



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

Betegbiztonsági egészségügyi ágazati stratégiai koncepció I. általános betegbiztonság

SWOT elemzés

*Eredménytermék készítésének dátuma:
2018.12.31.*

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

**Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt**

Betegbiztonsági alprojekt Stratégiai munkacsoportja.



A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Konzorcium vezető: Nemzeti Népegészségügyi Központ

Készítette:

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ

(konzorciumi tag)

SWOT-analízis egyes mezőinek bemutatása

A stratégiaalkotási munkacsoport a betegbiztonsági stratégiai koncepció elkészítéséhez a SWOT-alapú stratégiaalkotási keretrendszert alkalmazta. Hagyományos SWOT-elemzés történt, amely egy jól meghatározott szereplő, az ágazati vezetés nézőpontjából listázza az erősségeket (strengths), gyengeségeket (weaknesses), lehetőségeket (opportunities) és veszélyeket (threats).

Jelenlegi dokumentum a SWOT 2018-ban készített, egyszerűsített változatát tartalmazza.

A SWOT-elemzés erősségek (S) mezője 18, a gyengeségek (W) 28, a lehetőségek rész 17, míg a veszélyek (T) 19 elemet tartalmaz.

| Belső, befolyásolható tényezők | |
|--------------------------------|--|
| Sorszám | Erősségek (S) |
| Pozitív tényezők | 1 Az államtitkárság támogatja a jó gyakorlatok összegyűjtését és disszeminációját |
| | 2 Aktuálisan zajlanak betegbiztonsági projektek (pl. infekciókontroll) |
| | 3 Van példa ösztönzőrendszerre |
| | 4 Az államtitkárság formális jogszabályalkotó hatásköre (ágazatirányítási szerepkör) |
| | 5 Az államtitkárság végrehajtásra gyakorolt hatása nagy |
| | 6 A betegbiztonság megjelenik a magyar jogszabályokban, ezért hivatkozható |
| | 7 Az egészségügyi vezetésnek jó a kapcsolata a betegbiztonsági szakemberekkel |
| | 8 Az egészségpolitikai vezetők fogékonyak a téma iránt |
| | 9 Van evidencia a betegbiztonság hatékonyságnövelő potenciáljára, ez érvrendszert tud adni |
| | 10 A gyógyszerellátási lánc magas szintű biztonsága (zárt ellátási rendszer) |
| | 11 Az államtitkárság befolyásolhatja az EESZT moduljait |
| | 12 Az államtitkárság által allokálható aktuális uniós források, pályázati források léteznek |
| | 13 A korábbi és futó betegbiztonsági vonatkozású projektek, programok eredményei (pl. BELLA, NEVES, EFOP 1.8.0) komolyabb erőforrás-felhasználás nélkül hasznosíthatók |
| | 14 Széles adattartalmú NEAK-adatbázisok, -jelentések |
| | 15 A publikált, elfogadott módszertanú MÉRTÉK jelentés eredményeire lehet támaszkodni |
| | 16 Elfogadott módszertanú, központosított szakmai irányelv készítési/kiadási rendszer megléte |
| | 17 A valós idejű, valós adattartalmú jelentési rendszernek (EESZT) betegbiztonsági szempontból nagy jelentősége van (pl. hatékonyabb a betegűtkövetés) |
| | 18 Az új ágazatvezetésnek lehetősége van a szakpolitikai agendát meghatározni, stratégiákat alkotni |

| Negatív tényezők | Sorszám | Gyengeségek (W) |
|------------------|---------|---|
| | 1 | HR-létszámhiány |
| | 2 | Kedvezőtlen pszichés tényezők a munkatársak körében (pl. túlterheltség, burnout, fásultság, érdektelenség, alulmotiváltság) |
| | 3 | A betegbiztonságot támogató intézményi szervezeti kultúra problémái (nem a rendszer hatékonyságában és a betegek biztonságában érdekelt felső vezetők, hibáztató kultúra, hierarchikus viszonyok, a szabálykövetés nem elvárt, dolgozói ellenállás, individualista hozzáállás, nem személyközpontú, diktatórikus, minőségügyi rendszerekkel szembeni ellenérzés, elégtelen dokumentációs fegyelem) |
| | 4 | Az intézményi menedzsment problémái (pl. nem a rendszer hatékonyságában és a betegek biztonságában érdekelt felső vezetők, hiányos betegbiztonsági ismeretek, kevés az elhivatott intézményvezető, rövid távú szemlélet, az adatok alacsony kihasználása, nem alakítanak ki betegbiztonságot ösztönző mechanizmusokat az intézményen belül) |
| | 5 | Az országos szintű betegbiztonsági kezdeményezések koordinátlansága |
| | 6 | Az intézményrendszerek kialakítása, működése során jellemzően alacsony prioritási szintre sorolt betegbiztonsági kérdések |
| | 7 | A mindennapi működéshez kapcsolódó, illetve programszerű beteg- és dolgozói biztonsági tevékenységekre nem allokálnak elég pénzt |
| | 8 | A betegbiztonsági vonatkozású oktatási rendszer hiányosságai (pl. alapképzés, posztgraduális képzés, gyakorlati képzés) |
| | 9 | A minőségmenedzsment-eszközök nem kellő használata (nem működik valós minőségbiztosítási ellenőrzés, nincsenek klinikai auditok, szakmai felügyelet hiánya, minőségügyi szakfőorvosi rendszer működésének hiányosságai, szakmai irányelvfeljesztések alacsony száma, a betegbiztonsággal kapcsolatos indikátorok, célzott adatgyűjtések hiánya) |
| | 10 | Szervezetlen betegutak, korlátozott ellátási kapacitások |
| | 11 | Betegbiztonsági tudásközpontok alacsony szakértői létszáma |
| | 12 | Csalódottság, fásultság a betegbiztonsági szakemberek körében a korábbi, megbuktatott projektek miatt (akkreditáció, szakmai minőség-ellenőrzés) |
| | 13 | A már megtanult betegbiztonsági technikákat nem alkalmazzák az egészségügyi dolgozók, mert nem elvárás, illetve megbuktak a korábbi kezdeményezések |
| | 14 | A már meglévő eredményeket, információkat nem hasznosítják a döntéshozatal során (korábbi betegbiztonsági vonatkozású projektek – szakmai irányelvek, BELLA-standardok, EFOP 180 anyagai, adatok, MÉRTÉK) |
| | 15 | Hiányzó, nem működő, nem megfelelően működő/működtetett rendszerek (pl. szakmai kollégium, epidemiológiai surveillance, farmakovigilancia, összpontosított szakmai irányelv-készítési, -kiadási rendszer megléte ellenére nem készülnek irányelvek, háziorvosi p4p, EESZT-modulfejlesztések nem indultak el – pl. indikátorfejlesztés, az orvos számára nem derül ki, hogy a beteg adata az EESZT-ben azért nem látszik, mert |

- nem történt ilyen esemény, vagy azért, mert letiltotta, nincsenek betegbiztonságot ösztönző ágazati mechanizmusok)
- 16 Korrupció (pl. beszerzések szakmai tartalma, a hálapénz „nem veszi figyelembe” a beteg- és dolgozói biztonsági szempontokat, előre sorolás, infrastruktúra-fejlesztések)
- 17 Együttműködés, koordináció problémái (szakmák közötti együttműködés hiánya, a betegbiztonság egyes területei között nem mindig tapasztalható együttműködési hajlandóság, az intézmények közötti kommunikáció, koordináció és együttműködés elégtelen)
- 18 Alacsony szintű betegbiztonsági ismeretek a lakosságnál (pl. közoktatás, kommunikáció) és az ágazati szereplőknél
- 19 A betegbiztonság rosszul kommunikált terület
- 20 Nincs valódi egészségpolitikai elkötelezettség a betegbiztonság mögött
- 21 Rövid távú szemlélet az egészségügyi stratégiaalkotók és vezetők körében
- 22 A betegbiztonság nem súlyának megfelelően reprezentált a magyar jogszabályokban
- 23 Az egészségpolitikai beavatkozások tervezése nem teljes körű, különös tekintettel az implementációra
- 24 Az ágazatvezetés hitelvesztett a korábbi sikertelen vagy megbuktatott projektek által kiváltott csalódottság miatt
- 25 A hazai ellátórendszer nem tud kellő gyorsasággal és megoldásokkal alkalmazkodni a társadalom és a technológia gyors változásaihoz
- 26 Egyenlőtlen hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz
- 27 Alacsony szintű egészségkultúra – jelentős mértékű betegfüggő kockázatok
- 28 Alacsony mértékű részvétel a nemzetközi kezdeményezésekben

Külső, nem befolyásolható tényezők

| Sorszám | Lehetőségek (O) |
|---------|--|
| 1 | Az egészségügyi trendek szükségessé teszik a témakörrel való foglalkozást |
| 2 | A betegbiztonság fejlesztése EU-s elvárás |
| 3 | Új kutatási területek a témakörben |
| 4 | Nemzetközi kapcsolatok |
| 5 | Ágazati vezetésváltás után az egészségügy hangsúlyosabb szerepet kaphat a ciklusban |
| 6 | Betegbiztonság mint felkapott politikai és médiatéma, érdemes zászlóra tűzni |
| 7 | Egyes társadalmi csoportokban jellemző a támogatás, tudatosság növekedése, igény az aktívabb laikus részvételre (betegelégedettség/választói elégedettség) |
| 8 | Pályázati források állnak rendelkezésre |

Pozitív
tényezők

- 9 Rendelkezésre állnak nemzetközi, jól adaptálható anyagok, szakirodalom (pl. WHO, ISQua által)
- 10 Létező jó gyakorlatok a betegellátó intézményeknél
- 11 Elhivatott, a témakörrel már kapcsolatba került, klinikumban dolgozó szakemberek/champion/opinion leader (részben NEVES-, BELLA-tapasztalatokkal)
- 12 Létezik egy képzési központ
- 13 Van egy akkreditált képzés
- 14 Létező hazai betegbiztonsági programok
- 15 Létező hazai szakértői csoportok, tudásbázis a döntéshozatal, döntés-előkészítés különböző szintjein
- 16 Szakdolgozói nyitottság a rendezett viszonyokra, szabályozott folyamatokra
- 17 Vannak a betegbiztonságot fontosnak tartó intézményi vezetők

| Sorszám | Veszélyek (T) |
|---------|---|
| 1 | Nemzetközi szinten nincs előtérben expliciten a témakör |
| 2 | A hazai politikai környezet instabilitása a témakör szempontjából |
| 3 | Az egészségügyi dolgozók körében ellenállás tapasztalható a betegbiztonsági programokkal kapcsolatban a korábbi sikertelen vagy szakmailag megalapozatlan, vagy megbuktatott projektek által kiváltott csalódottság miatt |
| 4 | Túlhierarchizált egészségügyi rendszer |
| 5 | A korrupció „kultúrája” |
| 6 | Profitorientált tanúsító cégek ellenérdekeltsége a valós minőség-ellenőrzés terén, és ezek erős politikai kapcsolatai |
| 7 | Nem lehet hosszú távra tervezni a politikai sajátosságok miatt |
| 8 | Az egészségügy nem kormányzati fő terület, versenyeztetés az oktatási és humán ágazattal, ami miatt forráshiány alakult ki |
| 9 | Több sikertelen, szakmailag nem megalapozott próbálkozás lejáratta a témát (Betegbiztonsági Társaság stb.) |
| 10 | Erős autokratikus döntéshozás a betegbiztonsági kérdésekben az intézményi vezetők körében |
| 11 | A betegjogok, illetve adatvédelmi megfontolások sokszor felülírják a betegbiztonsági szempontokat |
| 12 | Az EESZT digitális önrendelkezési jogával sokan tiltóan élnek, ez trenddé válva veszélyezteti a rendszer használhatóságát |
| 13 | Negatív hozzáállás az egészségügyi dolgozók részéről a betegbiztonsági kezdeményezésekhez |

Negatív tényezők

- 14 A társadalmi folyamatok (pl. elvárások, elöregedés) és a technológia gyorsan változnak
- 15 Egyes társadalmi csoportokban nem jellemző a támogatás, tudatosság növekedése, igény az aktívabb laikus részvételre (betegelégedettség/választói elégedettség)
- 16 A megbiztonsági kockázatok növekednek (pl. technológiai lehetőségek, ellátás komplexitása, demográfiai változások, HR-elégtelenség)
- 17 Szabályokat nem követő, „kurucos” nemzeti kultúra,
- 18 Nehéz a megbiztonságot úgy kommunikálni, hogy politikailag elfogadható legyen (pl. transzparencia, félreérthetőség, a média szakmaiatlansága, a civil szervezetek szakmaiatlansága)
- 19 A „megbiztonság” kifejezés elcsépeltté vált, nem megfelelő fogalmi tartalmak kapcsolódnak hozzá

Erősségek (S)

A konszolidálás után az „erősség” mezőben az egyes elemek több nagyobb témakör köré csoportosíthatók. Így a munkacsoport tagjai szerint jelentős erősséget képvisel maga az államtitkárság hatásköre, esetleges elkötelezettsége a megbiztonság mint téma iránt. Így az egyes elemek között megnevezték az előbb említett témakör köré csoportosítható erősségeket. Ezek az államtitkárság ágazatirányítási szerepköre, a végrehajtásra gyakorolt hatása, jogszabály-alkotási tevékenysége, a stratégiaalkotási, valamint európai uniós pályázati források megbiztonsági téma szerinti allokációjának lehetősége. Míg az utóbbi témakörhöz csoportosítható elemek a következők: a jó gyakorlatok gyűjtésének támogatása, az államtitkárság jó kapcsolata a megbiztonsági szakemberekkel, az ágazati vezetők fogékonysága a téma iránt, valamint az EESZT-modulok megfelelő irányú fejlesztésének támogatása.

Az erősségek között olvashatók a megvalósult megbiztonsági programok, projektek, adatbázisok eredményei, és azok hasznosíthatóságának témaköre. Így konszenzuson alapuló elemként megjelennek az aktuálisan futó megbiztonsági projektek (infekciókontroll, NEVES, EFOP 1.8.0) és a korábbi megbiztonsági projektek felhasználható eredményei (BELLA), valamint az egészségügyi adatbázisok hatalmas, felhasználható adattartalma (NEAK). A csoporttagok megemlézték a már publikált és egységes módszertanon alapuló jelentések körét (MÉRTÉK-jelentés), illetve a valós idejű és adattartamú jelentési rendszereket (EESZT) is.

Az erősségek között szerepel még néhány önmagában álló elem is. Ide sorolható az ösztönzőrendszerek, a jogszabályi környezetben is megjelenő megbiztonsági témakörök, elfogadott módszertanú irányelvfelvezetési rendelet, zárt gyógyszerellátási rendszer. Illetve nem elhanyagolható erősség, hogy a megbiztonságnak van hatékonyságnövelő hatása, amely érvrendszerként tud működni.

Gyengeségek (W)

A konszolidált SWOT-analízis „gyengeségek” mezőjét a nagyobb témaösszevonások és az ezek alá sorolt, mindennapi gyakorlatból vett, megbiztonságot érintő tényezők konszenzuson alapuló felsorolása jellemzi. Így az ebben a mezőben lévő gyengeségek között szerepelnek több kisebb elem gyűjtőcsoportjai: a megbiztonságot nem támogató szervezeti kultúra problémái, az intézményi menedzsment problémái, a minőségmenedzsment-eszközök nem megfelelő használata, az együttműködés, koordináció problémái, valamint a meglévő nem hasznosított eredmények, és a hiányzó, nem vagy nem megfelelően működő, illetve működtetett rendszerek. Az előbb megnevezett témakörök a SWOT-ban mind kibontásra kerültek, gyakorlati példák felsorolásával.

A szervezeti probléma témakörében többek között megemlítették a hibáztató kultúrát, a nem elvárt szabálykövetést, a túlzott hierarchikus szervezeti felépítést, a dolgozói ellenállást, a minőségügyi rendszerekkel szembeni ellenérzést. A szervezeti kultúrával összefüggésben szerepel a létszámprobléma, amely szintén nem kedvez a megfelelő szervezeti kultúra kialakításának, és önálló gyengeségnek is tekinthető. Ide sorolták a nagyfokú szakemberhiányt az ágazat minden területén, illetve a meglévő szakemberek között tapasztalható negatív pszichés tényezőket: túlterheltség, kiégés, fásultság, alulmotiváltság, érdektelenség. Ezek csalódottságként jelen a megbiztonságot fontosnak tartó egészségügyi dolgozók körében, szakembereknél és szakértőknél is, a korábban sikeresen megvalósított projektek döntéshozói negligálása miatt.

Az intézményi menedzsmentproblémák témakörének alábontásával a következő alpontok fogalmazódtak meg gyengeségként: nem a hatékonyságban és a betegek biztonságában érdekelt felső vezetők, hiányos megbiztonsági ismeretek, adatok alacsony kihasználása, rövid távú szemlélet. Továbbá a fent leírtakat nem segíti egy másik, a munkacsoport által megtalált gyengeség: az intézményrendszerek kialakításánál és működtetésénél jellemzően alacsony prioritási szintre sorolódik a megbiztonság kérdése.

Az előzőeket jól kiegészíti a következő gyengeségcsoport: a minőségmenedzsment-eszközök nem kellő használata. Ebbe a kérdéskörbe tartozó gyengeségek a következők: nem működik valós minőségszemléletű ellenőrzés, nincsenek klinikai auditok, a minőségügyi szakfőorvosi rendszer elhalt, a szakmai irányelvfelveztetések száma alacsony, valamint gyengeségnek számít a megbiztonsággal kapcsolatos adatok gyűjtésének hiánya is. A felsorolt gyengeségeket tovább rontja, hogy a megbiztonság területén már meglévő eredményeket sem hasznosítják (BELLA-standardok, MÉRTÉK-jelentés, EFOP 1.8.0 eredményei), amit önálló gyengeségként tüntettek fel a SWOT-ban.

A fentiekhez szorosan kapcsolódó, nagyobb témakört alkotnak a gyengeségek között a hiányzó vagy nem megfelelően működő és működtetett rendszerek. Ebbe a gyengeséggyűjtő témakörbe számos rendszer tartozik a munkacsoport tagjai szerint. Ide sorolhatók: a szakmai kollégium, a nem megfelelően működtetett irányelvfelveztetési rendszer, a nem megfelelően működtetett EESZT, valamint az ezekhez hozzájáruló, megbiztonságot nem ösztönző ágazati mechanizmusok.

A munkacsoport jelentős gyengeségnek ítélte a szakmák közötti koordináció és együttműködés problémáit. Ez jelen van az intézmények, valamint egyes szakmák között is, illetve a megbiztonság egyes területei között sem tapasztalható együttműködés. Ebből

kifolyólag a szervezetlen betegutak és a korlátozott kapacitások jelentős gyengeségnek számítanak a rendszerben.

Az előzőekben gyengeségként említett betegbiztonságot nem támogató szervezeti kultúrával szorosan összefüggő gyengeség a betegbiztonsággal kapcsolatos tudás hiánya a szakemberek és a lakosság körében egyaránt. Amihez gyengeségként járulnak hozzá a betegbiztonsági oktatás rendszerének hiányosságai, valamint a betegbiztonsági tudásközpontok alacsony szakértői létszáma. Ehhez szorosan kapcsolódó és megtalált gyengeség, hogy az egészségügyi dolgozók a már megtanult betegbiztonsági ismereteket sem alkalmazzák a gyakorlatban, mert nem elvárás a vezetés részéről. Mindennek eredő gyengesége, hogy a betegbiztonság területe nem megfelelően kommunikált.

Habár léteznek egészségpolitikai beavatkozások, nem teljes körűek, így a betegbiztonsági kezdeményezéseket sem koordinálják, amit tovább súlyosbító gyengeség, hogy minden reformkísérlet hitelt veszített a korábbi sikertelen vagy megbuktatott projektek miatt. Mindehhez hozzájárul a rövid távú szemlélet, amely betegbiztonsági szempontból komoly gyengeség. Így valós egészségpolitikai elköteleződés sem figyelhető meg a betegbiztonság irányában. Ezt a munkacsoport szintén gyengeségnek ítélte. Ezzel összefüggésben a betegbiztonság nem a kellő súllyal szerepel a magyar jogszabályokban.

Végül a rendszer – alapvető jellemzőiből adódóan – nem tud alkalmazkodni a társadalmi elvárások és a technológia gyors változásaihoz, amihez további gyengítő tényezőként járul az alacsony egészségkultúra és az egyenlőtlen hozzáférés.

Az előbbieknél megfelelően a nemzetközi betegbiztonsági kezdeményezésekben való részvételünk is alacsony mértékű.

Lehetőségek (O)

A lehetőségeket tekintve a munkacsoport tagjai konszenzuson alapuló konszolidációs döntése után elmondható, hogy a már meglévő mindegyik hazai szakértői csoport és a tudásbázis a döntés-előkészítés vonatkozásában egyértelmű lehetőség. Erre támaszkodva a létező képzési központ és az ehhez kapcsolódó akkreditált képzés további felhasználható lehetőségként értékelhető a magyar betegbiztonsági stratégia kialakításában. Az előző elemeknek köszönhetően a rendszerben már jelen vannak az elhivatott, a témakörrel kapcsolatba került, a gyakorlatban és a klinikumban dolgozó szakemberek, akik között intézményvezetők is megtalálhatók, s ezeket a lehetőségeket érdemes szem előtt tartani. Így az előzőekkel összefüggésben Magyarországon is lehetőségként léteznek a hazai betegbiztonsági programok, az egészségügyi intézményeknél alkalmazott jó gyakorlatok. Ezeket a munkacsoport tagjai is ebbe a mezőbe sorolták.

A szakirodalmi összefoglalóban is található bizonyítékok arra, hogy a betegbiztonság európai uniós elvárás, és bizonyos egészségügyi trendek is szükségessé teszik a témakör fókuszban tartását, ami jó lehetőség a betegbiztonsági stratégiák kifejlesztésére. Mindehhez lehetőségként hozzájárulnak a pályázati források, a rendelkezésre álló, jól adaptálható külföldi szakirodalom, az új kutatási területek, valamint a nemzetközi betegbiztonsági kapcsolatok.

A munkacsoport tagjai szerint a betegbiztonság felkapott média- és politikai téma, így ezt reális lehetőségként kell kezelni a téma fontosságával összefüggésben. Ezenfelül egyes

társadalmi csoportokban a tudatosság, a téma támogatása jó lehetőséget ad – a betegek és a laikus lakosság bevonásával – a megbízottsági stratégia kialakítására. Ezzel párhuzamosan az ágazati vezetésváltás kapcsán a téma hangsúlyosabb szerepet kaphat, amihez lehetőségként hozzájárul a szakdolgozói nyitottság a rendezett folyamatok és viszonyok iránt.

Veszélyek (T)

A stratégiaalkotás szempontjából a munkacsoport veszélyként értékelte a politikai környezetben tapasztalható instabilitást és a hosszú távú tervezhetőség hiányát. A munkacsoport megítélése szerint az egészségügyi ágazatot versenyeztetik egyéb ágazatokkal, ami miatt az egészségügy forráshiányos szektorra alakult. Ennek következtében – az egyébként költségmegtakarítást lehetővé tevő – megbízottság kérdése háttérbe szorulhat az ágazaton belül.

Az előzőekben leírt lehetséges veszélyeket tovább növeli az egészségügyi dolgozók körében tapasztalható ellenállás a megbízottsági kezdeményezésekkel szemben, valamint az erős autokratikus intézményvezetői döntéshozatal a megbízottsági kérdésekben. Ezeknek a veszélyeknek nem kedvez a több sikertelen, szakmailag megalapozatlan kezdeményezés, amely alapvetően lejáratta a megbízottság témakörét, illetve a dolgozóknak csalódottságot idézett elő. Ezért a megbízottság mint kifejezés „elcsépelte” vált a nem megfelelő tartalmi kapcsolódások miatt. Így itt további veszélyként említették a megbízottság politikai kommunikációjának nehéz elfogadhatóságát.

Egyéb területekről megközelítve a következő jelentős veszélyeket sorolták fel az analízis során. A betegjogi és adatvédelmi megfontolások sok esetben háttérbe szorítják a megbízottsági szempontokat. Ennek egyik jelentős veszélye, hogy ha sokan élnek az EESZT digitális önrendelkezési jogával, akkor a rendszer használhatatlanná válik.

Ehhez némileg kapcsolódnak a veszélynek titulált társadalmi és technológiai folyamatok (előregedés, elvárások), melyek a megbízottsági kockázatokat jelentős mértékben növelhetik (technológiai lehetőségek, ellátás komplexitása, demográfiai változások, HR-elégtelenség).

Az előzőekben felsorolt veszélyek mellett jelentős fenyegetésnek ítélték a munkacsoport tagjai a szabályt nem követő, „kurucos”, korrupcióval tűzdelt, hierarchikus felépítésű egészségügyi nemzeti kultúrát.

A megbízottsági kultúra kialakulásának és a szabályok nem követésének mint veszélynek ítélt tényezőnek nem kedvez a tanúsító cégek profitorientált ellenérdekeltsége a valós minőség-ellenőrzés területén, és ezek erős politikai kapcsolatai.