



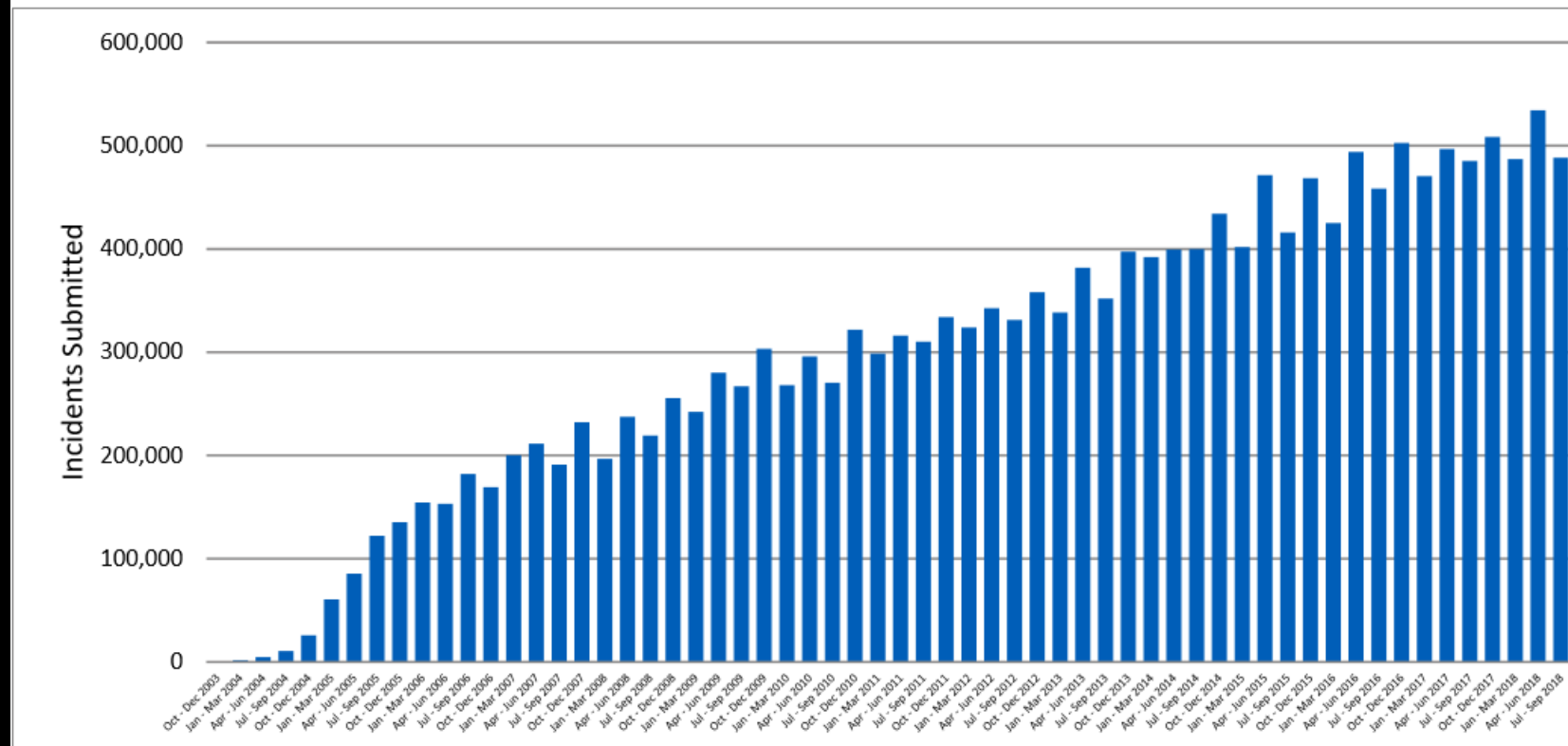
# BETEGBIZTONSÁG A NAGYVILÁGBAN – NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Dr. Mayer Ákos

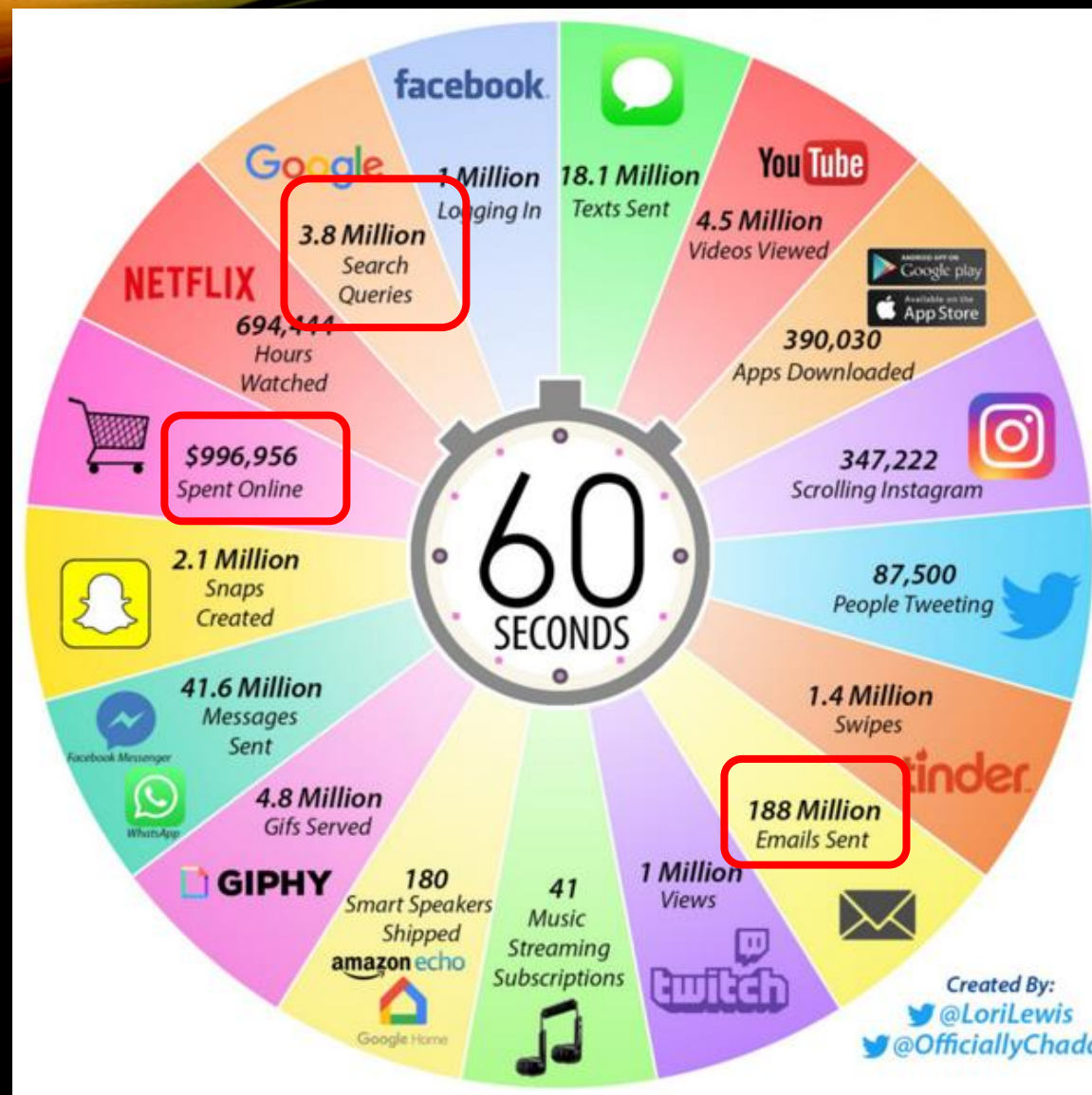
# 50 Reasons Not To Change



**Figure 1: Number of incidents reported to the NRLS, October to December 2003 up to July to September 2018**



**Forrás:** [https://improvement.nhs.uk/documents/5065/NAPSIR\\_commentary\\_March\\_2019\\_Final.pdf](https://improvement.nhs.uk/documents/5065/NAPSIR_commentary_March_2019_Final.pdf)



**Forrás:** <https://www.visualcapitalist.com/what-happens-in-an-internet-minute-in-2019/>

# MIÓTA VAN BETEGBIZTONSÁG?

## Iatrogenic Illness on a General Medical Service at a University Hospital

Knight Steel, M.D., Paul M. Gertman, M.D., Caroline Crescenzi, B.S., and Jennifer Anderson, Ph.D.

### Abstract

We found that 36 per cent of 815 consecutive patients on a general medical service of a university hospital had an iatrogenic illness. In 9 per cent of all persons admitted, the incident was considered major in that it threatened life or produced considerable disability. In 2 per cent of the 815 patients, the iatrogenic illness was believed to contribute to the death of the patient. Exposure to drugs was a particularly important factor in determining which patients had complications. Given the increasing number and complexity of diagnostic procedures and therapeutic agents, monitoring of untoward events is essential, and attention should be paid to educational efforts to reduce the risks of iatrogenic illness. (N Engl J Med. 1981; 304:638-42.)

March 12, 1981

N Engl J Med 1981; 304:638-642

DOI: 10.1056/NEJM198103123041104

## Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I\*

T A Brennan, L L Leape, N M Laird, L Hebert, A R Localio, A G Lawthers, J P Newhouse, P C Weiler, H H Hiatt

..... \*This is a reprint of a paper that appeared in *New England Journal of Medicine*, 1991, Volume 324, pages 370-6. Copyright © 1991, Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

**Background:** As part of an interdisciplinary study of medical injury and malpractice litigation, we estimated the incidence of adverse events, defined as injuries caused by medical management, and of the subgroup of such injuries that resulted from negligent or substandard care.

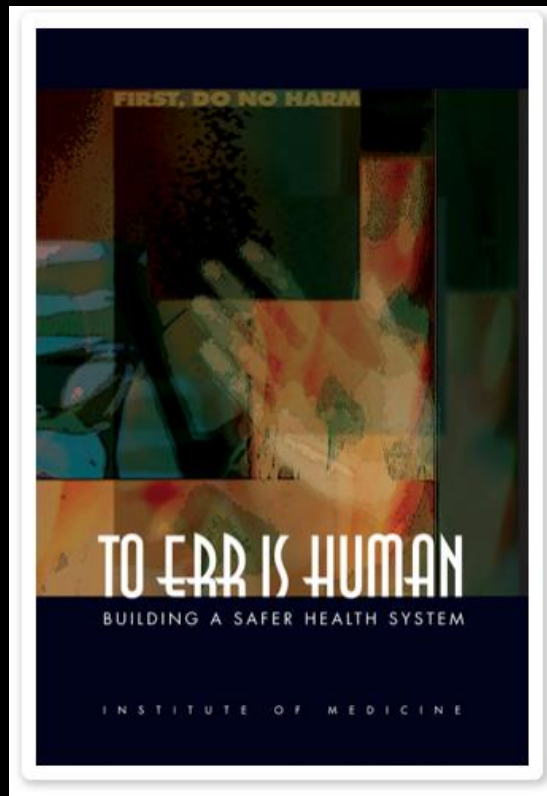
**Methods:** We reviewed 30 121 randomly selected records from 51 randomly selected acute care, non-psychiatric hospitals in New York State in 1984. We then developed population estimates of injuries and computed rates according to the age and sex of the patients as well as the specialties of the physicians.

**Results:** Adverse events occurred in 3.7% of the hospitalizations (95% confidence interval 3.2 to 4.2), and 27.6% of the adverse events were due to negligence (95% confidence interval 22.5 to 32.6). Although 70.5% of the adverse events gave rise to disability lasting less than 6 months, 2.6% caused permanently disabling injuries and 13.6% led to death. The percentage of adverse events attributable to negligence increased in the categories of more severe injuries (Wald test  $\chi^2=21.04$ ,  $p<0.0001$ ). Using weighted totals we estimated that among the 2 671 863 patients discharged from New York hospitals in 1984 there were 98 609 adverse events and 27 179 adverse events involving negligence. Rates of adverse events rose with age ( $p<0.0001$ ). The percentage of adverse events due to negligence was markedly higher among the elderly ( $p<0.01$ ). There were significant differences in rates of adverse events among categories of clinical specialties ( $p<0.0001$ ), but no differences in the percentage due to negligence.

**Conclusions:** There is a substantial amount of injury to patients from medical management, and many injuries are the result of substandard care.

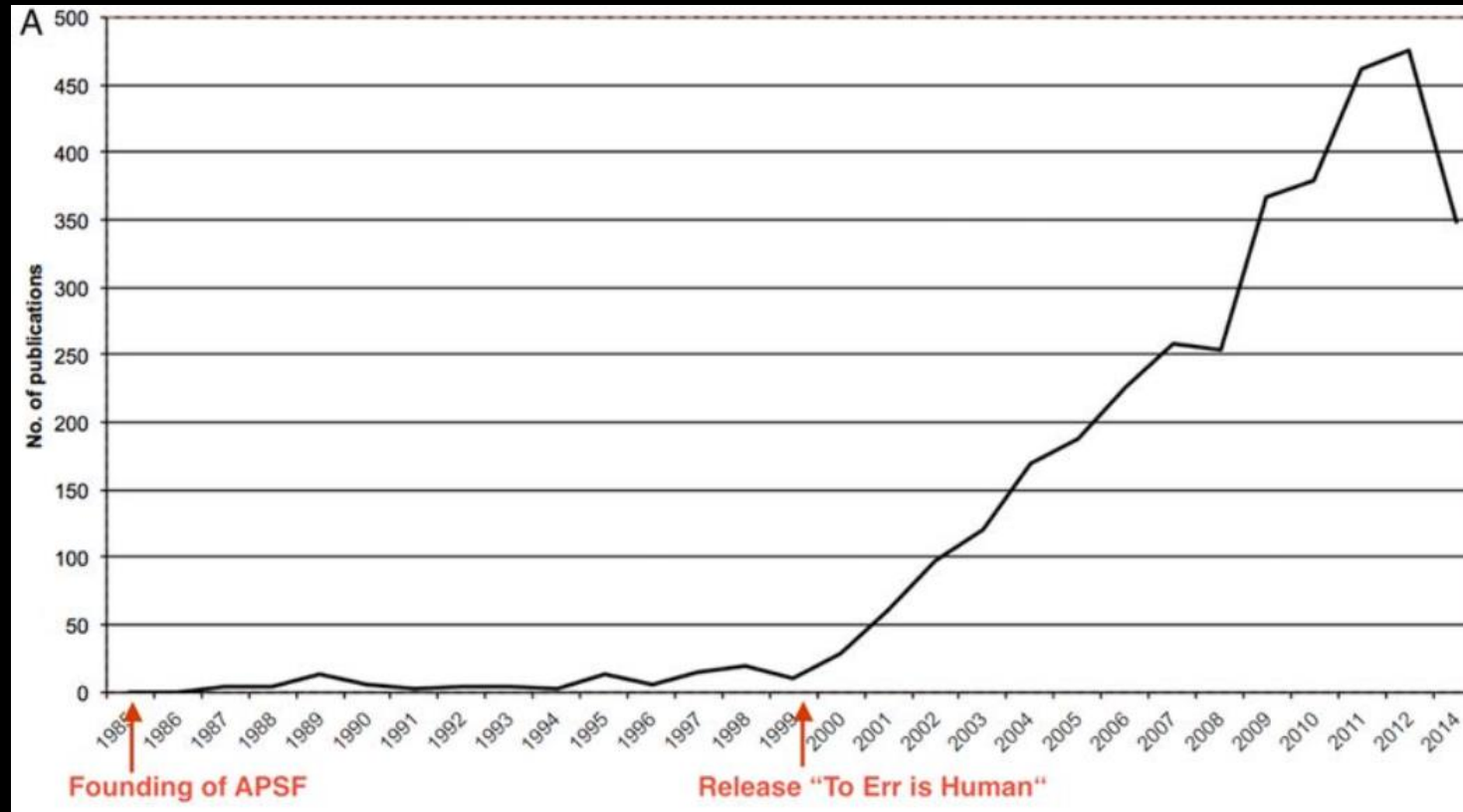
See end of article for authors' affiliations

# MIÓTA VAN BETEGBIZTONSÁG?



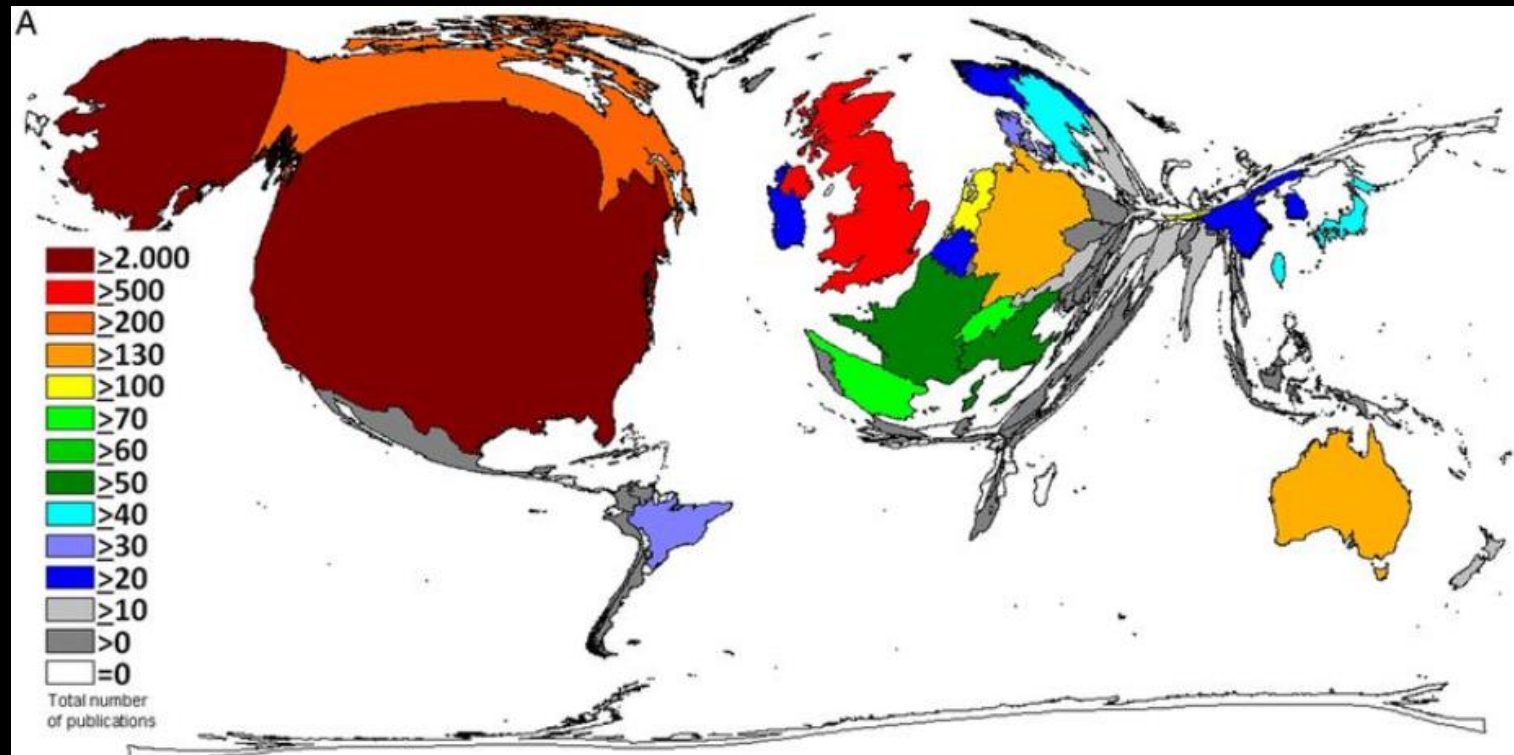
- Tudományos elemzés
  - a betegbiztonság jelentőségéről
  - az ellátással kapcsolatos hibák kialakulási lehetőségeiről
  - megelőzésükkel kapcsolatos módszerekről
  - gazdasági és társadalmi hatásokról
- Betegbiztonsági hibák pszichológiai kártékonyága
- Az ellátórendszerbe vetett bizalom kérdése
- Finanszírozási rendszerek betegbiztonságot serkentő hatásai

# MIÓTA VAN BETEGBIZTONSÁG?



**Forrás:** Schreiber M, Klingelhöfer D, Groneberg DA, et al Patient safety: the landscape of the global research output and gender distribution *BMJ Open* 2016;**6**:e008322. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008322

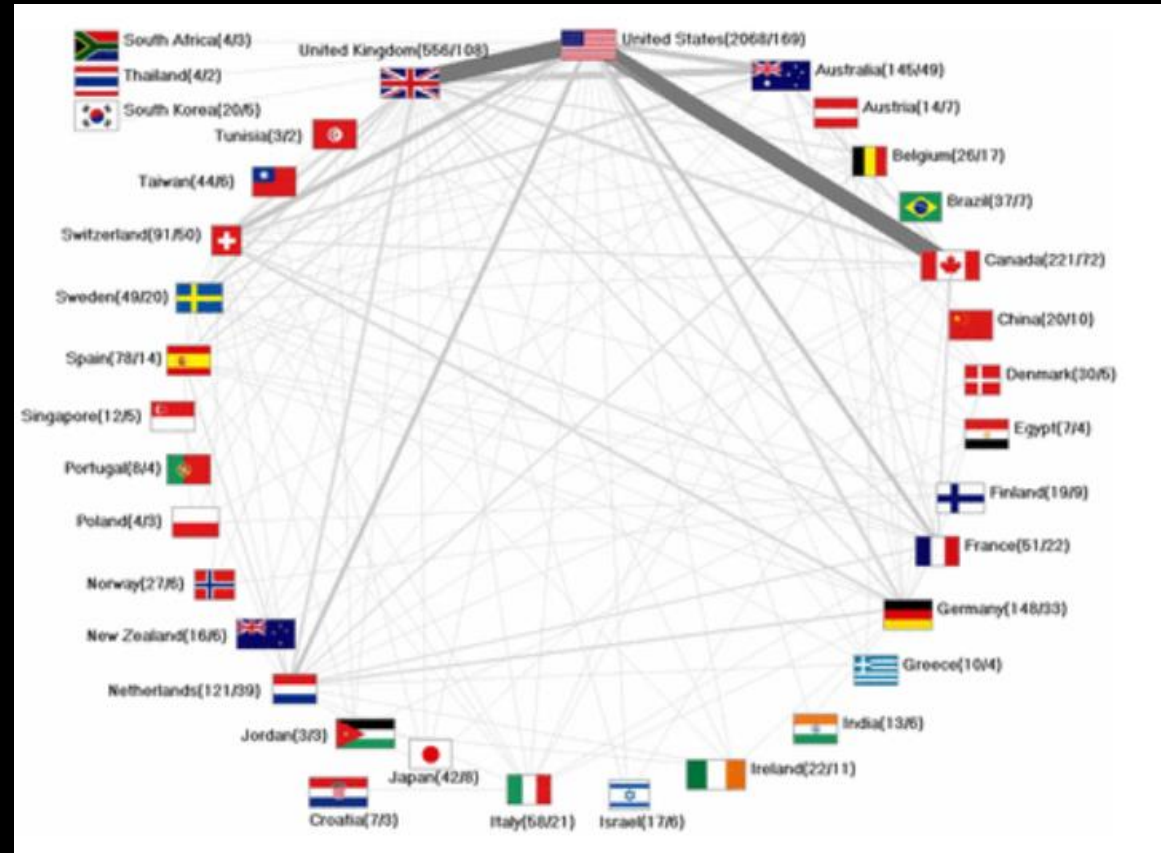
# HOL „SZÜLETIK” A BETEGBIZTONSÁG?



**Forrás:** Schreiber M, Klingelhöfer D, Groneberg DA, et al Patient safety: the landscape of the global research output and gender distribution *BMJ Open* 2016;**6**:e008322. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008322

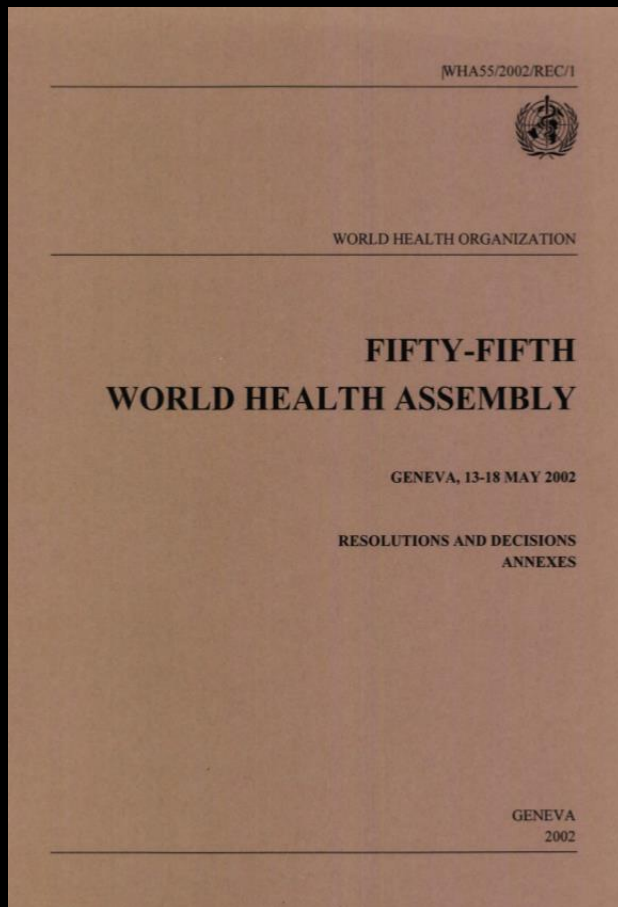


# BETEGBIZTONSÁG MEGHATÁROZÓI



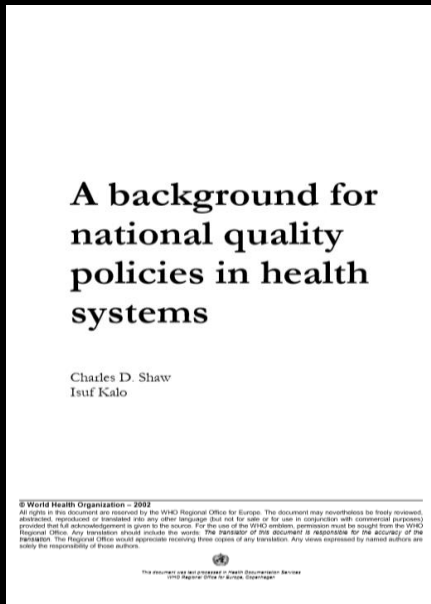
**Forrás:** Schreiber M, Klingelhöfer D, Groneberg DA, et al Patient safety: the landscape of the global research output and gender distribution *BMJ Open* 2016;**6**:e008322. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008322

# STRATÉGIAALKOTÁS



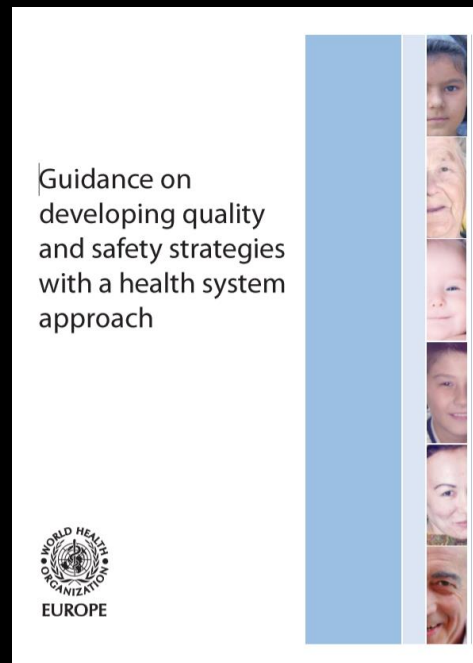
- Nemkívánatos események mint az emberi szenvedés elkerülhető okai
- Az egészségügyi ellátórendszerek teljesítménye javulhat ezek elkerülésével
- 18. határozat:
  - betegbiztonság javításához szükséges tudományos alapú rendszerek létrehozására
  - a betegbiztonsággal kapcsolatos globális normák, szabványok, iránymutatások kidolgozása
  - nemkívánatos események mérése, meglévő programok felülvizsgálata
  - Kockázatcsökkentő intézkedések kidolgozása

# STRATÉGIAALKOTÁS



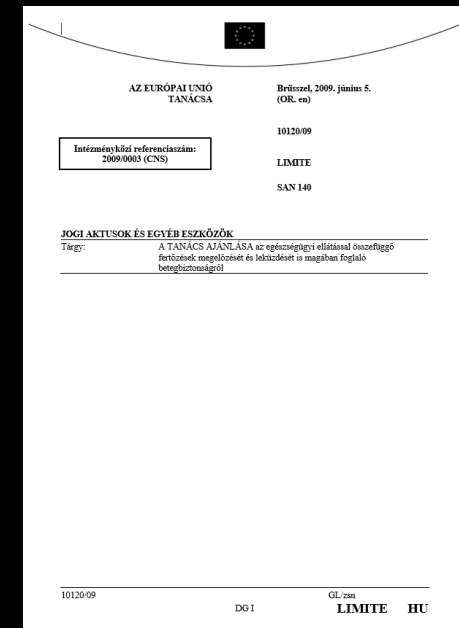
2002

2008



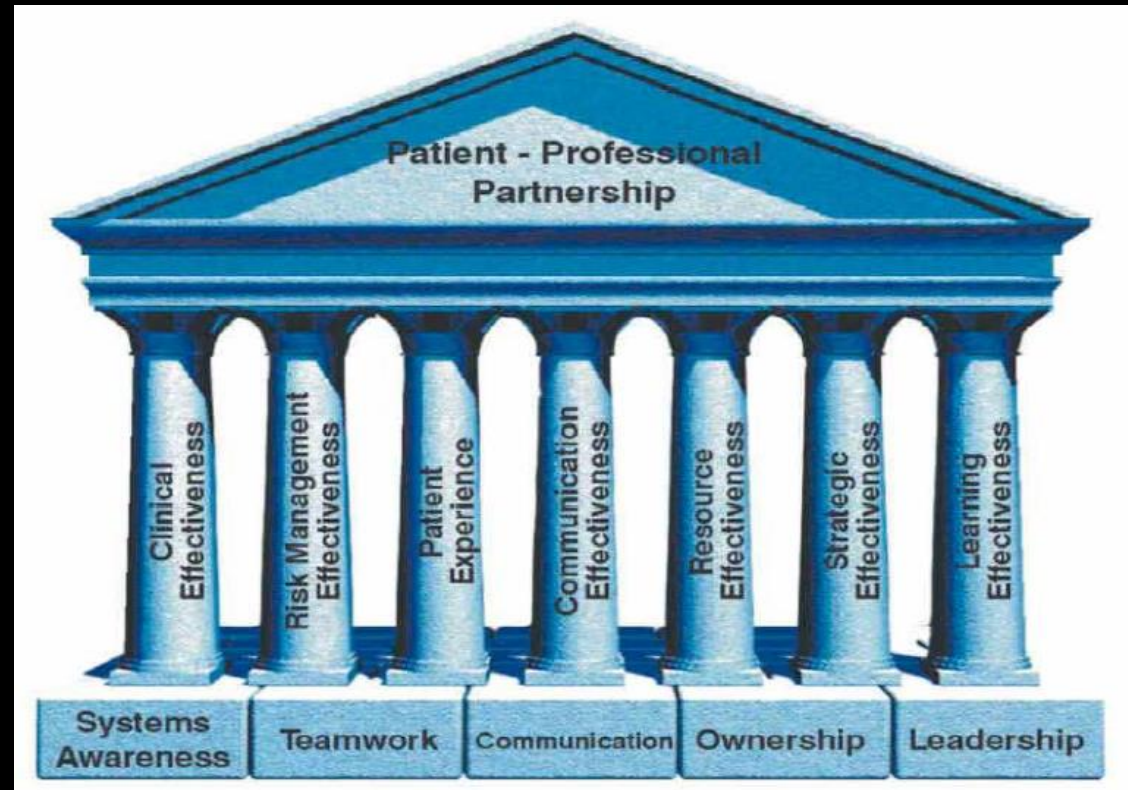
2008

2009



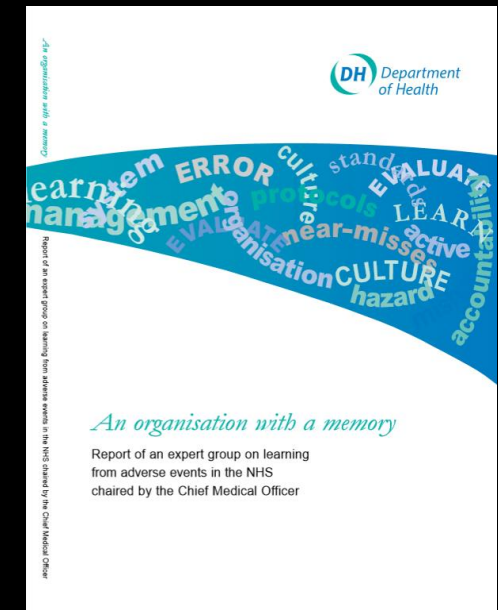
# NAGY-BRITANNIA

- Anglia, Skócia, Észak-Írország, Wales
- Anyai halálozás (1950) → peres eljárások
- Clinical risk-management → botrányok, (Bristol Royal Infirmary, Dr. Harold Shipman Exeter)  
→ clinical governance (1997)



# NAGY-BRITANNIA

- An Organisation with a Memory (2000)
- National Patient Safety Agency (2001)
- Safety First (2006)
  - NPSA átszervezése,
  - betegbiztonsági akciócsoportok
  - gyakorlati veszélyek és károk
- Kormányzati stratégiai program (2010-2015)
- Operatív programok
  - Patients First and Foremost - 2013
  - Sign up to Safety – 2014
  - Scan for Safety - 2015



# FINNORSZÁG

- Fragmentált ellátórendszer és közigazgatás → egyenlőtlenségek
- Helyi, önkormányzati feladatok, lazább és kevésbé domináns kormányzati szabályozás
- állami szinten nem koordinált projektek
  - az egészségügyi ellátó egységek kockázatkezelési modelljét leíró irányelv (2004)
  - a betegbiztonsági események jelentésére vonatkozó szervezetspecifikus módszerek kidolgozása (2005)
  - betegbiztonsági egységes szójegyzék és fogalomtár kialakítása (2005)
- az országos a betegbiztonságot előmozdító intézkedésekre vonatkozó memorandum → Szociális és Egészségügyi Minisztérium → nemzeti szintű koordinatív irányítócsoport (2005)

# FINNORSZÁG

- Szociális és Egészségügyi Minisztérium (Sosiaali- ja terveysministeriö) → Finn Betegbiztonsági Hálózat (2005)
- Betegbiztonsági stratégia (2009-2013)
- Egészségbiztosítási törvény – 2011
- Szociális jóléti törvény, idősebb népesség funkcionális kapacitásának támogatásáról szóló törvény, idősek szociális és egészségügyi gondozásáról szóló törvény – 2012
- Beteg és ügyfélbiztonsági stratégia – (2017 – 2021)

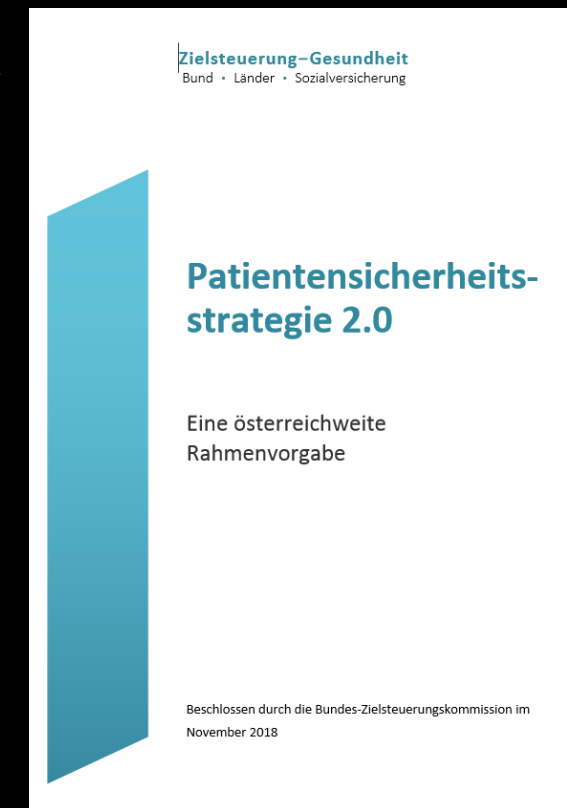


# AUSZTRIA

- Szövetségi kormány + 9 tartomány
- Gesundheitsqualitätsgesetzes – 2004
- Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) - 2007
- Nemzeti Minőségstratégia (2010) + Gyermekegészségügyi stratégia (2011)
- Országos Betegbiztonsági Stratégia (2013)

Öt beavatkozási terület:

- ✓ politikafejlesztés (döntéshozatal)
- ✓ szervezetfejlesztés
- ✓ személyes fejlődés
- ✓ betegek és nyilvánosság
- ✓ nyomonkövetés
- Értékelés szempontjai: megvalósulás, elfogadottság, hatékonyság





# AUSZTRÁLIA

- Kiváló mutatók ↔ egyenlőtlenségek (benszülöttek)
- Adóalapú egészségbiztosítás (68%) + magánfinanszírozás (32%)
- Department of Health and Ageing – méltányosság (hozzáférés, bérek) hatékonyság (ár-érték), minőségre törekvés
- Ausztrál Egészségügyi Minőség és Betegbiztonsági Bizottság – 2006
- NHR Act a nemzeti egészségügyi reformról – 2011
- PGPA Act a közigazgatási teljesítményről és elszámoltathatóságról – 2013
- NSQHS – standardok bevezetése – 2017
- Prioritások 2017-2021

partnerség a betegekkel, közösségekkel

minőségi ellátás költségeinek kérdése

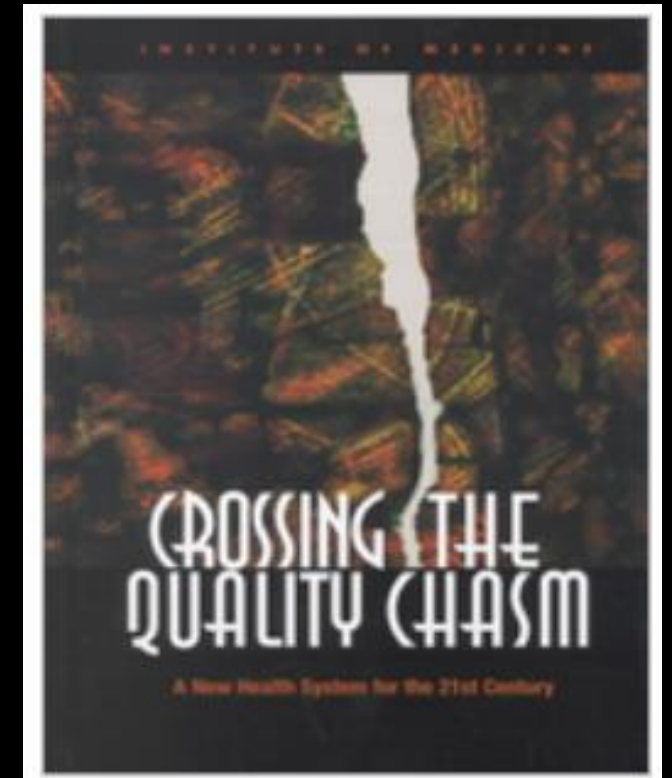
egészségügyi dolgozók támogatása (kommunikációs program, betegekkel megosztott döntéshozatal programja)

# STRATÉGIAALKOTÁS

- Nemzetközi ajánlások, irányelvek alapján
- Országos szintű, validált adatgyűjtés és elemzés (jelentési rendszer)
- Stratégiaalkotás strukturális-szervezeti elemei (dedikált, független intézmények)
- Jogszabályi háttér a stabilitás érdekében (állami és regionális)
- Helyi kezdeményezések országos szintű értékelése
- Prioritások, célkitűzések száma (3-8 stratégiai cél, alcélok, fontossági sorrend nincs)
- Rendszeres felülvizsgálat (3-5 év) aktualizálás, „finomhangolás”

# MINŐSÉGFINANSZÍROZÁS

- Technológiai és tudományos fejlődés → eü. költségnövekedés (államháztartás)
- bérfizetés, ellátási esemény finanszírozása, fejkvóta alapú finanszírozás
- Value based purchasing - 1990
- Crossing the Quality Chasm – 2001
- Pay for performance (P4P)



# MI IS AZ A P4P?

- „a P4P finanszírozás a minőségi mutatók alapján igazolt jobb teljesítmény szerinti finanszírozás” – **ARHQ**
- „a P4P olyan fizetési módszerek és egyéb ösztönzők alkalmazása, amelyek a minőség fejlesztésére és betegközpontú, magas értékkel bíró ellátás nyújtására serkenti a szolgáltatókat” – **CMS**
- „P4P olyan mechanizmusok egész sorát jelenti, amelyek célja az egészségügyi teljesítményének fejlesztése ösztönző alapú kifizetések révén, mind a kínálati oldali, mind a keresleti oldali ösztönzők alkalmazásával” – **World Bank – WHO**
- „pénzeszköz vagy más anyagi javak átadása, amelyet valamilyen mérhető cselekvési tevékenység megtételéért, vagy előre meghatározott teljesítménycél eléréseért nyújtanak és amelyeknek kedvezményezettjei lehetnek a betegek, a szolgáltatók vagy a régiók egészségéért felelős szervezetei - **USAID**

# P4P RENDSZEREK

Célcsoport: alapellátás, szakellátás (ellátásszervezők)

Ösztönzés: pozitív bónusz rendszer, szankcionáló rendszer

Ösztönzés mértéke: bevételek százaléka, nyereség adott aránya, fix összeg

Kifizetés módja: éves – havi kifizetés

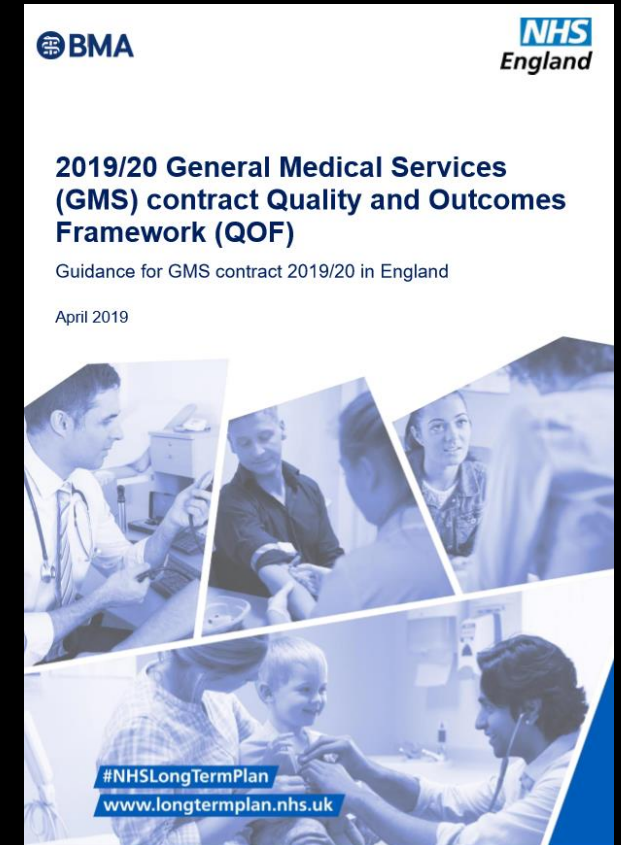
Ösztönzés aránya: 1-25%

Visszajelzési rendszer: nyilvános, publikus adatok, üzleti adatok

Értékelt minőség: strukturalis elemek, folyamatok, outcome, betegelégedettség

# EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

- NHS – 1990 relatív alulfinanszírozottság (GDP: 6,6%) → elavult struktúra, szakemberhiány, minőségromlás
- NHS-reform:
  - NICE (1999) finanszírozásra vonatkozó kötelező ajánlások
  - GDP: 8,7% (2000) – pénzügyi ösztönzőkhöz kötött minőségcélok
  - Nemzeti Egészségügyi Teljesítményalap
  - Kórházi teljesítménymutatók (2001)
- Új alapellátási szerződések (2004) – Quality and Outcome Framework

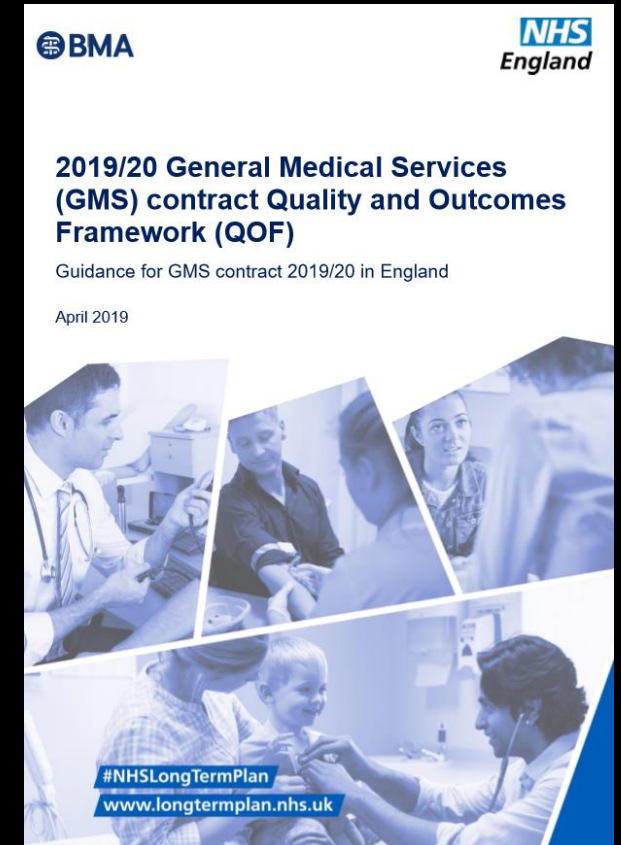


# EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

## Quality and Outcome Framework

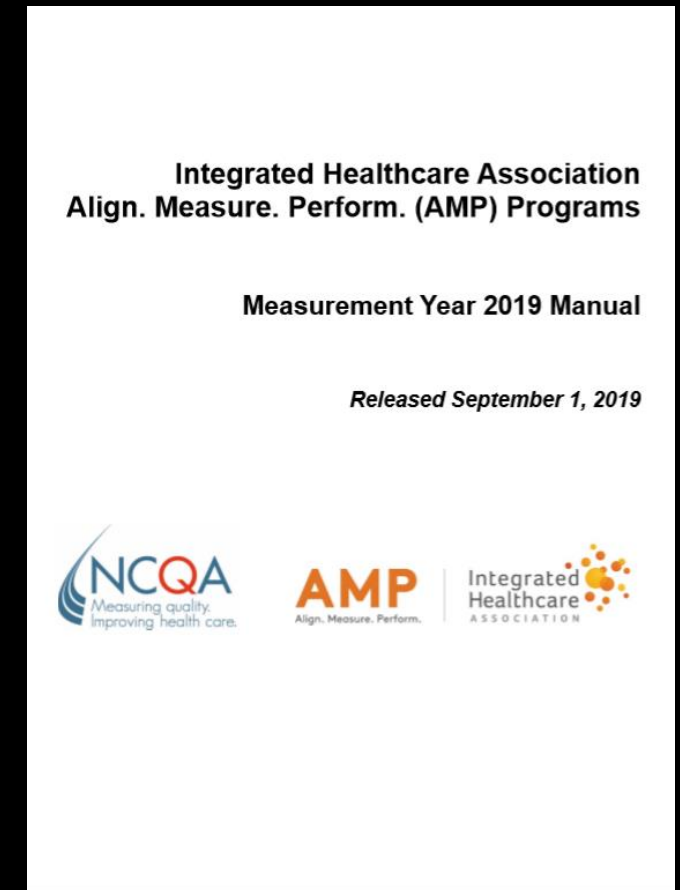
- Klinikai minőség (87 indikátor) 20 leggyakoribb krónikus betegség
- Szervezeti hatékonyság (45 indikátor) nyilvántartások, beteginformációk, oktatás, gyógyszer-menedzsment
- Betegtapasztalatok (1 indikátor) HO konzultációk időtartama
- Kiegészítő szolgáltatások (9 indikátor) fogamzásgátlás, méhnyakrák-szűrés

Kizárás, éves bónusz, küszöbértékek, NHS IC



# EGYESÜLT ÁLLAMOK

- Magánszolgáltatói és biztosítói piac → fragmentált finanszírozási környezet
- P4P – magánbiztosítói és üzleti kezdeményezés
- Integrated Healthcare Association (2001)
- Alapelvek:
  - közös mérési módszerek,
  - nyilvános jelentések,
  - egységes elvhez igazodó ösztönzők
- 35.000 orvos, 9,6 millió beteg





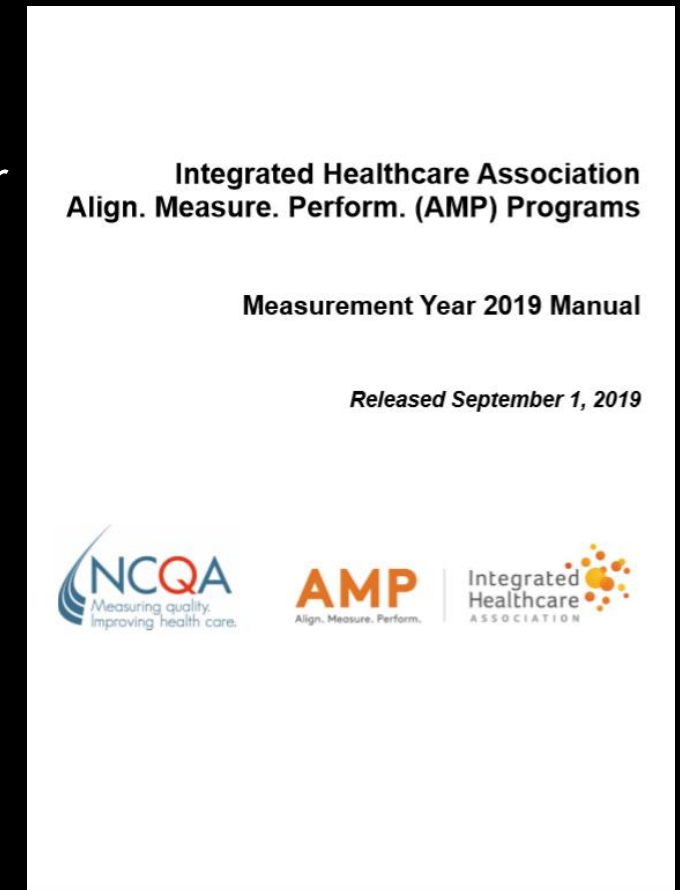
# EGYESÜLT ÁLLAMOK

- Klinikai ellátási minőség
- Betegek tapasztalata
- Egészségügyi információtechnológia
- Erőforrás-menedzsment (2012)

} 25 indikátor

Shared savings, Transparency Report,

2004: 68 millió USD, 2017: 50 millió USD



# P4P RENDSZEREK KRITIKÁJA

- Heterogén célok, kritériumok, módszerek és pénzügyi motiváció
- orvosok életkora, földrajzi elhelyezkedés, biztosítási típusok
- Hozzáférés korlátozódása bizonyos ellátásokhoz
- Orvos-beteg kapcsolat és kooperáció romlása
- Pozitív célértékek viszonya a teljes ellátás hatásosságára, eredményességére
- Pozitív „mellékhatások”: jelentési fegyelem, tudatosság a nyilvános jelentések miatt
- Leleményesség (asszisztensi konzultációk, visszarendelések, „kimazsolázás”)
- Munkahelyi elégedettség mérsékelt változása (adminisztráció)
- Egyedi intézkedések vs. integrált megközelítés
- Pilotok és baseline értékek hiánya (könnyen elérhető célértékek)



KÖSZÖNÖM  
MEGTISZTELŐ  
FIGYELMÜKET!