

Minőségügyi indikátorok alkalmazása járóbeteg szakellátásban

Dr. Czalbert H. János, Szakorvosi Rendelő Intézet Dunakeszi

Dr. Uhrík Tibor, Dr. Varga Imre, Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség

A minőségügyi indikátorok, mint általános érték-mérők az egészségügyi ellátás során előforduló események olyan mérőszámai, amelyek kimutatják az adott intézmény aktuális gyakorlata és a standardizált szakmai elvárás közötti eltérést. A minőségügyi indikátorok ezen túl állapotokra, folyamatokra, illetve az ezeket meghatározó környezetre is jellemző mutatók. Jelen dolgozat fő üzenete az, hogy sürgető az egészségügyi intézmények szakmai minőségének mérhetővé tétele és ennek alapján az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszerének szakmai irányelveiben foglaltakat maradéktalanul biztosítani kell. A mérés egyik fő módszere lehet az egységes módszertan alapján kifejlesztett indikátorok használata. Az intézmények ezeket az indikátorokat először csak saját maguk korábbi minőségi, teljesítmény mutatóihoz képest való változás mérésére, majd más intézményekkel „benchmarking” összehasonlító mérésre is használják.

BEVEZETÉS

Az indikátorok, mint viszonyszámok, felhasználhatóak az ellátás minőségének monitorozására, de alkalmasak a lakosság egészségi állapota, valamint az egészségügyi ellátó rendszer egészének mérésére és értékelésére. Az indikátorok mérőszámai nem közvetlenül adnak választ a lehetséges problémákra, hanem felhívják a figyelmet azon területekre, ahol a tapasztalt eltérések okainak feltárására, további részletes elemzés elvégzésére van szükség.

Az egészségügyi – benne a járóbeteg szakellátási-szolgáltatások – minőségi megfelelőségének mérése és értékelése a minőségmenedzsment módszereivel történik. A keretrendszer magában foglalja a korrekt helyzefelmérést (tervezés), az adatgyűjtést követően a minőség javítására, megtartására, fejlesztésére vonatkozó kiemelt fontosságú teendők meghatározását, a bevezetésre szánt változtatások hatásának mérését, kiértékelését, az alkalmazott technikákkal elért eredmények szinten tartását. A mérés és értékelés kiemelten fontos tartalmi elemei a folyamat leírások, az ellátási standardok (JES) valamint a klinikai standardok és az eltéréseket mérhetővé tevő indikátorok. A járóbeteg ellátási standardok (JES) a járóbeteg ellátás szakmai struktúrájának, folyamatának és eredményeinek elvárásait határozzák meg, szabatos megfogalmazással. Ezek a standard elvárások és az adott gyógyintézetben tapasztalt napi gyakorlat közti eltérést számszerűsítik az indikátorok, amelyek gondo-

san kiválasztott és validált adatok felhasználásával az általunk kiválasztott eseményeket ill. egyes standardok megvalósulását mérik. A klinikai standardok a klinikai, azaz a gyógyítási folyamat szakmai tartalmára vonatkozó elvárásokat fogalmazznak meg. A klinikai standardok eljárási hatékonysági elvárásainak alapjai a tudományos bizonyítékok. A tudományos bizonyítékok először egy egészségügyi technológiarevizión esnek át, majd ennek eredményeire épülve kerülnek kidolgozásra a szakmai irányelvek, protokollok és standardok. A kidolgozott és indikátor mérőszámokkal számszerűsített elvárási „küszöbök” (threshold-ok) alapján kerülhet bevezetésre a „bizonyítékokon alapuló ellátás” (Evidence based practice: EVP), a klinikailag leghatékonyabb gyakorlat eljárási rendje.

HELYZETÉRTÉKELÉS A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSBAN

A '90-es évek elejétől fogva az egészségügyben a finanszírozási rendszer megváltoztatása hozott elsősorban alapvető szemléletbeli változásokat. Az integrált informatikai egészségügyi adatrögzítés, adatfeldolgozás és adatkommunikáció irányába elmozdulás történik, az „e-Health” programmal, és ezen belül elsőként az Egészségügyi és Informatikai Minisztérium felügyelete alatt most induló HEFOP 4.4. projekt keretében.

A rendszeres önértékelés során leggyakrabban a következő kérdések fogalmazódnak meg:

- Mennyire hatásosak a szolgáltatások a mi területünkön más szolgáltatókkal összehasonlítva?
- Milyen a hozzáférhetőség a mi területünkön egy más intézménnyel összehasonlítva?
- Milyen hatékony a mi intézményünk egy másikkal összehasonlítva?

A kapott válaszok a menedzsment számára képesek jelentős segítséget nyújtani a szolgáltatások javítása érdekében. Egy adott Intézmény helyzefelmérése kiterjed:

Részesezés a gyógyító-megelőző feladatokból, alaptevékenység összetétel, alapadatok:

(A kompetenciakörbe tartozó szakmai feladatok körének, és ezek mennyiségének pontos felmérése)

- Az ellátott lakosság morbiditási, mortalitási adatainak számbavétele,
- működési engedélyek, szerződések,

- az ellátási szintnek, kapacitásoknak való megfelelés értékelése,
- gazdaságossági, változóképesség elemzés az ágazati minisztérium szakmai, minőségügyi irányelvének és a finanszírozó elvárásainak figyelembevételével.

A minimumfeltételeknek való megfelelés

(A felvállalható helyi feladatokhoz rendelkezésre álló erőforrások elemzése)

- A tárgyi-műszaki feltételrendszer megfelelőségének vizsgálata, ezen belül kiemelt figyelemmel a nagy értékű terápiás és diagnosztikai berendezésekre,
- a szükséges műszaki erőforrás – infrastruktúra, ingatlan- és orvostechnikai gép-műszer vagyron, egyéb eszköz és berendezés – beszerzésére, cseréjére, fejlesztésére vonatkozó igények meghatározása,
- a szükséges humán erőforrások elemzése:
 - a teljesítményértékelés rendszerének és az ösztönzés módszerének meghatározása,
 - a humánerőforrás képzési, továbbképzési igényének meghatározása a törvény szerinti képzési követelmények figyelembevételével,
 - a változtatáshoz szükséges struktúra, létszámigény és a hozzá kapcsolódó képzettségi szintek meghatározása.

Az intézményi szakmai stratégiai program koncepciójának elkészítése

(A fenti alapadatok alapján)

Minőségügy:

- minőségirányítási rendszer,
- a minőségpolitikai célok meghatározása,
- a belső minőségirányítási rendszer működésének szabályozása – a vezetés, a szakmai tevékenységek, a humán erőforrás, a pénzügyi erőforrások, a beteg- és dolgozói elégedettség, a betegek panaszaira, észrevételeire vonatkozó hibajavító intézkedések, a teljesítménymérés és az önértékelés módszerei,
- folyamatfejlesztés, indikátorok képzése (kulcsfontosságú folyamatok azonosítása, teljesítményjavítás, mérés, értékelés, ellenőrzés),
- a szakmai tevékenység eredményének folyamatos értékelését biztosító pénzügyi, szakmai, működési indikátorok rendszeres meghatározása.

A HELYZETÉRTÉKELÉSBEN HASZNÁLHATÓ ALAPADATOK ÉS TERVEZETT INDIKÁTOROK

- **Alapadatok** (épület, eszköz, technológia)
Ellátandó lakosság száma összetétele, epidemiológiai adatai
Működési forma (szolgáltatási struktúra)
Szakmák, szakrendelések száma

Épületgépészeti adatok, előírásoknak megfelelő kubatúra
Hatósági megfelelés, biztonsági előírások
Könnyedségi szempontok
Akadálymentességnek való megfelelés
Munkabiztonság, környezetbiztonság, kockázatkezelés
Veszélyes anyagok, hulladékkezelés, egyéb alaptevékenységet támogató technológiák
Speciális technológia
Biztosítás, vagyonvédelem
Integrált informatikai rendszerdokumentum kezelés
Betegirányítási rendszer, beutalási rend
Minőségirányítási rendszer

• Minőségre vonatkozó kritériumok

(Klinikai Standardok, JES, protokollok, EBP, TQM, ISO)
A helyi egészségügyi ellátás struktúrájának, folyamatának és eredményének mérése
Működő minőségirányítási rendszer
Betegközpontúság
Beteg és dolgozói elégedettség vizsgálat
Audit (belső)
Helyesbítő tevékenységek, intézkedések

• Humán erőforrás menedzsment

Munkaerő felhasználás (létszám dinamikus viszonyszám, létszám megoszlás, szakdolgozói ellátottság, fluktuáció)
Vezetés (a központi irányításban dolgozók száma)
Orvosok (szakvizsgáik) száma
Szakdolgozók (okleveleik) száma
Nem egészségügyi végzettségűek száma
Dolgozók egyéb képzettsége, tudományos fokozat, neme, életkora, gyakorlata, továbbképzési állomány státusz
Személyügyi dokumentáció, munkaköri leírások
Kilépő/ belépő dolgozók száma
Egy év alatti állományváltozás
Egyéb, pld. oktatási, tudományos tevékenységük

• A kapacitás kihasználtság fajlagos mutatói

Átlagos havi finanszírozási bevétel
Egy órára eső esetszám
Betegre eső percátlag
Egy órára jutó beavatkozás szám
Egy órára jutó teljesítmény német pontban
Egy órára jutó teljesítmény (Ft)

• Szakmai tevékenység mérési szempontjai

Szakmai profil, vizsgálati rend
Konzíliumok száma, továbbküldött betegek aránya
Leletkiadás, adatvédelem, dokumentálás
Betegek száma
Esetszám
Esetösszetétel
Beavatkozások száma
Diagnosztika igénybevétel

Német pont bevétel rendelkezésként
 Egy esetre jutó beavatkozás
 Egy esetre jutó teljesítménypont
 Átlagos heti óraszám (szakorvosi, nem szakorvosi)
 Definitív ellátások száma, BNO csoportosításban
 Kontrollvizsgálatok száma
 Táppénzbe vételek száma
 Normaidőn túl kezelték száma
 Gondozási események összesen, szakrendelésen, (más intézetben)
 Gyógyszerek, szakmai anyagok kezelése
 Infekciókontroll
 Teendők minősített körülmények között
 Tájékozott beleegyezés, intimitás, betegtájékoztatás
 Beavatkozásokat elutasítók aránya
 Második szakvélemények száma
 Kezelés közben más intézetbe átjelentkezett betegek száma
 Peres ügyek száma
 Az oktatási tevékenység, ismeretterjesztés, betegklubok esetleges működése

• **Viszonyszámok képzése, benchmarking**

A meghatározott működési standardtól való eltérés mérésére használatosak
 Tervezett/megvalósult, kell/van viszonyának elemzése, pl. a készletekben, erőforrásokban
 Elvárt szakmai szint/megvalósult szakmai szint
 Korábbi adatok/jelenlegi adatok
 Megye vagy országos átlag adat/saját adat (eltérések számítása)
 Rendszeres támogatás mértéke/éves, teljes forrásszükséglet
 Saját erőből/támogatásból megvalósult beruházás, fejlesztés
 Költségmegosztás (teljes intézmény/egyes részlegek)
 Hatékonyság (input/output, Ft/beavatkozás: kell/van)
 Eszközök, berendezések beszerzési/jelen, piaci értéke
 Ellenőrzések során talált kifogások (hibák!) száma (hiba/hibátlan aránya)

A szakellátás tevékenységének –, mint az egészségügy szolgáltatás más szintjén – minőségügyi megítélésében összehasonlító vizsgálatában az adott demográfiai és epidemiológiai adatok ismeretében a kapacitáskihasználtsági elemzésen kívül nagy jelentőségűek személyügyi minőség-irányítási és kapcsolati mutatók.

A járóbeteg ellátási folyamatok standardjai megfogalmazzák a szakellátás számára a teljesítendő elvárásokat, melyeket, összemérhető, tehát számszerűsíthető formában az indikátorokkal fejezünk ki (PEST analízis). A szolgáltatás komplexitása miatt, hogy teljes körű képet kapjunk, több indikátor összevetése elengedhetetlen.

A szolgáltatási körülmények, külső-belső környezet hatásai, valamint az ellátás minőségétől független tényezők

befolyásának figyelembe vételéhez az indikátorokat standardizálni kell. A leterheltség mutatókat az elméleti időalapból számítva, meghatározható például az:

- 1 dolgozóra jutó szolgáltatási költség,
- 1 beteg ellátására eső költség.

A munkaerő felhasználási mutatók számítása rámutathat a szakdolgozói ellátottságra, vagy a munkaerő-elvándorlásra.

A gazdaságossági mutatók legfontosabb területe a fedezet számítás, így a fedezeti pontra eső teljesítmény volumen, intézményi standard pontköltség.

A kapcsolati mutatók területe a legérdekesebb, hiszen itt elsősorban minőségügyi információkat kapunk (előjegyzett betegek, várakozási idő stb.).

Ugyancsak több viszonyszám együttes vizsgálatával értelmezhetünk fogalmakat, mint a hatékonyság, hatásosság, eredményesség, esélyegyenlőség, hozzáférhetőség.

A járóbeteg szakellátási folyamatok minőségi javítása, megtartása, fejlesztése során azok a folyamatosan képzett minőségi indikátorok fontosak, amelyek elsősorban a folyamatok eredményeinek változását mérik a fejlesztés előtt és után. A minőségügyi rendszerekben mindennapi gyakorlattá kell válnia az egészségügyi szolgáltatás hatásosságának, hatékonyságának és társadalmi hasznosságának mérése is.

Ehhez kapcsolódó fontos alapelvek:

- A minőségpolitika elveinek a tulajdon és működési formától függetlenül szektorsemlegesen kell érvényesülniük.
- Szükséges egy integritást biztosító egységes kritériumrendszer kialakítása.
- Az akkreditációs rendszer központi elvárásainak kialakításakor, majd az intézménytanúsítás, a külső audit során fontos, hogy a minőségbiztosítás és ellenőrzés általánossá tétele ne jelentsen túl nagy anyagi terhet az egészségügyi intézmény számára, valamint, hogy a ráfordított összeg minél nagyobb hányada maradjon meg az egészségügyi ellátó rendszeren belül.
- A finanszírozásban, szűkös keretek ellenére is biztosítani kell a bizonyítékokon alapuló, klinikailag hatékony „EBP” tevékenységek elismerését, alkalmazását a külső és belső ösztönző rendszerekben.
- A minőségfejlesztési folyamatokban elengedhetetlen a betegek szükségleteinek, véleményének folyamatos követése.
- Minden javító tevékenységet interdiszciplinárisan és multiszektoriálisan kell tervezni és megvalósítani.

ÖSSZEFOGLALÁS

A fenntartható működés és finanszírozás érdekében a járóbeteg szakellátás folyamatának standardizálására van szükség az országosan egységes struktúra, folyamat és eredményértékeléshez. Ebbe az irányba mutatnak az EU ajánlások is. A standardok elvárásaihoz képest fennálló he-

lyi eltérést objektíven, számszerűen mérhetővé, és ennek alapján az egyes intézmények adatait összehasonlíthatóvá kell tenni. A Járóbeteg Ellátási Standardok fejlesztői és az Egészségügyi Minisztérium „standardfejlesztő” szakértői teamje egy „második lépcsőben” már bevezetni kívánja a standardok vonatkozásában a valid adatokra épülő, körültekintően kifejlesztett indikátorokat, amelyek megfelelően felhasználhatóak lesznek majd az ellátási rendszer egészének mérésére és értékelésére is. Ehhez a fejlesztéshez jó alapot szolgáltathatnak az egyes intézményekben, helyi szinten egyedileg alkalmazott indikátorok. Az indikátorok mérőszá-

mai nem közvetlenül adnak választ a problémákra, hanem felhívják a figyelmet azon területekre, ahol a tapasztalt eltérések okainak feltárására, további részletes elemzés elvégzésére van szükség. Munkánk célja az volt, hogy az olvasók számára a járóbeteg szakellátás elemzéséhez lehetséges indikátorokkal szolgáljunk.

A standardokon alapuló indikátor viszonyszámok alkalmazásának végső célja, hogy elérjük a legjobb „EBP” gyakorlat elvárásait, a fő hangsúlyt az eredményre, azaz a definitív betegellátásra helyezzük.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Belicza É., Kullmann L., Boján F.: A teljesítményelvű finanszírozás hatása a kórházi adatszolgáltatás minőségére. *Lege Artis Medicinae*, 6: 252-260 1996
- [2] Belicza É., Takács E., Boncz I.: Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. *Orvosi Hetilap* 145 évf. 30. sz. 1567-1571 old. 2004. Júli. 25.
- [3] Crombie, I.K., Davies, H.T.O., Abraham, S.C.S., Florey C. du V.: *The audit handbook. Improving health care through clinical audit.* John Wiley and Sons, Chichester, 1993.
- [4] Keserű I: A számvitel információs szerepe a kórházi menedzsmentben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4: 377-397. 1995
- [5] Minőségirányítás és minőségügyi rendszerelemek. A szolgáltatás irányelvei. Magyar Szabvány MSZ ISO 9004-2: 1993
- [6] Nagy J. – Bordás L.: A DRGs adaptációjának magyarországi tapasztalatai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 29: 90-120. 1991,
- [7] Uhrík T: Járóbeteg ellátási standardok (JES) Bevezetése, helyük a magyar ellátó rendszer fejlesztésében. *IME III. évf. 10. 12-15., 2005*
- [8] *The A-Z of Quality.: NHS Management Executive.* London-Leeds, 1994
- [9] Varga I: Megváltozott szakdolgozói feladatok az egynapos sebészeti ellátásban. *IME III. évf. 10 37-40. 2005*

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Czalbert H. János 1978-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. A sebészeti szakmacsoport regisztrált szakorvosa. 1986-ban kandidátusi fokozatot szerzett informatikai kutatási témában. Jogi szakoklevelét az ELTE jogi továbbképző intézetében minőségirányítási te-

rületen szerezte. 2003-ban egészségügyi menedzserként Master of Business Administration diplomát kapott a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen. 25 éve dolgozik a Dunakeszi Város Egyesített Egészségügyi Intézményeinél, melynek 1999 óta igazgatója. Szakmai tanulmányutakon vett részt az egészségügyi szervezés, kutatásfejlesztés, tanácsadás területén: Kanada, USA, Mexikó, Németország, Ausztrália.



Dr. Uhrík Tibor M.Sc. 1980-ban szerzett „summa cum laude” diplomát a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 1984-ben sebész szakorvosi vizsgát, 2000-ben Master of Science diplomát szerzett a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában. 16 évig a budapesti MÁV

gozott. Klinikusi munkáját egészségügyi gazdasági vállalkozásai elindítása miatt hagyta abba. 1998-2000. között első, és egyben alapító ügyvezető igazgatója volt a Vasútegészségügyi Közhasznú Társaságnak, majd 2002-ben projectvezetője a vasútegészségügyi irányított betegellátási modell indításának. Számos tanulmány és tudományos közlemény szerzője ill. társszerzője, 2002 óta a Medicina 2000 Járóbeteg Szakellátási Szövetség alelnöke. Jelenleg a Hypporates Consulting Kft. ügyvezető igazgatója és fő tulajdonosa.

Kórház II. Sebészeti Osztályán sebész szakorvosként dol-

Dr. Varga Imre bemutatása lapunk III. évfolyamának 8. számában olvasható.