

Az interneten elérhető minőségügyi információk szerepe a betegtájékoztatóban.

Tanulságok a minőségi indikátorrendszer eddigi működése alapján

Gémes Katalin, OEP, Kiss Norbert, Corvinus Egyetem, Kriston Vízi Gábor, NEMFI

Jelen tanulmány az Egészségbiztosítási Felügyelet által fejlesztett és fenntartott minőségi indikátorrendszer három évének tapasztalatait, illetve a rendszer továbbfejlesztésének lehetőségeit mutatja be. Az indikátorrendszer működtetésének céljait, a rendszer struktúráját és felhasználási módozatait követően SWOT-elemzés formájában foglaljuk össze a tapasztalatokat. A tanulmány záró részében a jövőbeli fejlesztési lehetőségeket ismertetjük.

This paper summarizes the experiences drawn from the three-year-long operation of the quality indicator system developed by the Hungarian Health Insurance Supervisory Authority. The first part of the article overviews the general goals, the structure and the user interface of the indicator system. A SWOT analysis is followed by suggestions for future development.

NEMZETKÖZI HÁTTÉR

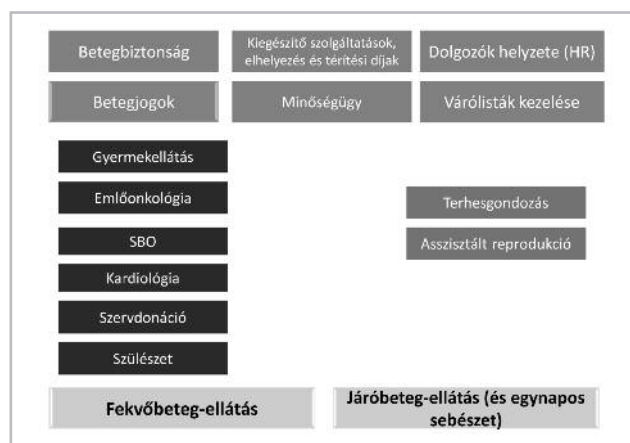
Nemzetközi szinten is csak az utóbbi egy-két évtizedre nyúlnak vissza az egészségügyben azok a szisztematikus minőségfejlesztési rendszerek, amelyek az egyes egészségügyi szolgáltatók teljesítményének (a nyújtott szolgáltatások minőségének) a mérését, visszacsatolását és összehasonlítását célozzák. Ezen eszközrendszer részeként fellelhetőek a klinikai irányelvek, működési standardok, illetve az akkreditációs rendszerek fejlesztését, a szolgáltatók folyamatos monitorozását és a teljesítmények mérését szolgáló indikátorrendszerek is. Számos országban alkalmazták a finanszírozási rendszerekben a minőség értékelését, elismerését. A nyilvánosan megjelenő minőségi információk (minőségi indikátorrendszerek) szerepét leggyakrabban a betegtájékoztató, illetve a közpénzek felhasználásának transzparenciája felől szokták megközelíteni. Ilyen nyilvános minőségmérési rendszerek működnek például az Egyesült Királyságban, ahol a Care Quality Commission [1] folyamatosan fejleszti és hozza nyilvánosságra az egyes kórházi trösztök értékelési rendszerét, vagy Németországban, ahol a BQS intézet [2], majd utódja az AQUA intézet 2010-től a mérés mellett egyben aktív minőségfejlesztési programot is működtet [4].

AZ EBF MINŐSÉGI INDIKÁTORRENDSZERÉNEK JELLEMZÉSE

Az Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) 2007 tavaszán kezdte meg a hazai minőségi indikátorrendszer [3] fejleszté-

sét. Az EBF indikátorrendszere emellett, hogy a betegtájékoztató új eszközét kívánta létrehozni, az intézményi minőségfejlesztés támogatását is célul tűzte ki. A rendszer célcsoportját a közfinanszírozott fekvő- és járóbeteg-ellátók alkották, a válaszadás pedig önkéntes volt. Az indikátorrendszer struktúrájának főbb jellemvonásait az alábbiakban foglalhatjuk össze:

- Moduláris felépítés, mely általános és szakma-specifikus modulokra tagolható. Az általános modulok közé az intézmény nem szakma-specifikus működését érintő területek tartoznak: betegjogok, betegbiztonság, kiegészítő szolgáltatások és térítési díjak, a dolgozók helyzetét érintő kérdések (mint például munkahelyi egészségfejlesztés, stressz-kezelés), minőségügyi rendszer, várólisták kezelése, betegirányítás. A szakma-specifikus modulok az egyes szakmához köthető ellátási területek helyzetét, illetve speciális ellátási területeket mértek fel, mint a gyermek-, sürgősségi, emlőonkológiai, kardiológiai ellátás, a szervdonáció helyzete, a szülészeti ellátás, terhes szakgondozás és az asszisztált reprodukció (1. ábra).



1. ábra
Az indikátorrendszer moduljai

- Az egyes modulokban standardokra és indikátorokra vonatkozóan történt az adatgyűjtés: ez 2010-ben 791 kérdést jelentett összességében. A rendszert a standardok erőteljes dominanciája jellemzi, indikátorok leginkább a szakmai modulok esetében kerültek kialakításra. Az indikátorok kialakítását jelenleg jelentősen megnehezíti a központi OEP-adatgyűjtés finanszírozási jellege, a regiszterek hiánya, illetve az adatokhoz elemzési, mérési céllal való (személyazonosítót emiatt nem is tartalmazó) hozzáférési nehézségek.

- Az indikátorrendszer vonatkoztatási szintje intézményi, illetve intézményi telephelyi (pl. klinikák) volt. A vonatkoztatási szintet a legtöbb modul esetében az intézmény saját maga határozhatta meg. A telephelyi struktúra szintén az intézmény által szabadon meghatározható paraméter volt. A telephelyi bontást indokolja az, hogy számos intézményben eltérő településeken működnek egységei, illetve több esetben az egyetemi klinikák is a városban szétszórtan találhatóak meg.

TAPASZTALATOK

Annak ellenére, hogy az egészségügyi szolgáltatók számára kiküldött kérdőívek kitöltése és visszaküldése önkéntes alapon történt, a 2009-es felmérést például az OEP által finanszírozott kapacitásokat (ágyszámok, valamint szakorvosi és nem szakorvosi óraszámok) tekintve a hazai kórházi-szakrendelői szektor 80-92%-át lefedte.

| | Szolgáltatók száma szerint | Kapacitások arányában |
|-------------------|----------------------------|-----------------------|
| Kórházak | 80% | 92% |
| Járóbeteg-ellátók | 45% | 80% |

Annak érdekében, hogy a közzétett adatok minél inkább megfeleljenek a valóságnak, az EBF egyrészt helyszíni adategyeztetéseket folytatott, másrészt utólagos javítási lehetőséget biztosított az intézmények számára. Míg 2008-ban a kitöltő intézmények 40%-ában sikerült a kérdések egy részét adategyeztetés során validálni, addig erre 2009-ben már csak az intézmények 10%-ában került sor (ebben

szerepe volt annak is, hogy 2009-ben már a járóbeteg-ellátókra is kiterjedt a felmérés, így a beküldők száma is magasabb volt). Ugyanakkor mindkét évben az ellenőrzött adatoknak csak mintegy 5%-ában volt szükséges az intézményi válaszok korrigálása.

| | Adategyeztetések | Javítások* |
|------|------------------|------------|
| 2008 | 40% | 5% |
| 2009 | 10% | 5% |

* A javítások az adategyeztetés eredményi alapján történtek.

AZ ADATOK MEGJELENÍTÉSE AZ INTERNETES FELÜLETEN

Az intézmények által megadott adatok áttekinthető megjelenítésére, illetve egyes intézmények összehasonlítására ad lehetőséget a rendszer internetes felülete. Alapszinten intézményenként és modulonként a felület egyszerre három intézmény összehasonlítását teszi lehetővé (2. ábra). Ezen felület fejlesztése során a látogatók számára a lehető leginkább egyértelmű és legegyszerűbb intézményi összehasonlíthatóság biztosítása volt a cél.

A rendszerben szereplő indikátorok jobb megértését, nem szakemberek számára érthetőbbé tételét segítő az EBF szakértői vélemények alapján egyéni rangsorkészítő felületet hozott létre, ahol az intézményi mutatók értékeit különböző színekkel ábrázoltuk. Az egyéni rangsorkészítőben az egyes területekre vonatkozóan az indikátorrendszer adatai alapján összevont mutatókat alakítottunk ki, így az információt kompaktabb, érthetőbb formában lehetett a weboldal látogatói számára megjeleníteni. A mutatók értékeit alapve-

2. ábra Intézményi összehasonlító felület

tően három kategóriába osztottuk: jó (zöld), közepes (sárga) és fejlesztendő (piros) terület. Modulonként kb. 10-20 értékelési szempont került ilyen módon kiválasztásra, melyeknek az egyéni fontosságát minden látogató saját maga 1-től 5-ig terjedő skálán állíthatta be – ez a pontszám szolgált az egyes szempontok súlyaként a modulra vonatkozó összesített (egyéni) kompozit mutató kiszámítása során (ld. példaként a 3. ábrát).

A mutatók esetében meghatároztuk az alapkritériumokat, melyek nem teljesítése esetén az összpontszámot azonos módszerrel meghatároztuk, de teljes kompozit mutató egyben „fejlesztendő” jelzést is kapott (piros összpontszám). Az alapkritériumok mellett ún. megkülönböztető kritériumoknak azokat a kritériumokat tekinthettük, melyek megléte nem alapvető feltétel a megfelelő ellátáshoz (jogszabály vagy szakmai szabály nem írja elő), ugyanakkor hozzájárul az ellátás színvonalának javításához.

Az egyéni rangsorkészítő mellett a Felügyelet modulonként részletes elemzéseket is készített egyes témakörökből, melyben az országos átlagok mellett a regionális eltéréseket is vizsgálta.

A rendszer lehetőséget nyújt az adatok intézményi vagy kérdésenkénti lekérdezésére és exportálására is, mely szolgáltatással lehetőséget kívántunk teremteni a szakértők számára a további elemzés alapjául szolgáló adatbázis kialakítására és elérhetőségére.

AZ EDDIGI TAPASZTALATOK ÖSSZEJÉZÉSE ÖSSZEFOGLALÁSA (SWOT-ELEMZÉS)

A rendszer legfőbb erősségének tekinthető, hogy sikeresen hozzájárul az egészségügyi rendszer transzparenciájának növeléséhez az interneten nyilvánosan elérhető intézményi adatok közzétételével. Az internetes felületen az intézmények könnyen összehasonlíthatóak egymással, a kezelő felület áttekinthető, könnyen kezelhető. Szintén az indikátorrendszer erősségeként említendő az intézmények részéről az önkéntesség ellenére is magas kitöltési arány. Bár nehezen megítélhető az, hogy a kitöltésben mekkora szerepe volt annak, hogy a rendszert a hatósági jogkörökkel is rendelkező (bár e jogköreit az indikátorrendszer kapcsán nyilvánítottan nem használó) Egészségbiztosítási Felügye-

Kórházi elhelyezés

A fekvőbeteg-ellátó intézmények által nyújtott ellátások szakmai minősége mellett a gyógyulásban fontos szerepet játszik az elhelyezés színvonala is. Ezt tükrözik az egy kórteremre jutó ágyszám, az egy- és kétágyas szobák aránya és a telephely akadálymentesítettége is. Amennyiben van lehetőség többletszolgáltatások igénybe vételére, a kórházak kötelesek ezek igénybe vételi feltételeiről és a konkrét térítési díjakról transzparens tájékoztatást nyújtani.

Módszertani leírás:

Régióválasztás

Szakmaszűrő

Kórházi elhelyezés

| Helység | Intézmény | Telephely | Pont | Kérdések | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-------|----------|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| Vasútegészségügyi Szolgáltató Kht. Balatonfüredi Egészségügyi Központ Balatonfüred | | | 95,83 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Karolina Kórház-Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár Mosonmagyaróvár | | | 91,67 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Zsigmondy Vilmos Harkányi Gyógyfürdő-kórház Kht. Harkány | | | 91,67 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Misszió Egészségügyi Központ Nonprofit Kft Veregyház | | | 88,64 | ● | ● | ● | ● | ● | NR | ● | ● | ● | ● | ● |
| Felső - Szabolcsi Kórház Kisvárda | | | 86,96 | ● | ● | ● | ● | NR | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Győr | | | 86,36 | ● | ● | ● | NA | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Bajai Kórház Baja Kórház Baja | | | 83,33 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Miskolc | | | 82,61 | ● | ● | ● | ● | NR | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Dr. Bathányi-Strattmann László Kórház Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság Kőmened | | | 81,82 | ● | ● | ● | NR | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

3. ábra
Egyéni rangsorkészítő felület

let működtette, a magas kitöltési arány mégis azt valószínűsíti, hogy egy korrekttartalmú, kiegyensúlyozott rendszer működtetésében az intézmények nagy része partner.

A rendszer gyengeségei közé sorolható a felülvizsgálatra fordított kevés erőforrás. Emiatt az adatok validitásának ellenőrzése csak részlegesen történhetett meg, illetve nem került sor az intézmények felé történő támogatott visszacsatolásra sem. Bár szerencsére az önkéntesség ellenére is magas volt a kitöltési arány a közfinanszírozott intézmények részéről, de az önkéntes válaszadás miatt nem lehetséges az összes intézmény összehasonlítása, így ilyen formában a későbbiekben nem alkalmas a finanszírozási döntések alapjául szolgáló minőséggel kapcsolatos információk szolgáltatására sem. Az indikátorrendszer megléte még nem épült be a „fogyasztói” köztudatba, így bár javuló tendenciájú, de viszonylag alacsony a használati aránya. Szintén a rendszer gyengesége közé tartozik, hogy a szakmai modulok integráltsága gyenge (itt a finanszírozási adatokhoz, de preferáltan inkább célirányú regiszterekhez kellene kapcsolódnia), illetve az adatgyűjtés, összehasonlítás még nem kellően standardizált (a kérdőívben egyrészt rengeteg a kérdés, és számos esetben derült ki, hogy az intézményrendszer sokféle szereplője eltérően értelmezi azt).

A rendszer lehetőségei közé tartozik, hogy a betegek információigénye folyamatosan növekszik, a betegájékoztásban egyre nagyobb az igény, illetve egyre nagyobb szerepet töltenek be az interneten fellelhető, megbízható forrásból származó egészségügyi információk és alkalmazások (eHealth). A megjelenítő rendszer alapvetően az adatok interneten történő publikálására lett kifejlesztve, lehetőséget adva az intézmények és információk dinamikus összehasonlítására, így kiválóan alkalmazható internetes betegájékoztató eszközként. Szintén lehetőségként említendő, hogy az egészségügyben egyre erőteljesebb mind a fogyasztó, mind a finanszírozó részéről a minőségi szolgáltatás iránti igény, így a teljesítménymérés, illetve a minőségi standardok létrehozása egyre nagyobb szerepet fog játszani a jövő egészségügyi rendszereinek működtetésében. Az ezen igénynek való megfelelés egyre inkább meghatározó lesz mind a fogyasztói, mind a finanszírozási döntések megalapozásában.

A veszélyek elsősorban abból adódhatnak, ha az indikátorrendszer fejlesztését kipipálandó rövid távú feladatként definiáljuk, arra „csak” egy internetes rendszerként és nem az ágazati minőségfejlesztés integráns részeként. Ha nem építjük a rendszer köré a minőségfejlesztéshez szükséges eszköztárat, nem gondoskodunk az adatgyűjtés és az intézmények közötti visszacsatolási folyamatról, és hosszabb távon nem biztosítunk mögé finanszírozási ösztönzőt, akkor az elérhető hatás csekély marad. Nem csak az indikátorrendszer működésére, hanem az egész ágazati minőségfejlesztésre veszélyt jelent az, ha a túlságosan szigorú adatkezelési elvek, illetve a fennálló információs monopóliumok közepette az értékelési és fejlesztési célú elemzések nem juthatnak megalapozott információhoz.

FEJLESZTÉSI JAVASLATOK A TAPASZTALATOK ÉS A NEMZETKÖZI GYAKORLAT ALAPJÁN

- Rövid távon olyan szolgáltatókatalógus kialakítása lehetne megvalósítható feladat, mely alkalmas lenne a betegútszervezés folyamatának támogatására (azaz a betegeknek arra a legegyszerűbb kérdésre, hogy milyen panasszal hová forduljanak, megbízható választ adjon). Ez az első szintű betegájékoztatásra alkalmas rendszer visszacsatolási és véleményezési lehetőséggel is ellátható, az NHS internetes szolgáltatói katalógusának mintájára. Hasonló rendszerek már léteznek Németországban, melyeket nagy kórházláncok hoztak létre. Erre a rendszerre közép, illetve hosszabb távon szolgáltatói minőségi információk, illetve többlétszolgáltatások (pl. internetes előjegyzés, időpontfoglalás) építhetők rá.
- Bár az eddigi felmérések önkéntes jellege ellenére is örvendetesen magas arányban töltötték ki a közfinanszírozott szolgáltatókat, de amennyiben a rendszer bármilyen irányú továbbfejlesztésre kerül (akár rövid távon a szolgáltatói katalógus kialakítása, akár hosszabb távon a minőségfejlesztés, finanszírozási döntéstámogatás szerepet kap), elengedhetetlen a közfinanszírozott szolgáltatók körében a kitöltés kötelezővé tétele. Magánszolgáltatók bevonása a rendszerbe önkéntes jelleggel képzeltető el. Ez részlegesen – pl. IVF-szolgáltatók esetében – már megtörtént. A nem közfinanszírozott magánszolgáltatók bekapcsolódása egy regionális, országos vagy nemzetközi összehasonlítást biztosító rendszerbe a már meglévő alapkoncepciójából adódik.
- Középtávon a legfontosabb feladatként, fejlődési irányként a regiszterek útján megvalósuló, szakmai területekkel való integrálást tartanánk fontosnak. Az értékelési elemek ellátási területenkénti különbsége az általános szempontok mellett a szakma-, ellátás-, illetve betegségspecifikus értékelést elkerülhetetlenné teszi. Ez leginkább az ún. vegyes modellel valósítható meg, amelynek keretében a rendszeres (jelenleg még csak szigetyszerűen működő) klinikai adatgyűjtések, regiszterek adatait (illetve azoknak a releváns, tehát betegájékoztatást szolgáló információs részét) is szükséges integrálni a rendszerbe, témánként működő szakértői panel támogatásával.
- A felülvizsgálati és minőségfejlesztési támogató rendszer kialakítása szükséges egyfelől az adatok validitásának biztosítására, másfelől az intézmények felé való visszacsatolás és a minőségfejlesztési törekvések összekapcsolására. Az intézményi minőségfejlesztési támogatás csak pozitív ösztönzők bekapcsolásával képzelhető el (mintaként szolgálhat a német BQS-rendszer). A mérés eredménye végrehajtandó akciókat generál, amelyek beépülnek az intézményi fejlesztési tervekbe. Ezek alapján a fejlesztési források megítélése is célzottabbá tehető, hiszen az elvárt eredmény később visszamérhető.
- Az adatok feldolgozása szempontjából az interneten nyilvánossá tett teljes adattartalomnál tapasztalatunk

szerint nagyobb érdeklődésre tartottak számot az egyes témák értelmezésére fókuszáló, az összehasonlíthatóságot megkönnyítő elemzések, illetve az ehhez kapcsolódó egyénirangsor-készítő funkció. Ennek a funkciónak a megtartása, illetve továbbfejlesztése rövid távon is hozzájárul a könnyebb alkalmazhatóság, illetve magasabb használati arány megvalósításához. Az egyéni rangsor-készítő kapcsán eldöntendő kérdés, hogy a rangsorkészítőben használt súlyozás esetében egy szakértői csoport

által meghatározott egyértelmű, egységes súlyozási rendszert („= egy hivatalos rangsor”) vagy a betegek egyéni súlyozási rendszerét („= sok egyéni rangsor”) érdemes fenntartani. A lehetőségek ismeretében az utóbbi megoldás látszik a megfelelőbb opciónak.

A fejlesztés megvalósításának ütemezését rövid, közép és hosszú távra érdemes felbontani, természetesen az egyes feladatokhoz rendelt erőforrással (1. táblázat).

| Megvalósítás ütemezése | Szükséges erőforrások | Várható eredmények, hasznok |
|--|--|--|
| Rövid távon (1-2 év): Közhiteles nyilvántartás (szolgáltatók, betegutak) | Központi munkaszervezet és IT | Minőségi standardok meghatározása |
| Középtávon (3-4 év): Regiszterek kialakítása | Módszertant támogató szakértői csoportok | Informált tervezés és döntéshozatal |
| Hosszú távon (5+ év): Aktív minőségfejlesztési támogatás | Intézményi adminisztratív költségek | Ellátórendszer egyenetlenségeinek csökkenése |

1. táblázat
Az indikátorrendszer továbbfejlesztése

IRODALOMJEGYZÉK

[1] <http://www.cqc.org.uk/>

[2] <http://www.bqs-institut.de/>

[3] <http://indikator.ebf.hu>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Gémes Katalin orvos-biológus, orvossággyógyász szakoktató, 2003-07 között a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetben dolgozott és végzett PhD tanulmányokat. 2005-ben az Országos Epidemiológiai

Központban dolgozott az Egészségmonitorozás és nem fertőző betegségek epidemiológiája osztályán, majd 2008-2010 között az Egészségbiztosítási Felügyelet elemző munkatársa volt. Jelenleg az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztályon dolgozik.



Kiss Norbert közgazdász, 2003 óta a Budapesti Teljesítménymenedzsment Kutatóközpont tagja, a Vezetéstudományi Intézet doktorjelöltje. Közszolgálati menedzsment témájú projekteken

tanácsadóként dolgozott, 2007-2010 között az Egészségbiztosítási Felügyelet elemzési főosztályvezetője. Elsődleges kutatási területe a közszolgálati és az egészségügyi szektor, illetve a szektor szervezeteinek teljesítménymenedzsmentje.



Kriston Vízi Gábor 2006-ban szerzett közgazdász oklevelet a Budapesti Corvinus Egyetem pénzügyi befektetés-elemző és kockázatkezelő fő szakirányán. Egyetemi tanulmányai alatt a BCE Széchenyi István Szakkollégiumának tagja volt. 2005 és 2007

között a „Nyugdíj és öngondoskodás” és „Az átalakuló egészségügyi rendszer jövőjének és az egyes modellek biztosítottak általi fogadtatásának elemzése” kutatások koordinátora, 2008-2010 között az Egészségbiztosítási Felügyelet közgazdász elemzője. Jelenleg a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségbiztosítási és Ágazati Tervezési Főosztályának munkatársa.