



# A kórház – mint kritikus infrastruktúra – biztonságának aktuális kérdései

## Current issues of the safety of the hospital – as a critical infrastructure

**Mészáros István**

doktorandusz, műszaki főigazgató, tanársegéd  
Nemzeti Közsolgálati Egyetem,  
HHK Katonai Műszaki Doktori Iskola  
Semmelweis Egyetem,  
Műszaki Főigazgatóság

Semmelweis Egyetem AITK Honvéd-, Katasztrófa- és Rendvédelem Orvostani Tanszéki Csoport  
[meszaros.istvan@semmelweis.hu](mailto:meszaros.istvan@semmelweis.hu)



### Absztrakt

**Cél:** A fekvőbeteg-ellátó intézmények aktuális biztonsági kérdéseinek feltárása a kritikus infrastruktúra védelmi tevékenység irányából.

**Módszertan:** A kritikus infrastruktúra európai uniós és hazai szabályozásának vizsgálata, a biztonsági területek kórházakra alkalmazható jogszabályi környezetének elemzése, gyakorlati tapasztalatokra alapozva.

**Megállapítások:** A kritikusinfrastruktúra-védelem szabályozása az Európai Unióban és hazánkban is folyamatos fejlődésen megy keresztül, emellett a kórházbiztonságra ható további szabályozók fejlesztése vegyes képet mutat. Az új, reziliencianövelést célul kitűző EU-irányelv lehetővé teszi olyan szabványos módszertani megközelítések bevezetését, melyek a betegellátás folyamatának biztonságán keresztül hatnak a kórház komplex biztonsági szintjére.

**Érték:** A kritikus infrastruktúrák statikus üzemeltetői biztonsági tervezési gyakorlata az elmúlt hét évben fejlődésen ment át, azonban a tervezési módszertan további fejlesztése szükséges, melyen keresztül a szervezet dinamikusan képes reagálni az egészségügyi ágazat alapvető kihívásaira, folyamatosan változó környezetére. Ehhez rendelkezésre áll szabványosított, nemzetközi szinten és a termelésben alkalmazott tervezési gyakorlat.

**Kulcsszavak:** kritikus infrastruktúra, kórházbiztonság, egészségügyi válsághelyzet, üzletmenet-folytonosság

## Abstract

**Aim:** To explore the current security issues of in-patient care institutions from the perspective of critical infrastructure protection activities.

**Methodology:** Examination of EU and national regulations on critical infrastructure, analysis of the legislative environment applicable to hospitals in security areas, based on practical experience.

**Findings:** The regulation of critical infrastructure protection in the European Union and in Hungary is constantly evolving, and the development of further regulation affecting hospital safety is showing a mixed picture. The new EU Directive, which aims to increase resilience, will allow the introduction of standard methodological approaches that will impact on the complex security level of the hospital through the security of the patient care process.

**Value:** The static operational critical infrastructure security planning practice has evolved over the past seven years, but further development of the planning methodology is needed to enable the organization to respond dynamically to the fundamental challenges of the healthcare sector and its ever-changing environment. To this purpose, standardized planning practices are available, applied and used in production at international level.

**Keywords:** critical infrastructure, hospital security, healthcare disaster, business continuity

## Bevezetés

*„A csatára való felkészülés során meggyőződhettem arról, hogy a tervezés létfontosságú, ám a tervek haszontalanok.”*

Dwight D. Eisenhower

Hazánkban egy kritikus infrastruktúraként (létfontosságú rendszerelem) kijelölt fekvőbeteg-ellátó intézmény (kórház, klinika) védelmi tervrendszere átlagosan megközelítőleg ezer oldalt tesz ki. Ennek része az Üzemeltetői Biztonsági Terv (továbbiakban: ÜBT), az Egészségügyi Válsághelyzeti Terv (továbbiakban: EVT) és a Honvédelmi Intézkedési Terv.

A Semmelweis Egyetemen a koronavírus okozta világjárványt megelőző években több, komplex egészségügyi válsághelyzeti gyakorlat került lefolytatásra, melyekre történő fél-, egyéves felkészülés során az adott válsághelyzeti terv teljesen átírásra került.

A koronavírus okozta világjárvány kezelése, a fekvőbeteg-ellátó infrastruktúra működtetése ágazatirányítói és intézményi szinten is improvizatív volt,

a rendelkezésre álló válsághelyzeti és üzemeltetői biztonsági tervek nem voltak alkalmazásra alkalmasak.

Fentiek alapján Eisenhower tábornok szavainak második része egyértelműen beigazolódn látszik. Ahhoz azonban, hogy az idézett mondat első része is értelmet nyerjen, szükséges áttekinteni a kapcsolódó jogszabályi környezet és annak alkalmazása fejlődését, illetve feltárni olyan módszertani lehetőségeket, melyek alkalmazható tervrendszereket eredményeznek. Ennek – véleményem szerint – egyik legfontosabb területe az üzemeltetői biztonsági tervezés, hiszen ez a tervezési feladat nemcsak a „csatára” készít fel minket, hanem megfelelő alkalmazás esetén annak (a rendkívüli eseménynek) elkerülését is szolgálja.

## **A kritikusinfrastruktúra-védelem szabályozása**

*„A 2001. szeptember 11-i New York-i merénylet sokkolta az egész világot, de Európa ekkor még nem számolt azzal, hogy bármely uniós tagállam is célponttá válhat. A 2004. márciusi madridi terrortámadás eseménye azonban rávilágított arra, hogy az egyes szolgáltatások, infrastruktúrák működési zavarai, a köztük fellelhető interdependenciák révén milyen pusztítás okozható a társadalomban mind humán, mind gazdasági tekintetben. Az esemény rávilágított arra is, hogy globálisan új típusú, új megközelítésű és aktívabb biztonsági intézkedésekre van szükség.”* (Bonnyai, 2019).

Az Európai Tanács 2004-ben elkezdte kidolgozni az európai kritikus infrastruktúrák védelmére vonatkozó átfogó anyagot, aminek hatására 2005 novemberében kiadták a zöld könyvet a kritikus infrastruktúrák védelméről. Ennek alapján az Európai Bizottság kidolgozta az EPCIP nevű programot (European Programme for Critical Infrastructure Protection), ami az összveszély-megközelítésen alapult. 2008-ban az Európai Tanács hatályba léptette az 2008/114/EK irányelvet, amely meghatározta az európai kritikus infrastruktúrák azonosításának és kijelölésének alapelveit, valamint ÜBT készítését és biztonsági összekötő tisztviselő kinevezését írta elő a kritikus infrastruktúrák számára.

Az európai kritikusinfrastruktúra-védelem a szubszidiaritás elvén alapul, és elsősorban nemzeti szinten kezelendő feladat. Ennek megfelelően hazánkban 2012-ben lépett hatályba a létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről szóló 2012. évi CLXVI. törvény, amelynek végrehajtásáról a Kormány 65/2013. (III. 8.) sz. rendelete rendelkezik. Az egészségügyi ágazatban történő azonosítás és kijelölés alapelveit pedig 2015-ben rögzítették az egészségügyi létfontosságú rendszerek és létesítmények

védelméről szóló 246/2015. (IX. 8.) Korm. rendeletben. Ennek alapján 2016-ban kezdődtek meg a fekvőbeteg-ellátásban történő kijelölések.

Az üzemeltetői biztonsági feladatok közé tartozik a rendkívüli eseményekre való felkészülés, a válsághelyzetekre adott reakciók előre tervezése, a működés folyamatos fenntartása és a helyreállítás. Ha a rendkívüli események hatására az egészségügyi ellátási igények és kapacitások aránytalanul eltolódnak, akkor a válságégeszségügyi ellátás szabályai szerint zajlik a betegellátó tevékenység. Az egészségügyi válsághelyzet definíciója és alkalmazásának kritériumrendszere az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben és az egészségügyi válsághelyzeti ellátásról szóló 521/2013. (XII. 30.) Korm. rendeletben került meghatározásra. Az egészségügyi intézményeknek egészségügyi válsághelyzeti terveket kell készíteniük, melyek tartalmi és formai követelményeit az 43/2014. (VIII. 19.) EMMI rendelet határozza meg.

A 2016-ban megtörtént kijelölések 2020-ban felülvizsgálatra kerültek, így az egészségügyi ágazaton belül a fekvőbeteg-ellátó alágazat szereplőinek is újra azonosítási jelentést kellett benyújtaniuk, és ezek alapján új kijelölések is történtek. A felülvizsgálat során finomhangoláson esett át az azonosítási jelentés formátuma, illetve az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság (továbbiakban: OKF) részéről módszertani útmutató és mintadokumentum került kiadásra a kockázatértékelésre és az ÜBT-re vonatkozóan.

A 2022. év azonban még nagyobb változást hozott. Az EU 2022. december 14-én hatályba lépett 2022/2557 irányelve (továbbiakban: CER) a kritikus infrastruktúrával rendelkező szervezetek rezilienciájának növeléséről szól. Célja, hogy biztosítsa ezen infrastruktúrák ellenálló képességét az esetleges fenyegetésekkel szemben, és így biztonságosabbá tegye a mindennapi életet az EU-ban. Az irányelv hatálya kiterjed az energia-, a víz-, a közlekedési és az információs infrastruktúrára, valamint az egészségügyi és pénzügyi szektorra is. Az irányelv hatályon kívül helyezi a korábbi 2008/114/EK tanácsi irányelvet. Az EU tagállamai kötelesek az irányelv előírásait végrehajtani, amelyek közé tartozik a kockázatelemzés, a tervezés, a vészhelyzeti tervezés, a megelőzés és a helyreállítás területein való felkészülés, valamint a szükséges erőforrások és eszközök biztosítása. Az irányelv az EU-n belüli együttműködés és információcserék erősítését is előírja a kritikus infrastruktúrák védelme érdekében, továbbá kiemelten kezeli, hogy az érintett szervezetek rendszeresen gyakorolják a válságkezelést.

Az irányelvet két éven belül szükséges implementálni a hazai jogrendbe. Ennek megfelelően, az OKF vezetésével, az idei évben megkezdődött az új szabályozói környezet kidolgozása az egészségügyi ágazat tekintetében is.

## Biztonsági területek szabályozása a kórházbiztonság szemszögéből

A kórházbiztonságról különböző szakmai csoportok, különböző módon gondolkodnak. Az orvosszakma képviselői a betegbiztonságot helyezik előtérbe, és úgy vélik, hogy a megfelelő gyógyszeres kezelésre, a fertőzések elleni védekezésre és a megfelelő létszámú személyzetre összpontosítva lehet a legbiztonságosabb ellátást biztosítani. A minőségirányítás szintén fontos szerepet játszik a betegbiztonság szempontjából, az egészségügyi szolgáltatásokat pedig terméknek tekinti, ahol a megfelelés biztositása és dokumentációja kiemelt fontosságú. A betegellátás makrokörnyezete (elsősorban a jogszabályi környezet), a betegellátó intézmény (belső szabályozórendszerével) és az egyes, betegellátással összefüggő folyamatok mind hatással vannak a kórházbiztonságra. Az általános biztonsági területek (munka-, tűz-, környezet-, vagyon-, katasztrófa- és polgári védelem) nem mindig integrálódnak a betegellátási folyamatokba és a szakmai csoportok közötti együttműködés is gyakran hiányzik. Jelen fejezetben elsősorban ezen, általános biztonsági területek szemszögéből foglalom össze a szabályozókörnyezet fejlődését.

A munkavédelemhez kapcsolódó hazai jogszabályok folyamatosan fejlődnek. A munkavédelmi törvény minden munkáltatónak előírja, hogy a munkavállalók biztonságának és egészségének megóvása érdekében kockázatértékelést végezzen. A kockázatértékelés során a munkáltató azonosítja a munkavégzés során jelentkező kockázatokat, megállapítja a veszélyeztetettek körét és a veszélyeztetettség mértékét, és intézkedéseket hoz a kockázatok csökkentése érdekében. Ezen túlmenően a munkáltatónak további kockázatértékeléseket kell végezniük, amelyek az adott tevékenységtől függenek, és amelyeket külön jogszabályok írnak elő. Ezek a kockázatértékelések szintén fontosak a munkavállalók és a munkavégzés környezetében tartózkodók egészségének megóvása érdekében. Az, hogy a jogszabályok egyre részletesebben és pontosabban írják elő a kockázatértékelések elvégzését, jól mutatja a munkavédelmi normatív környezet fejlődését. Ennek az a célja, hogy biztosítsák a munkavállalók biztonságát és egészségét, és minimalizálják a munkavégzéssel járó kockázatokat. Napjainkban egy fekvőbeteg-ellátó intézmény számára – különböző felülvizsgálati ciklusidőkkel – legalább hat különböző típusú munkavédelmi célú kockázatértékelés készítését írja elő jogszabály. A kockázatértékelések azonban csak az intézkedési tervük végrehajtásával teszik biztonságosabbá az intézményt. „Az egészségügy létesítményei – különösen a klinikák, kórházak, otthonok – sok munkavállalót foglalkoztató intézmények. A korlátozott anyagi és humán erőforrást elsősorban a betegellátásra koncentrálnak, a biztonságos munkavégzéshez

*szükséges feltételeket nem teljesítik maradéktalanul. A rekonstrukcióba nem került egészségügyi intézmények jelentős részének műszaki állapota nem kielégítő, a kiszolgáló egységek munkavédelmi állapota a legtöbb esetben nem megfelelő.*” (Varga, Kukla, & Pelyhe, 2015). A megállapítás alapján tehát szükséges az intézkedési tervek végrehajtása terén áttörést elérni, illetve – véleményem szerint – elengedhetetlen a hasonló kockázatértékelési és védelmi tervezési feladatok összehangolása az intézményi tervrendszeren belül.

A vagyónvédelmi terület szempontjából fontos, hogy a rendszerváltozás előtti szocialista rendszerben nagyon kevés magántulajdon létezett, így magánbiztonsági ágazatról sem lehetett beszélni. A kórházi vagyónvédelemre portásokat és rendszereket alkalmaztak, és az üzemrendészeti szervek voltak felelősek a társadalmi vagyón védelméért. Az üzemrendészeti szervek fő feladata az intézmény rendjének és biztonságának fenntartása, és a vagyón elleni bűncselekmények megakadályozása volt. A közületi szervek rendészeti tevékenységéről szóló jogszabályok szofisztikálták a vagyónvédelmi tevékenységeket, és munka- és tűzvédelmi feladatokat is rögzítettek. Így a kórházak esetében is a szervezet dolgozóinak szakképzésben és továbbképzésben kellett részt venniük, és bizonyos követelményeknek kellett megfelelniük, mint például a büntetlen előélet és a sorkatonai szolgálat letöltése. A rendszerváltozással megjelenő magántulajdon és magánbiztonsági vállalkozások hatására megindult a magánbiztonsági ágazat jogszabályi környezetének kidolgozása is. A legutolsó vagyónvédelmi törvényünk, mely az élőerős őrzés szabályrendszerét is lefekteti, 2005-ös. 2015-ben kötelezővé vált a minimális rezióradíj alkalmazása a közpénzekből gazdálkodó intézményekben, melynek mértéke évente növekszik. Az első évben a rezióradíj sok esetben a duplája volt az akkor szokásos vállalási áraknak, ami a kórházakban is jelentős többletforrásigényt eredményezett. Ennek hatására több egészségügyi intézményben visszaszervezési hullám indult el, és ismét saját alkalmazásban álló portásokat kezdtek foglalkoztatni. Ez azonban további problémákat vetett fel. A Foglalkozások Egységes Osztályozási Rendszerének (továbbiakban: FEOR) célja az, hogy egységesítse a foglalkozásokkal kapcsolatos fogalmakat, és egységesebbé tegye a munkaügyi, statisztikai és igazgatási nyilvántartásokat. A FEOR rendszerben a személy- és vagyónvédelmi foglalkozások csoportjába tartoznak olyan foglalkozások, mint a rendőr, tűzoltó és személy- és vagyónőr, de nem tartozik ide a portás vagy az egyszerű telepőr. Ez azt jelenti, hogy a kórházi portások nem tartoznak a személy- és vagyónvédelmi körbe, így nem rendelkeznek több joggal személy- és vagyónvédelmi ügyekben, mint az átlagos állampolgár. Ez a probléma jogszabályi szinten kezelendő. Az adatvédelmi és foglalkoztatási kérdéseket át kell tekinteni a kórházi vagyónvédelem tekintetében, és egységes rendszerbe kell foglalni

a magánbiztonsági szolgáltatások szereplőit, figyelembe véve az üzemrendszeti tevékenység szükségességét is, mely tevékenység elengedhetetlen a kritikus infrastruktúrák komplex üzemeltetői biztonságának támogatása érdekében.

A fenntartható kórházi környezetvédelem több területen megnyilvánul, mint például az újrahasznosítás, a megújuló energiaforrások használata, a környezetbarát létesítménytervezés és -üzemeltetés, valamint a légszennyezést csökkentő intézkedések. Azonban a legnagyobb kihívást a hulladékkezelés jelenti, mivel a kórházi hulladékok 85%-a kommunális hulladék, 15%-a pedig veszélyes hulladék. A veszélyes hulladékot két fő csoportra lehet osztani: egészségügyi veszélyes hulladék, amely különleges kezelést igényel, és a vegyi/fizikai tulajdonságai miatt veszélyes hulladék. Hazánk a veszélyes áruk nemzetközi közúti szállításáról szóló európai megállapodáshoz (továbbiakban: ADR) 1979-ben csatlakozott. Az ADR szabályai nemcsak a veszélyes anyagok közúti szállítására vonatkoznak, hanem az azok használatából eredő hulladékok kezelésére, a szállítás előkészítésére, ideiglenes raktározására és csomagolására is. Ez azt jelenti, hogy a kórházakban, a veszélyes anyag (ez esetben hulladék) keletkezési helyén is szükséges az ADR-rel kapcsolatos előírásokat betartani. Az egészségügyi hulladékgazdálkodás jogi keretei megfelelően szabályozottak és folyamatosan fejlődnek, hazánk pedig aktívan harmonizálja a nemzetközi egyezményeket és szabványokat. Azonban a statisztikák azt mutatják, hogy az egészségügyben keletkező veszélyes hulladékok aránytalanul magas számban vezetnek munkabalesetekhez és foglalkozási megbetegedésekhez, amelyek megelőzése közös feladata a munka- és a környezetvédelmi területeknek.

Az Országos Tűzvédelmi Szabályzat (továbbiakban: OTSZ) a tűzvédelmi előírások tekintetében a legmeghatározóbb jogszabály az építési és üzemeltetési területeken. Az OTSZ meghatározza a tűzvédelmi rendelkezéseket az épületek, gépek, eszközök, anyagok, technológiák kialakítására és használatára vonatkozóan. Az OTSZ előírásait az új épületek építésekor, a meglévő épületek átalakításakor, felújításakor, funkcióváltásakor, valamint a változás körében és mértékében kell alkalmazni. Az építési engedély-köteles munkálatok esetében mindig az aktuális OTSZ létesítési szabályait kell figyelembe venni. Ez azonban jelentős többletköltséget jelenthet, különösen, ha egy 100 éves kórházi infrastruktúráról van szó, de még 20–30 éves épületeknél is. Az előírások idővel szigorodnak, például a tűzvédelmi eszközök alkalmazása, a tűzszakaszolási előírások vagy a kiürítési számítások módszertana tekintetében. Az OTSZ az uniós normarendszer és a technológia fejlődés hatásaira reagálva folyamatosan fejlődik, alakul. Napjainkban az OTSZ alkalmazási környezetének szerves részei a folyamatosan növekvő számú és bővülő tartalmú Tűzvédelmi Műszaki Irányelvek (továbbiakban: TvMI). Az OTSZ kötelezően előírja a szükséges

biztonsági szintet, míg a TvMI alkalmazása önkéntes, bár a hatóság által elfogadott megoldásokat kínálja fel. Tekintettel a kórházi létesítmény specialitására (gondoljunk csak arra, hogy egy intenzív osztály hogyan üríthető ki az általános kiürítési alapelvek mentén tervezett kiürítési időközön belül), a különböző tűzvédelmi funkciók erős dependens jellegére, napjainkban zajlik az OKF vezetésével egy külön, kórházi tematikájú TvMI készítése.

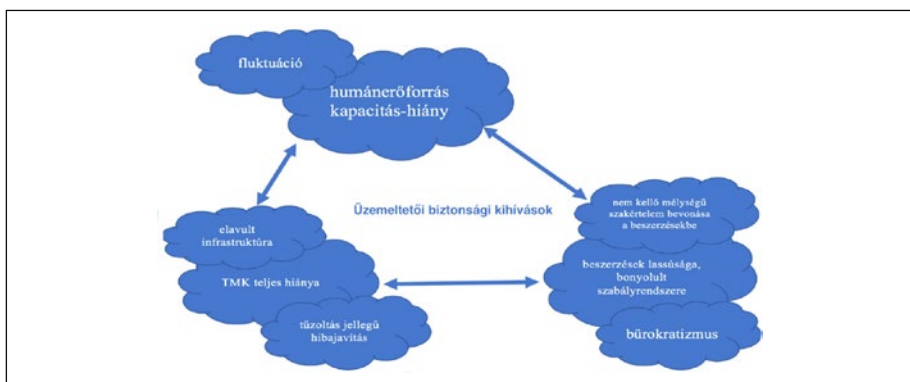
A fenti, általános biztonsági területek szabályozásának fejlesztése mellett fontos lenne az együttműködés és koordináció erősítése a különböző szakterületek között a teljes kórházbiztonsági rendszer hatékonyabb működtetése érdekében. Sok hazai fekvőbeteg-ellátó intézmény nem rendelkezik megfelelő biztonsági szervezettel, mivel a tevékenységek általában külön-külön kerülnek kiszervezésre, vagy saját állományuk elégtelen létszámú a szükséges szaktevékenységek hatékony ellátásához. Emiatt szükség lenne a kórházbiztonság kiterjesztett és komplex értelmezésére, valamint a megfelelő biztonsági szervezetek meglétére minden intézményben és általában az ágazatban.

## A kórház üzemeltetői biztonsági környezete

Az ÜBT-k készítése és a gyakorlati tapasztalatok alapján, a betegellátás alap- és kiszolgáló folyamatainak kockázatainak elemzése során felállított problématerkép elemelve azt tapasztaltuk, hogy bár alapvetően minden kockázati elem kezelhető önállóan is, azonban ezeknek a gyökérokra három problémacsoportra vezethető vissza, melyek alapvetően az egészségügyi ágazat környezeti állandói.

### 1. számú ábra:

*Problématerkép – fekvőbeteg-ellátó intézmények üzemeltetése*



*Forrás: Kátai-Urbán, Mészáros & Vass, 2021.*



A koronavírus okozta világjárvány alatt a kormányzati intézkedések bizonyították a problématerkép helytállóságát is. Az egészségügyi intézményekben az üzemeltetési biztonsági kockázatok csökkentése érdekében a Kormány olyan intézkedéseket hozott, amelyek lehetővé tették a közbeszerzés szabályrendszerének mellőzését a megfelelő indoklás után az Operatív Törzs engedélyével konkrét beszerzések (eszközök, szolgáltatások, bérnövérek) esetében. Emellett a Pénzügyminisztérium és a fenntartó is külön forrást biztosított a beszerzésekhez. Az egészségügyi dolgozók átvezénylésével és az egészségügyi felsőoktatási intézmények hallgatóinak foglalkoztatásával a humán erőforrás-kapacitás-hiány kezelése is megvalósult.

## 2. számú ábra:

A kormányzati intézkedések és a problématerkép viszonyrendszere



Forrás: Kátai-Urbán, Mészáros & Vass, 2021.

A Kormány döntéseivel, az Operatív Törzs általi gyors elbírálással sikerült megfelelően kezelni a fekvőbeteg-ellátó intézmények kockázatainak gyökérokait a járvány időszaka alatt. A járvány lecsengésével és a fenti intézkedések elérhetőségének megszüntetésével azonban a nevesített környezeti elemek fennmaradtak.

## A COVID–19-járvány hatásai a védelmi igazgatásban

A járványhelyzet alatti, kifejezetten VUCA (Vulnerable, Uncertain, Complex, Ambiguous) környezetben agilis, rugalmas intézkedések voltak szükségesek, melyekre minden lehetőség megvolt. Az üzemeltetői biztonsági tervezés feladata azonban egyrészt a hasonló rendkívüli események elkerülése, a kitétségek

csökkentése, az ellenállóképesség növelése, illetve a mégis bekövetkező rendkívüli esemény hatásainak csökkentése. Ezekhez szükséges az ÜBT és az EVT tervezési gyakorlat új alapokra helyezése is, hiszen a világjárvány megelőzésének lehetetlensége, a hatásainak csökkentése érdekében improvizált intézkedések rámutattak, hogy a jelenlegi tervezési gyakorlat aktivizálásra nem alkalmas terveket eredményez.

A Miniszterelnöki Kabinetirodát vezető miniszter irányítása alatt 2022. október 1-jétől központi költségvetési szervként megalakult a Védelmi Igazgatási Hivatal, amelynek célja az ország biztonsági helyzetének javítása, a védelemhez és a biztonsághoz kapcsolódó igazgatási feladatok, valamint az összkormányzati felkészülés összehangolása a válságkezelés és a különleges jogrendi feladatelátás terén. A Védelmi Igazgatási Hivatal 2022. november 1-jétől a védelmi és biztonsági igazgatás központi szerveként működik, és számos feladatot lát el a védelmi és biztonsági tevékenységek összehangolásában. Ezen feladatok közé tartozik az olyan szabályozók előkészítése, amelyek közvetlenül megalapozzák a védelmi és biztonsági igazgatás központi szerve működését, az ágazati javaslatok szakmai tartalmának összehangolását, valamint a szükséges felkészítési tevékenységek végzését. Emellett a Védelmi Igazgatási Hivatal feladatai közé tartozik a központi és területi közigazgatási szervek állományában a védelmi és biztonsági igazgatási feladatokat ellátó személyek védelmi és biztonsági igazgatási szabályozási reformmal összefüggő igazgatási felkészítése is. Ezzel tehát a Kormány levonta a következtetéseket a védelmi igazgatás koronavírus okozta világjárvány alatti működési és az azt megelőző tervezési, felkészülési képességeiből, és új alapokra helyezte az irányítás rendszerét.

A védelmi és biztonsági tevékenység összehangolásáról szóló 2021. évi XCIII. törvény hatására az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.) is változott. Az egészségügyi válsághelyzeti feladatok ellátására vonatkozó tervet (vármegyei részterv) a vármegyei kormányhivatal az Eütv. 232. § (2) bekezdésében meghatározott tervek és szakmai előírások alapján készíti el. Az egészségügyi szolgáltatók által készített intézményi egészségügyi válsághelyzeti tervek a vármegyei részterv mellékleteként szolgálnak. A vármegyei résztervet a területi védelmi bizottsággal egyeztetve, a vármegyei kormányhivatal vezetője, az országos tisztifőorvos útján, két évente a második év február 28. napjáig az egészségügyért felelős miniszter részére jóváhagyás céljából megküldi.

Az eddigi gyakorlat alapján az intézményi EVT-eket a védelmi bizottságok és az országos tisztifőorvos gyűjtötte és tárolta, a fenti új tervezési alapelv azonban új szintre emeli, összehangolja az egészségügyi ágazat felkészülési, védekezési feladatait.

## Lehetséges új tervezési módszertan

Ahogy a járvány rámutatott, hogy a védelmi igazgatás más típusú összehangolása szükséges, úgy az intézményi védelmi tervezés új alapokra helyezése is elengedhetetlen. Ez az EVT tervezési gyakorlat szintjén is (például a COVID miatt a pandémiás tervezésben, válságkommunikációban stb.), és a kritikus infrastruktúrák üzemeltetői biztonsági tervezési tevékenysége terén is indokolt.

Jelenleg az Üzemeltetői Biztonsági Tervrendszer statikus, nem dinamikus, ami azt jelenti, hogy a jogszabály és a kijelölő határozat részletesen meghatározza, hogy mely tevékenységekre és körülményekre kell az üzemeltetői biztonsági tervezés során figyelemmel lenni. Ennek megfelelően tervezni kell, kockázatot kell értékelni az alábbi témakörökben:

- robbanás és tűz,
- külső fegyveres támadás, terrorizmus,
- beléptető rendszer meghibásodása,
- fertőtlenítő/sterilizáló rendszer meghibásodása,
- kazánház, kazán meghibásodása,
- liftek meghibásodása,
- orvostechnikai eszközök meghibásodása,
- gyógyszerellátási, orvosi gázellátás probléma,
- hulladék és veszélyes hulladék elszállítása,
- ionizáló, sugárzó anyaggal kapcsolatos rendellenesség,
- munkavédelem,
- informatikai katasztrófaelhárítás.

A fenti témakörök szorosan összefüggenek a korábbiakban részletezett általános biztonsági területek kórházbiztonsági szerepével.

Bár a kritikus infrastruktúrák kijelölésének 2020. évi felülvizsgálata során a kockázatértékelési módszertan is változott valamelyest (megjelent egy mintadokumentum, mely követi a kockázatsökkentő intézkedések hatékonyságát, illetve a kockázati érték számítása során megjelent a kitettségi érték fogalma), a kockázatértékelés és így a tervezési módszertan továbbra is előre determinált témaköröket dolgoz fel, és így statikus.

Véleményem szerint a tervezés hatékonysága tovább növelhető a minőségirányítási rendszerek és az üzletmenet-folytonossági menedzsment rendszerek (BCMS – ISO 22301) alkalmazásával. A CER irányelv előírja, hogy a tagállamoknak ösztönözniük kell a kritikus szervezeteket, hogy alkalmazzák az európai és nemzetközi szabványokat és technikai előírásokat a biztonsági és reziliencia intézkedések hatékonysága növelése érdekében.

A nevezett szabványrendszert első sorban a termelő ipar használja, célja pedig a profit maximális szinten tartása, minden körülmények között. Az egészségügyi intézmények alapfolyamatainak profitja a betegek élete és egészsége, ezért a kockázatkezelési döntések során pénzügyi értelemben nem alkalmazható a költség-haszon elv, azonban a tervezési módszertan egyértelműen alkalmazható a betegellátásra mint alapfolyamatra.

Az üzletmenet-folytonossági rendszerek tervezésének első lépése az információszerzés és a célok kitűzése, majd az értékgazdák azonosítása és az alapfolyamatok megismerése következik. Az alapfolyamatok kapcsán üzleti hatáselemzés (BIA) elvégzés szükséges, mely során megállapítható az alapfolyamatok és a kiszolgáló folyamatok maximálisan tolerálható leállási értékei, a visszaállításához szükséges idő, és a visszaállítás utolsó lehetséges időpontja. Az üzleti hatáselemzés után elkezdődő kockázatértékelés fontos része a tervezési folyamatnak. A kockázatértékelésnek minden folyamatra ki kell terjednie, amelyben az egyes kockázatok, fenyegetések azonosíthatóak és rangsorolhatóak. A kritikus nyomvonalak és folyamatok különösen fontosak, mivel azok leállása súlyos károkat okozhat az alaptevékenységben. A kockázatok azonosítása után fontos a kritikusságuk rangsorolása, az interdependenciák figyelembevétele, a tolerálható leállási és szükséges helyreállítási értékek alapján. Ez lehetővé teszi a kockázatok súlyosságának és hatásainak pontosabb megértését, és lehetővé teszi az intézkedések prioritásainak és hatékonyságának meghatározását.

Az intézkedési terv készítése a kockázatértékelés eredményeire épül, és célja az azonosított kockázatok kezelése, a kritikus folyamatok és nyomvonalak védelése, a helyreállítási folyamatok meghatározása, valamint az üzleti folyamatok zavartalan működésének biztosítása. A komplex intézkedési terv magában foglalhatja a megelőző, észlelő és helyreállító intézkedéseket, a felelősségi rendszert, a kommunikációs és értesítési rendszert, valamint a tesztelési és ellenőrzési folyamatokat is. A terv végrehajtása, valamint a folyamatos értékelés és javítás lehetővé teszi a kockázatok hatékony kezelését és a zavartalan folyamatok biztosítását. Az üzemeltetői biztonsági tervek és az egészségügyi válsághelyzeti tervek hatékonyságának visszamérése és ellenőrzése elengedhetetlen a tervek tökéletesítése érdekében. A komplex gyakorlatok végrehajtása és teljesítménymutatóinak meghatározása segíti a tervrendszer hatékonyságának növelését.

Ez a tervezési módszertan képes biztosítani, hogy a betegellátás alap-, rész- és kiszolgáló folyamatait elemezve, az azokban bekövetkező változásokra a szervezet dinamikusan tudjon reagálni, így a folyamatok és a kockázatok interdependenciáit is figyelembe véve az általános biztonsági területek által végzett tevékenység hatékonyságát is jelentősen képes növelni.

## Felhasznált irodalom

---

- Bonnyai T. (2019). Európai uniós szabályozás. In Bonnyai T. & Bognár B. (Szerk.), *Kritikus infrastruktúrák védelme* (pp. 47–64). Dialóg Campus Kiadó.
- Káta-Urbán L., Mészáros I. & Vass, Gy. (2021). Egészségügyi kritikus infrastruktúrák biztonsága a koronavírus árnyékában. In Gaál Gy. & Hautzinger Z. (Szerk.), *Rendészet a rendkívüli helyzetekben: húsz éves a Szent László napi konferencia* (pp. 87–91). Magyar Hadtudományi Társaság Határőr Szakosztály Pécsi Szakcsoport.
- Varga I., Kukla E. & Pelyhe, Z. (2015.). *Munkavédelmi stratégiák összehasonlító elemzése*. Nemzetgazdasági Minisztérium.

## Alkalmazott jogszabályok

---

1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről
1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről
1995. évi LIII. törvény a környezet védelmének általános szabályairól
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
2000. évi XLIII. törvény a hulladékgazdálkodásról
2005. évi CXXXIII. törvény a személy- és vagyonvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység szabályairól
2011. évi CXXVIII. törvény a katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról
2012. évi CLXXXV. törvény a hulladékról
2012. évi CLXVI. törvény a létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről
2012. évi CLXVI. törvény végrehajtásáról szóló 65/2013. (III. 8.) Korm. Rendelet a létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről
2021. évi XCIII. törvény a védelmi és biztonsági tevékenység összehangolásáról
- 14/1960. (III. 24.) Korm. rendelet az üzemrendészeti szervek szervezéséről
- 6/1988. (II. 12.) MT rendelet a közületi szervek rendészeti tevékenységéről
- 87/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet a vállalkozás keretében végzett személy- és vagyonvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység átmeneti szabályairól
- 29/2000. (X. 30.) EüM rendelet az egészségügyi intézmények katasztrófaterveinek tartalmi követelményeiről
- 521/2013. (XII. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi válsághelyzeti ellátásról
- 43/2014. (VIII. 19.) EMMI rendelet az egészségügyi intézmények egészségügyi válsághelyzeti terveinek tartalmi követelményeiről, valamint egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról

54/2014. (XII. 5.) BM rendelet Az Országos Tűzvédelmi Szabályzatról  
246/2015. (IX. 8.) Korm. rendelet az egészségügyi létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről  
49/2016. (XII. 28.) EMMI rendelet az emberi erőforrások miniszterének feladatkörét érintő ágazati honvédelmi feladatokról  
337/2022.(IX.7.) Korm. rendelet a Védelmi Igazgatási Hivatalról  
A Miniszterelnöki Kabinetirodát vezető miniszter 10/2022.(IX. 9.) MK utasítása a Védelmi Igazgatási Hivatal Szervezeti és Működési Szabályzatáról

## **A cikk APA szabály szerinti hivatkozása**

---

Mészáros I. (2023). A kórház – mint kritikus infrastruktúra – biztonságának aktuális kérdései. *Belügyi Szemle*, 71(6), 1059–1072. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2023.6.7>