

Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére

Belicza Éva dr.^{1,2}, Takács Erika¹ és Boncz Imre dr.^{1,3}

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Szakmapolitikai és Koordináló Főosztály, Budapest (főosztályvezető: Boncz Imre dr.)¹

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest (igazgató: Szócska Miklós dr.)²

Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Diagnosztikai és Menedzsment Intézet, Pécs (igazgató: Kovács L. Gábor dr.)³

Megjelent: Orvosi Hetilap, 145 (2004): 1545-1592.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2003 végétől internetes visszajelzési rendszer segítségével a hazai egészségügyi szolgáltatások minőségének értékelésére alkalmas indikátorokat tesz közzé, majd a rendszert folyamatosan működteti és fejleszti. A minőségi indikátorok segítségével lehetőség nyílik a szolgáltatások összehasonlítására és az időbeli változások követésére. Az alkalmazott indikátorok nemzetközileg tesztelt és a gyakorlatban már használt indikátorok közül kerülnek ki. A számításokhoz a finanszírozási rendszerben rendszeresen gyűjtött adatok kerülnek felhasználásra. Az eredményekből a következtetések indikátoronként eltérő formában kerülnek megfogalmazásra, az indikátor jellemzőinek függvényében. Azon szolgáltatóknak, amelyek nem megfelelő értékeket mutatnak, az érintett szakterület képviselőivel közösen összeállított standardizált kérdőívet kell kitölteniük az eredmények indoklására és a minőségfejlesztési tervek megfogalmazására. A program célja az ellátás átláthatóbbá tétele, a minőségfejlesztés ösztönzése és a tanúsítási - akkreditációs programok támogatása.

kulcsszavak: minőségi indikátor, egészségügyi szolgáltatók értékelése, minőségfejlesztés

Indicator system development for evaluating the quality of health services

The National Health Insurance Fund of Hungary introduces indicators for evaluating the quality of health services. The new system starts by the end of 2003 on the Internet and it will be updated and improved on a regular base. The quality indicators provide possibility to compare the health services and follow up the changes. The Hungarian indicators came from those indicators, which are described, tested and used, in the international literature and practice. The data derive from the routinely collected financial data of the National Health Insurance Fund. The conclusions drawn from the results will be arranged and interpreted according to the types of indicators. Those providers whose have out of the ordinary values should fill in a standardized questionnaire – which was developed with the representatives of the certain profession – for explaining the results and define quality improvement plan. The aim of the programme is to increase transparency of health services, to enhance quality improvement and to support the certification and accreditation programmes.

Keywords: quality, quality indicators, health services, health insurance

Az elmúlt években egyre inkább előtérbe került az indikátorok alkalmazása az egészségügyi ellátás szolgáltatásainak elemzése és értékelése során. Az ezzel foglalkozó szakemberek, munkacsoportok más és más cél érdekében próbálják meghatározni azokat a mérési pontokat, amelyek hozzájárulnak a szolgáltatások megismeréséhez, az ellátás erősségeinek és fejlesztendő területeinek feltárásához.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2002 őszén döntötte el, hogy a teljesítmények elemzését lehetővé tevő indikátorok alkalmazása mellett [20] az egészségügyi szolgáltatások minőségének mérésére és értékelésére alkalmas indikátorrendszert alakít ki a minőségfejlesztés támogatására. Az indikátorok alkalmazása az egészségügyi ellátás értékelésére alig 10 éves múltat tekint vissza [2, 22, 25, 28, 31, 33, 34]. A különböző országok az eltérő egészségügyi rendszerek, adatszolgáltatási gyakorlat és akkreditációs (tanúsítási) eljárások miatt eltérő technikákat alkalmaznak [23, 33, 34, 36], így nincs kialakult gyakorlati modell és elegendő tapasztalat, amelynek adaptálására hazánkban egyértelműen törekedni lehetne. Az Európai Unió az egészségügyi szolgáltatások minőségi indikátorainak használatával kapcsolatban nem fogalmazott meg konkrét elképzeléseket, csupán módszertani útmutatót tett közzé [40].

Az Egészségügyi, Családügyi és Szociális Minisztérium 2003 tavaszán ajánlást tett közzé a belső minőségügyi rendszer fejlesztésében használható indikátorokra, mely indikátorok célzott adatgyűjtést igényelnek [38]. Célzott adatgyűjtésre épülő elemzések korábban már kerültek publikálásra, azonban ezek szisztematikus, több szolgáltatóra is kiterjedő értékelése nem történt meg [27, 32, 39].

Magyarországon az elmúlt években már voltak próbálkozások meglévő adatbázisainkra támaszkodóan minőségi indikátorok képzésére [5-13, 15, 19, 29, 30]. Ezek a munkálatok alapozták meg egy hazai, szisztematikus fejlesztett és működtetett indikátorrendszer létrehozását. Jelen dolgozatunkban a bevezetés alatt álló hazai minőségi indikátorrendszer kialakításának főbb szempontjait mutatjuk be.

A minőség és mérése

Az egészségügyben, hasonlóan más területekhez, ami nem mérhető, azt nehéz fejleszteni. Az ellátók, fogyasztók, döntéshozók és mások keresik a minőségfejlesztés lehetőségeit. Ez hozzáférhető, megbízható minőségi indikátorokat kíván, amelyeket fel lehet használni a lehetséges problémák vagy sikerek jelzéséhez az időben történő trendek követésével és a különböző régiók, közösségek és ellátók közötti különbségek feltárásával.

Az egészségügyben számos indikátort alkalmaznak, azonban ezeknek csupán egy szűk köre alkalmas a szolgáltatások minőségének megítélésére. Annak eldöntéséhez, hogy egy indikátor alkalmas-e a szolgáltatások minőségének mérésére, elsőként magát a minőség fogalmat szükséges értelmezni.

A szolgáltatások minőségének különböző definíciói ismertek az egészségügyben. Gyakorlatias definíciót fogalmazott meg az Institute of Medicine, mely szerint „az ellátás minősége annak mértéke, amennyire az egészségügyi szolgáltatás az egyének vagy a lakosság számára növeli a tervezett egészségi eredmények elérésének valószínűségét, és amennyire konzisztens az aktuális tudományos ismeretekkel” [3]. Az 1995-ben Hajdúszoboszlón tartott konszenzus konferencia szerint: „az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, amely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított, elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki. A megvalósulás mértéke minden egyes komponens tekintetében az arra jellemző mutatóval írható le” (ld. 1. táblázat) [14, 16, 18].

A minőség értékelése során ismerni kell a minőség meghatározásokat. Az értékelésnek ezen meghatározásokra kell támaszkodnia, azaz a minőség mérésére és értékelésére alkalmas

mutatószámoknak alkalmasnak kell lenniük arra, hogy „a megvalósulás mértékét” kifejezzék. Ezen elvárásra támaszkodva kerültek kifejlesztésre a különböző minőségi indikátor definíciók. Berstein és Hilborne szerint a minőségi indikátor „az ellátási folyamat vagy eredmény olyan mérhető eleme, amely az ellátás minőségének egy vagy több komponensét jellemzi és elméletileg az ellátók képesek befolyásolni” [17]. Az ausztrál értelmezés szerint „az ellátás klinikai menedzsmetjének és eredményének mérése” [23]. A Joint Commission megfogalmazása alapján a minőségi indikátor „az ellátás egy szempontjának kvantitatív mérése, de az indikátor nem közvetlenül méri a minőséget, inkább egy jelzés vagy kiemelés, amely utal azon területekre, amelyek részletesebb elemzést igényelnek” [33]. Saját megfogalmazásunk ezen legutóbbi megfogalmazáshoz áll a legközelebb: „a minőségi indikátor olyan mutatószám vagy egyedi esemény, amely az ellátás (szakmai, menedzseri és támogató tevékenység) minőségének követésére és értékelésére alkalmazható. Az indikátor nem méri közvetlenül a minőséget: jelzi azon tevékenységi területeket, amelyek további elemzést igényelnek”.

A definíciókból kézenfekvően következik, hogy a minőség mérése az ellátási – szakmai, menedzseri és támogató – folyamatok, illetve az elért eredmények mérhető és értékelhető területeit célozza meg [21, 37]. A szakmai folyamatok esetén vizsgálható, pl. a nyújtott szolgáltatások megfelelősége, időszerűsége; a menedzseri folyamatok esetén az interperszonális kapcsolatok időszerűsége, az információátadás teljessége, a hozzáférés; a támogató folyamatok esetén a betegoktatás megfelelősége, etikai normák betartása, hozzáférés, stb. Az ellátás eredményeinek elemzése számos területen lehetséges [21, 31], de általában három fő területre koncentrál: az ellátottak egészségi állapota vagy az abban bekövetkezett változások, az érintettek elégedettsége és a források felhasználása [37].

A minőségi indikátorok alkalmazói

Az ellátás minősége a különböző érdekcsoportok számára mást és mást jelenthet. A beteg szempontjai, mint pl. az ellátás etikussága, szeméremérzet tisztelgésben tartása, vagy kórházi osztályokon az ápolók hívásra történő megjelenéséig eltelt idő, pl. a gazdasági vezető számára kevésbé hangsúlyos, akit inkább a források felhasználása, illetve az ellátás hatékonysága érdekel.

A különböző érdekeltek szempontjainak érvényesülése érdekében az indikátorrendszerek kialakítása során a nemzetközi gyakorlatban a „balanced scorecard” szemlélet egyre inkább előtérbe kerül [22], sőt a „balanced scorecard” rendszerre támaszkodó intézményi rangsorolással is lehet találkozni [36]. (A balanced scorecard szemlélet az ellátás minőségét négy fő érdekeltégi terület szerint pontozza a képzett indikátorokra támaszkodva, és a kapott pontszámok szerint történhet rangsorolás. Az értékelés területei általában a szakmai ellátást nyújtók, az igénybevevők és a működtetést végzők szempontjait tükrözik, valamint a fejlesztések támogatására vonatkoznak.) A hazai indikátorrendszer kialakításakor törekszünk arra, hogy - a lehetőségek függvényében - valamennyi érdekcsoport megtalálja a saját érdekeltégi körének megfelelő értékelési pontokat, a mérések kialakításakor nem a finanszírozói szemlélet lesz az uralkodó. Mivel az indikátorok értékeit az ellátás minőségétől független tényezők is alakíthatják, nem törekszünk arra, hogy a kapott eredmények alapján az intézményeket „minősítsük” vagy rangsoroljuk, az eredmények alapján az érintett szolgáltatókat kívánjuk ösztönözni gyakorlatuk megváltoztatására.

A szolgáltatás nyújtásának minőségén túlmenően - ugyancsak indikátorok segítségével - vizsgálni kívánjuk az elemzéshez felhasznált adatok minőségét is teljesség, helyesség és időszerűség szempontjából egyaránt.

Az értékelendő indikátorok kiválasztási szempontjai

Valamely minőségi indikátor alkalmazásakor fontos elvárás, hogy objektíven mérje az ellátási folyamatot vagy eredményt, és határozza meg a fejlesztés lehetséges területeit. Ugyancsak figyelembe kell venni, hogy az indikátor képzése és értékelése hatékony eljárás legyen, azaz a ráfordítás és az elért (elérhető) minőségfejlesztés viszonya megfelelő legyen [1, 4, 25].

Az indikátorok képzési programjának kialakításához célszerű először az elvárt főbb jellemzőket megfogalmazni [1, 3, 4, 7, 24, 35] (2. táblázat). Valamennyi elvárt jellemző együttes teljesülése esetén várható el, hogy értékelhető minőségjavulás történjen, illetve az elért „sikerek” felismerhetővé váljanak és megmaradjanak, illetve elismerhetővé váljanak.

Az indikátor elméleti megalkotása mellett lényeges szempont az adatszükséglet szerinti adatelérhetőség kérdése. Az adatoknak három lehetséges fő forrása van: adminisztratív adatok, betegdokumentációk és célzott felmérések [4].

Az adminisztratív adatok - általában a finanszírozó felé - rendszeresen és folyamatosan gyűjtött adatokat jelentenek. A magyar egészségügyi rendszerben alapvetően ilyen adatok a fekvőbeteg és járóbeteg szakellátás beteg, illetve eset szintű adatai, az irányított betegellátási modellben keletkező adatok, a támogatott gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdő igénybevételi, illetve a keresőképtelenségi adatok. Az adminisztratív adatok alkalmazásának számos előnye van: olcsó és állandóan elérhető, (mert rendszeresen, elektronikusan szolgáltatják), a minőségmérési cél nem befolyásolja az adatok tartalmát (más cél befolyásolja), általában esetszintű és valamennyi eseményre vonatkozó. Az előnyök mellett azonban hátrányai is vannak: az adattartalom minősége az eredeti adatgyűjtési cél miatt befolyásolt lehet, olyan adatelemek hiányozhatnak, amelyek az indikátor értékeinek interpretálásához szükségesek (pl. a kockázatra kiegyenlítéshez), ellenállás várható az adatszolgáltatók körében.

A betegdokumentációk olyan nyilvántartások, amelyek a betegek ellátásával kapcsolatban keletkeznek az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során. Ilyen dokumentációk lehetnek a kórlapok, műtéti naplók, laboratóriumi nyilvántartások, stb. Ezek az információhordozók nagyon részletes adatokat tartalmaznak a beteg ellátásával kapcsolatban, de általában nem kerülnek összegyűjtésre meghatározott módon vagy rendszerességgel, és elektronikusan általában ma még nem elérhetőek. Indikátorok képzéséhez alkalmazásuk előnye, hogy az adatminőséget az adatgyűjtés célja nem befolyásolja, így az feltételezhetően jobb, mint az adminisztratív adatoké. Hátrányuk, hogy amennyiben csak papír-alapú hordozón állnak rendelkezésre, célzott adatgyűjtést kell végezni a szükséges információk kinyeréséhez és így az eljárás költséges és munkaigényes. A másodlagos adatgyűjtés során az adatok torzulhatnak. Az elemzés általában csak mintára tud támaszkodni, melyet meghatározott időközönként lehet ismételtelen vételezni. Ha aggregált adatok gyűjtése történik, annak valóságtartalma utólag nehezen visszaellenőrizhető. További hátrányként fogalmazható meg, hogy hiányozhatnak az indikátor korrekt értékeléséhez szükséges adatelemek. A szolgáltatók – még akár egy adott intézményen belül is - a szükséges adatelemeket eltérő módon tarthatják nyilván, ezért a szolgáltatók közötti összehasonlíthatóságot szolgáló indikátorképzés nem biztosan valósítható meg.

Célzott adatgyűjtés esetén, azaz indikátorképzés céljára kidolgozott adatgyűjtési protokoll alapján készült adatgyűjtés számos előnnyel jár: tervezhető, így valamennyi szükséges adatelem begyűjthető és az adatgyűjtés egységes. Figyelembe lehet venni az adatgyűjtés tervezésekor a kockázati tényezőket és egyéb befolyásoló tényezőket, törekedni lehet a reprezentativitásra. A célzott adatgyűjtés ugyanakkor rendkívül drága lehet, az adattartalmat az adatgyűjtés célja befolyásolhatja, és így az adatszolgáltatás manipulálható. A célzott adatgyűjtés a másodlagos (dokumentáció eredetű) adatgyűjtéshez hasonlóan csak időszakosan végezhető, így nem ad folyamatos visszajelzést a szolgáltatások minőségéről.

Nehéz elérni, hogy valamennyi érintett szolgáltató korrekten elvégezze az adatközlést. Viszonylag szűk ellátási spektrum mérhető és értékelhető (vagy túl sok adatot kérünk, és akkor nő annak a valószínűsége, hogy sérül az adatminőség).

Az elemzési körbe vonandó indikátorok kiválogatásánál az adatgyűjtés lehetőségeinek vizsgálatán túlmenően további szempont, hogy lehetőség szerint minél nagyobb ellátási kört lefedjen. Túl sok indikátor használata sokba kerül, és nem hoz lényegesen több eredményt, mint az adott ellátási területre vonatkozó kevés, de jól meghatározott indikátor használata [4]. Az elemzendő területek kiválasztásánál érvényesítendő szempontokat a 3. táblázat tartalmazza [21, 26, 33].

A fentiek figyelembe vételével a hazai ellátás minőségi indikátorainak kiválasztásakor a következő szempontokat érvényesítjük:

- (1) létező adatbázisból meghatározható
- (2) nemzetközi kutatások az alkalmasságát tesztelték
- (3) magyar viszonyok között értelmezhető
- (4) nemzetközi gyakorlatban alkalmazzák
- (5) statisztikai szempontból elegendő az esetszám az egyes szolgáltatóknál.

A jelenleg tesztelés alatt álló indikátorokat a 4. táblázat tartalmazza. Az indikátorok képzése mellett minden indikátor esetében meghatározásra kerül az adott indikátor kiszámítási módja, az érintett szolgáltatók, a mérés gyakorisága, az értékelés módja, a szakirodalmi források, és azok a minőségi problémák, amelyekre az indikátor nem megfelelő értéke felhívhatja a figyelmet (5. táblázat). Az indikátor jellemzőkből „kapcsos könyv” készül, melyet folyamatosan fejleszt a szakértőkből álló munkabizottság az érintett szakmák, szervezetek bevonásával az eredmények és visszajelzések alapján. A jellemzőket az indikátor eredményekkel egyidejűleg közzé tesszük.

Az indikátorok képzéséből nyert eredmények értékelése

A képzett indikátorok eredményeinek értékelésére elsősorban a „benchmarking”, az összehasonlítás módszere kerülhet előtérbe. A módszer alkalmazásának elsődleges oka, hogy a legtöbb indikátor esetében nincsenek ismert, elfogadott szint-értékek, így csak a szolgáltatások egymással történő összehasonlítására, illetve az időben történő változások elemzésére van lehetőség. Több indikátor érték összevetése – akár szolgáltatók között, akár trend formájában - csak standardizált eljárások alkalmazása esetén lehetséges, így ha az intézmények önállóan kezdeményezik indikátorok képzését, általában nincs lehetőség arra, hogy a kapott eredmények alapján el tudják helyezni magukat a hasonló szolgáltatást végző intézmény között. Mivel a hazai indikátorrendszer valamennyi szolgáltatás értékelése során ugyanazon módszereket alkalmazza, a szolgáltatók tevékenysége összevethetővé válik.

Az indikátor eredmények értékelése történhet:

- (1) nyers mutatókkal (pl. műtéti halálozás) vagy kockázati tényezőket figyelembe vevő (általában indirekt) standardizálás után (pl. kor és nem figyelembe vétele);
- (2) trendek vizsgálatával, azaz időben történő változások követésével ugyanazon szolgáltató esetében, vagy keresztmetszeti vizsgálattal, azaz egy meghatározott időpontban különböző szolgáltatók indikátor értékeinek összevetésével;
- (3) országos átlaghoz való viszonyítással vagy azonos szolgáltató csoporthoz való viszonyítással vagy esetenként nemzetközi ismert értékekhez való viszonyítással.

Az (1)-(3) pontban felsorolt egyes értékelési módszerek egymással jól kombinálhatók. A következtetések levonása a szolgáltatás minőségére vonatkozóan indikátoronként eltérő lehet. Kiemelhetőek a szélső értékeket mutató intézmények (pl. alsó és/vagy felső centilisbe esők), a statisztikailag szignifikáns változásokat, vagy kifejezetten rossz eredményeket mutató szolgáltatók.

Visszajelzési mechanizmus

Az indikátorok értékeit az érintett adatszolgáltató számára nevesítve, a közvélemény számára anonim módon jelezzük vissza a program indulásakor. Az anonimitás azért lehet fontos - különösen az első egy-két évben - mert az adattorzulások miatti rossz megítélés, illetve a szakmailag hozzá nem értők helytelen interpretálása, a jó vagy megfelelő minőségű ellátást nyújtó szolgáltatókat is pellengérré állíthatják. A visszajelzést az Országos Egészségbiztosítási Pénztár erre a célra létrehozott internetes felületen keresztül fogja biztosítani.

A statisztikai elemzések szerint szélső értékeket vagy jelentős romló tendenciát mutató intézményektől szisztematikus módon fejlesztett jelentési formulára támaszkodva az OEP szakmai beszámolót kér. A beszámolóban az érintett intézmények a nyújtott szolgáltatás részletes elemzését és az indikátor értékek javulását elősegítő, tervezett fejlesztési lépéseket fogják bemutatni. A jelentési formulák kidolgozásába az érintett szakmai csoportokat, kollégiumokat a fejlesztők felkérlik.

A kiugró változásokat vagy nagyon eltérő eredményeket mutató intézményekben az adott szolgáltatásra vonatkozó adatok minőségének célzott értékelése kerülhet szóba. A minőségi indikátorokat is figyelembe vevő ösztönzési rendszer kidolgozása folyamatban van. Tervek szerint az indikátor programban való aktív részvétel feltétele lesz a minőségügyi tanúsítványok OEP általi elismerésének.

Irodalom

1. A framework for managing the quality of health services in New South Wales. Quality framework for NSW Health Steering Committee, 1999. <http://www.health.nsw.gov.au/public-health/qu/publications/quality.pdf> – 2. AHRQ Quality Indicators—Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals—Volume, Mortality, and Utilization. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. AHRQ Pub. No. 02-RO204. – 3. America's Health in Transition: Protecting and Improving Quality. A Statement of the Council of the Institute of Medicine. Washington, DC: U.S. Institute of Medicine; 1994. – 4. Assessing hospital performance. Workshop conducted by Quality Measurement Advisory Service, April 17-18, 1997. Foundation for Health Care Quality. www.qualityhealth.org – 5. *Belicza É.*: A kórházi ellátás minőségének indikátorai III. A műtét körüli időtartamok értékelése az 1993. július 1 – 1995. június 30. közötti elbocsátások alapján. EMIKK füzetek, 13. sz. füzet. NJM Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ, Debrecen, 1997. – 6. *Belicza É.*: A kórházi ellátás minőségének indikátorai IV. Az 1996-os betegforgalmi adatokra vonatkozó elemzések. EMIKK füzetek 16.sz. füzet. NM Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ, Debrecen, 1998. – 7. *Belicza É.*: Minőségi indikátorok az egészségügyi ellátásban. LAM, 1999, 9 60-66. – 8. *Belicza É., Balogh A., Szócska M.*: A kórházi ellátás minőségi indikátorai: az akut myocardialis infarctus kezelésének értékelése. Orv. Hetil., 2001, 142, 1103-1109. – 9. *Belicza É., Boján F.*: A kórházi ellátás minőségének indikátorai I. A beteg osztályos felvételétől az első lényeges beavatkozásig eltelt idő. EMIKK füzetek, 2. sz. füzet. NJM Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ, Debrecen, 1995. – 10. *Belicza É., Boján F.*: Minőségi indikátorok a fekvőbeteg ellátásban. A halálozási arányszámok értékelése néhány műtétes homogén betegcsoportban. LAM, 1995, 5, 360-367. – 11. *Belicza É., Boján F.*: Minőségi indikátorok a fekvőbeteg ellátásban. II. A halálozási arányszámok értékelése néhány műtétes homogén betegcsoportban. EMIKK füzetek, 7.sz. füzet. NJM Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ, Debrecen, 1995. – 12. *Belicza É., Boján F.*: Teljesítmény mutatók a hazai fekvőbeteg gyógyintézetekben az 1993.július 1 - 1994. június 30. között elbocsátott betegek adatai alapján. EMIKK füzetek 6.sz.füzet. NJM Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ, Debrecen, 1995. – 13. *Belicza É., Boján F.*:

Teljesítmény mutatók a hazai fekvőbeteg gyógyintézetekben az 1994.július 1 - 1995. június 30. között elbocsátott betegek adatai alapján. EMIKK füzetek 8.sz.füzet. NJM Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ, Debrecen, 1995. – 14. *Belicza É., Boján F.*: Konszenzus konferencia a „Minőség az egészségügyben” magyarországi definíciójának megalkotására. LAM, 1996, 6, 600-601. – 15. *Belicza É., Kullmann L., Boján F.*: A teljesítményelvű finanszírozás hatása a kórházi adatszolgáltatás minőségére. LAM, 1996, 6, 252-260. – 16. *Belicza É., Zékány Zs.*: A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. EMIKK füzetek 17.sz. füzet. Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ, Debrecen, 1998. 17. *Bernstein, S.J., Hilborne, L.H.*: Clinical indicators: the road to quality care? Jt. Comm. J. Qual. Improv., 1993, 19, 501-519. – 18. *Boján F., Belicza É.*: Bevezetés az egészségügyi minőségbiztosításba. EMIKK füzetek, 5. sz. füzet. NJM Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ, Debrecen, 1995. – 19. *Boján, F., Hajdu, P., Belicza, É.*: Avoidable mortality. Is it an indicator of quality of medical care in Eastern European countries? Qual. Assur. Health Care 1991, 3, 191-203. – 20. *Boncz I., Sebestyén A.*: Az egyetemek szerepe a progresszív betegellátás rendszerében. Orv. Hetil., 2003, 144, 523-528.- 21. *Boyce, N., McNeil, J., Graves, D., és mtsa*: Quality and Outcome Indicators for Acute Health Care Services, Australian Government Publishing Service, Canberra, 1997. – 22. *Chang, L., Lin, S.W., Northcott, D.N.*: The NHS performance assessment framework. A „balanced scorecard” approach? J. Manag. Med., 2002, 5, 345-358. -23. *Collopy, B.T., Ansari, M.Z., Booth, J.L., és mtsa*: The Australian Council on Healthcare Standards Care Evaluation Program. Med. J. Aust., 1995, 16, :477-80. – 24. *Collopy, B.T., Campbell, J.C., Williams, J.W., és mtsai*: Acute Health Clinical Indicator Project Final Report, Australia, 1999. <http://www.health.vic.gov.au/clinicalindicators> - 25. Critical Appraisal of Clinical Performance Measures for Quality Management Quality Criteria and Quality Indicators in Health Care. Consensus Paper presented by the German Medical Association, the National Association of Statutory Health Insurance Physicians and Association of the Scientific Medical Societies in Germany, Jena, 2001. – 26. *Gold, L., Parry, D., Raftery, J., és mtsai*: An assessment of potential indicators of clinical effectiveness. Health Services Management Centre, University of Birmingham, 1998. – 27. *Gulácsi L.*: Indikátorok: mérhetőség és elszámolhatóság. Egészségügyi Menedzsment, 2003. 5 (1): 49-54. – 28. *Horváth A. R., Endrőczy E., Mikó T.*: Orvosi diagnosztikai laboratóriumok minőségfejlesztése. Orvosi Hetilap, 2003, 144, 1389-1395.- 29. *Kullmann L., Belicza É., László G.*: Az alsó végtag amputáció kétéves eredményei Magyarországon, országos adatbázis alapján, Orv. Hetil., 1994, 135: 2327-2332. – 30. *László, G., Belicza, É., Kullmann, L.*: Lower limb amputations over two years in Hungary, Surg. Arch. Orth. Traum. Rheum. Surg., 1999, 119, 94-97. – 31. *Lohr, K.N.*: Outcome measurement: concepts and questions. Inquiry. 1988, 25, 37-50. -32. *Mogyorósy G., Belicza É.*: Minőségi indikátorok fejlesztése a gyermekkardiológiában, Pediáter, 1998, 7: 308-312. – 33. *Nadzam, D.M., Turpin, R., Hanold, L.S., és mtsa*: Data-driven performance improvement in health care: the Joint Commission's Indicator Measurement System (IMSsystem). Jt. Comm. J. Qual. Improv., 1993, 19, 492-500. – 34. Quality Indicators from the Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP QIs). Fact Sheet. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2000. <http://www.ahrq.gov/data/hcup/qifact.htm> - 35. *Seidman, J.J., Greenfield, Sh.*: Quality for good measure. Sem. med. pract., 1998, 1, 7-10. – 36. *Selling, I.*: Do star ratings really reflect hospital performance? J. Health Org. Manag., 2003, 17: 210-223. – 37. *Showstack, J., Katz, P.P., Weber, E.*: Evaluating the Impact of Hospitalists. Ann. Intern. Med., 1999, 130, 376-381. – 38. Szakmai indikátorok az egészségügyi intézmények minőségirányítási rendszerének fejlesztéséhez. Egészségügyi Közlöny, 2003. 53, 2279-2286. – 39. *Szloboda I-né, Gulácsi L.*: A decubitus mint minőségi indikátor az ápolási menedzsment számára. Eü. Gazd. Szmlle, 1995, 33, 311-327. – 40. The New Programming period 2000-2006: methodological working papers. Working paper 3. Indicators for Monitoring and

Evaluation: An indicative methodology. European Commission, Directorate-General XVI.
http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docoffic/working/doc/indic_en.pdf

levelezési cím

dr. Belicza Éva
Semmelweis Egyetem
Egészségügyi Menedzserképző Központ
Budapest Pf. 610.
1539
e-mail: belicza@emk.sote.hu

1. táblázat

Az egészségügyi ellátás minőségének legfontosabb komponensei

- Hatékonyság (efficiency) (technikai és allokációs hatékonyság)
- Eredményesség (effectiveness)
- Hatásosság (efficacy)
- Hozzáférés (accessibility)
- Időszerűség (timeliness)
- Folyamatosság (szolgáltatáson belül és szolgáltatók között) (continuity of care)
- Méltányosság (azonos esélyű hozzáférés az egészségi állapottal indokolt szolgáltatáshoz) (equity)
- Biztonság (safety)
- Megfelelőség (szakmailag indokolt ellátás nyújtása) (appropriateness)
- Elfogadhatóság (betegjogok, ellátási környezet, stb.) (acceptability)

2. táblázat

Az indikátorok iránt elvárt legfőbb jellemzők

- tudományos eredményekre támaszkodik (ha releváns, elsősorban a szakmai indikátorok esetében)
- a számláló és a nevező világosan definiált és könnyen mérhető
- széleskörűen gyűjthetőek az adatok és terjeszthetőek az eredmények
- az indikátor sok beteget érint (nagy a nevező), így a gyakoriság meghatározható (statisztikai értékelés kis esetszám esetén nem lehetséges)
- az indikátorral értékelt minőségi komponens meghatározható (ld. 1. táblázat)
- a folyamat indikátor jobb, mint a kimeneti indikátor, mert
 - a folyamatok időben fejleszthetők, az eredmények pedig hosszabb időn keresztül ismeretlenek maradhatnak,
 - az eredmény indikátorok értékeiből többnyire – a beteg eredetű kockázati tényezők miatt – nehezebb következtetéseket levonni a szolgáltatás minőségére vonatkozóan
- lehetőség van a háttérfaktorok figyelembe vételére, vagy pedig azok nem befolyásolják lényegesen az indikátor értékeket
- lehetőség van az értékelt ellátás fejlesztésére

3. táblázat

A lehetőség indikátor területek kiválasztásakor érvényesítendő szempontok*

- nagyszámú beteget érintő témakör
- magas költségű eljárást célzó témakör
- ismert változékonyság van az ellátási gyakorlatban
- nem megfelelő az ellátás eredménye a lehetőségekhez képest
- a lakosság szempontjából fontos témakör

*A táblázatban szereplő szempontok közül legalább egy érvényesülése szükséges.

4. táblázat

A tesztelés alatt álló indikátorok listája

Fekvőbeteg ellátás tesztelés alatt álló minőségi indikátor területei

1. elektív beavatkozás a felvétel napján vagy az ellátás első napján
2. elektív csípőprotézist követő ápolási idő
3. kórházi visszavételi arány (aktív osztályra) elbocsátást követően 28 napon belül
4. elektív sebészeti eljárást követően 14 napon belüli kórházi visszavétel
5. AMI* halálozás
6. elektív műtétet követő kórházi halálozás
7. újszülött halálozás
8. halálozás a rehabilitációs osztályokon
9. halálozás a traumatológiai osztályokon
10. boncolási arány
11. trombolitikus terápia alkalmazása AMI*-s betegek körében
12. császármetszés gyakorisága
13. vaginális szülés császármetszést követően
14. alsó végtagi nagyamputációt követő rehabilitáció
15. AMI*-t követő rehabilitáció
16. CABG*-t követő rehabilitáció
17. elektív csípőprotézist követő rehabilitáció

Irányított betegellátási modell tesztelés alatt álló minőségi indikátor területei

1. szűrési programokban való részvétel
2. asztma prevalencia
3. diabétesz prevalencia
4. magasvérnyomás prevalencia
5. dohányzási prevalencia
6. ismert BMI*-vel rendelkezők aránya
7. éves szemészeti felülvizsgálat diabéteszesek körében
8. AMI-t követően béta-blokkolók alkalmazása
9. öngyilkossági arány
10. magas költségű, tételes elszámolású diagnosztikai vizsgálatok alkalmazása

11. CABG*-hez való hozzáférés
12. hysterectomia
 1. asztma miatti kórházi felvételek
13. stroke miatti kórházi felvételek
14. diabéteszes szövödmények miatti kórházi felvételek
15. dobhártya felszúrása gyermekpopulációban
16. egy főre jutó antibiotikum költség az antibiotikumot kapottak körében
17. egy főre jutó megkezdett antibiotikus kúrák száma
18. egy megkezdett antibiotikus kúra átlagos költsége
19. keresőképtelenségben töltött idő

*AMI = Akut miokardiális infarktus; BMI: body mass (testtömeg) index; CABG: koronária bypass műtét

5. táblázat

Az indikátorok nyilvántartási rendszere („kapcsos könyv” tartalma)

1. Indikátor megnevezése, kódja
2. Az alkalmazás célja
3. Indikátor típusa: rendkívüli vagy számolt / folyamat vagy eredmény
4. Lehetséges minőségi problémák a háttérben (személyi és szervezeti problémák, amire az indikátor rávilágíthat)
5. A minőség értékelt komponense
6. Számláló / Nevező
7. Adatforrás
8. Ellátás minőségétől független befolyásoló tényezők (kockázatok)
9. Számítások során (standardizálás, alcsoportok) figyelembe veendő kockázati tényezők
10. Érintett ellátók köre
11. Érintett populáció
12. Lehetséges adatminőségi problémák
13. Mérés gyakorisága (elemzési időintervallum)
14. Ismert vagy elfogadható szint-érték
15. Következtetések levonásának módja (centilisek, szint értékekkel való összevetés, stb.)
16. Lekérdezés kódok
17. Definíciók
18. Irodalmi hivatkozások
19. Érintett szakmai csoportok
20. Magyarázatok, megjegyzések
21. Felelős