

Az irányított betegellátás jogi szabályozásának kérdései

Dr. Kovácsy Zsombor, Igazságügyi Minisztérium

A tanulmány az irányított betegellátást a szabályozás oldaláról közelíti meg. Sor kerül néhány, a tárgyra vonatkozó, kiemelt jelentőségű törvényi rendelkezés évről évre bekövetkezett változásainak bemutatására, a modell által az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés tekintetében kiváltott megkülönböztetések meglétének vizsgálatára, valamint a jövőbeni szabályozás néhány elvi és technikai kérdésének elemzésére. A tanulmányban előforduló egészségpolitikai színezetű megjegyzések is elsősorban a jogi szabályozás érvényesülésével kapcsolatban szerzett tapasztalatok, illetve a jogi szabályozásban rejlő lehetőségek értékelésének eredményeképpen fogalmazódnak meg.

AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁS NÉHÁNY TÖRVÉNYI SZINTŰ SZABÁLYÁNAK VÁLTOZÁSAI, TÉNYLEGES MEGVALÓSULÁSUK

Az irányított betegellátás történetének elsődleges írásos emlékei az éves költségvetési törvényekben kihirdetett alapvető rendelkezések. A modellkísérlet során szerzett tapasztalatok alapján évről évre módosultak ezek a szabályok. A következőkben az irányított betegellátás alapszerkezetét meghatározó néhány rendelkezés nyomán követésére, hatályosulásuk vázlatos értékelésére kerül sor.

A törvényi szintű szabályozásban bekövetkezett jelentősebb változások				
	1999 ¹	2000 ²	2001-2002 ³	2003 ⁴
Bevonható populáció nagysága (fő)	200 ezer	200 ezer + sikeres pályázat esetén a vasút-egészségügyi alapellátottak	500 ezer	1 millió, szervezőnként legalább 50 ezer
Megszervezendő szolgáltatások köre	Kötelező egészségbiztosítás térítésmentesen és támogatás (?) ellenében igénybe vehető ellátásai	u.a., mint az előző, kivéve a meghatározott nagy költségigényű és személyre nem lebontható ellátásokat (?)	Nincs változás az előző évi szabályokhoz képest	Nincs változás
Felhasználható forrás meghatározása	a természetbeni ellátások előirányzatának az érintett lakosság korösszetételére figyelemmel számított arányos része	a természetbeni ellátások előirányzatának az érintett lakosság kor és nem szerinti összetétele alapján számított arányos része	a természetbeni ellátások előirányzatának az érintett lakosság, kor, nem és a Kormány rendeletében meghatározott egyéb szempontok alapján számított arányos részére	Nincs változás
Kiegészítő forrás	Prevenációs kiadásokra: 1000 Ft/fő/év	Prevenációs és szervezési kiadásokra: 1000 Ft/fő/év	Egészségmegőrzési (...) kiadásokra: 500 Ft/fő/év – két évig, Szervezési kiadásokra: 500 Ft/fő/év – egy évig	Prevenációs díj: 500 Ft/fő Szervezési díj: az újonnan bevont lakosságra, egy évig 500 Ft/fő
Pályázatok elbírálásának különös szabályai (előnyt élvez):	Legalább 10 települési önkormányzat Szakellátást is nyújt	Nincs	Területi integritással 40 ezer fő fölötti populáció	Területi integritással több mint 50 ezer fő
Finanszírozási szerződés tartama	Nem meghatározott	2000. év	két év	2003. év
Értékelő bizottság	Létrehozza: eu. miniszter Tájékoztatót kap: havonta Aug. 31-ig és az év lezárását követően jelentést készít a Kormány számára.	Létrehozza: EüM, PM, OEP Tájékoztatót kap: havonta Félévente jelentést készít a létrehozók számára.	Nincs változás az előző évi szabályokhoz képest	Létrehozza: ESZCSM, OEP, félévente értékelt, és jelentést készít a létrehozók és a PM számára.

1 1998. évi XCI. törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 1999. évi költségvetéséről
2 1999. évi CIX. törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 2000. évi költségvetéséről
3 2000. évi CXXXIII. törvény a Magyar Köztársaság 2001. és 2002. évi költségvetéséről
4 2002. évi LXII. törvény a Magyar Köztársaság 2003. évi költségvetéséről

1. táblázat

A bevont populáció nagysága

A bevont populáció nagyságát tekintve megfigyelhető a modell kiterjesztése. A vasút-egészségügy privilegizált helyzetének megteremtése több okból is tévútnak bizonyult, a valóságban nem is kapcsolódhatott be a rendszerbe az ágazati ellátó-hálózat. A 2001-2002. évi szabályozás nem tartotta fenn a jogi és gyakorlati érvekkel támasztott helyzetet.

A szabályok változása jól mutatja a bővítés szándékának folyamatos érvényesülését, ugyanakkor érezhető az óvatosság a kiterjesztés tekintetében. Leginkább a modellkísérlet tapasztalataiból táplálkozó, fokozódó biztonságérzet, továbbá az ellátásszervezők oldaláról észlelt készség határozta meg a bővítés tapasztalt karakterisztikáját.

A bevont szolgáltatások köre

Az irányított betegellátás körébe vont szolgáltatások tekintetében elsősorban szabálypontosításra, kockázatsökkentő szándékú módosításra került sor. A nagyértékű ellátások kizárása után is maradt a törvényben nehezen vagy félreértelmezhető (kérdőjellel megjelölt) rendelkezés ebben a tárgykörben. Gyakran kerül egészségpolitikai viták keresztútjába a betegirányítás spektrumának kérdése. Többen úgy vélik, hogy kizárólag azokat az ellátásokat kellene az ellátásszervező hatókörében tartani, amelyek igénybevételének befolyásolására az valóban hathatós eszközökkel rendelkezik.

A fejkvóta-meghatározás

A fejkvóta-meghatározás fejlődési folyamatában kiemelt a 2001-2002. évi költségvetési törvényben szereplő utalást, amelynek megfelelően valóban sor került (igaz, csak igen korlátozott körben – egy ellátási formát érintően) a kormányrendeleti szintű finomításra (Ld.: Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999 (III. 3.) Korm. rendelet 50. § (7) bekezdését [Beiktatta a 257/2001 (XII. 19.) Korm. rendelet]).

Álláspontom szerint a fejkvóta-finomítás a továbbiakban is szükséges a különböző adottságú populációk ellátási szükségleteinek megfelelő elismerése érdekében. Mindenképpen el kell kerülni a fejkvóta-meghatározásban az egyes ellátásszervezők érdekérvényesítését, hiszen a szervezői érdek adott esetben első rátekintésre védhetőnek tűnő szakmai köntösben is megjelenhet. Fontos tehát a független, alapos kockázateértékelés és az ennek alapján történő forrásallokáció.

A kiegészítő díjak

A kiegészítő díjak legújabb szabályozásában tetten érhető az átmeneti jelleg elismerése. A kérdéskörrel kapcsolatban utalok a következő részben elemzésre kerülő, diszkriminációs típusú aggályokra.

A pályázat elbírálása

A pályázat elbírálásakor figyelembe veendő privilegizáló tényezők közül a „területi integritás” megjelenítését emelem ki, amely a know-how átvételével különböző területeken szervezett ellátáshoz képest az egybefüggő területen működő betegirányítás előnyeit hangsúlyozza.

A modellkísérlet elindításától kezdve szakmai alapkérdés az, hogy az ellátásszervezés lényegét tekintve elégséges-e a betegirányítás és az egészségfejlesztés stratégiai szemléletű menedzsmentje, vagy az ellátott lakosság egységes közösségként való megközelítésére van szükség. Különösen hangsúlyos lehet a problémakör abban az esetben, ha az ellátásszervező több, egymástól elkülönült földrajzi területen végzi a tevékenységét. Elkerülendő, hogy az egyik populáción „megspórolt” kiadások a másik terület lakosságának kiemelt ellátására kerüljenek felhasználásra.

A szerződés tartama

Az ellátásszervezésre kötött szerződés tartama meghatározásának tekintetében megfigyelhető az óvatosság: a kísérlet elindítása után a modell jövőjét érintő végleges döntés hiányában csak az adott költségvetési időszakra vonatkozó kötelezettségvállalás jelenik meg.

Ebben a tekintetben változás csak az irányított betegellátás helyzetének teljes stabilizációja irányába mutató döntés esetén várható.

Az értékelő bizottság összetétele

Az értékelő bizottság az irányított betegellátás leggyengébben hatályosult eleme. 2001 novemberéig a negyedévenként történt adatszolgáltatáson és a pályázatokat elbíráló bizottságoknak az értékelésen túlmutató tevékenységén (2001-ben a szerző által vezetett pályázateértékelő bizottság javaslatokat fogalmazott meg az irányított betegellátás rendszerének továbbfejlesztésére) kívül nem beszélhetünk folyamatos bizottsági munkáról. Az Egészségügyi Minisztérium, a Pénzügyminisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár között – kezdeményezésemre – ezután kezdődött meg a szervezett együttműködés az irányított betegellátás modelljének értékelése érdekében. A résztvevők kifogásolható szintű feladatellátása nyomán a 2002. év elején az értékelő bizottsági szerepkör részben a szereplők személyét tekintve is integrálódott a MEDINFO és a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja részvételével életre hívott értékelő munkacsoport tevékenységébe.

Szabályozás

A 2003. évre szóló szabályozásból kiemelendő továbbá a bevételi többlet felhasználásának első ízben történt konkrét szabályozása. Ennek alapján két sáv került megállapításra: a fejkvóta 10%-áig terjedő többlet 80%-a, míg a 10% feletti rész 50%-a használható fel a szervező által, saját ér-

dekeltségi rendszerének szabályai szerint. A fennmaradó hányad sorsát kormányrendelet szabályozza. A cél az extrém bevételi arányok kiegyenlítése, a különböző adottságú populációk és az ellátás biztonságának fokozása érdekében kiegyenlítő mechanizmus alkalmazása.

DISZKRIMINÁCIÓS TÍPUSÚ AGGÁLYOK ÉRTÉKELÉSE

Az irányított betegellátás kapcsán két alapvető, egymással ellentétes irányú diszkriminációs természetű aggály merült fel:

- Az ellátásszervező tevékenység korlátozza a szabad orvosválasztást, hiszen az irányítás lényege elismerten a betegutak racionalizálása, a kevésbé hatékony alternatív útvonalak lezárása.
- A fejkvótán túl megszerezhető szervezési és prevenció díjtétel az irányított betegellátásban részt nem vevő lakosokhoz képest magasabb egészségügyi ráfordítást, ezáltal privilegizált helyzetet eredményez a modellpopuláció javára.

A betegút-irányítás restriktív jellegét hangoztató aggályok mozgatórugóját az az elgondolás képezi, amely szerint az irányított betegellátás lényege a színpalak mögött, a betegellátás rovására történő egyezkedés. A páciens nem láthatja át a róla született háttér-megállapodásokat, passzív alanya az ellátásszervező számára anyagi haszonnal járó terelési folyamatnak.

A fenti érveléssel szembeni primer ellenvetés az, hogy a betegellátásra és a beutalásra vonatkozó szabályok éppen úgy alkalmazandók az irányított betegellátásban résztvevő szolgáltatók és páciensek tekintetében, mint az ellátórendszer egészében. Nem érhető tehát tetten olyan jogszabályi korlátozás, amely a szolgáltatások igénybevétele, az orvosválasztás tekintetében hátrányos helyzetet eredményez az irányított betegellátásban részt vevő lakos számára. Más rendelkezésekhez hasonlóan a járóbeteg-szakellátás közvetlen felkeresésére (Ld.: a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 2. § (1) bekezdését), a beutalóban szereplőtől eltérő helyen történő ellátásra (Ld.: a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXI-II. törvény 23. § e) pontját) vonatkozó szabályok nem tesznek különbséget az irányított betegellátásban való részvétel alapján a biztosítottak jogai és kötelezettségei tekintetében.

Az aggály megfogalmazóiban azonban a fenti érvek ismeretében is megmaradhat a kifinomult „ellátás-szervezési” módszerekkel, a terápiás érdek ellenében történő betegirányítás lehetőségének érzete. Erre a legkorrektebb válaszlételem megfelelő eszközök híján nem a kategorikus tagadás, hanem az irányított betegellátáson kívüli betegútviszonyok értékelése a felvetett probléma szempontjából.

Az ellátórendszerünkben megfigyelhető érdekviszonyokat nagymértékben befolyásolják a finanszírozás, valamint a tulajdonosi-működtetési szerkezet sajátosságai. Ha például a közös menedzsmenttel rendelkező kórház-rendelőintézet komplexumokra gondolunk, a finanszírozási viszonyok ismeretében nem csodálkozhatunk azon, ha ezen intézmények járóbeteg-szakellátó egységei nemhogy nem töreksznek definitív ellátásra, hanem inkább nevezhetők fekvőbeteg-felvételi nyúlványoknak, mint önálló betegellátó egységeknek. Másik példa: a házi orvos közgazdasági érdeke (a hálapénz jelenségétől eltekintve) minden probléma szakellátás felé történő terelése, kivéve, ha a várható „kártyapénz”-veszteség miatt ez gazdaságtalan. A lefestett kép persze nem általánosító, azonban érzékelteti azt, hogy a szakmai szempontok mellett más érdekek is befolyásolhatják a betegellátás karakterisztikáját. Ez különösen akkor igaz, ha nem állnak rendelkezésre egyértelmű ellátási protokollok, és bizonytalanok a kompetencia-határok.

Az irányított betegellátás is kialakít egy sajátos érdekeltégi rendszert. Rövidtávon ez a kiadások csökkentését, hosszabb távú tervezés esetén a költség-hatékonyság növelését ösztönzi. A jogszabályokban megjelenő jogok és kötelezettségek azonosságán túl nincs tehát alapvető különbség a betegirányítás alapját képező nem szakmai szempontok meglétét tekintve sem. Megjegyzendő, hogy a fenti problémakörben az irányított betegellátás útján előálló egyetlen lényeges változást az jelenti, hogy folyamatos működést feltételezve az ellátásszervező szintjén megjelenő érdek egybeesik a mindenkori egészségpolitika alapvető célkitűzésével, az ellátások költség-hatékonyságának fokozásával. Ez mindenképpen az irányított betegellátás javára írható, ugyanakkor diszkriminációs szempontból nem releváns tényező.

A kiegészítő díjtételek kérdésköre már problematikusabb. Ha a „Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez” rendelkezést (Ld.: A Magyar Köztársaság Alkotmánya (1949. évi XX. törvény) 70/D § (2) bekezdését), vagyis „az egészséghez való jog” alkotmányos megfogalmazását vesszük alapul, figyelemmel kell lennünk a következőkre: az Alkotmánybíróság megállapította, hogy a fenti jog önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen (Ld.: 56/2000. (XII. 19.) AB határozat). Az alkotmányos rendelkezés értelmezésének homlokerében az Alkotmánybíróság gyakorlatában általában az állami szerepvállalás szükséges mértéke, és nem az esetlegesen diszkriminatív jelenségeket vizsgáló megközelítés áll. Egészségbiztosítási rendszerünk alapelvei közül kettőt idéznék e helyen (1997. évi LXXXIII. törvény):

„2. § (1) Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások – e törvény keretei között – az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe.”

„3. § Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.”

Nem vitás azonban – hogy az egyes igénybevevők közötti különbségtétel az irányított betegellátásban való részvétel alapján nem lehet megengedett az ellátások szakmai tartalmát illetően. Az általános betegellátási gyakorlatban az egyenlőség természetesen nem valósul meg tökéletesen, és az sem állítható, hogy azonos szolgáltatás tényleges költségvonzata mindenütt azonos, mégsem felel meg a fent hivatkozott alapelveknek az, ha bizonyos lakossági kör ellátása részére többletforrás áll rendelkezésre. Ez a helyzet a prevenció díj tekintetében úgy oldható fel, ha az valamennyi biztosítottra vonatkozóan megállapításra kerül, és a díj által fedezett – valamilyen – prevenció többletvevényesség mindenki számára hozzáférhetővé válik.

A szervezési többlettutatózás esetében meg kell vizsgálni, hogy a szervezők tevékenysége kiváltja-e az egészségbiztosító valamely feladat-ellátási kötelezettségét. Amennyiben nem, a szervezési díj intézménye a fenti elvek alapján nem tartható fenn. Ha viszont igen, akkor elsősorban az egészségbiztosító működési költségkeretének rovására juttatható ellentételezés a szóban forgó szervezési munkálatokért.

A fenti kérdések megnyugtató rendezése szükséges ahhoz, hogy az irányított betegellátás intézménye a magyar egészségbiztosítási rendszer és egészségügyi ellátórendszer erőterében megnyugtatóan elhelyezhető entitásként működhessen.

AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSRA VONATKOZÓ ALAPVETŐ SZABÁLYOZÁS JÖVŐBENI HELYE A JOGRENDEN

Az irányított betegellátás szervezője az egészségbiztosító és a szolgáltató között megjelenő „költség-hatékonysági ügynök”. Elsődleges funkciója a különböző léptékű érdekek összehangolása, egészségpolitikai célokkal való megfeleltetése.

Az ellátásszervezés mibenléte, szabályozási környezettel való kapcsolatrendszerének alapján a jogi keretek kijelölése az egészségbiztosítási szabályok sorában javasolható.

Az intézmény alapjainak meghatározása tekintetében a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvénybe (a továbbiakban: Ebtv.) kívánkoznak a szabályok. E törvényi megjelenítéssel szemben kifogásként került megfogalmazásra az, hogy az Ebtv. hatálya nem terjed ki az ellátásszervezőkre. A vita mellékes mozzanatairól (Pl.: „lehet-e ellátásszervező az, aki nem egészségügyi szolgáltató”) itt szót nem ejtve egyértelmű, hogy az alapvetően új jogintézmény integrálásának nem lehet gátja a hatály jelenlegi terjedelme, hiszen az életviszonyok alakulásának jogi leképezését nem akadályozhatja a jogrend pillanatnyi állapota: ez a jogalkotás alapelveinek mondana ellent.

A másik alapvető ellenérv a jogintézmény speciális, nem minden biztosított számára hozzáférhető jellege. Egyesek azzal is alátámasztják ezen érvelésüket, hogy az Ebtv. a biztosított oldaláról fogalmazza meg az egészségbiztosítás intézményrendszerével kapcsolatos elvárásokat, és ebbe a rendszerbe különösen nem illeszkedik a csak korlátozott kört érintő irányított betegellátás.

Az utóbbi érveléssel szembeállíthatók egyebek mellett az Ebtv. „szerződéses kapcsolatokat” érintő szabályai, amelyek egyértelműen a biztosító és a szolgáltatók közötti viszonyról rendelkeznek.

Abban a tekintetben pedig, hogy egy alapvető, lényegében az állampolgárok teljes körére vonatkozóan hatályos bírói törvényben lehet-e rendelkezni egy viszonylag szűkebb kört érintő intézmény alapjairól, a számos meglévő példa alapján igenlő a válasz. A kérdés diszkriminációt érintő vetületét korábban már érintettem.

A fentiek kiegészítéseként mindenképpen szólni kell arról a 90-es évek közepétől egyre erősebben megfigyelhető jelenségről, hogy a költségvetési tárgyú törvények „saláta”-jellegét öltetik, vagyis az éves (a 2001-2002. évekre vonatkozóan kétéves) előirányzatok felhasználásának szabályai, a zárszámadással kapcsolatos rendelkezések mellett különböző jogterületek felségvizeire tévedve jogokat és kötelezettségeket állapítanak meg. Így van ez az irányított betegellátásra vonatkozó alapvető szabályok korábban bemutatott elhelyezése tekintetében is. A szabályozási tárgykör a konkrét költségvetési vonzat meghatározásán túl nem indokolja a fent bírált, máig alkalmazott módszert.

A részletszabályok megjelenítése tekintetében felmerült, hogy a jelenlegi gyakorlattal szemben önálló kormányrendelet megalkotására volna szükség (jelenleg az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet tartalmazza az irányított betegellátás – elsősorban végrehajtási típusú – részletes szabályait). Ez álláspontom szerint elsősorban az irányított betegellátás párhuzamos törvényi szintű rendszerbe építése esetén támogatható.

SZABÁLYOZÁSI ALTERNATÍVÁK – A TOVÁBBLÉPÉS LEHETSÉGES IRÁNYAI

Ellátásszervezés és egészségügyi szolgáltatói minőség

Sokan érvelnek azzal, hogy „nem lehet kocsmárosok kezébe adni” az ellátásszervezés felelősségét, hogyan is ismerhetné egy kívülálló az egészségügy viszonyrendszerét. Ez a nézet az egészségügyünket átható feudalista, az orvos mindenhatóságát sulykoló, jól ismert eszme megnyilvánulási formája. Nem látható be, hogy egy háziorvosi szolgáltató kompetenciája miért nagyobb 100 ezer ember egészségügyi ellátásának megszervezésében, mint egy, közigazdász, biztosításmatematikus, emberi erőforrás menedzser és természetesen egész-

ségügyi szakemberekből álló vezetőségét alkalmazó – nem egészségügyi szolgáltató – társaságé.

Az egészségügyi szolgáltatói minőség témakörünkben mindenféle relevanciát nélkülöző, mechanikus gondolkodást tükröző megkövetelése helyett az ellátás biztonságának szakmai és pénzügyi garanciáit kellene szigorú szabályok megállapításával megkövetelni.

A pályázati rendszer kiterjesztése vagy teljes liberalizáció

Az irányított betegellátás „mennyiségi” továbbfejlesztését támogató döntés esetén a két alapvető lehetőség az újabb pályázat alapján történő bővítés és az ellátásszervezés általános érvényű megengedése. A modellkísérlet szándékolt végállapotaként sokan az utóbbi megoldást jelölték meg.

Az általános liberalizáció esetében egyfelől le kell mondanunk a felső létszámlimitről, másfelől a pályázat-elbírálásban rej-

lő kontroll-lehetőségeket egyértelmű, az ellátásszervezés biztonságát garantáló jogszabályi rendelkezésekkel kell felváltani. Csak akkor megfelelő eszköz tehát az általános megengedés, ha az említett sajátosságok vállalásához szükséges szakmai és gazdasági feltételek rendelkezésre állnak.

ÖSSZEGRÉS

Az irányított betegellátás jogi szabályozásának fejlődésében tetten érhető az igazán átfogó értékelő munka hiányából fakadó, a működési tapasztalatokra, benyomásokra épülő, óvatos jogalkotási előrehaladás.

Egyelőre nem került sor az egészségbiztosítási rendszerbe történő integrálásra elvi és jogtechnikai értelemben sem.

A továbblépés irányát és mértékét az egészségpolitikának kell kijelölnie; mindenképpen olyan megoldást kell találni, amely aggálymentes az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés méltányossága tekintetében, és garantálja a folyamatos, biztonságos ellátást.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Kovácsy Zsombor 1995-ben a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen általános orvosként, 2001-ben a Pécsi Tudományegyetemen okleveles jogászként szerzett diplomát. Két év kórházi orvosi gyakorlat után 1997-től a

Népjóléti Minisztériumban és jogutódainál dolgozott, 2001-2002-ben az Egészségbiztosítási Főosztály vezetőjeként. 2002. októbertől az Igazságügyi Minisztérium főosztályvezetője. Harmadik éve a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ egészségügyi jog kurzusának vezető tanára.

Még megrendelhető

Outsourcing Szemlélet – Jövőkép

Új módszerek az egészségügy működtetésében
1500 Ft

Kontrolling és Vezetői Információs Rendszerek az Egészségügyben

Ezredfordulós kórházi menedzsment eszközök
2000 Ft

A szakmai kiadványok megrendelhetők:

Larix Stúdió
1089 Budapest, Kálvária tér 3. II. em. 29.
Tel./fax: 333 2434
E-mail: larix@larix.hu
www.larix.hu