődést mutatva panaszai, problémáik iránt. Például az orvosi tájékoztató lehetőleg ne tartalmazzon a laikusok számára érthetetlen szakkifejezéseket.

Az *udvariasság*, a másik ember tisztelete, előzékenysége és barátságos viselkedés, tapintatosság az egészségügyi intézmények dolgozói részéről jelentősen befolyásolhatja az ellátás eredményességét. A *megértés*, az egyén feltétel nélküli elfogadása, *érzékenység* a szükségleteinek kielégítésére, az együttérzés, *empátia* lényeges az ellátás minőségének megítélésében.

Az egészségügyi szolgáltatások komponensei között lényeges a *biztonság*, mely magában foglalja a fizikális biztonságot és az információk, adatok bizalmas kezelését. A biztonság kérdéskörébe tartozik még az orvosi műhibák és tévedések kérdése is. Egy egészségügyi intézmény minőségügyi feladatai között elengedhetetlen, hogy ezek kizárására, illetve társadalmilag elfogadható mérték alá csökkentésére törekedjen.

További minőségi összetevők a kézzelfogható tényezők, mint a *fizikális körülmények* (pl. berendezések, tisztaság stb.), valamint az egészségügyi dolgozók, a többi páciens és a kommunikációs anyagok *megjelenése*.

A jó minőségű egészségügyi ellátáshoz hozzá tartozik az egészségügyi ellátást végző *dolgozók elégedettsége* is, mivel a kiegyensúlyozottság, harmónia és jó kedv, motiváció jelentősen növelik az eredményes munkavégést.

A fentiekben felsorolt tényezők jelentősen befolyásolják a betegek elégedettségét, mely a minőség fontos komponense, hiszen az egészségügyi szolgáltatások, tevékenységek teljes egészében a páciensekért vannak.

Az egészségügyi ellátás minőségének dimenziói

Donabedian, amerikai orvos, az egészségügyi minőségmenedzsment nagy úttörője, 1966-ban kiadott művében az egészségügyi ellátás minőségét három dimenzióban értelmezi, mégpedig: a struktúra, a folyamat és az eredmény kategóriák szempontjából.

Hopkins továbbfejlesztette *Donabedian* modelljét, mely a 24. ábrán látható.

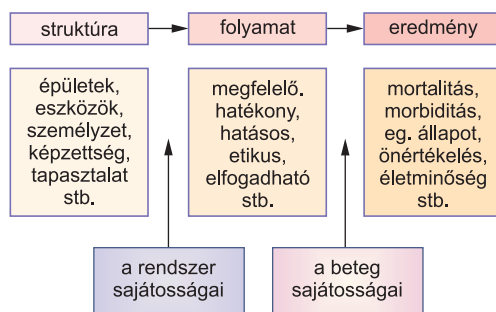
Szerinte az egészségügyi ellátás minőségének értékelése során az előbbi dimenziók mellett, még figyelembe kell venni az egészségügyi rendszer és a beteg sajátosságait is.

A továbbiakban tekintsük át a továbbfejlesztett *Donabedian*-modell egyes tényezőit.

A *struktúra minősége*: a modellben a struktúra gyűjtőnév alatt megtaláljuk az egészségügyi rendszer tárgyi, emberi és szellemi erőforrásainak összességét. Magában foglalja a gazdasági feltételeket, menedzsmentet, épületeket, eszközöket, egészségügyi műszereket, információs rendszert, a megfelelően képzett, tapasztalt szakembereket és kisegítő személyzetet, valamint azok elkötelezettségét és etikai magatartását. Ezen kategóriához sorolhatjuk még az egészségügyi ellátást nyújtók tevékenységeinek végzésére vonatkozó előírásokat, s azokat a szabályrendszereket, melyeket a minőség javítása érdekében készítettek el.

A struktúrával kapcsolatos személyi és tárgyi követelmények meghatározása általában könnyű feladat, teljesülésük mérése is kivitelezhető. A struktúrához sorolt előírások meghatározása azonban már nagyobb körültekintést igényel.

Az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén vizsgálható a struktúra minősége. Azonban, ha belegondolunk, önmagában igen kevés, ha csak arra koncentrálunk, hogy milyen a struktúrája például egy kórháznak. Attól, hogy kiváló egy fekvőbeteg-ellátó intézmény, orvosi rendelő vagy egy védőnői tanácsadó felszereltsége, ott még folyhat kevésbé jó minőségű ellátás, tehát szükséges a folyamat és az eredmény minősége is a szolgáltatás értékeléséhez.



24. ábra. Az egészségügyi ellátás dimenziói
(Forrás: Somogyiné Vári Éva p. 10. alapján)

Hazánkban miniszteri rendelet szabályozza az egészségügyi intézményekre vonatkozó minimumfeltételeket. A működés engedélyezéséhez teljesíteni kell a személyi (az egészségügyi dolgozók szakképzettsége és létszáma) és tárgyi (épületre, eszközökre stb.) feltételek előírásait. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) rendszeresen ellenőrzi a működési engedélyek kiadása után az egészségügyi intézmények működéséhez szükséges feltételek meglétét.

A folyamat minősége: az egészségügyi ellátás folyamata magába foglalja az egészségügyi szolgáltatás főfolyamatait, azaz mindent, ami a pácienssel, a páciensért történik, mint pl. preventív, diagnosztikus, terápiás, ápolási, gondozási, rehabilitációs eljárások összessége, a beteg felvétele, informálása. Tehát ide tartoznak az ellátás időtartama alatt megválasztott, kivitelezett – vagy elmulasztott – intézkedések. Az egészségügyi intézményekben folyó munka minősége azonban nem csak a lehető legmagasabb szakmai színvonalú ellátásban nyilvánul meg, hanem az etikus, konfliktusmentes, értelmes kórházi munkát elősegítő környezetben is. Erre a területre esik a menedzsmentfolyamatok, így a tervezés, szervezés és irányítás és vezetés, jelentős hányada. A támogató folyamatok közé sorolhatók például az áruszállítás, illetve árumozgatás, információtovábbítás, a beteg elhelyezése, betegélelmezés és szállítása, a látogatási idő, a csendes pihenő, ami a beteg szempontjából rendkívül fontos tényező, a takarítás. A minőség értékelése gyakran a folyamat értékeléséhez kapcsolódik mint a folyamat valamely standard (elvárható szintű minőség) teljesítésének fokára utaló kritérium segítségével történő elemzése. A jó folyamat azonban önmagában nem tudja biztosítani az elvárt eredményt.

Az eredmény minősége: az eredmény kategóriája a nyújtott teljesítmények megítélésének legfontosabb alapja. Az eredmény a kliens azon aktuális vagy jövőbeli egészségi állapotában bekövetkező változásokra, a páciensek, és az ellátást nyújtók elégedettségére vonatkozik, amely az egészségügyi beavatkozásoknak, ellátásoknak, intézkedéseknek következménye. Az eredmény megítélése során figyelembe veszik még a morbiditási és mortalitási adatokat is. Az eredmény minőségének a mérése nehéz, mivel a kitűzött célt, a beteg állapotának megítélését általában csak szubjektív módon, leszámítva a statisztikai adatokat, tudjuk meghatározni.

Amennyiben a beteg állapotában, egészségében nem következik pozitív változás, akkor az egészségügyi beavatkozás, ellátás „értelmetlen”, „felesleges” volt, mindazok ellenére, hogy például kiváló volt a struktúra és a folyamat minősége. Tehát önmagában az eredmény minősége sem vizsgálható.

Donabedian modelljét kiegészítve az egészségügyi ellátás minőségét még meghatározzák az *egészségügyi rendszer sajátosságai*, mint például a hozzáférhetőség pénzügyi, földrajzi és időbeni szempontjai stb.

Az ellátás minőségének elemzése szempontjából fontos a *beteg egyes sajátosságainak* a figyelembevétele. Ilyenek például: az életkor, nem, társadalmi-gazdasági körülmények, a betegség súlyossága, a társbetegségek, a beteg egészségkultúrája, együttműködési készsége stb.

Az egészségügyi ellátás szakmai minőségének alapjai

A *szakmai minőség* nagyon lényeges az egészségügyi ellátás tekintetében. A minőségügy csak papírmunka, dokumentációs teher, ha nem társul hozzá a szakmai minőség javítása.

A szakmai minőség fejlesztéséhez nélkülözhetetlenek a bizonyítékokon alapuló szakmai standardok, vagyis a szakmai irányelvek és protokollok. A szakmai irányelvek és protokollokkal szemben támasztott elvárások a következők:

- alapuljanak tudományos bizonyítékokon (gyorsabb megoldás, pl. ha adaptálnak egy nemzetközi bizonyítékokon alapuló irányelvet);
- a tapasztalati bizonyítékokat is vegyék figyelembe (pl. morbiditás, mortalitás, demográfiai adatok);
- alkalmazhatóak legyenek az ellátási környezetükben;
- a beteg preferenciáin alapuljon (pl. egészségkultúra, elvárások, szociális viszonyok, anyagi helyzet, együttműködés stb.);
- legyenek finanszírozhatóak.

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás

A *bizonyítékokon alapuló egészségügyi* (orvosi és ápolási/gonddozási tevékenység) *ellátás* egyaránt szolgálja a hatásosságot, hatékonyságot, eredményességet, költség-hatékonyságot és a kockázatok csökkentését.

A minőségfejlesztés szempontjából fontos, hogy csak olyan diagnosztikus, terápiás, prevenciós eljárásokat alkalmazzanak az egészségügyben, amelyek a tudomány mindenkori állásának megfelelnek. *Bizonyítékon alapuló orvoslásnak és ápolásnak* (*evidence-based-medicine*) nevezzük azt a folyamatot, amikor a gyógyító-megelőző, ápolási-gonddozási ellátás során hozott döntések az elérhető legjobb bizonyítékon, tudományos tényeken alapulnak.

A bizonyítékon alapuló egészségügyi ellátás során a gyakorlatban folyamatosan és következetesen támaszkodnak a klinikai kutatások eredményeire.

A szakma szabályainak betartása, a szakmai protokollokat és irányelveket alkalmazni, valamint az alkalmazásukat folyamatosan értékelni kell, a szakmai ellátás minőségének fejlesztése végett. Ezt a célt szolgálja a klinikai audit.

A klinikai audit lényege

A klinika audit az evidenciákon alapuló szakmai szabályok gyakorlati alkalmazásának értékelésére szolgál. Egy meghatározás szerint a klinikai audit az egészségügyi szakemberek (pl. orvosok, védőnők, ápolók, gyógytornászok, dietetikusok stb.) tevékenységének és az egészségügyi ellátás rendszeres és kritikus elemzése, amely kiter-

jed a diagnosztikai és terápiás eljárásokra, az erőforrások felhasználásra, valamint az eredményre és a beteg életminőségére.

A klinikai audit egy eszköz, lehetőség arra, hogy az egészségügyi ellátás minőségét javíthassuk, hogy kialakítassuk a legjobb gyakorlatot. A klinikai audit elsősorban a szakmai kérdésekre fókuszál.

A klinikai audit jellegét tekintve lehet *belső* (intézményen belül, saját dolgozók által végzett) és *külső* (külső szervezet, szakértői csoport, egészségügyi hatóság (ÁNTSZ) vagy biztosító (OEP) által végzett) audit.

A klinikai audit egy minőségbiztosítási tevékenység, mely szerves része az egészségügyi dolgozók mindennapi munkájának.

A minőségügy jelentősége az egészségügyi szolgáltatások költségeire vetítve

Jelen fejezet az egészségügyi minőségbiztosítás, minőségfejlesztés költségeivel foglalkozik. Rávilágít arra, hogy milyen kiadások kapcsolódnak a minőségügyi tevékenységhez, ezek hogyan csoportosíthatók. Érthetővé válik, hogy tulajdonképpen nem a minőség fejlesztése a költséges, hanem a nem megfelelő ellátás, a rossz minőség növeli meg a kiadásokat.

A minőségügy egyik szakértője, *Crosby* szerint: „Mindig az az olcsó, ha a munkát már elsőre is jól végezzük el.”

Minden egészségügyi szervezet szempontjából a gazdaságosság is egy fontos, minőséget meghatározó tényező. Gazdálkodó szervezetek lévén az egészségügyi intézmények, szolgáltatók esetében is követelmény, hogy a minőség előállítása a lehető leggazdaságosabban történjen, azaz a rendelkezésre álló szűkös erőforrások optimális felhasználásával biztosítsa a kliensek minőségi ellátását.

Lényeges a gazdálkodás szempontjából a minőséggel összefüggő költségek kérdése, ugyanis a kiadások jelentős részét képezik az úgynevezett *minőségköltségek*.

A minőséggel kapcsolatos költségek számszerűsítésével, értelmezésével többen is foglalkoztak. *Crosby* 1979-ben megjelent világhírű műve is ezt a témakört érinti, címe: „A minőség ingyen van”.

Egy definíció szerint: *a minőségköltség* nem más, mint a gyenge minőség megelőzésének, a jó minőség biztosításának és ellenőrzésének, valamint mindazon további költségcsökkentésnek együttes összege, amelyek a hibák miatt merülnek fel.

Feigenbaum megállapította, hogy a minőség előállítása jóval olcsóbb, mint a minőséghibák javítására fordított kiadások összege. Az ipari környezetben végzett felmérések, tanulmányok alapján a minőségügyi költségek kitehetik a teljes költségek 20–40%-át is.

Az egészségügyben *Berwick* és munkatársai (1991-ben) szerint, a minőség költsége a teljes kiadások akár 50%-át is elérhetik.

A minőség költségeinek többféle osztályozása létezik. Az egyik legelfogadottabb felosztás szerint a költségek négy csoportba sorolhatók:

- hibamegelőzési költségek,
- minőségellenőrzési, értékelési költségek,
- belső hibaköltségek,
- külső hibaköltségek.

A *hibamegelőzési költségek* tulajdonképpen befektetési költségek, minden olyan intézkedést tartalmaznak, amelyeknek célja a nem teljesítés (azaz az előírásoknak való nem megfelelés) megelőzése, a páciensek szükségleteinek azonosítása. Ide tartoznak például – minőségtervezési költségek, a minőségjellemzők megállapításának költségei, a dolgozók oktatása és tréningje (annak érdekében, hogy elkerüljék a munka közben vétett hibákat), minőségmonitorozási – és jelentési rendszer kialakítása, a minőség dokumentációjának a megtervezése és bevezetése, a minőségjavító, fejlesztő programok, a minőségmenedzsment rendszer működtetése.

A *minőségértékelés költségeket* az egészségügyi szolgáltatás minőségszínelonálnak megtartására fordítják. Ilyenek például a minőség auditok költségei, külső jóváhagyások, engedélyezés és tanúsítás áttekintése, felülvizsgálata, az eszközök kalibrációja, berendezések karbantartása, dolgozók tevékenységének megítélése, a dokumentáció felülvizsgálata és szolgáltatások vizsgálata.

Hibaköltségek általában a minőségkövetelmények be nem tartásából következnek. A *belső hibaköltségek* mindazok a költségek, veszteségek, amelyek abból keletkeznek, hogy a munka eredményének minősége elmarad a kitűzött mértéktől, ám mivel a hibákat kijavítják, a páciensnek nyújtott szolgáltatás minősége már jó. Ilyen költség például mindenfajta selejt, anyaghiány, szükségtelen, ismételt elvégzett ellátások, beavatkozások, vizsgálatok, várakozási idő okozta veszteség az erőforrások felhasználásában, újraellenőrzés, javítás, hibaelhárítás és hibaelemzés, páciensek reklamációi stb.

A belső költségek csökkenthetők azáltal, hogy a szolgáltatási folyamatban résztvevők kapcsolatrendszerét szabályozzák, mivel a veszteségek legalább egyharmada ott keletkezik.

A *külső hibaköltségek* abban az esetben merülnek fel, ha az egészségügyi ellátás, a munka minősége nem megfelelő, nem éri el a kitűzött standardot, és a hiba, probléma a végső fogyasztónál, azaz a páciensnél, illetve a finanszírozónál lesz nyilvánvaló. Tehát ezek a költségek a szolgáltatók későbbi többletköltségeit jelentik.

Ezen költségek közé tartoznak például (*Suver* és munkatársai közleménye szerint) a betegek reklamációira, panaszaira való reagálás, a felelősségbiztosítási költségek, műhibák miatt keletkezett költségek, a jó hírnév, presztízs elvesztése.

Ezen költségek azonosítása nagyon fontos, mert csak így lehetséges a hatékony kiadáscsökkentés. *Harrington* szerint a teljes minőségköltségek 30%-át a külső hiba-

költségek, 45%-át a belső hibaköltségek képezik, 20% a minőségértékelés, felmérés költsége, és csupán 5% a hibamegelőzésre fordított kiadás. Tehát, ha a preventív költségeket növelik, akkor elérhető, hogy csökkenni fognak az értékelési és a hibaköltségek is.

A nem megfelelő, vagyis „rossz” minőségnek a költségei, más szempontú csoportosítás szerint, feloszthatók látható és rejtett kiadásokra, illetve közvetlen és közvetett kiadásokra.

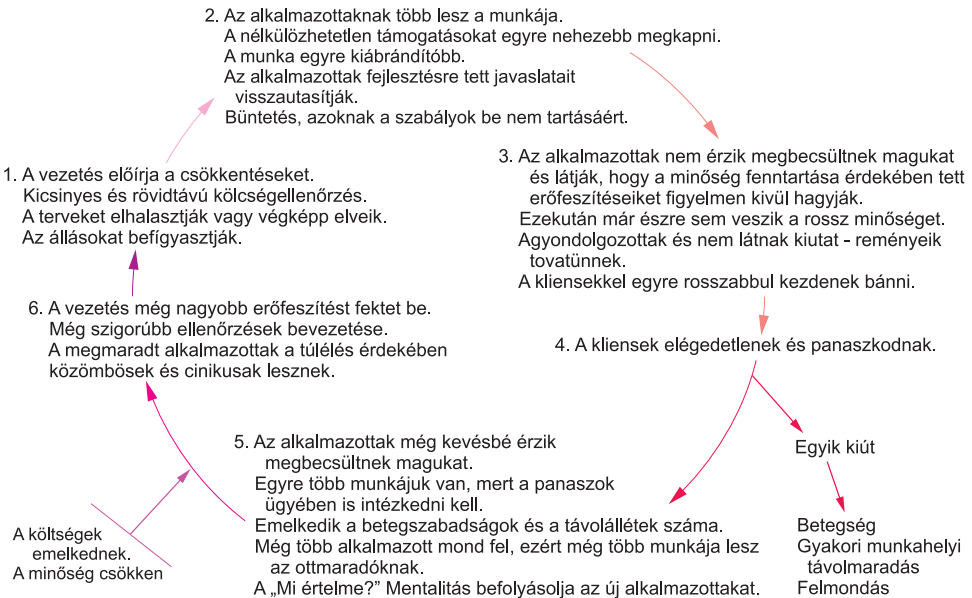
A látható költségek: betegpanaszok, elszámolási hibák, felesleges, pontatlan vizsgálati eredmények, lejárt szavatosságú gyógyszerek, eszközök.

Rejtett költségek: szakmai egységesség hiánya, hibásan működő vagy működésen kívüli eszközök, berendezések, pontatlan vagy hiányos dokumentáció, elégedetlen betegek, információ hiány (jogszabályok, események, eredmények), hosszú várakozási idő, rossz hírnév.

A rossz minőség következményeit az alábbi, 25. ábra mutatja:

A jó minőség következményei:

Alacsonyabb költségek, magasabb produktivitás, elégedett betegek, jó hírnév és megítélés. A felfelé irányuló minőségspirál további eredménye: elégedettebb dolgozók, (növekvő öntudat, energia és kreativitás felszabadítása, kevesebb munkaerő-torborzási költség, kevesebb ráfordítás a munkahelyi távollétek és táppénzes napok miatt kieső munkaerő pótlására) és a növekvő belső motiváció (a minőség javítása



25. ábra. A rossz minőség következményei

Forrás: Ovretveit 1999, p.166.

íránt nagyobb az érdeklődés, a megtakarításokból és a nagyobb bevételekből a minőség fejlesztésére magasabb összeget lehet fordítani).

A minőségköltségek azonosítása nehéz. Bizonyos költségek elkülöníthetők a többi költségtől, de mások viszont nem. Például egy minőségügyi rendszer kiépítésével kapcsolatban egy külső tanácsadó cég szolgáltatásaiért fizetett összeg egyértelműen jelentkezik a kiadási oldalon a minőségügyi költségek között, ám a belső munkatársak munkaidőben történő minőségfejlesztési tevékenységének költsége már rejtve marad.

Minőségügyi rendszerek az egészségügyben

A fejezet a minőségmegvalósítás legelterjedtebb eszközével, a minőségügyi rendszerrel foglalkozik. Ismerteti az ISO 9001 szabvány alapelvét, a szabvány sajátosságait és a rendszer kiépítésének lépéseit. Szintén tárgyalásra kerül a TQM – teljes körű minőségirányítás is, ami tulajdonképpen a szervezet képességeinek kialakítása, vezetési módszer és minőségkultúra. Bemutatja az alapelveit: a vevőközpontúságot, a folyamatos fejlesztést, a teljes körű részvételt és a közös tanulást, és a vezetés jelentőségét. Szó lesz a legkorszerűbb TQM szemléletű modellről, az EFQM-alapú kiválósági modellről is, mely az elmúlt években az egészségügyi intézmények körében is elterjedőben van. A hazai minőségügy fejlődésében nagy előrelépést jelentő integrált minőségügyi rendszerekkel kapcsolatos alapvető ismérvek is bemutatásra kerülnek.

Ha egy egészségügyi szervezet működésében az összes érdekelt szereplő elvárásai teljesülnek, akkor ebből az következik, hogy az adott szervezet jó minőséget állít elő. A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban olyan törekvések indultak, amelyeknek középpontjában az egészségügyi ellátás folyamatos fejlesztése áll.

A minőség biztosításának egyik módja, ha az ellátó a szervezetén belül, minőségügyi rendszert alakít ki, valósít meg és fejleszt. A *minőségügyi rendszer* valójában a minőségirányítás megvalósításához szükséges szervezeti felépítés (struktúra), feladatkörök, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége.

Egy jól működő minőségügyi rendszer bizalmat kelt a vevők (pl. páciensek, gondozottak, betegek) körében és a szervezeten belül is, és segíti elérni a betegek elégedettségét.

A *minőségügyi rendszer* magába foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének ellenőrzését, értékelését, szükség szerint tanúsítását és a folyamatos minőségfejlesztést.

Az *egészségügyi minőségügyi rendszerek célja*, hogy javítsa a lakosság egészségi állapotát, a lehetséges legkisebb kockázattal, mindezt a rendelkezésre álló erőforrások optimális, hatékony felhasználása mellett.

Egy adott szervezet számára a minőségügyi rendszer számos haszna közül megemlíthetünk néhányat:

- olyan minőségű terméket vagy szolgáltatást képes létrehozni, mely megfelel a vevők/páciensek elvárásoknak, valamint a versenyképesség fenntartható és növelhető a piacon;
- a folyamatok szabályozottabbak;
- az irányítás és a munkavégzés hatékonysága nő;
- a szervezeten belüli információáramlás javul,
- a hibák megelőzése a minőségkölségek csökkentését eredményezi;
- elősegíti a folyamatos fejlesztést a működés minden területén.

Egy egészségügyi intézmény, amikor dönt a minőség fejlesztésének szükségességéről, az első kérdés, amire választ kell adni, hogy mit akar megvalósítani ezen a téren, és milyen lehetőségek, módszerek állnak rendelkezésre. A modellek, minőségügyi rendszerek mellett elengedhetetlen feltétel a menedzsment és a dolgozók elkötelezettsége a minőség fejlesztésének szempontjából, illetve az, hogy milyen anyagi erőforrások és tényezők érhetők el. Mindezek mellett figyelembe kell venni, hogy milyenek az adott intézmény adottságai, lehetőségei, a várható kilátások, nehézségek és egyéb befolyásoló tényezők.

Azzal kapcsolatban, hogy melyik módszer, lehetőség, modell választása a legjobb (pl. ISO, MEES, TQM stb.), az elmúlt évtizedekben számos vita folyt. Azonban, *Gulácsi* szerint, figyelembe kell venni egy fontos dolgot: nem modellekben kell gondolkodni és minőségirányítási rendszereket kell kiépíteni, hanem ezeket eszközként kell felhasználni a fő cél, a minőségfejlesztés megvalósítása érdekében.

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 1999.01.01-től kötelezővé tette a belső minőségügyi rendszer működtetését az egészségügyi intézményekben. Az egészségügyi ellátás minőségének biztosítása és fejlesztése során fontos az egységes normarendszer kialakítása, amelyek az egészségügyi gyakorlati munka, a finanszírozás, az ellenőrzések és minőségtanúsítások alapját képezi.

A továbbiakban bemutatásra kerülnek az egyes minőségügyi rendszerek.

ISO 9000 szabványsorozat

A *szabványok* dokumentált, közmegegyezésen alapuló technikai specifikációk, illetve más természetű kritériumok, amelyek általánosan illetve ismételten alkalmazható szabályként, irányelvként előírásként, útmutatásként vagy a jellemzők megfogalmazásaként használhatók annak érdekében, hogy a tevékenységek, termékek, folyamatok, szolgáltatások és azok eredménye egyenletesen megfeleljen a szervezet céljainak.

A szabványosítás egyik legfontosabb célja a minőség védelme.

A minőséggel kapcsolatos szabványosítás az amerikai hadiipar, majd az űrkutatás, gépkocsigyártás területéről indult el. Ezt követően Nagy-Britanniában a szabvá-

nyokat a katonai területről kiterjesztették polgári területekre is. Az 1979-ben kiadott, brit BS 5750 szabvány volt az első, minőségirányítási rendszerekre vonatkozó szabvány, mely alapul szolgált az ISO 9000 szabványsorozatnak.

Az ISO 9000 standardokat először 1987-ben adta ki a Nemzetközi Szabványügyi Szervezet (*International Organisation for Standardisation, ISO*). Az ISO 1947 óta működő szervezet, nemzetközi szabványokat fejleszt, nemzetközi konszenzus alapján. Leginkább elterjedt szabványsorozata az: ISO 9000, melyet azzal a céllal alkotnak meg, hogy a világon egységes minőségügyi szabványok legyenek. Ezt követően 1994-ben és 2000-ben végrehajtották a standardok módosítását, revízióját. Napjainkban az ISO-nak több mint 150 tagországa van, és ez a szabványrendszer (elsősorban Európában) a legelterjedtebb és a legszélesebb körben használatos minőségügyi rendszer.

Az Európai Közösség által kezdeményezett szabványharmonizáció eredményeként hazánkban kialakult az MSZ EN ISO 9000 jelzésű szabványsorozat. A jelzések értelmezése:

- MSZ: Magyar Szabvány
- EN: Európai Szabvány
- ISO 9000: minőségirányítási szabványcsalád
- 9001: Minőségügyi, minőségirányítási rendszer. Követelmények (a szabvány tartalma)
- 2000: A megjelenés, módosítás, helyesbítés éve.

Az ISO szabványcsalád elemei:

ISO 9000:2000 (MSZ EN ISO 9000:2001), minőségirányítási rendszer, Alapok és szótár; ISO 9001:2000 (MSZ EN ISO 9001:2001) minőségirányítási rendszer, Követelmények; ISO 9004:2000 (MSZ EN ISO 9004:2001) minőségirányítási rendszer, Útmutató a működési fejlesztéshez;

ISO 19011 Útmutatás a minőségmenedzsment és környezetközpontú menedzsment rendszerek auditjához.

2008-ban megjelent az új minőségirányítási szabványrendszer, az ISO 9001:2008, mely megtartotta az ISO 2000-ben kiadott felépítését, csupán apró módosításokat tartalmaz. Célja, hogy az érthetőség javuljon, illetve a környezetközpontú szabványnál növekedjen a kompatibilitása.

Az ISO szabványok követelményeket fogalmaznak meg a tevékenységek teljes spektrumára vonatkozóan. Alkalmazásuk filozófiája, hogy a szervezet folyamatai reprodukálhatóan és ellenőrizhetően menjenek végbe.

Magyarországon 1993-ban modellértékű volt a Zala Megyei Kórház minőségbiztosítási rendszerfejlesztési tevékenysége, melynek eredményeként Európában is elsőként az egészségügyi intézmények közül, ISO 9001:1994 mintára alakították ki a kórház minőségügyi rendszerét, melyet 1995-ben tanúsítottak is. Ez volt az ISO alapú minőségügyi rendszerek kiépítésének kezdete hazánkban.

Az iparból átvett minőségügyi rendszerek kialakítása után azonban nem javult automatikusan az egészségügyi intézmények szakmai tevékenységének minősége. Ennek hátterében az állt, hogy az auditálás nem egységes szakmai kritériumrendszer és standardok mentén történt. A tanúsítás megszerzése nem vonta magával a dolgozók szemléletváltását, nem tudták mindannyian átérezni a minőségi munka jelentőségét, azaz nem alakult ki automatikusan a belső hajtóerő a folyamatos fejlődés irányába.

Az ISO 9000:1994-es szabvány céljainak középpontjában az állt, hogy a termék kezelésének minden fázisában *előzze meg a nem megfelelőséget*. Fókuszában a dokumentált szabályozás, vagyis az állandóság és a fegyelmezett, végrehajtott alkalmazott állt. Az ISO 9000:1994 szabványcsalád nem tudta kezelni a szolgáltató szektor igényeit, nem kezelte súlyponti kérdésként a vevő elvárásait, a vevő igényeit, és túlzott dokumentációs igényét gyakran nehezítette. Az ISO 9000:2000 már jobban alkalmazható a szolgáltatások területére és megfelelőbb az egészségügyi intézmények igényeinek is, mivel hangsúlyt fektet a folyamat fejlesztésére, a PDCA ciklust alkalmazza. Jellemző, hogy lényeges figyelmet szentel eredmények értékelésére és rugalmasabb a dokumentációs rendszert igényel. Lényeges terület a vevő elégedettsége és a vevőkkel való kommunikáció is. A vevői megelégedettség elérését a szervezet folyamatos javításával, vagyis a változással akarja megvalósítani. Tehát dinamikát visz az ISO 9000-be, hiszen a minőségfenntartás helyébe a minőségfejlesztés került. Alapelveként érvényesíti a TQM alapelveit, és lehetővé teszi integrált irányítási rendszerek kialakítását.

Külön, specifikusan az egészségügy területére alkalmazható ISO-szabvány nem létezik, ezért jelentkezett igényként a szabványoknak megfelelően kialakított minőségügyi rendszereket működtető intézmények részéről, hogy legyen az ISO-szabványoknak egységes egészségügyi értelmezése. Ezért a szaktarca (Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium – ESZCSM) 2003-ban, az auditálási tapasztalatokat figyelembe véve, az egészségügyi és minőségügyi szakemberek együttműködésével, elkészítette az „Ajánlás az ISO 9001:2000 szabvány alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben” című segítő anyagot.

Az ajánlás szerkezetében követi az ISO 9001:2000 szabványt. Felülvizsgálatát évenként végzik, mely az egészségügyi szolgáltatók igényeinek minél jobb megfelelést szolgálja.

Az ISO 9001:2000 (MSZ EN ISO 9001:2001) általános ismertetése

Az ISO 9001 célja, hogy meghatározza a minőségirányítási rendszer azon *minimális követelményeit*, amelyek teljesítése a vevő megelégedettségének eléréséhez szükségesek.

Az ISO 9001 nyolc minőségirányítási *alapelvet* tartalmaz, melyek megkönnyítik a minőségcélok elérését. Ezek a következők:

Vevőközpontúság: a szervezetek a vevőiktől függenek, ezért meg kell érteniük, pontosan ismerniük kell a jelenlegi és jövőben jelentkező vevői igényeket, teljesíteniük kell a vevő követelményeit, és így igyekezniük kell teljesíteni, illetve felülmúlni a vevők elvárásait.

Erős vezetés: a vezetésnek össze kell hangolnia a szervezet céljait egységes egészszé. A vezetésnek kell létrehozni és fenntartani olyan belső munkahelyi környezetet, melyben a munkatársak teljes mértékben azonosulni tudnak a szervezet céljaival, és maximálisan részt tudnak venni a szervezet céljainak elérésében.

A munkatársak részvétele, bevonása: ahhoz, hogy egy szervezet elérje céljait, működésének minden szintjén a legfontosabb erejét, részét a munkatársak jelentik. A humán erőforrás teljes mértékű bevonásával válik lehetővé képességeik kihasználása a szervezet javára.

Folyamatszempléletű, folyamatalapú megközelítés: a kívánt eredmények sokkal hatékonyabban elérhetők, ha a tevékenységeket és a hozzájuk tartozó erőforrásokat folyamatként irányítják.

Rendszerszemlélet, rendszer-megközelítés az irányításban: a szervezet eredményességét és hatékonyságát javítja, ha az egymással összefüggő és kölcsönhatásban lévő folyamatokat rendszerként azonosítják, értik meg és irányítják.

Folyamatos fejlődés, javítás: a szervezet állandó fő célja a szervezet működésének átfogó, folyamatos fejlesztése.

Tényeken alapuló döntéshozatal: az eredményes, hatékony döntések az adatok és egyéb információk elemzésén alapulnak.

Kölcsönös előnyös kapcsolatok a beszállítókkal, alvállalkozókkal: a szervezet és annak beszállítói kölcsönösen függenek egymástól, és kölcsönösen előnyös kapcsolatuk, együttműködésük mindkét fél számára előnyös, hiszen fokozza mindkettejük értékteremtő képességét.

Az ISO 9001:2000 szabványnak nyolc fejezete van, ezekből a 4. fejezet foglalkozik azokkal a *követelményekkel*, amelyek a *minőségirányítási rendszer kialakításával* kapcsolatosak. Ennek értelmében a szervezetnek létre kell hoznia, dokumentálnia kell, be kell vezetnie, fenn kell tartania és folyamatosan fejlesztenie kell a minőségügyi rendszert.

A szabvány előírásai tartalmazzák a dokumentálás követelményeit is. Az egészségügyi intézményekben is ki kell dolgozni a *minőségügyi-rendszer dokumentációját*. Ennek, egy kórház esetében, általában 4-5 szintje van, melyek felülről lefelé haladva a következők:

- minőségpolitika, minőségcélok: mely a vezetés nyilatkozata a minőséggel kapcsolatos álláspontjáról;
- minőségügyi vagy minőségirányítási kézikönyv: melyben rögzítik a követelményeket, felelőségeket, hatásköröket;

- eljárásleírások kézikönyve: melyekben az egyes végrehajtási folyamatokat szabályozzák;
- munkautasítások: a szolgáltatások részletes szabályozása,
- bizonylatok, űrlapok, feljegyzések, nyilvántartások: az adatok, információk rögzítésének, nyilvántartásának, kezelésének szabályozása.

Alapelv a dokumentumrendszer kialakításában, hogy a működés biztosítsa a reprodukálható teljesítést, és mindenki, aki részt vesz a folyamatokban, mindig azonos és érvényes dokumentumokkal dolgozzon.

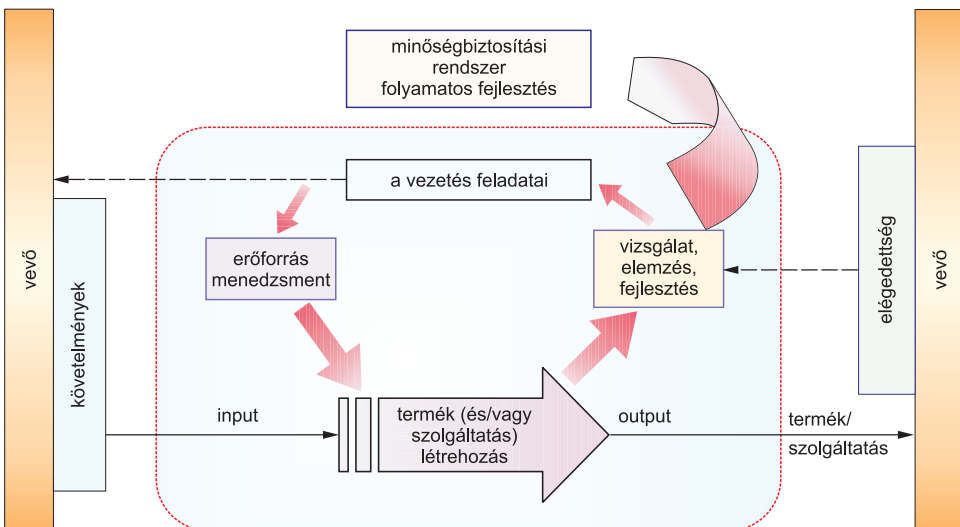
Tehát a jó és hatékony minőségügyi rendszerhez megfelelő, naprakész, teljes körű, jóváhagyott, hozzáférhető, visszakereshető, azonosítható és ellenőrzött dokumentáció tartozik.

Az ISO 9001:2000 további érdemi részeit képező fejezetek a következők:

- vezetés felelőssége,
- erőforrás-gazdálkodás,
- termék/szolgáltatás előállítás,
- mérés, elemzés, fejlesztés.

A 26. ábrán az ISO 9000:2000 szabvány szerinti modell látható.

Az ISO 9001:2000 kiépítése az egészségügyi intézményekben általában nem önállóan történik. Rendszerint egy külső tanácsadó szolgáltatásait veszik igénybe. A gyakorlati bevezetés után, ha megfelelően működik, egy független tanúsító céggel felülvizsgáltatják. Ennek a vizsgálatnak az eredményéről készül egy tanúsítvány. A tanúsítvány igazolja, hogy pl. a kórház az ISO 9001:2000 rendszer követelményei szerint működik, azaz a páciensek biztosak lehetnek abban, hogy a nyújtott egészségügyi szolgáltatás minősége egyenletes.



26. ábra. Az ISO 9000:2000 szabványrendszer

Az ISO 9001:2000 rendszer kiépítése

1. Előkészítés

A céljainak meghatározása, ismertetése, a projekt indítása.

Minőségügyi szervezet felállítása: minőségügyi vezető vagy megbízott, minőségtanács.

Oktatás: a minőségügyi vezető és esetleg néhány, a rendszerben kulcsfeladatra szánt dolgozó képzése.

Helyzetfelmérés, értékelés, önértékelés, amelynek során megvizsgálják: az intézmény vezetési, döntési, működési és fejlesztési folyamatait, a dokumentumok és adatok kezelését, az erőforrásokat, az információáramlás folyamatait, az előállítási folyamatokat, az ellenőrzési és visszacsatolási folyamatokat.

Célszerű megvizsgálni a szervezeti kultúrát is, ami információt adhat a rendszer bevezetéséhez szükséges emberi tényezőkről is. A helyzetfelméréshez, de különösen a kapott adatok értékeléséhez szükség van külső szemre – vagyis szakértő tanácsadóra – is.

2. Tervezés

A minőségpolitika és a minőségcélok megfogalmazása.

A rendszer megtervezése:

- a kulcsfolyamatok meghatározása,
- a folyamatok közötti kapcsolatok meghatározása.

Minőségügyi kézikönyv

3. Bevezetés – a rendszer kiépítése és bevezetése

- felelőségek, hatáskörök meghatározása,
- a minőségirányítás alapjainak oktatása minden dolgozó számára,
- a minőségügyi rendszer bevezetésében felelősök és szerepet játszóak további képzése,
- a folyamatleírások kidolgozása,
- a dokumentáció elkészítése,
- a rendszer működtetése,
- belső audit a rendszer megfelelőségének és hatásosságának ellenőrzésére, valamint a szükséges módosítások elvégzésére.

4. Tanúsítás

A független fél írásos nyilatkozata a minőségirányítási rendszer ISO 9001 követelmény szabványnak való megfeleléséről.

Az egészségügyi tárca *szakmai irányelvet* adott ki, mely iránymutatást ad az egészségügyi szolgáltató szervezeteknek a belső minőségügyi rendszer kialakításához és fejlesztéséhez. Ez a belső minőségügyi rendszer minimum követelménye egyben, mely szerint a kiépítéshez és működtetéshez a következő tényezők szüksé-

gések: a vezetők elkötelezettsége; gondoskodás a humán erőforrásokról; gondoskodás a tárgyi és pénzügy feltételekről; szolgáltatási folyamatok tervezése, működtetése, értékelése és fejlesztése; a belső minőségügyi rendszer folyamatos, indikátorokon alapuló értékelése.

Az ISO 9001-es minőségügyi rendszer kialakítása sok előnyt jelent, de ezek mellett hátrányokkal is járhat. Ezek közül a leglényegesebbek a következők:

Az ISO 9001 előnyei:

- megteremti a „rendet” a szervezetben,
- a belső szabályozáshoz egyértelmű szabványokat jelöl ki,
- kikényszeríti a nyilvánosságot és a dokumentációt,
- a rögtönzött működést szabályozott és kiszámítható keretek közé kényszeríti,
- elterjeszti a mérhetőségen alapuló döntést (PDCA),
- folyamatos fejlesztést követel meg az intézménytől,
- azonos szabványt alkalmazó szervezetek között egyszerűbb a szakmai párbeszéd; kialakul a közös nyelv a folyamat és az elvárások tekintetében,
- nemzetközileg elismert tanúsítás szerezhető,
- nemzetközi összehasonlításra is alkalmas,
- jól integrálható más irányítási rendszerekkel, standardrendszerekkel (pl. MEES).

Az ISO 9001 hátrányai:

- nyelvezete, értelmezése az egészségügy számára nehéz,
- mivel nem egészségügy-specifikus az egészségügyi dolgozók nem érzik a jelentőségét, nem azonosulnak vele, nem elkötelezettek, nem értik,
- ha gépiesen alkalmazzák, csak a külső elvárásoknak felelhet meg,
- viszonylag költséges a felkészítés és az ismétlődő tanúsítás,
- a tanúsító szervezetek auditorai gyakran nem egészségügyi dolgozók, így a szakmai szempontok értelmezése eltérő,
- a különböző tanúsító szervezetek által kiadott tanúsítvány nem hasonlíthatóak össze,
- állandó dokumentációs kényszer – papírmunka.

A szabványos minőségirányítási rendszer magában nem képes csodákra, nem garancia a jó minőségre és a szervezet üzleti sikerességére. A ISO 9001:2000 tanúsítása egy egészségügyi intézményben bizonyítja ugyan a kliensek, páciensek felé a vevői igényeknek való megfelelést, megteremti a keretet az egyenletes szolgáltatásminőség eléréséhez, a vevőkkel való kommunikációt és kapcsolatot, az irányítási feladatok rendszerezett, pontos, dokumentált információkkal való ellátását, de nem nyújt komoly versenyképességet.

Az ISO alkalmazása megnyitja az utat a TQM, a teljes körű minőségirányítási rendszer kiépítése felé.

Total Quality Management – teljes körű minőségmenedzsment

A TQM az egyik legjelentősebb vezetési irányzat, egy olyan menedzsment módszer, mely hosszú távú üzleti siker elérését szolgálja.

Gyökerei Japánba nyúlnak vissza, és az Amerikai Egyesült Államokban az 1980-as évek közepén fogalmazták meg az alapelveit. A TQM az ISO szabvány mellett a minőségfejlesztés legfontosabb módszere.

A TQM felülről, vezetői szintről kiindulva építkezik. Átfogja az egész szervezet működését, struktúráját, nemcsak a folyamatokra terjed ki, hanem a vezetésre, irányításra, minden részlegre, minden tevékenységre és az erőforrásokra is, minden alkalmazottra, minden szinten.

A TQM legfontosabb *alapelvei* a vevőközpontúság, a folyamatok javítás és fejlesztése, a teljes elkötelezettség, melyek jelentése a következő:

1. *Vevőközpontúság*: a szervezet sikerének alapja, hogy a vevők igényeit, szükségleteit, elvárásait alaposan meg kell érteni, és mindenkor, minden alkalommal ki kell elégíteni. Tehát a „vevő a király”. A minőségirányítás középpontjában a külső és a belső vevők állnak. A *külső vevők*, azok, akik nem tagjai a szervezetnek, de kapcsolatba kerülnek valamilyen módon a szervezet által előállított termékkel vagy szolgáltatással (pl. betegek, azok hozzátartozói, a társadalom stb.). A *belső vevők* a szervezeten belüli egyének, dolgozók, akiknek munkája egymásra épül.

2. *Folyamatok javítása és fejlesztés*: a TQM a minőség javítását megelőzéssel és nem hibakereséssel, illetve a folyamatok állandó javításával éri el. A folyamatos fejlesztés alapelve a PDCA-elv, melyről a későbbi fejezetben lesz még szó. Lényege, hogy a folyamatos javítás eredményeként jobb minőség érhető el és egyre magasabb minőségszínvonalra lehet jutni.

3. *Teljes körű részvétel, elkötelezettség és felhatalmazás*: a TQM szervezetek mozgatórugója a vezetők részvétele és elkötelezettsége, valamint alapkövetelmény a dolgozók teljes körű részvétele. A vezetés hasznosítja a szervezet valamennyi alkalmazottjának képességét, tudását, tehetségét, véleményét, ötleteit, kritikáját, hatékonyan gazdálkodik az emberi erőforrásokkal, a folyamatos fejlesztés és a vevők igényeinek kielégítése, a piaci előny elérése érdekében. Ez csak úgy érhető el, ha a TQM megvalósításában mindenki részt vesz, elkötelezett és képes a felelősség vállalására. Továbbá lényeges, hogy minden dolgozó ismerje a szervezet küldetését, jövőképét, s annak megvalósításában aktívan tevékenykedjen.

A TQM tárgyalásával foglalkozó óriási szakirodalom közül *Bálint* az alábbi két *alapelvet* sorolja még a legfontosabbak közé: közös tanulás és vezetés.

4. *Közös tanulás – tanuló szervezetté válás*: a TQM-et alkalmazó szervezetekben fontos, hogy állandóan és mindenki tanuljon. Ez nem csupán a munkavállalók oktatását, átképzését vagy továbbképzését jelenti, hanem a vezetés folyamatos tanulását is. Fontos az egyes szervezetek, intézmények közötti közös tanulás is, hiszen a jó tapasztalatok, a tudás megosztásával gyorsabban lehet a minőség megvalósításának

jó gyakorlati megoldásait bevezetni. (Ezen alapul a benchmarking, amely egy korszerű fejlesztési eszköz.)

5. *Vezetés:* a TQM egy vezetési filozófia ezért lényeges, hogy kompetens és elkötelezett felső vezetés irányítsa a tevékenységeket.

Az öt alapelv megvalósításában kulcselem az ember, s ezért csak az emberi erőforrás motiválásával, csoportmunkával, oktatással és képzéssel érhetők a célok.

A TQM várható *előnyei* a következők:

A szervezet, ismerve a vevők igényeit, szükségleteit, elvárásait, arra fog törekedni, hogy azokat egyre magasabb szinten elégítse ki. Ennek érdekében partneri kapcsolatot alakít ki a vevőkkel. A vevők elégedetlensége csökkeni fog, és a racionalizált folyamatok eredményeként hatékonyabb lesz a működés. Az egyes területek közötti kommunikáció és együttműködés javul. A dolgozók belső motivációja biztosítja a fejlődés fő hajtóerejét. A folyamatos fejlődésnek köszönhetően növekszik a profit.

Mivel TQM rendszereknek nincs szabvány szerinti tanúsítása, az intézményi tevékenységek kiválóságának megítélésében fontos szerepe van az önértékelésnek és a különböző minőség díjaknak (pl. Deming-díj, Malcolm Baldrige-díj, IIASA-SHIBA-díj, Európai Minőségi Díj, EFQM, Magyar Nemzeti Minőség-díj). A legelterjedtebb az EFQM – Kiválóság Modell.

EFQM – Kiválóság Modell

Amennyiben egy cég vagy egészségügyi intézmény már bevezette az ISO 9001 minőségügyi rendszert, megkezdheti a fejlesztést a TQM, illetve az EFQM alkalmazása irányába.

Bár egyes szakirodalmak az EFQM-et a legnagyobb minőségügyi rendszernek tekintik, *Kovács* szerint az EFQM-modell nem minőségügyi rendszermodell, nem egyfajta TQM és az ISO szerinti auditot sem tudja felváltani. Az EFQM egy eszköz a kiváló működés eléréséhez.

Az EFQM egy önértékelési típusú modell. Európában 1991-ben az ipar minőségfejlesztési szempontjainak megfelelően hozták létre az EFQM (*European Foundation for Quality Management*) Üzleti Kiválóság Modellt, majd 1999-ben adták ki az EFQM Kiválóság Modellt, az Európai Minőségi Díjat. Az EFQM Kiválósági Modell kontinensünkön a legszélesebb körben alkalmazott menedzsment-keretrendszer. A modell előnye, hogy az egészségügy területén, bárhol alkalmazható, így több országban, az egészségügyi intézményekben is kiterjedten használják. E modellel teljesen meggyezik a hazai Nemzeti Minőségi Díj modellje is.

Az EFQM modell alapjaiban szorosan kapcsolódik a tudományos tényeken, evidenciákon alapuló egészségügyi gyakorlathoz. A korrekt módon tájékoztatott betegek magas szintű részvétele a betegellátási folyamatokban, illetve a tudományos bizonyítékokon alapuló egészségügyi gyakorlat alapfeltételei egy jó minőségű egészségügynek.

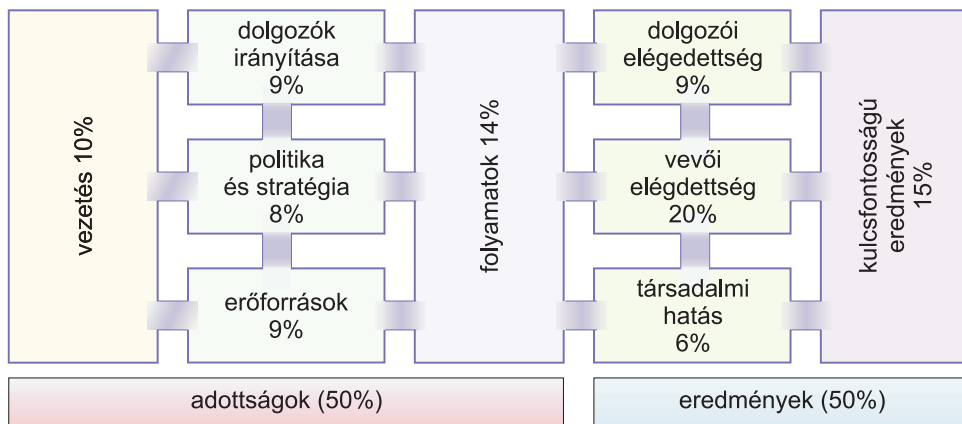
Az EFQM (ld. 27. ábra) egy komplex vezetési modell, mely olyan emberek, szervezetek vezetési eszköze, a kiváló működés elérését segítő módszere, akik nyitottak a változásra. A gyakorlati alkalmazás azonban nagyon sok időt, munkát, költséget és nem utolsósorban eltökéltséget kívánó folyamat.

Az intézményeknek kilenc fő kritérium és harminckét alkritérium mentén, részletes elemzést kell készíteni. A modell két egyenlő fontos részre osztható, mégpedig adottságokra és eredményekre. Az adottságok értékelése a hogyan kérdésre, az eredmények értékelése pedig a mit kérdésre ad választ és arra, hogy hol tartanak. Az értékelés során a válaszoknak pontértéke van: maximum 1000 pontot lehet elérni. Mindkét csoportban 500-500 pont adható. A 9 kritérium közül a vevők elégedettsége a legmagasabb értékű: 200 pont. A Kiválóságért járó fődíj összpontszáma: minimum 700-750 pont.

Felmérések szerint az ISO minőségügyi rendszert elkötelezetten alkalmazó intézmények az EFQM pontrendszerében elsősorban 150-200 pontot tudnak elérni. Tehát egy jól működő, jól szervezett egészségügyi intézmény esetében is hatalmas fejlődési lehetőség létezik, melynek eredményeként elérheti a kiválóságot.

Az EFQM Kiválóság Modell a TQM filozófiájára épül és önértékelésen alapul. Alkalmazása két fő lépésben történik: 1. önfelmérés, önértékelés, 2. díjfelülvizsgálat. Az önfelmérés, önértékelés team-munkával történik és az adott intézmény minden tevékenységére és területére kiterjed. Az önfelmérés eredményeit eljuttatják az EFQM-hez, illetve a nemzeti díjjal foglalkozó intézményhez. A díj megpályázása az önértékelés mellett külső, független szakértőkből álló felmérést jelent.

Az EFQM a vezetés részéről teljes elkötelezettséget vár el, illetve *nyolc alapelve*-nek az elfogadását, melyek a következők: eredményorientáltság; vevőközpontúság; a vezetés és célok következetessége; a folyamatokon és tényeken alapuló irányítás; emberek fejlesztése és bevonása; folyamatos tanulás, innováció és fejlődés; partnerkapcsolatok fejlesztése; a közösségért érzett felelősség.



27. ábra. Az EFQM modell fő kritériumai és ezek kapcsolata
 Forrás: Gulácsi–Topár, 2002

Az EFQM kritériumrendszere hozzásegíti az intézményeket ahhoz, hogy meghatározó fontosságú teljesítménymutatók (minőségi indikátorok) segítségével egységben lássák a vezetés és a folyamat eredményeit. A fejlesztésre szoruló területek láthatóvá válnak és egyszerűbb lesz a stratégiai tervezés is.

Az Európai Unió döntés értelmében 2006-tól a közszolgálati intézmények (egészségügy, oktatás stb.) számára javasolják, hogy az EFQM Kiválóság Modell alapján történjen a minőségügyi rendszerek kiépítése.

Magyarországon is több kórházban alkalmazzák az EFQM önértékelési modellt a minőségügyi rendszer működésének segítésére, támogatására.

A hazai egészségügyi minőségügy nagy úttörői közül, a Zala Megyei Kórház 2006-ban a közszolgáltatói kategóriában lett a Nemzeti Minőségi Díj első nyertese az egészségügyi szolgáltatók között.

Standard alapú minőségirányítási rendszer

A MEES az ISO szabványból hiányzó szakma specifikus elemeket tartalmazza. Az Egészségügyi Minisztérium adta ki a KES – Kórházi Ellátási Standardokat, a JES – Járóbeteg-ellátási Standardokat, a HES – Háziiorvosi Ellátási Standardokat, a VES – Védőnői Ellátási Standardokat. Ezek összegzéséből született a MEES 1.0 szakmai követelményrendszer 2007-ben, amely tartalmazza a teljes Magyar Egészségügyi Ellátási Standardokat.

Sok egészségügyi intézmény az ISO 9001 szabvány szerinti rendszere mellé beépítette a MEES-t. De vannak olyan intézmények, amelyek csak az ISO vagy csak a MEES tanúsítvánnyal rendelkeznek.

A minőségügyi rendszerek összehasonlítása

Az ISO 9000 és a TQM összehasonlítása

Az ISO 9000 szabványrendszer és az EFQM alapelveinek összehasonlításából (ld. 28. ábra) kitűnik, hogy egymást kiegészítő viszonyban vannak. Az EFQM bevezetéséhez elengedhetetlen feltétel egy jól működő ISO rendszer, azonban az EFQM túlmegy az ISO szabvány követelményein. A legnagyobb különbség az alapelvek alkalmazásában van. Az ISO 9000 szabványrendszer követelményeket ad meg, előíró jellegű, szigorú protokollokat a minőségmenedzsment követelmények teljesítésére, a folyamat szabályozására összpontosít, hogy folyamatosan megfelelő eredményt lehessen elérni. Lehetővé teszi a tanúsítvány, a külső elismerés megszerzését. A Kiválósági Modell nem tartalmaz univerzálisan használható előírásokat, tág teret biztosít a változatosságnak, a kreativitásnak. Kritériumrendszerével lehetővé teszi a szervezet működésének összehasonlító kiértékelését.

15. táblázat

Az ISO és a TQM rendszer összehasonlítása

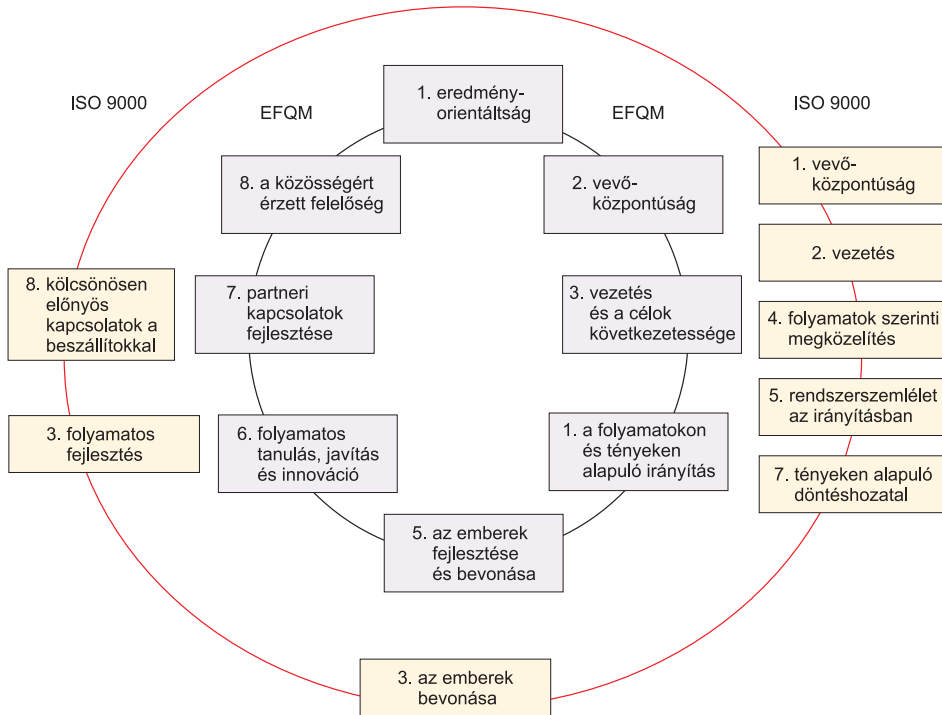
Forrás: Gergely-Szőts, 2001. p. 66.

	ISO 9000	TQM
Célja	Minőségbiztosítás, azaz a szolgáltatás minőségének fenntartása, hogy az üzleti partnerek bizalmát megnyerje	Folyamatos minőségfejlesztés
Bevezetése	Harmadik fél általi tanúsítás bizonyítja a rendszer sikeres bevezetését	Nem törekszik „befejezett” állapotra, rendszeres önértékeléssel ellenőrzi a rendszer fejlesztését
Minőségértelmezése	A szervezet által nyújtott szolgáltatás minőségére ügyel	A szervezeten belüli relációkban is értelmezi a minőséget, a „belső fogyasztó – belső szolgáltató” viszony segítségével
Humán erőforrás	Megköveteli, hogy a szolgáltatásban résztvevőket képezzék ki a munkájukkal kapcsolatos tevékenységek végzésére, és a képzést dokumentáltan igazolják	Az emberi erőforrás fejlesztését az egyszerű képzésnél tágabban értelmezi, és a vezetőség feladatának tartja az alkalmazottak sokirányú fejlesztését
Dokumentáció	A feladatok és a felelőségek jól meghatározott dokumentációs rendszerben való tételes rögzítését követeli meg	Az eljárások szabályozása mellett az egyéni felelősség vállalása számít a szervezeti hierarchia minden szintjén
Problémamegoldás	Nem beszél róla, elsősorban a hibák javításának eszköze	A minőségfejlesztés érdekében akkor is központi fontosságú, ha hibát nem észlelnek

Integrált irányítási rendszerek

Az ISO 9001:2000 szabvány szerinti definíció alapján: az *integrált irányítási rendszer* a szervezet vezetésére és szabályozására szolgáló, egymással kapcsolatban vagy kölcsönhatásban álló, minőséget, környezetvédelmet, pénzügyi egyensúlyt, szakma-specifikus tevékenységet, a vevői követelmények teljesítését segítő irányításhoz és a vevői elégedettség eléréséhez szükséges irányítási rendszerelemek összessége, amely komplex politika és célok megfogalmazásában, valamint a célok elérésében is megnyilvánul.

Az *egészségügyben működő integrált irányítási rendszer* olyan egységes rendszer, amely elősegíti az egészségügyi szolgáltatások célkitűzéseinek sikerét. Az intézmények szabályozására kialakított, egymással összhangban lévő, egymást kiegészítő és



28. ábra. Az EFQM és az ISO 9000 alapelveinek érintkezési pontja

Forrás: Bálint, 2001. p.172.

támogató elemek összessége, mely fokozza az egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevők elégedettségét.

A hazai egészségügyben az ISO alapú minőségügyi rendszer vált elterjedté, mely jó alap a továbbfejlődésre, az integrált rendszerek irányába.

Integrálható rendszerek az egészségügyben pl. a TQM, EFQM, az ISO 14001 – a Környezetközpontú Irányítási Rendszer, MEBIR – a munkahelyi egészségvédelem és biztonság irányítási rendszer, MEES – Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok, HACCP-rendszer – élelmiszerbiztonsági rendszer stb.

Nincs előírás azzal kapcsolatban, hogyan valósuljon meg az integrált rendszer, hiszen ezt minden esetben az adott intézmény adottságai, sajátosságai és gyakorlata fogja befolyásolni.

Jelenleg az irányítási rendszerek egyesítésének nincs egységesen elfogadott irányelve, mivel kevés gyakorlati tapasztalat áll még rendelkezésre.

A hazai egészségügyben a nemzetközileg is elvárható szintű minőség megvalósítása iránti törekvések jelen vannak. Mára a kórházak jelentős része rendelkezik valamilyen tanúsítással. A jó minőségügyi rendszer nem önállóan létezik, hanem a működés szerves része, azonos a jól működő vezetéssel és folyamatos fejlesztéssel. A minőség, ezáltal a rendszer működésének az eredménye, természetes velejárója, nem csupán egy elérendő cél.

A minőség javításának, fejlesztésének módszerei, technikái

A minőségügyi rendszerek megkövetelik a folyamatos fejlesztést.

A minőségügy fejlődése nyomán számos minőségfejlesztési módszer, eszköz, technika látott napvilágot, melyeket az egészségügyi szolgáltatásokban is sikeresen lehet alkalmazni. Egy részük konkrét elemzést, mérést, értékelést tesznek lehetővé, mások segítik a problémamegoldási folyamatot, és vannak olyanok is, melyek a minőség szemléletet formálják, mely fokozza a megvalósítás sikerét.

Az alábbiakban néhány szélesebb körben elterjedt eszköz bemutatása következik, a teljesség igénye nélkül.

A munkahelyi rend folyamatos fenntartása – 5S módszer

A japánok által kifejlesztett munkahelyi rend és fegyelem megteremtésére és fenntartására, a munkakultúra minőségének fejlesztésére alkalmas módszer, igen eredményesen képes befolyásolni egy termék vagy szolgáltatás (pl. egy egészségügyi intézményben a takarítási tevékenységet) minőségét.

A módszer abból indul ki, hogy áttekinthető, rendezett, tiszta, minőségi munkafeltételek képezik az alapját bármely minőségirányítási rendszer bevezetésének és működtetésének.

A minőségfejlesztő módszer lényegét öt lépésben határozták meg, melyeket a következő öt, japánul S betűvel kezdődő szóban foglaltak össze:

1. *Seri*: a szükséges dolgok kiválasztása, meghatározása, osztályozása (azaz csak a szükséges tárgyak legyenek a kéznél, a többi rakjuk el).
2. *Seiton*: a (szükséges dolgok, tárgyak) helyes elrendezése.
Az új rendet, a változtatásokat ilyenkor feltűnő, ideiglenes pl. piros címkével jelölik, majd ha az elrendezés a gyakorlatban is jónak bizonyul, a jelölést véglegesítik.
3. *Seiso*: takarítás, tisztaság (azaz teremtsünk rendet és tisztaságot a munkakörnyezetben).
4. *Seiketsu*: az előző 3S folyamat alkalmazása és felügyelete (személyes tisztaság és ápoltság).
5. *Shitsuke*: korrekt, elvárt (munkahelyi) magatartás, jó morál, szervezeti értékek becsülése (azaz fegyelem, kövessük az eljárásokat).

A módszer felügyelete az adott korházi osztály dolgozóinak csoportos önellenőrzésére és értékelésére alapszik. Az önellenőrzés egy munkahely-specifikus ellenőrző lap segítségével történik. Az ellenőrző lap kérdései alapján pontozzák az eredményeket. Az egyes tényezők értékelése 1-5-ig terjedő skálán történik a következők szerint:

1=nem megfelelő, elfogadhatatlan; 2=elfogadható, de rossznak minősíthető; 3=közepes színvonalú; 4=jó színvonalú; 5=korszerű, kedvező, kiváló.

Ezekből a pontokból átlagot számítanak az 5S egyes elemeire és a teljes munkahelyre vonatkozóan is. Az értékelés négyfokozatú: 2,50 alatt gyenge, 2,51-3,50 elfogadható, 3,51-4,50 jó, 4,51-től kiváló. Az értékelés során kapott pontok alapján beazonosíthatók azok a területek, ahol még szükség van javító intézkedésekre. A kidolgozott intézkedések nyomán észlelhető változásokat egy következő önellenzés és értékelés során vizsgálják meg.

Az 5S módszer előnyei, a bevezetést követően viszonylag rövid idő (2–3 hét) elteltével látványos eredményeket hoz, a dolgozókat rendre, fegyelemre szoktatja.

Brainstorming (ötletroham)

A *brainstorming* – angol szó jelentése ötletroham, ötletbörze – egy olyan eljárás, melynek a lényege, hogy kötetlen beszélgetés, vita során alkotó, építő, kreatív ötleteket, megoldásokat igyekeznek kapni egy adott témában, pl. egy hiba okainak feltárásában.

Az utóbbi időben tapasztalható gyors változások szükségessé tették, hogy a sokszor egy ember számára átláthatatlanul bonyolult problémák esetében a helyes megoldásra ne kelljen sok időt várni. Az 1950-ben *Alex Osborn* által kifejlesztett klasszikus brainstorming módszer egy ötletgeneráló csoportos technika, mely a problémák okainak feltárását, megoldását segíti, melyet már többször továbbfejlesztettek.

A lebonyolításához általában egy 5-10-15 főből álló csoport, valamint egy levezető, moderátor is szükséges. Meg lehet határozni időkorlátot is, pl. 15–20 percet. A csoport szereplők összetétele jó, ha szakmai szempontból heterogén.

Két formája ismert:

- strukturált: a szereplők előre meghatározott sorrendben mondják el ötleteiket,
- nem strukturált: a szereplők akkor közlik ötleteiket, amikor az eszükbe jut.

16. táblázat

5S pontozás (részlet)

Kategória	Szemponatok, kérdések	Pontszám	Adható pontszám
SEIRI	1. Csakis szükséges tárgyak vannak az asztalokon, polcokon?	5	
	2. Egyértelműen ki vannak-e jelölve a tárolás helyek, és ahol szükséges, a közlekedési utak?	5	
Osztályozás	3. A jelzések, címkék logikusak és szisztematikusak-e?	3	
	Csakis szükséges anyag, alkatrész, szerszám, mérőeszköz van a munkahelyeken?	5	
	1Σ		18

A brainstorming menete:

1. Előkészítés: tájékoztatni kell a csoporttagokat a problémával kapcsolatosan. Fontos, hogy minden szereplő értse és elfogadja a brainstorming kérdéseket.
2. Brainstorming: a levezető ismerteti a szabályokat. A moderátor gondoskodik a felszabadult légkorról, hogy mindenki szabadon elmondhassa gondolatát, figyelve arra, hogy a munkát ne befolyásolják az egyéni érdekek. Lényeges szempont, hogy a szereplők által kimondott ötleteket nem lehet kritizálni, bírálni, minősíteni. Egy-egy új ötlet nyomán lehet asszociálni újabb ötletekre, az a jó, ha záporznak az ötletek. Lényeges, hogy próbáljanak meg rövid idő alatt a lehető legtöbb ötletet generálni. Tehát az ötletek számossága és nem a minősége a fontos, ugyanis tapasztalatok szerint az összegyűjtött ötletek 8–10%-a használható fel a problémák megoldására valamilyen formában. A moderátor minden ötletet pontosan rögzít.
3. Értékelés: a moderátor osztályozza az ötleteket, a használhatatlanokat kiválogatja. A hasonló megfogalmazásokat eltávolítják. Az ötleteket a csapattagok megvitatják, megvizsgálják.
4. Megoldás: a használható ötletek kiválasztása.

Előnyei között szerepel, hogy egyszerű alkalmazni és kombinálható más módszerekkel. A nyitott gondolkodás, a fantázia szabad szárnyalásának segítségével ki lehet mozdulni az egysíkú, berögzült metódusokból, „mindig így szoktuk csinálni!”, rövid idő alatt lehet új ötleteket összegyűjteni. Erősíti a csoporton belüli együttműködést.

Hátrányai lehetnek az ötletrohamnak, hogy a legjobb szakemberek összehívására nincs mód, illetve egyes szereplők státusa, viselkedése, presztízse zavarhatja a résztvevőket a szabad véleménynyilvánítás terén, illetve a munka időkorlátja is akadályozhatja az eredményességet. Napjainkban az egyik legnépszerűbb, leggyakrabban alkalmazott technika a minőséggel kapcsolatos és egyéb problémák megoldására.

Pareto-elemzés (Pareto-diagram)

A Pareto-elv (29. ábra) vagy más néven 80/20 törvény, azt mondja, hogy „a problémák 80%-át az okok 20%-a váltja ki.” Például: „egy üzletben az áruk 20%-a, hozzá a forgalom 80%-át”. A módszert V. Pareto, olasz közgazdász-matematikus fogalmazta meg a XIX. században, mely jól alkalmazható a minőségfejlesztés terén a problémák prioritási sorrendjének feltárására és a hibák, problémák fő okainak elemzésére.

„A minőségmenedzsment gyakorlatában a hibaelemzés elsődleges feladata, hogy az összes lehetséges hibafajta, hibacsoport, hibahely, hibaok, tényező közül azonosítsa ezt a kritikus 1/3-ot.”(Kövesi-Topár)

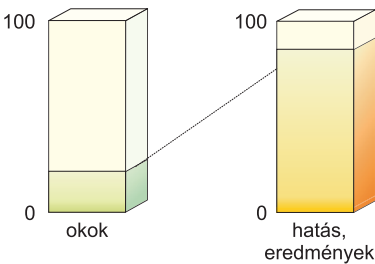
A Pareto-diagram (30. ábra) valójában egy hisztogram, egy nagyság szerint csökkenő sorrendbe rendezett oszlopdiagram.

A diagram segítségével először a vízszintes tengelyen a problémát kiváltó okokat tüntetik fel. A függőleges tengelyen a következmények valamilyen mértékét, valamilyen mérhető tényezőt ábrázolnak, mint például: okozott kár, pénzügyi veszteség nagysága, a hibák száma, a betegek elégedetlenségének mértéke (pl. panaszok száma) stb.

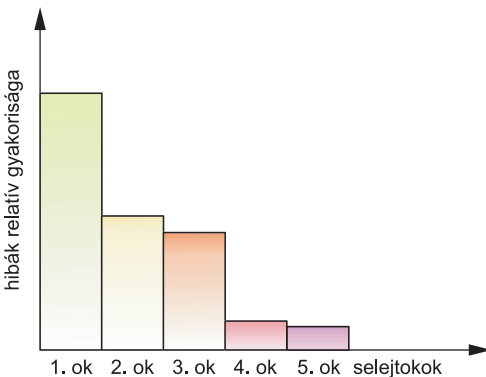
A Pareto-diagram tehát megadja, hogy milyen sorrendben foglalkozunk az egyes hibákkal, problémákkal, melyik kritikus okra vagy okokra koncentrálnunk a korlátozottan rendelkezésre álló erőforrásainkat, erőfeszítéseinket, melyeknek kiküszöbölése minimális munkával a lehető legnagyobb eredményt hozza. A diagram azt is megmutatja, hogy melyek azok a problémák, amelyek nem lényegesek, későbbre halasztható a megoldásuk. A minőségfejlesztési intézkedések előtti és utáni állapotok összehasonlításával megtudható, hogy milyen mértékű javulás következett be az egyes problémák terén.

Ok-okozati diagram (Ishikawa-diagram, halszájkadiagram)

A módszer megalkotója *K. Ishikawa*, japán szakemberről kapta elnevezését. A minőségfejlesztés terén a problémák megoldásában gyakran alkalmazzák az



29. ábra. Pareto-szabály
Forrás: Gulácsi 2000, p.181.



30. ábra. A Pareto-diagram használata a hibák és okaik ábrázolására
Forrás: Dimény 2008, p. 160.

ok-okozati összefüggések elemzésére (számos előnye miatt). Az elemzés kiindulópontja, hogy egy hiba addig fordulhat elő, amíg az összes lehetséges okot fel nem derítik. A halszálkadiagram segítségével megtalálható a probléma gyökere.

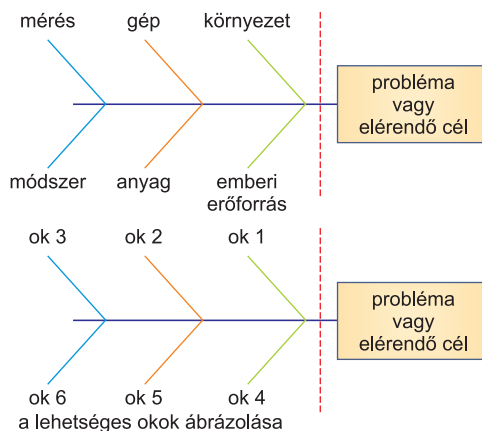
Számos előnye van, melyek közül a leglényegesebbek:

- A jól áttekinthető ábra az egész problémakört bemutatja.
- Feltárja a sokszor észrevétlen kapcsolatokat az okok között.
- Segítséget ad a probléma eredetének kiderítésére.
- Gyorsan elsajátítható.

A diagram készítése rendszerint egy team feladata. Ötletbörze segítségével összegyűjtik a fő okokat, majd azok csoportosítása történik ok-csoportonként.

A 31. ábra jobb oldalán kerül feltüntetésre az okozat vagy cél, majd az innen kiinduló vízszintes vonal mentén ágaznak el ferde vonalak, melyekre a lehetséges ok-csoportokat írják. A diagram ezután újra elágazik, hiszen keressük a fő okok al-okait és azoknak is az okait, és így tovább, megkapva az okok többszintes elrendezését. Az Ishikawa-diagramnak tükröznie kell tehát az okok hierarchikus szintjeit és az okszerkezetet.

Az okok megállapításában gyakran alkalmaznak előzetesen kialakított besorolásokat, fő ok-csoportokat. Az angol elnevezések alapján a következők lehetnek: 4M, 5M, 9M elnevezésűek. A 4M tartalma: ember, (*Man*), gépek, berendezések (*Machine*), anyagok (*Material*), módszer, technológia (*Method*); az 5M kiegészül a menedzsmenttel (*Management*); a 9M még további négy okcsoportot tartalmaz: karbantartás (*Maintenance*), pénz (*Money*), környezet (*Milieu*), motiváció (*Motivation*). Lényeges szempont, hogy az előzetes besorolás úgy történjen, hogy az egyes fő-okcsoportok legyenek minél inkább függetlenek egymástól.



31. ábra. Ok-okozati diagramok
Forrás: Gergely-Szóts, p.219.

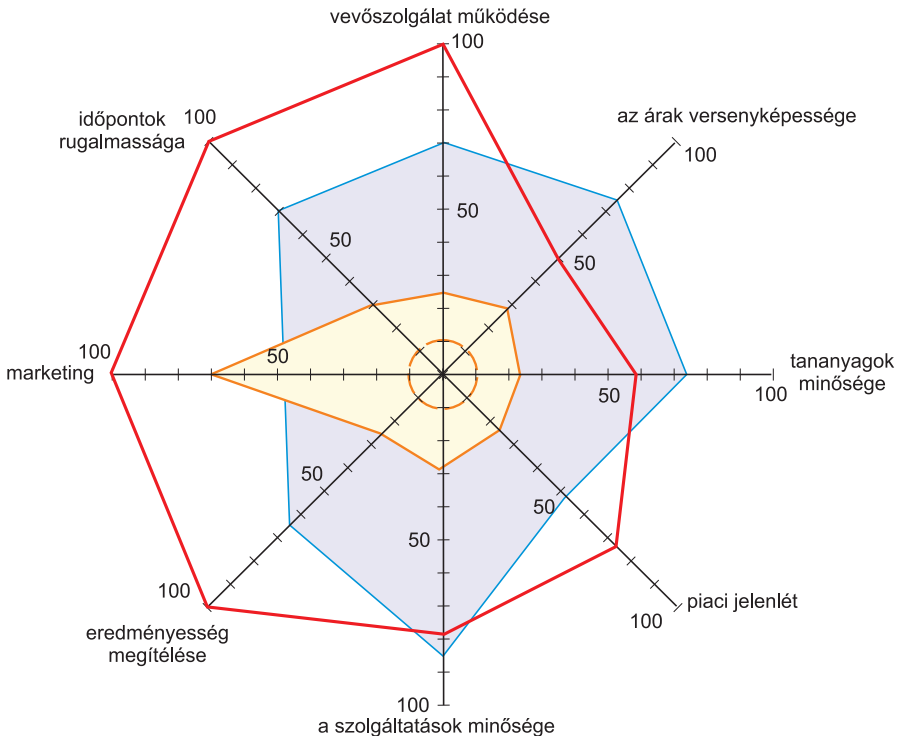
Radardiagram (csillagdiagram, radartérkép)

Ez a diagramtípus egy jó szemléltető eszköz. A radardiagram (32. ábra) segítségével egyszerre több termék vagy szolgáltatás több mutatóját értékelhetjük. Ezen eszközzel 4 vagy akár 8 jellemző tényleges értékét mérhetjük meg a tervezett, kívánt értékhez viszonyítva.

A módszer rendszerint egy 3-10 főt magába foglaló szakértői team által kialakított értékelési szempontrendszerre épül. A csoport meghatározhatja az egyes tényezőkhöz tartozó elérni kívánt célértékeket. A szempontok, jellemzők teljesítésének értékelése egy skálán történik, ami általában egy 100 fokozatú skála. Az egyes értékelendő tényezőknek van egy értékhatára, azaz egy minimum és maximum értéke. Akkor megfelelő a mutató értéke, ha eléri a célértéket.

A minőségmenedzsmentben jól használható az egyes intézmények szolgáltatásainak összehasonlítására, mely lehetőséget biztosít például a versenyképesség elemzésére. Természetesen az egyes tényezők külön-külön is értékelhetők.

Alkalmazható még termékek és szolgáltatások egyes mutatóik értékeinek egy adott időszakon belüli összehasonlítására.



32. ábra. Radardiagram

Forrás: Bálint 2006, p. 245.

Folyamatábra

A folyamatábra egy munkafolyamat eseményeinek egymásutániségát írja le, részletesen, kis lépésekre bontva a tevékenységeket és ábrázolja, vizuálisan megjeleníti azokat egységes jelekkel. A folyamatábra grafikusán szemlélteti a teljes folyamatot, áttekinthetővé teszi a folyamatlépéseket, segíti a hibamentes megvalósítást, összehasonlíthatóvá válik a valós és a kívánt ideális folyamat. Segítségével feltárható, hogy logikus-e az egymást követő folyamatlépések láncolata, a főleges lépések vagy csatlakozási pontok, a folyamat összetettsége. Használható még a folyamat során adódó információáramlási, kommunikációs zavarok feltérképezésére, a folyamat határainak beazonosítására.

A folyamatábrát legjobb egy team segítségével elkészíteni, hiszen egy folyamat javításával kapcsolatban a résztvevőknek egyet kell érteni abban, hogy milyen módon zajlik le a folyamat. Első lépésben felvázolják a legfontosabb lépéseket, majd elkészítik a végleges ábrát, számítógépes program segítségével.

A folyamatábra alkalmas módszer a problémák azonosítására illetve a megoldási alternatívák keresésére egyaránt, amennyiben hűen és pontosan tükrözi a folyamatot.

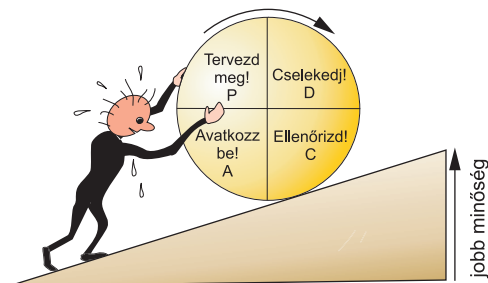
PDCA-kör (Deming–Shewhart-ciklus)

Ahhoz, hogy minőséget tudjunk létrehozni, folyamatosan fejlesztés szükséges.

A PDCA-elv a folyamatos fejlesztés alapmodellje (ld. 33. ábra). A modellt először *Shewhart* fejlesztette ki, melyet *Deming* használt, és azóta továbbfejlesztették többször. Négy lépésből tevődik össze: P – plan: tervezd, D – do: csináld, C – check: ellenőrizd, A – act: avatkozz be.

Tömören megfogalmazva azt jelenti, hogy tanuljunk a múltban elkövetett hibáinkból, és csináljuk a jövőben jobban, mint előzőleg azt tettük, és ezt ismétljük ciklusosan a mindennapokban.

A modell segítségével bármely tevékenység lebontható a fent említett négy alaplépésre. Ha egy szervezet valamely folyamata javításra szorul, jó problémamegoldó



33. ábra. PDCA-ciklus

Forrás: Bálint 2006. p.40.

módszer a PDCA-ciklus. Bármely folyamat vagy tevékenység fejleszthető, ha körültekintően és alaposan megtervezzük a javítást. A PDCA-körfolyamat tehát a *tervezéssel* indul: (P – plan). Át kell gondolni a szervezet működésével kapcsolatos összes területet, folyamatot, meg kell érteni a jelenlegi gyakorlatot, és az eltérések okait fel kell deríteni. Ki kell tűzni a célokat és azok elérésének módját is. Megtervezzük a folyamatokat, azt is, hogy ki, mit, mikor és hol tesz. Fel kell ismerni, hogy hol van lehetőség a folyamatok javítására.

A következőkben a tervek *végrehajtása, cselekvés* (D – do) következik, melynek során megvalósulnak az előzőleg meghatározott tervek. A megvalósítás során folyamatos adatgyűjtést kell végezni ahhoz, hogy ki tudjuk választani a javító intézkedéseket, módszereket.

A végrehajtást az *ellenőrzési* (C – check) fázis követi, ahol azt elemezzük és ellenőrizzük, hogy a kell és a van között találunk-e különbséget, azaz összevetjük, hogy a tervezett célok és a tényleges eredmények mennyire felelnek meg egymásnak. Megvizsgáljuk, hogy a javított folyamatok vagy tevékenység eredménye jobb minőségű lett-e.

A kör befejező eleme a *visszacsatolás, beavatkozás* (A – act). Itt beavatkozunk, és módosítjuk a folyamatot, majd alkalmazzuk, bevezetjük a tökéletesített, fejlesztett módozatot, gyakorlatot.

A körfolyamat itt újra a tervezéssel folytatódik csupán azzal a lényeges különbséggel, hogy minden ciklus végére egyre magasabb színvonalú minőséget érünk el.

Irodalom

1. Anwar Mustafa- Barta Tamás – Tóth Tihamér: Minőségmenedzsment I-II., Szókratész Külgazdasági Akadémia, 2005.
2. Balázs Péter: Általános és egészségügyi menedzsment, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest 2006, p. 281-288.
3. Bálint Julianna: Minőség –tanuljuk, tanítsuk, valósítsuk meg és fejlesszük tovább, Terc Budapest, 2006.
4. Belicza Éva – Zékány Zsuzsanna: A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben, EMIKK füzetek 17. szám Debrecen, 1998.
5. Belicza É, Takács E, Boncz I. Indikátorok az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. Kórház, 2003, 10(10): 20-22.
6. Boncz Imre – Horváth Boldizsár: Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai, Pécsi Tudományegyetem, EFK, 2001.
7. Csath Magdolna: Minőségstratégia –TQM, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2005.
8. Dézsán Imre: Minőségbiztosítás. A minőségirányítás alapjai, Tankönyvmester kiadó, Budapest, 2007.
9. Dennis Lock: Minőségmenedzsment, Panem, Budapest, 1998.
10. Dimény Gábor: Minőségirányítási rendszerek, Scientia Kiadó, Kolozsvár, 2008

11. Gergely Tamás- Szóts Miklós: Minőség az egészségügyben, Medicina Könyvkiadó, 2001.
12. Gődény Sándor: Egészségügyi szolgáltatások minősége – a beteg szemével, www.eski.hu/civiltajekoztatás/cikk , 2005.09.02.
13. Gődény Sándor: A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben, Pro Die Kiadó, Budapest, 2007.
14. Gődény Sándor: A minőség problémái az egészségügyben, Beszámoló a DEMIN IX. Konferenciáról, Minőség és megbízhatóság, 2009. 4.szám, p. 226-230.
15. Gulácsi László: Minőségfejlesztés az egészségügyben, Medicina Könyvkiadó 2000.
16. Gulácsi László- Topár József: minőségfejlesztési- vezetési rendszerek, modellek, Egészségügyi Menedzsment, 2002. május-június p. 28-31.
17. Gulácsi L, Makai P, Péter T, Jakobsen Á, Boncz I. Minőség és minőségfejlesztés az egészségügyben 2005: 103 magyarországi kórház felmérése alapján. Orvostovábbképző Szemle, 2006, 13(12): 13-22.
18. Gutassy Attila: Menedzsmentrendszerek auditálása, TÜV Rheinland InterCert, Budapest, 2003.
19. Hajnal Miklós Pál: Út a betegellátás biztonságához. Integrált minőségirányítási rendszer, Kórház, 2004. 10. p. 44-45.
20. Heather Marr – Hannie Giebing: A minőség biztosítása az ápolásban, Semmelweis Kiadó, Budapest 1996.
21. Horváthné Dobos Éva: Minőség-költség az egészségügyben, Egészségügyi Menedzsment, 1999. október, p. 67-74.
22. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium: Ajánlás az ISO 9001:2000 szabvány alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben, Egészségügyi Közlöny, 2003. 13. szám, p. 2209-2278.
23. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a bizonyítékon alapuló szakmai irányelv fejlesztéséhez, Egészségügyi Közlöny, 2004. 3. szám.
24. Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről, Egészségügyi Közlöny LVIII évfolyam. 3. szám, 2008. február 21. p. 1632-1634.
25. Egészségügyi Minisztérium, Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv (1.0 változat), Egészségügyi Közlöny, LVII. évfolyam, 4. szám, 2007. február 21.
26. Kalapács János: Minőségirányítási minőségtechnikák, X-level, 2001.
27. Kovács Katalin: Az EFQM Kiválósági Modell, in. Az ápolás menedzselése: Minőség – minőségfejlesztés az ápolásban, Workshop, Szeged, 2000., p.139-174.
28. Kövesi János – Topár József: A minőségmenedzsment alapjai, Typotex, Budapest, 2006.
29. Makai P, Wagner C, Klazinga N, Boncz I, Gulácsi L. Quality management and patient safety; survey results from 102 Hungarian hospitals. Health Policy, 2009; 90(2-3):175-80.
30. Ovreteit John: Minőségszemlélet az egészségügyben. Bevezetés az egészségügyi szolgáltatások minőségügyi módszertanába, Medicina 1999.

31. Sebestyén A, Boncz I, Sandor J, Nyarady J. Effect of surgical delay on early mortality in patients with femoral neck fracture. *Int Orthop*, 2008, 32(3):375-9.
32. Sembery Péter: Minőségirányítás, Szent István Egyetemi Kiadó, Gödöllő 2005.
33. Somogyiné Vári Éva: Minőség és betegelégedettség a szakellátásban, *Nővér* 2004. 17 évf. 2. szám, p.9-15.
34. Takács E, Belicza É, Boncz I. Az NHS indikátorrendszerének tanulságai a hazai fejlesztés szempontjából. *Egészségügyi Menedzsment*, 2003, 5(6): 53-59.
35. Topár József: A Total Quality Management vezetési alapelvei, *Egészségügyi Menedzsment*, 2004. március-április, p. 45-51.
36. Zöldi Péter: A kiválóság útján, *Kórház*, 2008. 6. szám, p.24-25.

A tananyag elsajátításának ellenőrzéséhez segítséget nyújtanak a <http://tamop.etk.pte.hu/adatbazis2/> címen elérhető kérdések.

Tesztkérdések (Kriszbacher Ildikó)

A minőségügy fogalomrendszere

1. Igaz/hamis állítás
A minőséget az ISO 9000:2005 szabvány úgy határozza meg, mint annak a mértéke, hogy mennyire teljesíti a saját jellemzők összessége a követelményeket.
2. Egy termék saját jellemzője
 - a. az ára
 - b. a vele kapcsolatban kinyilvánított igény vagy elvárás
 - c. színe, mérete, tartóssága.
3. Mi nem nevezhető az egészségügyi ellátás minőségi komponensének?
 - a. a megfelelő beavatkozás megválasztása
 - b. a megvalósult ellátás és az előre kitűzött cél közti különbség nagysága
 - c. a lehető legjobb eredményhez vezető beavatkozás elvégzése.
4. Igaz/hamis állítás
A WHO megfogalmazása szerint kiváló minőségű az az egészségügyi ellátás, amelyik a tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások figyelembevételével megfelel az egészségkárosító kockázat optimalizálása iránt támasztott elvárásoknak.
5. A minőségmenedzsment mely alapfogalmára utal a következő definíció?
Az előzőleg megállapított minőségi követelmények állandó érvényesülésének biztosítása mellett célja a hiba megállapítása.

- a. minőség-ellenőrzés
 - b. minőségbiztosítás
 - c. egészségügyi minőségbiztosítás
 - d. minőségfejlesztés
6. A minőségmenedzsment mely alapfogalmára utal a következő definíció?
A folyamat során megméri az adott szolgáltatás minőségét és a rögzített minőségi célokhoz viszonyítják őket, és eltérés esetén korrekciós intézkedéseket tesznek.
- a. minőség-ellenőrzés
 - b. minőségbiztosítás
 - c. egészségügyi minőségbiztosítás
 - d. minőségfejlesztés
7. A minőségmenedzsment mely alapfogalmára utal a következő definíció?
Az egészségügyi szolgáltatás minőségének ellenőrzéséhez csatlakozik egy folyamatosan működő visszacsatoló rendszer is.
- a. minőség-ellenőrzés
 - b. minőségbiztosítás
 - c. egészségügyi minőségbiztosítás
 - d. minőségfejlesztés
8. A minőségmenedzsment mely alapfogalmára utal a következő definíció?
Magában foglalja az összes minőségbiztosítási tevékenységet, és az egészségügyi ellátás állandó fejlődésére koncentrál.
- a. minőség-ellenőrzés
 - b. minőségbiztosítás
 - c. egészségügyi minőségbiztosítás
 - d. minőségfejlesztés
9. Igaz/hamis állítás
Az egészségügy területén a minőségbiztosítás egy folyamat, melynek célja a lehető legtöbb egészségügyi tevékenység eredményének javítása a funkcionális képesség és a szolgáltató szempontjából.
10. A minőségmenedzsment mely alapfogalmára utal a következő definíció?
Olyan tevékenység, melynek során a teljes rendszer vagy annak egy részének fejlesztése a cél, különös tekintettel a minőségi problémákra.
- a. folyamatos minőségfejlesztés
 - b. minőségmenedzsment
 - c. minőségpolitika
 - d. minőségtervezés

11. A minőségmenedzsment mely alapfogalmára utal a következő definíció?
Azon összehangolt tevékenységek, melyek a szervezet vezetésére és szabályozására vonatkoznak a minőség szempontjából.
- folyamatos minőségfejlesztés
 - minőségmenedzsment
 - minőségpolitika
 - minőségtervezés
12. A minőségmenedzsment mely alapfogalmára utal a következő definíció?
A szervezet felső vezetésének minőségi célkitűzésekről kinyilvánított szándéka.
- folyamatos minőségfejlesztés
 - minőségmenedzsment
 - minőségpolitika
 - minőségtervezés
13. A minőségmenedzsment mely alapfogalmára utal a következő definíció?
A minőségirányításon belül a minőségcélok kitűzése, a működési folyamatok, és az azokkal kapcsolatos erőforrások meghatározása.
- folyamatos minőségfejlesztés
 - minőségmenedzsment
 - minőségpolitika
 - minőségtervezés
14. A TQM olyan vezetési filozófia, melynek középpontjában
- a szolgáltató
 - a fogyasztó
 - az egészségügy ellátó
 - a minőségbiztosító áll.
15. Mi nem alkalmazható az egészségügyi ellátás minőségének mérésére?
- kritérium
 - standard
 - indikátor
 - skála
 - protokoll

16. Mely, az egészségügyi tevékenység minőségének mérésével kapcsolatos fogalmat írja le a következő definíció?
A termék vagy szolgáltatás elvárt szintje, megkívánt minőséget kifejező, mérhető megnyilvánulása.
- kritérium
 - standard
 - indikátor
 - protokoll
17. Mely, az egészségügyi ellátás minőségének mérésével kapcsolatos fogalmat írja le a következő definíció?
Kötelező részfolyamatok, tevékenységek vagy feltételrendszer, melyeket szigorúan be kell tartani az adott eljárás eredményessége végett.
- kritérium
 - standard
 - indikátor
 - protokoll
18. Igaz/hamis állítás
A kritérium egy skálát fog át, s ezen a skálán megjelölt pont, a standard érték az, ami elválasztja az elfogadhatót az elfogadhatatlantól.
19. Párosítsa össze a jó kritérium tulajdonságait a definíciókkal!
- | | |
|---------------|--|
| a. releváns | 1. egyértelműen értelmezhető minden dolgozó számára |
| b. érthető | 2. a valós szervezeti működéshez illeszkedik |
| c. mérhető | 3. a kritérium a fejleszteni kívánt területhez kapcsolódik |
| d. illeszkedő | 4. az adott szervezet lehetőségeit tárja fel |
| e. elérhető | 5. pontosan mérhető a rendelkezésre álló eszközökkel |
20. Mely, az egészségügyi tevékenység minőségének mérésével kapcsolatos fogalmat írja le a következő definíció?
A kritérium mérési skáláján megjelölt pont, amely a minőség elfogadható minimumát jelzi.
- kritérium
 - standard
 - indikátor
 - protokoll

21. Mivel mérhető a numerikus standard megvalósulási szintje?
- kritériummal
 - skálával
 - protokollal
 - indikátorral
22. Mely, az egészségügyi ellátás minőségének mérésével kapcsolatos fogalmat írja le a következő definíció?
Viszonyszám, mely kifejezi, hogy a bekövetkezett események gyakorisága mennyire elégti ki valamely minőségi célt.
- kritérium
 - standard
 - indikátor
 - protokoll
23. Mely, az egészségügyi ellátás minőségének mérésével kapcsolatos fogalmat írja le a következő definíció?
Szigorú irányelv, melyet teljes részletességében követni kell, és az egészségügyi ellátás valamely kisebb részterületére vonatkozik.
- kritérium
 - standard
 - indikátor
 - protokoll
24. Párosítsa a fogalmakat a hozzájuk tartozó definíciókkal!
- | | |
|-----------------|---|
| a. audit | 1. harmadik fél általi audit |
| b. tanúsítás | 2. rendszerezett és független vizsgálat |
| c. akkreditáció | 3. eredményeként egy adott intézmény minőségét ismerik el |

A szakmai tevékenység minőségének kérdése

25. Melyek az egészségügyi szolgáltatás sajátosságai? (több válasz is elfogadható)
- homogén
 - nem lehet tárolni, elraktározni
 - a szolgáltatás nem esik egybe a fogyasztással
 - fizikai természetű
 - nehezen mérhető
 - a szolgáltatás minősége standard

26. Az egészségügyi ellátás mely résztvevője szempontjából értelmezhető a minőség a következőképpen:
Kérdés, hogy a fogyasztó mennyire érzi azt, hogy a szolgáltatás során azt kapja, amire szüksége van.
- a. páciens
 - b. társadalom
 - c. szakemberek
 - d. menedzsment
 - e. finanszírozók
27. Az egészségügyi ellátás mely résztvevője szempontjából értelmezhető a minőség a következőképpen:
Milyen mértékű mellékhatásokkal jár az egészségügyi ellátás, emellett milyen mértékben képes a szervezet a vonzaskörébe tartozó népesség egészségi állapotát fenntartani?
- a. páciens
 - b. társadalom
 - c. szakemberek
 - d. menedzsment
 - e. finanszírozók
28. Az egészségügyi ellátás mely résztvevője szempontjából értelmezhető a minőség a következőképpen:
Mennyire felel meg az ellátás a szakma által meghatározott követelményeknek?
- a. páciens
 - b. társadalom
 - c. szakemberek
 - d. menedzsment
 - e. finanszírozók
29. Az egészségügyi ellátás mely résztvevője szempontjából értelmezhető a minőség a következőképpen:
Mennyire működtethető gazdaságosan az ellátást nyújtó szervezet?
- a. páciens
 - b. társadalom
 - c. szakemberek
 - d. menedzsment
 - e. finanszírozók

30. Az egészségügyi ellátás mely résztvevője szempontjából értelmezhető a minőség a következőképpen:
A rendelkezésekre álló gazdasági erőforrásokból minél szélesebb körben elérhető egészségügyi szolgáltatásokat lehessen nyújtani, a leggazdaságosabban.
- páciens
 - társadalom
 - szakemberek
 - menedzsment
 - finanszírozók
31. Igaz/hamis állítás
A hatásosság az egészségügyi beavatkozásokra vonatkozó fogalom, az orvostechnika alkalmazásának azon képessége, hogy a kívánt eredményt a mindennapi körülmények között elérjük.
32. Igaz/hamis állítás
A hatékonyság az egészségügyi ellátás eredményességének viszonyát mutatja meg a költségekhez és a felhasznált erőforrásokhoz.
33. Igaz/hamis állítás
Az esélyegyenlőség és a méltányosság nem jelenik meg az egészségügy minőségi szempontjai között.
34. Az egészségügyi ellátás minőségének mely összetevője tekinthető a legáltalánosabb értelműnek?
- hozzáférhetőség
 - eredményesség
 - esélyegyenlőség
 - hitelesség
 - tudományos-technikai minőség
35. Igaz/hamis állítás
A hitelesség olyan minőségi összetevő, mely jelentősen befolyásolja a páciens döntését egy egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor.
36. Igaz/hamis állítás
Az egészségügyi szolgáltatás fogyasztók által érzékelt minőségét nem befolyásolja a dolgozók elégedettsége.
37. Párosítsa össze az egészségügyi ellátás dimenzióit a hozzájuk tartozó jellemzőkkel!
- | | | |
|--------------|---------------|----------------------|
| a. struktúra | 1. hatékony | 4. eszközök |
| b. folyamat | 2. személyzet | 5. mortalitás |
| c. eredmény | 3. etikus | 6. egészségi állapot |

38. Az egészségügyi ellátás mely dimenziójára igazak a következő jellemzők?
Magában foglalja a gazdasági feltételeket, menedzsmentet, szakembereket, információs rendszert, de a tevékenységekre vonatkozó előírásokat is.
- struktúra dimenzió
 - folyamat dimenzió
 - eredmény dimenzió
39. Az egészségügyi ellátás mely dimenziójára igazak a következő jellemzők?
A preventív, diagnosztikus, terápiás, ápolási, rehabilitációs és gondozási eljárások összessége.
- struktúra dimenzió
 - folyamat dimenzió
 - eredmény dimenzió
40. Igaz/hamis állítás
A struktúrával kapcsolatos személyi és tárgyi követelmények meghatározása nem könnyű feladat, teljesítésük mérése nehezen kivitelezhető.
41. Igaz/hamis állítás
A jó folyamat önmagában is képes az elvárt eredmény biztosítására.
42. Az egészségügyi ellátás mely dimenziójára igazak a következő jellemzők?
A nyújtott teljesítmény megítélésének legfontosabb alapja.
- struktúra dimenzió
 - folyamat dimenzió
 - eredmény dimenzió
43. Az egészségügyi ellátás mely dimenziójára igazak a következő jellemzők?
Meghatározásakor figyelembe veszik a morbiditási és mortalitási mutatókat is.
- struktúra dimenzió
 - folyamat dimenzió
 - eredmény dimenzió
44. Mely elvárás nem támasztható a szakmai irányelvekkel szemben?
- alapuljanak tudományos bizonyítékokon
 - a tapasztalati bizonyítékokat is vegyék figyelembe
 - csak kísérleti környezetben kell alkalmazhatónak lennie
 - legyen finanszírozható
45. Igaz/hamis állítás
A bizonyítékon alapuló egészségügyi ellátás szolgálja a hatásosságot és az eredményességet, de nem vonatkozik a költséghatékonyságra és a kockázatok csökkentésére.

46. A klinikai audit nem terjed ki
- a diagnosztikai eljárásokra
 - a terápiás eljárásokra
 - az erőforrások felhasználására
 - a beteg preferenciáira
 - a beteg életminőségére.

A minőségügy jelentősége az egészségügyi szolgáltatások költségeire vetítve

47. Igaz/hamis állítás
Az egészségügyi szervezet szempontjából a gazdaságosság nem jelenik meg minőséget befolyásoló tényezőként.

48. A minőségköltség
- az eszközbeszerzés
 - a gyenge minőség megelőzésének
 - a ráfordítások mérésének költsége.

49. Mi nem tartozik a minőségköltségek közé?
- a PR költségei
 - a belső hibaköltségek
 - külső hibaköltségek
 - a hibamegelőzés költségei.

50. A minőségköltség mely fajtájára utal a következő definíció?
Befektetési költség, melynek célja a nem-teljesítés megelőzése. Ilyen például a minőségjellemzők megállapításának költsége.
- hibamegelőzési költség
 - minőségértékelési költség
 - belső hibaköltség
 - külső hibaköltség

51. A minőségköltség mely fajtájára utal a következő definíció?
Az egészségügyi szolgáltatás minőségszínterének megtartására kell fordítani. Ilyen például a minőségaudit költsége.
- hibamegelőzési költség
 - minőségértékelési költség
 - belső hibaköltség
 - külső hibaköltség

52. A minőségköltség mely fajtájára utal a következő definíció?

Költséges és veszteségek, melyek abból adódnak, hogy a munka eredményének minősége elmarad a kitűzött mértéktől. Pl: ismételten elvégzett ellátások költségei.

- a. hibamegelőzési költség
- b. minőségértékelési költség
- c. belső hibaköltség
- d. külső hibaköltség

53. A minőségköltség mely fajtájára utal a következő definíció?

A költségek ezen fajtája akkor merül fel, ha az ellátásban elkövetett hiba a páciensnél lesz nyilvánvalóvá.

- a. hibamegelőzési költség
- b. minőségértékelési költség
- c. belső hibaköltség
- d. külső hibaköltség

54. Határozza meg az egyes minőségköltség-fajták arányát!

- | | |
|------------------------------|--------|
| a. hibamegelőzési költség | 1. 30% |
| b. minőségértékelési költség | 2. 20% |
| c. belső hibaköltség | 3. 5% |
| d. külső hibaköltség | 4. 45% |

55. Párosítsa össze a költségfajtákat a hozzájuk tartozó elemekkel!

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| a. látható költségek | 1. betegpanaszok |
| b. rejtett költségek | 2. lejárt szavatosságú gyógyszerek |
| | 3. működésen kívüli eszközök |
| | 4. pontatlan vizsgálati eredmények |
| | 5. elégedetlen betegek |
| | 6. hosszú várakozási idő |

56. Igaz/hamis állítás

A felfelé irányuló minőségspirál a dolgozók elégedettségének növekedését és növekvő belső motivációt eredményez.

Minőségügyi rendszerek az egészségügyben

57. Igaz/hamis állítás

Az egészségügyi minőségügyi rendszer célja, hogy az intézetekben kezelt betegek egészségi állapotát javítsa, a rendelkezésre álló erőforrások maximális kihasználtsága mellett.

58. A minőségügyi rendszer hátránya, hogy
- a folyamatok szabályozottabbak
 - az irányítás és a munkavégzés hatékonysága nő
 - keretei között nem lehetséges olyan szolgáltatást létrehozni, ami maximálisan megfelel a páciensek igényeinek
 - a hibák megelőzése a minőségköltségek csökkentését eredményezi
59. A szabványosítás legfontosabb célja
- a minőség védelme
 - a minőségbiztosítási rendszer kialakítása
 - a minőségügyi rendszerek harmonizálása
60. Igaz/hamis állítás
A szabványok alkalmazásának lényege, hogy a tevékenységek és azok eredménye egyenletesen megfeleljen a szervezet céljainak.
61. Oldja fel a rövidítéseket!
- | | |
|-------------|-------------------------------------|
| a. MSZ | 1. minőségirányítási szabványcsalád |
| b. EN | 2. Magyar Szabvány |
| c. ISO 9000 | 3. Európai Szabvány |
62. Igaz/hamis állítás
Az ISO szabványok csak a bizonyos tevékenységi körökre vonatkozóan fogalmaznak meg szabályokat.
63. Párosítsa a szabványokat a rájuk jellemző tulajdonságokkal!
- ISO 9000:1994
 - ISO 9000:2000
- a termék kezelésének minden fázisában előzze meg a nem megfelelőséget
 - hangsúlyos a folyamat fejlesztése, ezért jobban megfelel az egészségügyi intézményeknek
 - fókuszában a dokumentált szabályozás, és a fegyelmezett alkalmazott áll
 - fókuszában az eredmények értékelése és a rugalmas dokumentáció áll
64. Igaz/hamis állítás
Specifikusan az egészségügy területére külön ISO szabványok léteznek.
65. Mely alapelvek egyeznek meg az ISO 9001:2001 és a TQM minőségirányítási rendszerekben? (több válasz is elfogadható)
- erős vezetés
 - folyamatközpontúság
 - rendszer szemlélet
 - tényeken alapuló döntéshozatal
 - teljes körű részvétel

66. Igaz/hamis állítás

Az ISO 9001:2001 kimondja, hogy a szervezet céljainak elérésében legfontosabban a minden szinten megtalálható munkatársak, ezért a képességek kihasználása a humán erőforrás teljes mértékű bevonásával zajlik.

67. Tegye sorrendbe a minőségügyi rendszer dokumentációs kötelezettségeinek lépéseit, felülről lefelé haladva!

- a. munkautasítások: a szolgáltatások részletes szabályozása
- b. minőségpolitika, minőségcélok
- c. eljárásleírások kézikönyve: követelmények, felelőségek rögzítése
- d. bizonylatok, úrlapok, feljegyzések, nyilvántartások
- e. minőségügyi vagy minőségirányítási kézikönyv

68. Igaz/hamis állítás

Az ISO 9001:2001 kiépítése az egészségügyi intézményekben mindig önállóan történik.

69. Tegye sorrendbe az ISO 9001:2001 rendszer kiépítésének lépéseit!

- a. bevezetés – a rendszer kiépítése és bevezetés
- b. előkészítés
- c. tanúsítás
- d. tervezés

70. Az ISO 9001:2001 rendszer kiépítésének melyik lépésében kerül sor a célok meghatározására és a minőségügyi vezető kiképzésére?

- a. előkészítés
- b. tervezés
- c. bevezetés
- d. tanúsítás

71. Az ISO 9001:2001 rendszer kiépítésének melyik lépésében kerül sor a kulcsfolyamatok meghatározására és a minőségügyi kézikönyv kialakítására?

- a. előkészítés
- b. tervezés
- c. bevezetés
- d. tanúsítás

72. Az ISO 9001:2001 rendszer kiépítésének melyik lépésében kerül sor a felelőségek és hatáskörök meghatározására és a minőségirányítás alapjainak minden dolgozó számára történő oktatására?

- a. előkészítés
- b. tervezés
- c. bevezetés
- d. tanúsítás

73. Az ISO 9001:2001 rendszer kiépítésének melyik lépésében kerül sor írásos nyilatkozat készítésére egy független fél által arról, hogy a szervezet valóban megfelel a követelményszabványoknak?
- előkészítés
 - tervezés
 - bevezetés
 - tanúsítás
74. Mi *nem* tartozik az ISO 9001 előnyei közé?
- a belső szabályozás egyértelmű szabványokat jelöl ki
 - kikényszeríti a nyilvánosságot és a dokumentációt
 - nem kényszeríti keretek közé a rögtönzött működést
 - elterjeszti a mérhetőségen alapuló döntést
75. Mik az ISO 9001 hátrányai? (több válasz is elfogadható)
- nyelvezete az egészségügy számára nehéz
 - nemzetközi összehasonlításra is alkalmas
 - más irányítási rendszerekkel is integrálható
 - állandó dokumentációs kényszer áll fenn
76. Igaz/hamis állítás
A TQM teljeskörű minőségirányítási rendszer alulról, az alkalmazottak észrevételeire alapozva építkezik.
77. Mi *nem* tartozik a TQM alapelvei közé?
- kölcsönös előnyös kapcsolatokat jelent a beszállítókkal és az alvállalkozókkal
 - teljeskörű részvétellel, elkötelezettséggel és felhatalmazással jár
 - fókuszában a vevőközpontúság áll
 - a folyamatok javítása és fejlesztése főleg a megelőzése keresztül történik
 - közös tanulás és tanuló szervezetté válás figyelhető meg
 - a TQM mint vezetési filozófia értelmezhető
78. A TQM „teljes körű részvétel” alapelve
- a fogyasztókra
 - a vezetés minden szintjére
 - a dolgozókra
 - a beszállítókra vonatkozik.
79. Igaz/hamis állítás
A TQM egyik legnagyobb előnye, hogy alkalmazásának eredményeként a vevők elégedettsége növekedni fog, ezért a működés is hatékonyabbá fog válni.

80. Igaz/hamis állítás

Mivel a TQM rendszernek nincs szabvány szerinti tanúsítása, ezért az intézményi tevékenységek kiválóságának megítélésében fontos szerepe van az önértékelésnek.

81. A TQM rendszerében megtalálható minőségdíjak közül melyik a legelterjedtebb?

- a. Deming-díj
- b. EFQM kiválóság modell
- c. Malcolm Baldrige-díj
- d. Magyar Nemzeti Minőség Díj

82. Melyik minőségügyi rendszer jelez egy külső auditnak való megfelelést?

- a. ISO
- b. TQM
- c. EFQM

83. Mely két tényező tartalmazza az EFQM modell fő kritériumait?

- a. vevői elégedettség
- b. adottságok
- c. eredmények
- d. folyamatok

(ugyanis az adottság és az eredmény két egyenlő része (50-50%) a modellnek, melyben megtalálható a 9 fő kritérium)

84. Igaz/hamis állítás

Felmérések szerint az ISO minőségügyi rendszert elkötelezetten alkalmazó intézmények az EFQM pontrendszerében már első próbálkozásra maximumhoz közeli (800-950) pontot tudnak elérni.

85. Melyik rendszer *nem* eleme a MEES – Magyar Egészségügyi Ellátási Standardoknak?

- a. RES – Rehabilitációs Ellátási Standardok
- b. KES – Kórházi Ellátási Standardok
- c. HES – Háziiorvosi Ellátási Standardok
- d. VES – Védőnői Ellátási Standardok

86. Melyik minőségügyi rendszer célja a folyamatos minőségfejlesztés?

- a. ISO 9000
- b. TQM

87. Melyik minőségügyi rendszer esetén bizonyítja a sikeres bevezetést harmadik fél általi tanúsítás?
- ISO 9000
 - TQM
88. Melyik minőségügyi rendszer értelmezi az egyszerű képzésnél tágabban az emberi erőforrás fejlesztését?
- ISO 9000
 - TQM
89. Melyik minőségügyi rendszer beszél keveset a problémamegoldásról, és koncentrálnak inkább a hibák javítására?
- ISO 9000
 - TQM
90. Az ISO 9000 és az EFQM minőségügyi rendszerek
- egymást kizáró
 - egymást kiegészítő
 - egymástól független viszonyban vannak.
91. Igaz/hamis állítás
Az egészségügyben működő integrált irányítási rendszer olyan integrált rendszer, amely elősegíti az egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevők elégedettségét.

A minőség javításának, fejlesztésének módszerei, technikái

92. Igaz/hamis állítás
Az 5S módszer lényege a munkahelyi rend és fegyelem megteremtése, valamint ettől függetlenül a termék vagy szolgáltatás minőségének javítása.
93. Melyik elem *nem* található meg a japán 5S modellben?
- a szükséges dolgok kiválasztása, meghatározása
 - a szükséges tárgyak helyes elrendezése
 - takarítás, tisztaság
 - a megfelelő kommunikáció előmozdítása
 - az első három S folyamatainak felügyelete
 - korrekt, elvárt magatartás, jó morál
94. Igaz/hamis állítás
Az 5S módszer felülvizsgálata önállóan, ellenőrző lap segítségével történik.

95. Mi a brainstorming módszerének lényege?
- szabad asszociációk elősegítése
 - a felmerülő ötletek pontos kritikája
 - a mérlegelés lehetőségének megteremtése
 - minőségi ötletek megalkotása
96. Tegye sorrendbe a brainstorming módszerének lépéseit!
- megoldás
 - előkészítés
 - brainstorming
 - értékelés
97. Igaz/hamis állítás
A brainstorming módszerének előnyei, hogy egyszerű alkalmazni, könnyen kombinálható más módszerekkel, és a dolgozókat rendre és fegyelemre szoktatja.
98. Igaz/hamis állítás
A brainstorming sikerét hátráltathatja a résztvevők közötti személyes ellentétek és presztízskülönbségek.
99. Mely minőségjavítási módszer alkalmas a problémák prioritási sorrendjének feltárására?
- 5S módszer
 - brainstorming
 - radardiagram
 - Pareto-elemzés
100. Mely minőségjavítási módszer grafikus elemzésekor használjuk a halszálkadiagramot?
- Pareto-diagram
 - 5S módszer
 - ok-okozati diagram
 - radardiagram
101. Mi *nem igaz* a következő, ok-okozati diagram előnyeire vonatkozó állítások közül?
- a jól áttekinthető ábra az egész problémakört bemutatja
 - rámutat a sokszor észrevehetetlen kapcsolatokra az okok között
 - ugyanakkor nem ad segítséget a probléma eredetének kiderítéséhez
 - gyorsan elsajátítható

102. Mely módszer grafikus ábrázolása során tudunk egyszerre 4 akár nyolc jellemzőt is bevonni az elemzésbe?
- Pareto-diagram
 - 5S módszer
 - ok-okozati diagram
 - radardiagram
103. Igaz/hamis állítás
Az ok-okozati diagram jól használható a minőségmenedzsmentben az egyes intézmények szolgáltatásainak összehasonlítására.
104. Igaz/hamis állítás
A folyamatábra a munkafolyamat eseményeinek egymásutániságát írja le, ezzel lehetővé téve a valós és a kívánt folyamat összehasonlítását.
105. Mely grafikus módszer alkalmas a folyamatok során adódó információáramlás vizsgálatára?
- Pareto-diagram
 - folyamatábra
 - ok-okozati diagram
 - radardiagram
106. Mi a PDCA-kör diagram ábrázolásának lényege?
- hogyan feltérképezzük a vállalati folyamatok összefüggéseit
 - hogyan rávilágítsunk az információs csatornák problémáira
 - hogyan a jövőben lehetséges problémákat elemezzük
 - hogyan tanuljunk a múltban elkövetett hibáinkból

Megoldókulcs

Az egészségügyi finanszírozás alapjai

1. A
2. D
3. A
4. D
5. E
6. A
7. B
8. C
9. B
10. C
11. A
12. A
13. C
14. B
15. D
16. C
17. A
18. B
19. C
20. A
21. C
22. B
23. D

Vezetés és menedzsment

1. hamis
2. igaz
3. Menedzser: a., c., d., f. Leader: b., e., g., h.
4. A vezetőt képességei alapján választják.
5. A hatalom a vezetői beosztásból származik.
6. Hamis
7. Az egészségügyi dolgozók számára nem fontosak a vezetési ismeretek.
8. parancskiadás

9. A „helyzetfüggő vezetés”
10. Az utasítás mint vezetési stílus a termelés szempontjából a leghatékonyabb.
11. a vezető hagyja a dolgokat menni a maguk útján
12. parancs és ellenőrzés,
13. Igaz
14. Az a jó vezető, akinek állandó, jól begyakorolt vezetői stílusa van.
15. Igaz
16. a beosztott iskolai végzettsége
17. A vezetett személy már képes ellátni a feladatot, de még bizonytalan vagy nem motivált. S3
 A vezetett személy lelkes ugyan, de nem képes ellátni az adott teendőt. S1
 A vezetett személy már ismeri az adott feladatot, de még nem képes elvégzésére és bizonytalan vagy nem motivált. S2
 A vezetett személy az adott feladat elvégzésére képes, motivált és magabiztos. S4
18. a. delegálás
19. Delegáláskor a vezető magára hagyja a vezetett személyt.
20. Tranzakcionális: a) c) d) g)
 Transzformáló: b) e) f) h)
21. a büntetésre való képesség
22. válságmenedzsment helyzetben
23. 1d), 2a), 3e), 4b) 5c)
24. a fizikai környezetre összpontosít
25. a teljesítménytől független, tervszerű előléptetés javasolt
26. „X” elmélet: a) c) e) f)
 „Y” elmélet: b) d) g) h)
27. résztvevő (participatív) menedzsmentrendszer

Motiváció – motiválás

28. Hamis
29. d) b) a) e) c)
30. a2, b3, c1
31. a) igaz
32. Erőbedobás → Teljesítés elvárás
33. Hitem abban, hogy ha befektetem a szükséges energiát, képes vagyok teljesíteni a feladatot.
34. Hitem annak valószínűségéről, hogy az adott teljesítmény egy bizonyos következményhez vezet.
35. Hamis
36. Ha a dolgozó úgy érzi, juttatásának mértéke alacsonyabb másokéhoz viszonyítva, javítja teljesítményét.

37. inntől kezdve a feladat elvégzéséért már csak az új munkaerő a felelős
38. A minőség általában csökken.

A konfliktus

39. A konfliktusok mindig károsan hatnak, igyekezni kell elkerülni őket.
40. konszenzuskényszer,
erős differenciálódás a szervezeten belül,
érdekellentét
41. Egyik sem.
42. kölcsönösen elfogadható megoldás megtalálása,
mindkét fél érdekét valamilyen mértékben kielégíti

A teljesítményértékelés

43. Hamis
44. a személyiségjegyek értékelésén alapul
45. Feltétlenül a közösség előtt kell megvitatni a problémát!
46. Információt gyűjt a dolgozó teljesítményét rontó szociális helyzetéről, illetve személyiségjegyeiről.

Vállalkozás az egészségügyben

47. háziorvos
48. biztos jövedelem
49. Egyén/vállalkozás: a) d)
Környezet: b) c)
50. szponzorok
51. Hamis
52. Igaz
53. A jogszabályok ritkán változnak.
54. Az egyéni vállalkozó több vállalkozói igazolványt is kaphat.
55. közhasznú társaság
56. a közkereseti társaság
a betéti társaság
57. a részvénytársaság tagja
a korlátolt felelősségű társaság tagja
58. a kültag is jogosult üzletvezetésre
59. hamis
60. hamis

A bánásmód és elégedettség vizsgálata

1. b) kapacitás növekedése az adott intézményben
2. igaz
3. hamis
4. a) ez elvárt és kapott teljesítmény összehasonlítása 2.
 - b) az egyén egészségügyi rendszerrel szembeni elvárása 1.
 - c) a kialakuló elégedettség vagy elégedetlenség 3.
5. a) körforgás-elmélet 3.
 - b) compliance 1.
 - c) Herzberg kéttényezős elmélete 4.
 - d) elégedettség, elégedetlenség kialakulása 2.
6. a) szociológiai
7. a) higiéniai szükségletek 1., 2., 4., 7.
 - b) motivációs szükségletek 3., 5., 6., 8., 9.
8. igaz
9. hamis
10. d) marketing
11. hamis
12. a) kezelés előtt 4.
 - b) panaszok 1.
 - c) elégedettség 2.
 - d) kezelés után 3.
13. a) levezető kérdések 4.
 - b) a kérdőív célját képező kérdések 2.
 - c) személyi adatokra vonatkozó kérdések 3.
 - d) bevezető kérdések 1.
14. a) pilot – study 3.
 - b) zárt kérdés 1.
 - c) anonimitás 4.
 - d) nyitott kérdés 2.
15. igaz
16. a) felülvizsgálat fázisa 6.
 - b) nyomkövetés fázisa 8.
 - c) első kontaktus 3.
 - d) vizsgálat 4.
 - e) kiválasztás 1.
 - f) kapcsolatfelvétel az ellátással 2.
 - g) záró fázis 7.
 - h) beavatkozás fázisa 5.

17. a) kiválasztás 2.
- b) kapcsolatfelvétel az ellátással 1.
- c) első kontaktus 6.
- d) vizsgálat 3.
- e) beavatkozás fázisa 5.
- f) felülvizsgálat fázisa 7.
- g) záró fázis 8.
- h) nyomonkövetés fázisa 4.

A döntés

18. a) alternatívák közötti választás
- d) célja egy adott probléma megoldása
19. igaz
20. hamis
21. b) progresszív
22. a) alternatíva 3.
- b) programozott döntés 1.
- c) faktor 2.
23. e) implicit
24. hamis
25. a) explicit 6.
- b) implicit 2.
- c) intézeti 4.
- d) stratégiai 1.
- e) taktikai 3.
- f) végrehajtási 5.
26. hamis
27. a) több szakismeret
- b) nagyobb felelősség
28. hamis
29. a) a kidolgozott alternatívák közötti választás 2.
- b) a döntési helyzet felismerése 1.
- c) a döntés végrehajtása 3.
30. a) döntési helyzet felismerése
31. b) döntési szakasz
32. c) döntést követő szakasz
33. a:4, b:1, c:2, d:3.
34. igaz
35. hamis
36. a:1, b:2.

- 37. hamis
- 38. a:3, b:1, c:2.
- 39. hamis
- 40. hamis
- 41. a:3, b:2, c:1, d:4.
- 42. igaz
- 43. a) egyén autonómiájának elve
- 44. b) tradicionális orvosi alapelv
- 45. c) jótekonyság elve
- 46. d) hasznosság elve
- 47. e) igazságosság elve
- 48. a) egyén autonómiájának elve
- 49. b, d, e, a, c.
- 50. c) a kitűzött célok nem voltak reálisak vagy végrehajthatóak
d) a végrehajtás során az eredmények értékelése hiányos volt

A fegyelmezés

- 51. a. fegyelem
- 52. b. önfegyelem
- 53. c. munkahelyi fegyelem
- 54. d. fegyelmezés
- 55. Hamis
- 56. Hamis
- 57. Igaz
- 58. Hamis
- 59. c. ha nincs meg a kölcsönös bizalom alkalmazott és felettes között
- 60. Igaz
- 61. d. közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény
- 62. Hamis
- 63. e, b, a, d, c, f.
- 64. Hamis
- 65. Hamis
- 66. Igaz

A szervezet

- 67. b. általában emberek alkalmi csoportosulása
d. gyakran motivációs helyzet keletkezik a dolgozó számára

- 68. a:1,5; b: 4,6; c:2,8; d:3,7.
- 69. a. munkamegosztás
- 70. b. hatáskörmegosztás
- 71. c. koordinációs eszközök
- 72. d. konfiguráció
- 73. b. gazdaságossági elv
- 74. b. egy- vagy többvonalas szervezetről
- 75. c. divizionális szervezet
- 76. Hamis
- 77. b. a hierarchia megvéd mások beavatkozásától
 - c. az alá-főlé rendeltség egyértelmű
- 78. a. strukturális
- 79. b. technokratikus
- 80. c. személyorientált

Az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezeti kérdései

- 81. Igaz
- 82. Igaz
- 83. b) 40 perc
- 84. a) betegfelügyeleti ügyelet
 - d) csendes ügyelet
- 85. c) sürgősségi betegellátó osztályon
 - d) perinatalis intenzív centrumban
- 86. a) művese-állomáson
- 87. Igaz
- 88. Hamis
- 89. a) progresszivitás első szintje 3.
 - b) progresszivitás második szintje 1.
 - c) progresszivitás harmadik szintje 2.

Csoportok, teamek szervezése és munkája

- 90. Hamis
- 91. Igaz
- 92. b) 10
- 93. b) egyének gyülekezete
- 94. a) team

95. Igaz
96. a) team 3.
b) csoport 2.
c) munkacsoport 1.
97. a) normalizálódás 3.
b) kavarodás 2.
c) végrehajtás 4.
d) formálódás 1.
98. a) formálódás 4.
b) kavarodás 1.
c) normalizálódás 2.
d) végrehajtás 3.
99. Igaz
100. Igaz
101. Hamis
102. a) rövid
103. b) 5–15 fő
104. b) elnök
105. Hamis

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

106. c) 1997
107. Igaz
108. Hamis
109. b) 24 órával előbb
110. Igaz
111. Igaz
112. Hamis
113. b) 10 munkanapon belül
114. Igaz

Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény kivonatos ismertetése

115. Igaz
116. Hamis

117. b) 12 órát
118. c) ha ért ahhoz a tevékenységhez, amit végez, de nincs róla szakképesítése
119. a) szabadfoglalkozás keretében 3.
b) egyéni vállalkozóként 5.
c) közalkalmazotti jogviszonyban, munkaviszonyban 1.
d) közszolgálati jogviszony és szolgálati viszony 4.
e) önkéntes segítő 2.
120. b) 12 órát
121. Igaz
122. Hamis

Karrier, karrierépítés

123. a) karrier 2.
b) karrierfejlődés 3.
c) karrierváltás 1.
124. c) titulusválasztás
125. a) Növekedés fázisa 3.
b) Kibontakozás fázisa 1.
c) Az életpálya kiépítésének fázisa 2.
d) A megőrzés, majd hanyatlás fázisa 4.
126. Hamis
127. Igaz
128. Hamis
129. Hamis
130. a) hagyományos

Költségvetés és kontrolling

131. Hamis
132. a) szufficit 3.
b) szaldó 1.
c) deficit 2.
133. c) 100%-ig egyezzen meg a valós összegekkel
134. Hamis
135. Igaz

Munkahelyi stressz és kezelése

136. a) ellenállás fázisa 2.
b) kimerülés fázisa 3.
c) alarm-reakció 1.
137. c) jobb munkahelyi légkör
138. a) csökkent munkateljesítmény 2.
b) fokozott személytelenedés 3.
c) érzelmi/fizikai kimerülés 1.
139. Igaz
140. Igaz
141. b) Pareto

Emberierőforrás-menedzsment

142. d. a cég tulajdona
143. a:3, b:1, c:4, d:2.
144. Igaz
145. b. az egészségügy minden területén alkalmazható
146. a:2,3; b:1,6; c:4,5.
147. b. akciótervezés
d. stratégiai tervezés
148. Igaz
148. Hamis
149. Hamis
150. d. mindhárom fenti helyzet
151. c. vezetői vélemények elemzése
152. b. arányelemzés
153. c. korrelációelemzés
154. c. cél, hogy a kiértékelt vélemények végső soron közelítsenek egymáshoz
155. b. német módszer
156. Hamis
157. c. a környéken nem működik egészségügyi képzőintézmény
158. c. mindkét fenti vezető
159. a. strukturált interjú
160. b. strukturálatlan interjú
161. Hamis
162. Hamis
163. c. az alkalmazás pillanatában
164. Hamis
165. b. orientáció

- 165. b. orientáció
- 166. c. szocializáció
- 167. Hamis
- 168. Igaz

A változás és változtatás kérdései

- 169. a) konstans
 - c) kényszerből is születhet
 - d) változó az intenzitása
- 170. Igaz
- 171. Igaz
- 172. c) a külső és a belső erők
- 173. a) Külső erők 1., 2., 5., 7.
 - b) Belső erők 3., 4., 6., 8.
- 174. Igaz
- 175. d) a változás nagyságától függetlenül alkalmazható bármely esetben
- 176. Igaz
- 177. c) Lewin

- 178. a) három
- 179. a) első fázis 2.
 - b) második fázis 3.
 - c) harmadik fázis 1.
- 180. a) racionális–empirikus stratégia 3.
 - b) normatív–átnevelő stratégia 1.
 - c) hatalmi–kényszerítő stratégia 2.

A minőségügy fogalomrendszere

- 1. Igaz
- 2. c. színe, mérete, tartóssága
- 3. b. a megvalósult ellátás és az előre kitűzött cél közti különbség nagysága
- 4. Hamis
- 5. a. minőség-ellenőrzés
- 6. b. minőségbiztosítás
- 7. c. egészségügyi minőségbiztosítás
- 8. d. minőségfejlesztés
- 9. Hamis

- 10. a. folyamatos minőségfejlesztés
- 11. b. minőségmenedzsment
- 12. c. minőségpolitika
- 13. d. minőségtervezés
- 14. b. a fogyasztó
- 15. d. skála
- 16. a. kritérium
- 17. b. standard
- 18. Igaz
- 19. a:3, b:1, c:5, d:2, e:4.
- 20. b. standard
- 21. d. indikátorral
- 22. c. indikátor
- 23. d. protokoll
- 24. a:2, b:1, c:3.

A szakmai tevékenység minőségének kérdése

- 25. b. nem lehet tárolni, elraktározni
 - e. nehezen mérhető
- 26. a. páciens
- 27. b. társadalom
- 28. c. szakemberek
- 29. d. menedzsment
- 30. e. finanszírozók
- 31. Hamis
- 32. Igaz
- 33. Hamis
- 34. e. tudományos-technikai minőség
- 35. Igaz
- 36. Hamis
- 37. a:2,4; b:1, 3; c:5, 6.
- 38. a. struktúra dimenzió
- 39. b. folyamat dimenzió
- 40. Hamis
- 41. Hamis
- 42. c. eredmény dimenzió
- 43. c. eredmény dimenzió
- 44. c. csak kísérleti környezetben kell alkalmazhatónak lennie
- 45. Hamis
- 46. d. a beteg preferenciáira

A minőségügy jelentősége az egészségügyi szolgáltatások költségeire vetítve

- 47. Hamis
- 48. b. a gyenge minőség megelőzésének
- 49. a. a PR költségei
- 50. a. hibamegelőzési költség
- 51. b. minőségértékelési költség
- 52. c. belső hibaköltség
- 53. d. külső hibaköltség
- 54. a:3, b:2, c:4, d:1.
- 55. a:1,2,4; b:3,5,6.
- 56. Igaz

Minőségügyi rendszerek az egészségügyben

- 57. Hamis
- 58. c. keretei között nem lehetséges olyan szolgáltatást létrehozni, ami maximálisan megfelel a páciensek igényeinek
- 59. a. a minőség védelme
- 60. Igaz
- 61. a:2, b:3, c:1
- 62. Hamis
- 63. a:1,3; b:2,4.
- 64. Hamis
- 65. b. folyamatközpontúság
e. teljes körű részvétel
- 66. Igaz
- 67. b, e, c, a, d
- 68. Hamis
- 69. b, d, a, c
- 70. a. előkészítés
- 71. b. tervezés
- 72. c. bevezetés
- 73. d. tanúsítás
- 74. c. nem kényszeríti keretek közé a rögtönzött működést
- 75. a. nyelvezete az egészségügy számára nehéz
d. állandó dokumentációs kényszer áll fenn
- 76. Hamis
- 77. a. kölcsönös előnyös kapcsolatokat jelent a beszállítókkal és az alvállalkozókkal
- 78. c. a dolgozókra
- 79. Hamis

- 80. Igaz
- 81. b. EFQM kiválóság modell
- 82. a. ISO
- 83. b. adottságok
c. eredmények
- 84. Hamis
- 85. a. RES – Rehabilitációs Ellátási Standardok
- 86. b. TQM
- 87. a. ISO 9000
- 88. b. TQM
- 89. a. ISO 9000
- 90. b. egymást kiegészítő
- 91. Igaz

A minőség javításának, fejlesztésének módszerei, technikái

- 92. Hamis
- 93. d. a megfelelő kommunikáció előmozdítása
- 94. Igaz
- 95. a. szabad asszociációk elősegítése
- 96. b, c, d, a
- 97. Hamis
- 98. Igaz
- 99. d. Pareto-elemzés
- 100. c. ok-okozati diagram
- 101. c. ugyanakkor nem ad segítséget a probléma eredetének kiderítéséhez
- 102. d. radardiagram
- 103. Hamis
- 104. Igaz
- 105. b. folyamatábra
- 106. d. hogy tanuljunk a múltban elkövetett hibáinkból

Név- és tárgymutató

A, Á

Adams, Jo Stacy 99
 ágykihasználás, normatív 56
 –, tényleges 56
 ágyszám-törvény 1996-os 26
 ajánlás 143
 akkreditáció 243
 aktív fekvőbeteg-ellátás 38
 Alderfer, Clayton 94
 alsó-felső határnap 52
 ápolási idő 55
 arányelemzés 184
 Argyris, Chris 87, 95
 „átalakító” vezető 78
 áthelyezés 169
 audit 243
 avolio 78

B

bankszámlaszereződés 117
 Barnard, Chester 84
 beosztott felkészültségi szintje 75
 – – központú vezetési modell 72
 Berwick 238, 253
 betegek elégedettsége 249
 – kötelezettségei 198
 betegelégedettség kérdéskörei 135
 betegjogi képviselő 199
 betéti társaság 114
 Beveridge, lord 16
 bioetika 146
 Bismarck, Otto von 15
 bizonyítékokon alapuló egészségügyi
 ellátás 251

bizonyítékokon alapuló orvoslás/ápolás
 251
 bizottság 166
 biztonság 248
 Blake, Robert 73, 89
 Blanchard, Kenneth H. 74, 89
 bottom-up módszer 185
 brainstorming 270
 – menete 271
 Brook 238
 burn-out szindróma 177
 Burns 78

C, CS

centralizált rendszer 17
 Codman, E. A. 244
 Cook, Morris L. 82
 „country klub” menedzser 89
 Crisham 147
 Crosby, Philip C. 237, 252
 CT-MRI-vizsgálatok finanszírozása 49
 csoportdinamika 85
 csoportépítők 167
 csoportfenntartók 167

D

darabbér 93
 decentralizált rendszer 17
 degresszió 44, 48
 delegálás 76
 – feltételei 77
 delphi módszer 185
 Deming, W. E. 237, 275
 differenciáció 140

- díj, eseti ellátási 44
 –, fix 44
 –, ügyeleti 45
 divízió 159
 dolgozók elégedettsége 248
 Donabedian, Avedis 238, 244, 249
 döntés, csoportos 142
 –, egyszemélyi 141
 –, hatástalan 147
 –, operatív 141
 –, programozott 141
 –, stratégiai 145
 – végrehajtása 143
 –, vezetői 141
 döntési helyzet 142
 – szakasz 142
 DRG rendszer 24
 Drucker, Peter 89
- E, É
- egészségügyi alapellátás céljai 37
 – – feladatai 36
 – dokumentáció megismerésének joga 198
 – dolgozó jogviszonya 203
 – ellátás heterogenitása 244
 – – megfelelése 247
 – ellátáshoz való jog 194
 – járóbeteg-szakellátás feladatai 38
 – minőségbiztosítás 239
 – minőségügyi rendszer 255
 – szolgáltatás iránti igény 139
 – – minősége 239
 – tevékenység végzésére való alkalmas-
 ság 204
 egyéni vállalkozás 113
 elégedettség fogalma 133
 életpályaszakaszok 168
 ellátás visszautasításának joga 197
- ellátórendszer-fejlesztési törvény, 2006-
 os 30
 előléptetés 170
 előre meghatározott alapdíjjal finanszí-
 rozott teljesítmény szerinti finanszí-
 rozás 48
 elvárás-elmélet 96
 emberi (humán) kapcsolatok 84
 – erőforrás tervezése 183
 – méltósághoz való jog 195
 – tőke 180
 emberierőforrás-menedzsment 181
 Emerson, Harrington 81
 emocionális intelligencia 79
 eredmény minősége 250
 eredményesség 247
 erőtér-elemzés 189
 esélyegyenlőség 247
 eseti ellátási díj 44
 eset-összetételi index 54
 etikai abszolutizmus 146
 – pluralizmus 146
 – relativizmus 146
- F
- Fayol, Henri 70, 82
 fegyelem fogalma 148
 fegyelmzés fogalma 148
 –, progresszív 149
 fegyelmi büntetés 151
 – eljárás 150
 Feigenbaum, A. V. 237, 252
 fekvőbeteg-szakellátás mint vállalkozás
 109
 feladat központú vezetési modell 72
 feladatfinanszírozás 22
 „feladatkiadó” menedzser 89
 felelősségbiztosítási szerződés 117
 felvételi beszélgetés 186
 Fiedler, Fred 73, 79, 89

figyelmes/empatikus vezetési modell 72
 finanszírozás, CT-MRI-vizsgálatoké 49
 –, előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény szerinti 48
 –, fejpénz alapú 23
 –, járóbeteg-szakellátásé 46
 –, laboratóriumi ellátásé 48
 fix díj 44
 fizetési módszer, prospektív 21
 – –, retrospektív 21
 Follett, Mary Parker 84
 folyamat minősége 250
 folyamatábra 275
 folyamatábrázolási modell 137
 formális logika 144
 – szervezeti struktúra típusai 157
 forrásallokáció 20
 forrásgyűjtés 19
 forrásteremtés 19

G

Gantt, Henry L. 81
 gazdálkodási/könyvelési feladatok ellátására kötött szerződés 117
 Gilbreth, Frank B. 80
 Gilbreth, Lillian M. 80

H

halszálkadiagram 273
 Hamurabi 244
 Harrington 253
 hatalmi-kényszerítő stratégia 192
 hatalom fogalma 68
 hatékonyság 247
 – tanulmányozása 80
 – 12 feltétele 81
 Hawthorne-kutatások 84
 háziiorvosi pontszám forintértéke 44
 – ügyelet 193

helyzetfüggő vezetés 74
 Hersey, Paul 74, 89
 Herzberg, Frederick 86
 Herzberg-féle kéttényezős elmélet 134
 higiénias szükségletek 95
 hitelesség 248
 holding 160
 homogén betegségcsoportok 49
 Hopkins 249
 hozzáférhetőség 247
 humánerőforrás-kondíciók megítélése 183
 humánerőforrás-menedzsment 90
 – célja 91
 – fogalma 91

I

ICPM kódrendszer 46
 indikátor 242
 informális logika 144
 integrált irányítási rendszer 267
 intézmény elhagyásának joga 195
 irányított betegellátás 17
 ISO 9001:2000 258
 ISO szabványcsalád elemei 257

J

járóbeteg-szakellátás finanszírozása 46
 – mint vállalkozás 109
 jóindulatú-parancsoló rendszer 88
 Jones 238
 Juran, A. V. 237

K

kapacitásfinanszírozás 21
 kapcsolattartás joga 195

- „karizma” elmélet 71
 karrier fogalma 167
 karrierfejlesztés 169
 karrierfejlődés 167
 karrierirányítás 169
 karriertervezés 169
 karrierváltás 167
 kártyapénz 44
 Katz 102
 kérdőív 136
 készenlét 204
 kétfaktoros motivációs–hygiénes elmélet 86
 kezdeményező/feladatkiadó vezetési modell 72
 Kiválóság Modell (EFQM) 264
 kizsákmányoló-parancsoló rendszer 87
 klasszikus szervezés elmélete 82
 Klein 78
 kliensek elégedettségének növelése 137
 klinikai audit 251
 kockázatmegosztás 25
 kommunikáció 165, 248
 konfirmációs/diszkonfirmációs paradigma 133
 konfliktus esélyét növelő helyzetek 104
 – fogalma 102
 – kezelésének kimenetele 105
 konfliktusok felosztása 103
 – forrásai 103
 konzern 160
 kontrolling fogalma 174
 – operatív feladatai 176
 – stratégiai feladatai 175
 konzultációs rendszer 88
 korlátolt felelősségű társaság 114
 kormány feladatai 39
 korrelációelemzés 184
 Kosecoff 238
 Kotter, John 67
 költség, állóeszköz-beruházási 173
 –, belső hiba- 253
 költség, direkt 172
 –, fix 172
 –, hibamegelőzési 253
 –, kontrollálható 173
 –, külső hiba- 253
 –, látható 254
 –, minőség- 252
 –, minőségértékelési 253
 –, működési 173
 –, működtetési 172
 –, nem kontrollálható 172
 –, rejtett 254
 –, személyzeti 173
 költségvetés 171
 –, bázisszemléletű 174
 –, nullbázisú 174
 –, program alapú 174
 –, teljesítmény alapú 174
 – tervezése 171
 –, tételsoros 173
 költség-visszatérítés rendszere 16
 körforgás-elmélet 134
 közkereseti társaság 114
 közszolgáltatási szerződés 117
 kritérium 241
 kritikus gondolkodás 144
 krónikus fekvőbeteg-ellátás 38
- L
- laboratóriumi ellátás finanszírozása 48
 „laissez faire” vezetési stílus 71
 leader szerep 67
 lebegőpontos rendszer 48
 Ledvinka 168
 Lee 238
 Leebov 238
 létszámgigény meghatározása 184
 Lewin, Kurt 71, 85, 190
 Likert, Rensis 71, 87, 100
 Likert-skála 87

logikus gondolkodás 144
Lowyer 102

M

Macoby 79
Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok 266
manager szerep 67
Maslow, Abraham 86, 93
mátrix kórházi ellátás 38
Mayo, Elton 84
McClelland, David 94
McGregor, Douglas 86, 99
megbízhatóság 248
megértés/empátia/érzékenység 248
megfelelőség garantálása 139
méltányosság 99, 247
menedzsment fogalma 67
mentés 194
mikromátrix 162
minőség fogalma 237
minőségbiztosítás 239
minőségcél 240
minőség-ellenőrzés fogalma 239
minőségfejlesztés 240
–, folyamatos 240
minőségirányítás 240
minőségirányítási rendszer 241
minőségmenedzsment 240
minőségpolitika 240
minőségszabályozás 240
minőségtervezés 240
minőségügyi rendszer 255
monisztikus elmélet 92
Mooney, James D. 83
Moore 144
MORAL modell 147
Moreno, Jacob L. 85
motiváció fogalma 92
Mouton, Jane S. 73, 89
munkacsoport 164

munkaelégedettség 95
munkaerő-kiváltás 101
munkaerő-toborzási stratégia 185
munkahelyi fegyelem 148
munkamegosztás, elsődleges 155
–, mátrix típusú 162
munkavégzésre irányuló szerződés 117
működési engedély 116
– – kiadása 34

N

„nagy ember” elmélet 70
Nightingale, Florence 69, 244
nonprofit szervezetek 115
normarendszer kidolgozása 81
normatív ápolási idő 52
normatív-átnevelő stratégia 191

O

országgyűlés feladatai 39
orvosi titoktartáshoz való jog 198
Osborn, Alex 270
otthoni szakápolás mint vállalkozás 109

Ö

önfegyelem 148
önkormányzati szerződés 116
önkormányzatok feladatai 40
önrendelkezéshez való jog 196
5S módszer 269

P

páciens súlyossági index (PSI) 23
pályázás 170

- parancs 143
 Pareto-diagram 272
 Pareto-elv 271
 Pareto-szabály 179
 Parker 144
 participatív vezetési irányzat 71
 PDCA-ciklus 276
 PDCA-elv 275
 PMCs (Patient Management Categories)
 24
 pozitív megerősítés 98
 prémiumrendszer kidolgozása 81
 protokoll 242
 –, szakmai 242
- R
- racionális–empirikus stratégia 191
 radardiagram 274
 részt vevő menedzsment 88
 részvénytársaság 115
 rövid ellátási eset 54
- S, SZ
- salátatörvény, 2001. évi 28
 Scarpello 168
 Schmidt 72
 Semmelweis Ignác 244
 Shiba 237
 Skinner 98
 standard 242
 –, leíró 242
 –, numerikus 242
 standardizált naphányados (SNH) 56
 stratégia fogalma 111
 stratégiai intelligencia 79
 stressz fogalma 176
 – kezelése 178
 –, munkahelyi foglalkozási 177
 – okai/forrásai 178
 struktúra minősége 249
 Suver 253
 sürgősségi centrum 193
 – ellátás 193
 – osztály 193
 SWOT analízis 110
 szabvány 256
 szakértelem/kompetencia/hozzáértés
 248
 szakképzettségi szorzó 44
 szakmai irányelv 243
 – minőség 251
 „szegényes” menedzsment 89
 szervezet céljai 153
 –, egydimenziós 155
 –, egyvonalas 155
 – fogalma 152
 –, formális 152
 –, funkcionális 158
 –, informális 152
 –, két-/többdimenziós 155
 –, lineáris 157
 –, mátrix 161
 –, team 163
 –, tenzor 163
 –, többvonalas 156
 szervezeti struktúra elmélet 70
 „szervező” menedzser 89
 szerződés, bankszámla- 117
 –, felelősségbiztosítási 117
 –, gazdálkodási/könyvelési feladatok el-
 látására kötött 117
 –, közszolgáltatási 117
 –, munkavégzésre irányuló 117
 –, önkormányzati 116
 szociometria 85
 szolgáltatási stratégia meghatározása 139
 szolgáltatások tételes elszámolása 22
 szükségletek hierarchiája elmélet 86, 93

T

Taguchi 237
 tájékoztatáshoz való jog 196
 tanács 143
 Tannenbaum 72
 tanúsítás 243
 Taylor, Frederick W. 80, 92
 team fogalma 163
 teamek típusai 165
 team-építés 165
 team-menedzsment 89
 teljes körű minőségmenedzsment (TQM)
 241, 263
 teljesítményértékelés 106
 – bevezetésének lépcsői 107
 teljesítményprobléma 108
 teljesítményvolumen-korlát (TVK) 47,
 58
 természetbeni ellátások rendszere 16
 tervezett változtatás 188
 top-down módszer 185
 tradicionális menedzsment elmélet 100
 – személyzeti funkciók 90
 trendelemzés 184
 tudományos menedzsment elmélete 80
 tudományos-technikai minőség 247

U

udvariasság 248
 Urwick, Lyndall 83
 utasítás 143

Ü

ügyelet 193, 204
 ügyeleti díj 45
 üzleti terv 112
 „üzletkötő” vezető 78

V, W

vállalkozás filozófiája 112
 vállalkozó háziorvos 109
 viselkedéstudomány 85
 Vroom 96
 Vroom–Jetton-modell 74
 Weber, Max 71, 82

X

X-elmélet 86, 99

Y

Y-elmélet 86, 99

