2. számú melléklet

***„A betegellátás minőségi mutatóinak mérései és azok nyilvános közzététele feltételezhetően a legfontosabb lépés az egészségügyi rendszer megreformálásához.” Michael E. Porter***

# Egészségügyi minőségi indikátorok az értékalapú egészségügy megteremtéséért

**Összeállította: Dr. Hegedűs Zsolt**
MOK Etikai Kollégium Elnöke
Ortopéd sebész főorvos, Budapest
Consultant Orthopaedic Surgeon, UK

Budapest, 2020. május 19.

## Vezetői összefoglaló

Az egészségügy értékét a jobb egészségügyi eredmények elérése hozza létre ugyanolyan vagy alacsonyabb költségek mellett. Ennek ellenére jelenleg az egészségügyi szolgáltatókat általában kifizetik az elvégzett tevékenységekért - függetlenül attól, hogy ezek a tevékenységek értéket képviselnek-e a *betegek* számára. Ennek megváltoztatására szerkezetátalakítás szükséges.
A mennyiség alapú (volume-based) helyett az értékalapú (value-based) egészségügy felé kell elmozdulnunk.

A standardizált eredmények mérése lehetővé teszi számunkra, hogy azonosítsuk, melyik klinikai csapat vagy egészségügyi rendszer a legalkalmasabb és tanuljunk tőlük. A betegeknek fontos eredményekkel kapcsolatos adatok mérésével és átláthatóságával megállapíthatjuk a kritikus fontosságú kiválasztási elvet annak érdekében, hogy biztosítsuk a fenntartható egészségügyi ellátórendszerek kialakulását, amelyek népességünk javát szolgálnák.

A világ egészségügyi rendszerei átalakulóban vannak.
Csak egy példát mutatva, az Egyesült Államok egészségügyi vezetőinek és klinikai vezetőinek egy nemrégiben végzett felmérésében a válaszadók arról számoltak be, hogy az értékalapú kifizetések átlagosan a szervezet bevételeinek körülbelül egynegyedét teszik ki, és 42%-uk szerint az érték-alapú kifizetések végül az Egyesült Államok egészségügyi ellátásának elsődleges bevételi modelljévé válik.
(https://www.optum.com/content/dam/optum3/optum/en/resources/publications/NEJM_Optum_Transitioning_Payment_Models_2018.pdf)

*Értékalapú egészségügy kapcsán manapság talán a legnagyobb kihívás az, hogy hogyan valósítsuk meg értékalapú fizetési modellek bevezetését az egész egészségügyi rendszer szintjén.*

**Ehhez alapjában öt fontos elemre van szükségünk:**

1. **Az ellátás egész ciklusára vonatkoztatott szolgáltatás teljes költségének mérése**

A nemzetközileg fellelhető sikeres kezdeményezések az értékalapú kifizetések körét kiterjesztették a teljes ellátási ciklusra (például a kifizetések kiterjesztését a diagnosztikára, a műtétre és a fizikoterápiára), hogy a szolgáltatókat így ösztönözzék az információk megosztására, az egymással való együttműködésre. Ezáltal átalakultak a betegutak és a legmagasabb színvonalú ápolást biztosították a legköltséghatékonyabb módon.

Valójában a legsikeresebb kezdeményezések közé tartozik a szolgáltatók pénzügyi ösztönzése az eredmények jelentésére – lásd az Egyesült Királyságban a Best Practice Tariff pozitív ösztönzőinek alkalmazását; mások a nemzeti egészségügyi politika részeként kötelezik az eredmények jelentéstételét.

## 2. Az egészségügyi állapotra vonatkozó fontos eredmények mérése

A betegek szempontjából fontos egészségügyi eredmények mérése és jelentése a fenntartható, értékalapú fizetési reform előfeltételei. A legsikeresebb kezdeményezések kiegészítik az úgynevezett általános vagy hagyományos egészségügyi mutatókat olyan metrikákkal, amelyek tükrözik az egészségnyereséget, a betegek egészségügyi eredményeit, akár bevonva, megkérdezve a betegeket is.
Az egészségügyi eredmények követésekor fontos a megfelelő egyensúly megteremtése a túl sok és a túl kevés mutató között. Amennyiben túl sok mutatóra fókuszálunk, akkor a mutatók esetleg nem lesznek validak és minimális hatással lesznek a szolgáltatók viselkedésére; amennyiben túlságosan kevés mutatót mérünk, akkor fennáll annak a kockázata, hogy hiányozni fognak a releváns eredmények.

Az olyan szervezetek, mint az Egészségügyi Eredmények Mérésének Nemzetközi Konzorciuma (ICHOM –www.ichom.org) jelentős előrehaladást értek el az adott betegségek és állapotok szempontjából releváns egészségügyi eredmények minimálisan elegendő indikátorainak meghatározásában. Ezek magyarországi használatát, implementációját javasoljuk.

## 3. Heterogén betegpopuláció rizikófaktorainak figyelembevétele

Az értékalapú fizetési modellek véletlenül olyan ösztönzőket hozhatnak létre, amelyek arra ösztönzik a szolgáltatókat, hogy csak a legegészségesebb betegeket válasszák, kezeljék. A hatékony értékalapú fizetési rendszerek magukban foglalják a robusztus kockázat-kiigazítást, hogy kiküszöböljék a tisztességtelen betegkiválasztást. Ez segíti az összes szolgáltatóval kapcsolatos tisztességes árak meghatározását, ideértve azokat is, akik kezelik a legbonyolultabb és a legköltségesebben kezelhető eseteket is. Noha a kockázat kiigazítás számítása korábban meglehetősen bonyolult volt, most pontosabb és könnyebben végrehajthatók, a növekvő nagy adathalmazok birtokában, a prediktív elemzések fejlődésével és a nemzetközi, publikus jógyakorlatok integrálásával.

*A költségek és az egészségügyi állapotra fontos eredmények mérésére vonatkozólag, valamint a kockázat kezelése szempontjából is evolúciós megközelítést javaslunk. Az egészségügyi rendszereknek nem kell várniuk, amíg fejlett mérési és kockázatbeállító rendszereik vannak az induláshoz. Inkább megkezdhetik a rendelkezésükre álló metrikák és módszertanok használatát, beruházhatnak és tanulhatnak a kezdeti eredményekből, kisebb betegségcsoportoknál vagy ellátásoknál kezdhetik a bevezetést, majd finomíthatják jelenlegi rendszereiket, mielőtt az értékalapú fizetési modelleket rendszerszinten bevezetnék.*

## 4. Adatállományba és azok fejlett elemzésébe való befektetés

Az információ hatalom. Az eddigi sikeres kezdeményezések fejlett elemző platformokat fejlesztettek ki annak érdekében, hogy kielégítsék az eredmények és költségek átfogóbb követésének növekvő igényét, hogy az értékalapú kifizetések lefedjék a teljes ellátási ciklust, és többféle típusú kifizetést hajtsanak végre arányosan. Ezek a platformok több forrásból származó adatokat integrálnak, beleértve a szakmai regisztereket is, és folyamatosan információt szolgáltatnak minden érdekelt fél számára arról, hogy milyen értékeket teljesítenek. Az egyes szolgáltatók általában nem rendelkeznek sem anyagi forrással, sem a teljes adathalmazzal, sem az elemzési lehetőségekkel az ilyen rendszerek kifejlesztésére. Ezzel

szemben a kifizető állami szervek – nálunk a NEAK, főleg az EESZT bevezetésével és fejlesztésével – a teljes rendszeren jobban átláthatnak és így általában jobb helyzetben vannak, hogy kidolgozzák az adat- és elemzési platformot, majd azt megosztott szolgáltatásként nyújtják az egészségügyi szolgáltatóknak. A svédországi SVEUS program, amely átfogó és szinte valós idejű adatokat nyújt kifinomult kockázatkezeléssel, egy jó példa ezekre az elemző platformokra. A szakmai regiszterek tekintetében az angol National Joint Registry *(http://www.njrcentre.org.uk)* lehet a legjobb minta és annak jó gyakorlatait a magyar Nemzeti Protézis Regiszter átalakítására kellene felhasználni.

## 5. A folyamatosan javuló és a hibákból tanuló kultúra megteremtése

A sikeres egészségügyi rendszerek felismerik, hogy az értékalapú kifizetések bevezetése nemcsak egy egyszeri esemény. Inkább a klinikai gyakorlatok folyamatos átalakulásának egy nagyon fontos motivátora. Az értékalapú kifizetések sikeres végrehajtásának legnagyobb előnye egy tanulási gondolkodásmód kialakulása, amelyben a szervezetek elkötelezik magukat a kísérletezés, az innováció és a folyamatos fejlesztés mellett. Elkötelezik magukat a hiteles transzparencia, a betegek megfelelő tájékoztatása és a hibák feltérképezése és az azokból való tanulás mellett. Valójában bizonyos helyzetekben ez magában foglalhatja még az értékalapú kifizetések kiküszöbölését is, amikor a valóban értékalapú szervezeti kultúra normái és tevékenységei szorosan beépülnek majd a mindennapi gyakorlatba.

## Előszó

A **Magyar Nemzeti Bank** 2019-ben megjelentetett *„Versenyképességi Program 330 pontban”(https://www.mnb.hu/letoltes/versenykepessegi-program.pdf) a következőket fogalmazza meg:*

*„(20) Eredményességhez kötött finanszírozási módszerek alkalmazásának bővítése: Javasoljuk, hogy a finanszírozási rendszerben jelenjenek meg az ellátás minőségére és eredményességére vonatkozó indikátorok, illetve ezek teljesítéséhez kapcsolódjon célzott kiegészítő finanszírozás.”*

*„(32) Az egészségügyi intézmények teljesítményének és a betegek elégedettségének standardizált mérése és publikálása: Jelenleg a páciensek nem tudnak hivatalos forrásból információhoz jutni az ellátás színvonalával és az egyes intézmények teljesítményével kapcsolatosan, így a személyes tapasztalataikon felül csak a sajtóban és az interneten megjelent, kiragadott példák alapján vagy pedig az iparági szereplők tájékoztatása alapján kapnak képet az ellátórendszerről. Ahhoz, a betegtájékoztatás színvonala javuljon, illetve, hogy az egészségügyi rendszer fejlődése ténylegesen mérhető és követhető is legyen, szükséges egy olyan rendszer kialakítása, amely standardizált módszerekkel, a nyilvánosság által is hozzáférhető módon hasonlítja össze az egyes ellátók teljesítményét, illetve a betegek szolgáltatókkal való elégedettségének mértékét. Az egészségügyi információs rendszerre követendő példa az Egyesült Királyság Nemzeti Egészségügyi Szolgálatának (NHS) Digital nevű portálja. Az általuk publikált adatok köre kiterjed a gyógyszerfelírási szokásoktól, a HR ellátottságon keresztül egészen a betegek elégedettségéig.”*

A **Pénzügyminisztérium** által 2019-ben kiadott *„Program a versenyképesebb Magyarországért”(https://www.kormany.hu/download/7/91/91000/Program%20a%20Versenyk%C3%A9pesebb%20Magyarorsz%C3%A1g%C3%A9rt.pdf#!DocumentBrowse)* kiadványban a következőket találjuk:

*“Minőségi indikátorok bevezetése*

*AKCIÓ KIFEJTÉSE:*
*A teljesítmény mérése, az egészségügyi szolgáltatók teljesítményének összehasonlíthatósága, a minőségi teljesítmények hangsúlyossá tétele az ellátás minőségének javulását eredményezi, emellett fontos szerepe lehet a szakpolitikai döntések meghozatala során is.*

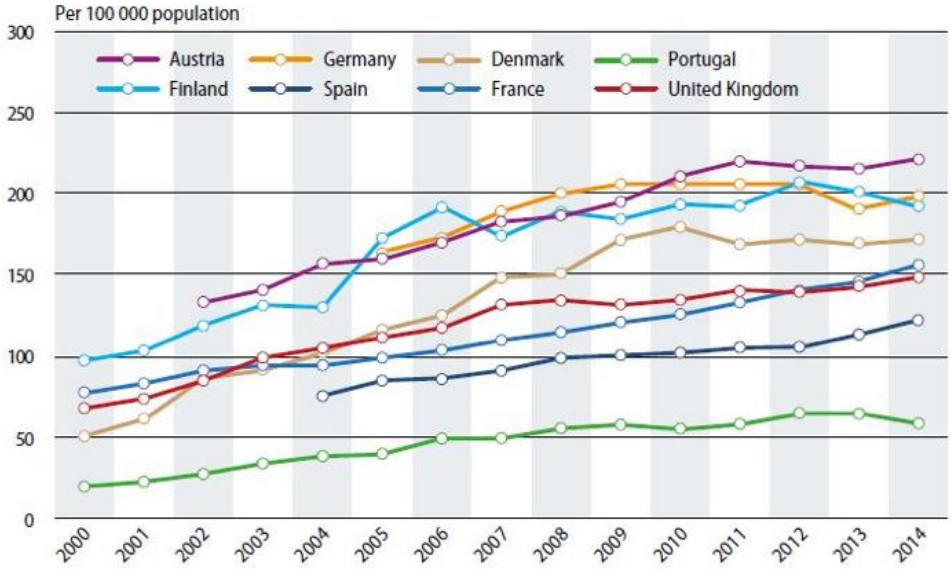
*Közérthető formában olyan, a lakosság számára is hozzáférhető egészségügyi indikátorok kialakítása és rendszeres közzététele szükséges, amelyek alkalmasak az egészségügyi szolgáltatók tevékenységének bemutatására, illetve folyamatos értékelésére.”*

A MOK alábbiakban vázolt javaslatai összhangban vannak a fenti iránymutatásokkal.

## 1. Bevezetés:

Az idősödő, de magas életminőséget igénylő populációval, a technikai fejlődéssel előtérbe kerülő újabb és sokszor drágább technológiák alkalmazásának lehetőségével **a modern nyugati egészségügyi rendszerek is nagy kihívás előtt állnak, hogy megfelelő egyensúlyt teremtsenek a gazdasági lehetőségek és a gyorsan elérhető, magas szintű, modern egészségügyi ellátás között.** Ez még inkább vonatkozik egy alulfinanszírozott, szürkegazdasággal átszőtt, agyelszívással és humánerőforrás hiánnyal is szembenéző egészségügyi rendszerben, mint amilyen a magyarországi is.

A költségek növekedésére, a növekvő igényre példa, hogy az elmúlt évtizedben a térdprotézisek száma Angliában megduplázódott 60-ról 120/100.000 lakosra. A kérdés az, hogy az egészségügyi költségekre fordított pénzünkért megfelelő értéket nyerünk vissza? Ma a meglepő válasz az, hogy fogalmunk sincs.
Az egyik legfontosabb útja, hogy választ kapjunk erre az, hogy megkérdezzük magukat a betegeket, akik átestek a műtéteken.



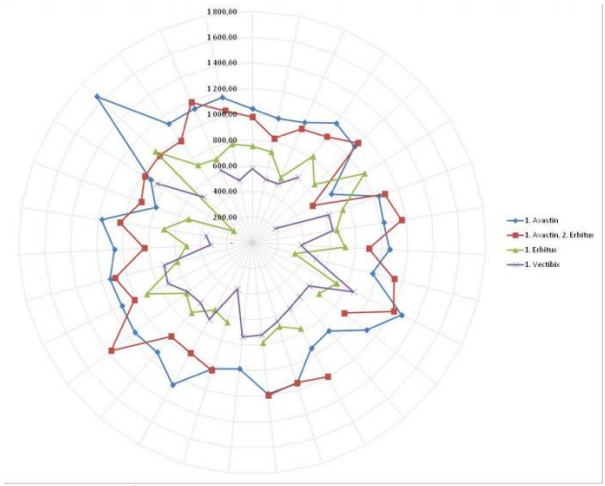

Source: Trends in knee replacement surgery, 2000–2014, selected countries; OECD Health Statistics, 2016

Nagy különbségek tapasztalhatóak nemzetközileg is egyes országokban a különböző egészségügyi minőségi mutatók között:
Így

- **2x** eltérés a 30 napos mortalitási rátában szívinfarktus után az Egyesült Államokban,
- **4x** eltérés coronaria bypass műtétek mortalitási rátájában az Egyesült Királyságban,
- **5x** eltérés súlyos szülészeti komplikációknál az Egyesült Államokban,
- **9x** eltérés radicalis prostatectomia komplikációinál Hollandiában,
- **18x** eltérés reoperációs rátában csípő műtétek után Németországban,
- **20x** eltérés vastagbélrák műtét utáni mortalitásban Svédországban.

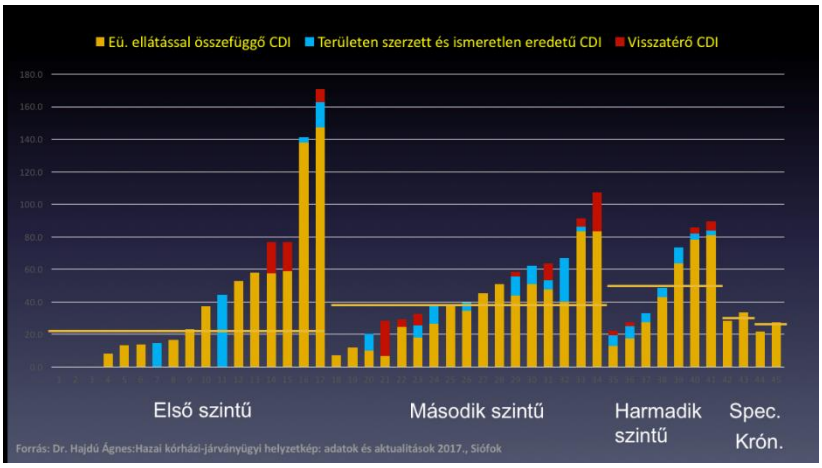
Akár egy nagyobb városon belül is nagy különbségek találhatóak a különböző kórházak minőségi mutatói között.
*(Forrás: The Strategy to Transform Health Care and The Role of Outcomes Professor Michael E. Porter OECD Policy Forum People at the Center: The Future of Health Paris, France, January 16, 2017)*

De a hazai elérhető minőségi adatok is nagy különbségeket mutatnak, így például a három betegségtípus - tüdőrák, prosztatarák, vastagbélrák - egyes intézetekben alkalmazott protokolljai és az adott protokollt kapó betegek túlélési görbéje is nagy variációt mutat.




*Forrás: Bidló Judit: Így írtok Ti! MKOT Kongresszus 2016.*

De az egyik leggyakoribb magyarországi kórházi fertőzés, az úgy nevezett Clostridium difficile incidencia medián és minimum-maximum értéke is jelentősen eltér kórháztípusonként Magyarországon.




Megemlíthetjük, hogy sok betegséget, így a szívinfarktus kezelését már nálunk is francia szinten finanszírozzák. A megműtött infarktuson átesettek egyéves túlélését tekintve azonban lesújtó eredményt kapunk, olyat, mint Albániában. *(https://mok.hu/hirek/lapszemle/francia-arakon-alban-eredmenyt-kapunk)*

A munkánk, erőfeszítéseink eredményeit ha mérjük és abban nagy eltéréseket, variációkat találunk, akkor azt valami rossznak vagy valami jónak is tekinthetjük.
Alapvetően két megközelítésre van szükségünk az egészségügyi rendszerek fejlesztésében. Az egészségügyben eddig hagyományosan elterjedt az a megközelítése, hogy felülről, dogmatikusan teszünk erőfeszítéseket, hogy javítsuk egészségügyi rendszerünket. Ezt továbbiakban sem lehet teljesen nélkülözni, de a modern világban látható trend, mely az egészségügyi értékhez és a releváns adatokhoz való hozzáférés növelését tűzte ki célul, azt jelenti, hogy egy olyan törési ponton vagyunk, ahol készen állhatunk egy másfaja, nevezhető darwini megközelítésre. Darwin a "legmegfelelőbbek fennmaradásáról" beszél. A standardizált eredmények mérése lehetővé teszi számunkra, hogy azonosítsuk, melyik klinikai csapat vagy egészségügyi rendszer a legalkalmasabb és tanuljon tőlük. A betegeknek fontos eredményekkel kapcsolatos adatok mérésével és átláthatóságával megállapíthatjuk a kritikus fontosságú kiválasztási elvet annak érdekében, hogy biztosítsuk a fenntartható egészségügyi ellátórendszerek kialakulását, amelyek népességünk javát szolgálnák.

## 2. Az ÉRTÉKALAPÚ EGÉSZSÉGÜGY meghatározása

**Az egészségügyi ellátás szerkezetátalakítása szükséges, nem a fokozatos javulás eszközölése.**
Az értéknövelés az egyetlen igazi megoldás.
A mennyiség alapú (volume-based) helyett az értékalapú (value-based) egészségügy felé kell elmozdulnunk.
Mit tekintünk ÉRTÉKnek?

**Az egészségügy alapvető célja, hogy a betegek számára értéknövekedést teremtsen.**

Az ÉRTÉK egyenlő az egészségügyi állapotra vonatkozó fontos eredmények halmaza (amibe fajsúlyosan a betegeknek fontos eredmények tartoznak) és az ellátás egész ciklusára vonatkoztatott szolgáltatás teljes költségének hányadosával.

$$\text{É}\boldsymbol{RT}\text{É}\boldsymbol{K} = \frac{\textbf{az egészségügyi állapotra vonatkozó fontos eredmények halmaza}}{\textbf{az ellátás egész ciklusára vonatkoztatott szolgáltatás teljes költsége}}$$

Ebben a rendszerben a siker meghatározása, hogy minél nagyobb értékű egészségügyi ellátást biztosítsunk.
Az értékalapú egészségügyben az ÉRTÉK az egyetlen olyan cél, amely egyesíti a rendszer résztvevő érdekeit.
A kérdés az, hogyan tervezzük meg az egészségügyi ellátó rendszert, amelyek jelentősen javítják a betegek értékét.

Fontos és nem szabad szem elől vesztenünk, hogy az érték a páciens egészségi állapotának megfelelő ellátása során alakul ki az ellátás teljes ciklusa alatt.
Az érték nem értelmezhető a kórház, egy specialitás, beavatkozás vagy elsődleges ellátás szintjén.
A kórházak vagy a műtétek, mind csak eszközként szolgálnak az érték megteremtéséhez.
A legerőteljesebb mozgatórugó a költségek csökkentésére és az értékek javulására nem más, mint **a betegek számára fontos eredmények javulása.**

## 3. Az egészségügy minőségi indikátorainak mérése

### Az eredmények mérésnek az ereje

- Az eredmények  a legfontosabb információk a betegek részére.
- Az eredmények definiálják a sikert minden klinikusnak és egészségügyi szervezetnek.
- Az eredmények vezérlik a multidiszciplináris ellátást és annak innovációját.
- Az eredmények alapvető elemei bármilyen értékalapú fizetési modellnek.
- Az eredmények validálják a költségcsökkentést, ami valóban értéknövelő.
- Az eredmények validálják a szolgáltatás növekedést.

### Az eredmények mérésének alapelvei

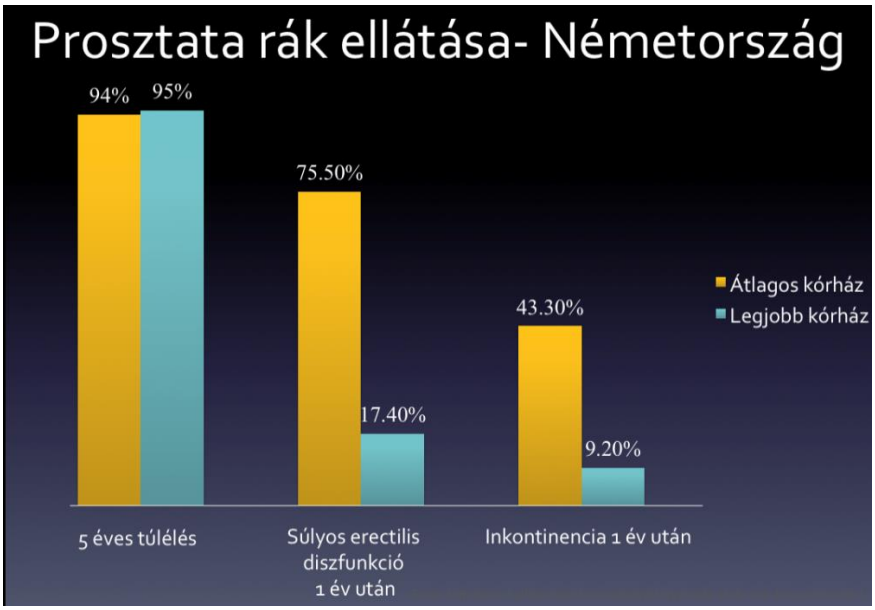
- Egészségi állapot mérése (nem szakmák, műtétek vagy beavatkozások körüli mérések).
- Az eredmények mindig multidimenziónálisak és beletartoznak amik a beteg számára a legfontosabbak (nemcsak a klinikusnak).
- Az egész ellátás teljes körét vizsgálja.
- Vegye figyelembe a kiindulási állapotot/ rizikó tényezőket, melyek szükségesek a betegek közötti különbségek kiigazításához.
- Standardizált mérési szettek kórképek szerint, így felerősítve a tanulási és az összehasonlítási lehetőségeket a szolgáltatók között.

### Mit mérjünk?

A modern egészségügyi rendszerekben hatalmas mennyiségű adat halmozódik fel – hány beteget kezeltek, milyen beavatkozásokat végeztek, vajon az orvos követte-e a megfelelő irányelveket, mennyit költöttek el.
Az általános vagy, úgy nevezett „hard outcome”-ok mérése sok helyen már elérhetőek.
Ezeket feloszthatjuk általános egészségügyi és szakma specifikus indikátorokra. Ez utóbbiak meghatározása elsősorban a szakmai társaságok feladata. Az 1. és 2. számú mellékletben egy angliai gyakorlatban is használt listát teszünk közre, mely alapján az orvosok évről évre egy úgynevezett scorecardot kapnak a kórházuktól. Ebben feltüntetik a regisztrált eseményeket, indikátorokat és összevetik a kórház többi dolgozójával és az országos átlaggal. Erre az adott orvosnak szakmai alapon reflektálnia kell az éves hivatalos szakmai felülvizsgálatán.
Egyes szakmák az eltérő specifikációjuk miatt különböző indikátorokkal mérhetőek. Erre jó példa a sürgősségi ellátás vagy éppen a mentőszolgálat publikus statisztikája Angliában. *(https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ae-waiting-times-and-activity/ https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ambulance-quality-indicators/ambulance-quality-indicators-data-2020-21/)*

Ha csak ezeket a “kemény” adatokat mérjük, akkor fals eredményeket kapunk.
Például ha  megnézzük Németországban a prosztata rák kezelésének 5 éves túlélési rátáját a legjobb és egy átlagos kórház között, akkor azt mondhatjuk, hogy minden rendben van.
Ha azonban a kulcsfontosságú életminőséget és funkciót befolyásoló adatokat nézzük, mint amilyen az impotencia vagy inkontinencia, akkor már nagy különbségeket vehetünk észre. És nem biztos, hogy  aki impotenssé vagy inkontinenssé válik egy ilyen műtét után az sikeresnek gondolja a műtétet, főleg, ha tudja, hogy máshol talán jobb technikával ez elkerülhető lett

volna. Hasonlóan egy csípő- vagy térdprotézis beültetés után, mely során a sebész ugyan betartotta az összes protokollt, a beteg nem biztos, hogy elégedett lesz, ha fájdalmas marad az ízülete vagy nem tud kerékpározni, ha az fontos a kívánt életminőségéhez.



Forrás: http://www.huffingtonpost.com/oecd/putting-people-at-the-cen_b_14247824.html

**Kimondhatjuk, hogy klinikai eredmények önmagukban nem elegendőek, hanem a funkcionális státusz és életminőség változását is mérnünk kell.**
Ehhez viszont meg kell kérdeznünk magukat a betegeket, hogy vajon jobbak, rosszabbak vagy sem azok a dolgok, melyek az életminőségüket leginkább befolyásolják egy adott egészségügyi ellátás után.
Erre a nemzetközileg használt, standardizált Patient Reported Outcome Measures (PROMs) és Patient Reported Experience Measures (PREMs) kérdőívek bizonyítottan jól használhatóak.

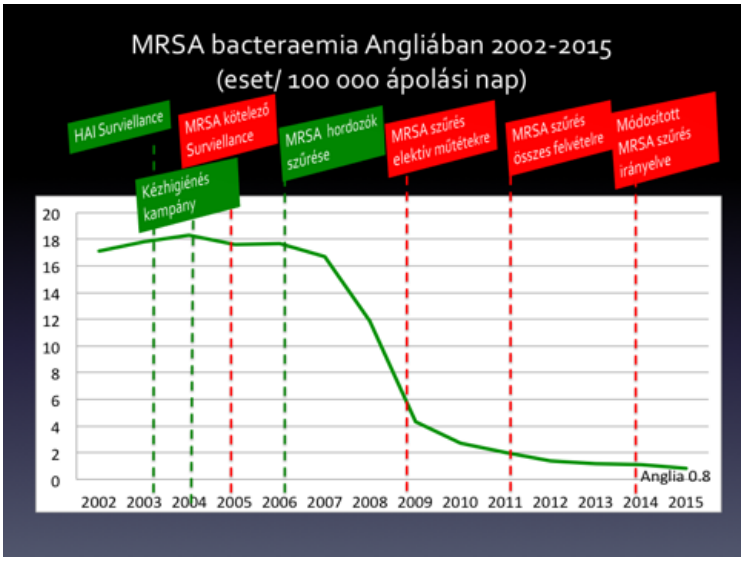
Magyarországon egy nagyon lassan kialakuló rendszer a pár éve jogszabályba rögzített teljesítményértékelés (lásd MÉRTÉK - *https://mertek.aeek.hu/*). Ez nem alkalmas, hogy a nemzetközi porondon megmérettetésre, összehasonlíthatóságra tegye alkalmassá a hazai egészségügyi szolgáltatókat, illetve a nemzetközi jó gyakorlat irányába mozdítsa el a hazai az egészségügyi minőség-modelleket. Publikálása nagy eredmény volt, de megállt ez a folyamat.

A MOK elsősorban az ICHOM standard méréseinek bevezetését javasolja Magyarországon, amely egy nemzetközi csapat által kidolgozott és felügyelt értékalapú egészségügyet támogató protokollok összessége. *(https://www.ichom.org/standard-sets/)*

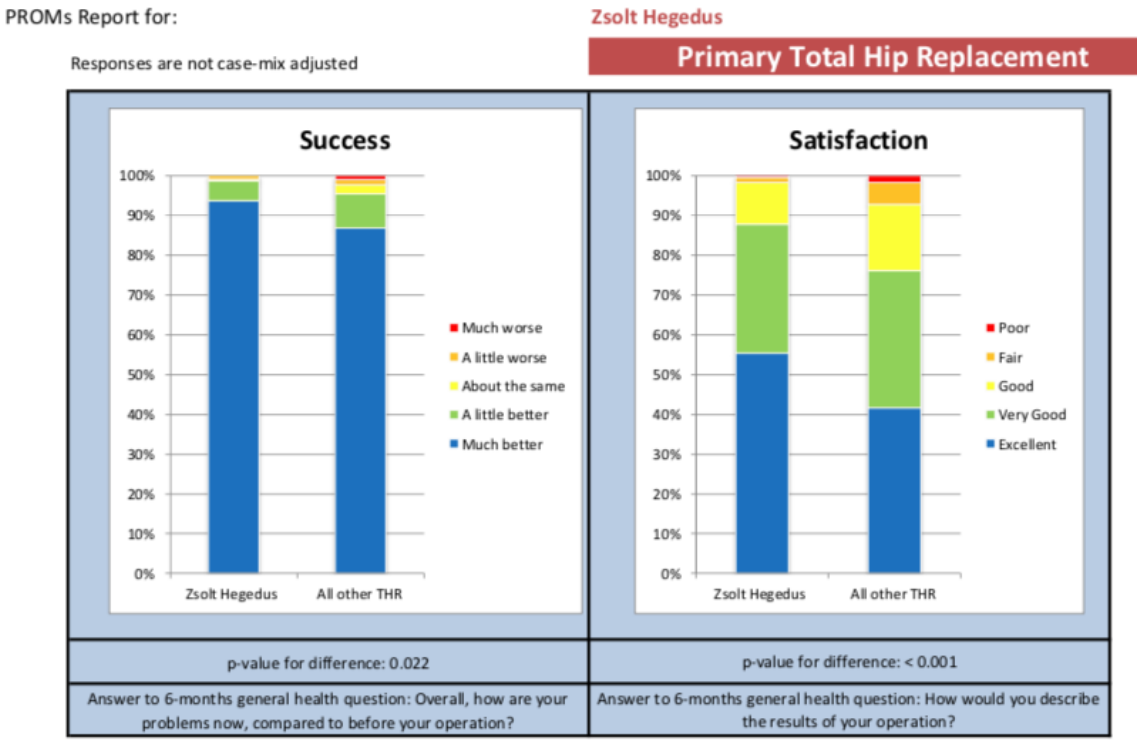
## 4. Transzparencia

Az eredmények a szakmailag felügyelt tartalmukkal együtt publikusak kell legyenek.
A fogyasztók számára az egészségügy átláthatósága azt jelenti, hogy a megfelelő információval rendelkeznek a megfelelő időben és a megfelelő formában ahhoz, hogy értékalapú egészségügyi döntéshozatalt hajtsanak végre.
Transzparencia az egészségügyben nemcsak adatok vagy elemző riportok kreálása vagy eredmények közlése weblapokon. Helyesen az arra szolgál, hogy valóban megértsük a költségeket, a minőséget, a kockázatokat és következményeket olyan módon, hogy az egészségügyi szervezetek jobban tudják értékelni az eredményeiket és gyorsabban tudjanak hatásosan cselekedni.
Az eredmények transzparenciája javítja a teljesítményt is. Erre jó példa egy Svéd nyilvántartás (RIKS-HIA) által végzett tanulmány, amely figyelemre méltó különbségeket talált a miokardiális infarktusban szenvedő betegek 30 napos túlélési arányában. Amikor a 73 kórházból összegyűjtött eredményeket nyilvánosságra hozták, a leggyengébben teljesítők egy része szégyenteljes sajtóközleményt kapott. Egy éven belül két alacsony rangsorolású kórház, a Karlstadi Központi Kórház és a Halmstadi Kórház jelentősen megváltoztatta klinikai rutinját, többek között perkután koszorúér beavatkozás (PCI) bevezetésével, eljárásaik összehangolásával a nemzeti kezelési iránymutatásokkal, és személyzetük fejlesztésével. Egy, illetve két évvel később az eredményüket nyilvánosságra hozták: a kórházak harminc napos halálozási aránya 50%-kal csökkent, és mindkét intézményt a felső kvartilisbe tolta.
*(https://www.bcg.com/documents/file64538.pdf)*

Angliában egy súlyos fertőzés, az MRSA bacteraemia lecsökkentéséhez is nagyban hozzájárult, hogy 2005-től kórházakra lebontva közölték ezt a fontos minőségi mutatót.



A legfejlettebb rendszerek már nemcsak intézetre vagy osztályra, hanem orvosra lebontva is közli az egészségnyereség eredményét, a betegek által visszajelzett PROMs adatokat. Így például a National Joint Registry Angliában közli a sebészekkel nemcsak a revíziós rátáit, hanem a betegek által visszajelzett elégedettségi és siker rátáit összehasonlítva az országos átlaggal.




## 5. Betegelégedettség mérése

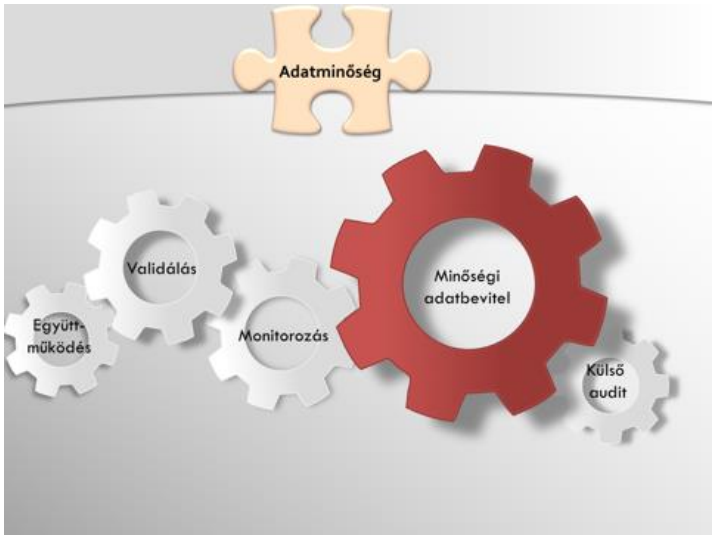
Itt hazai gyakorlatban egy az EMMI és az Egészségügyi Államtitkárság által is már támogatott program országos kiszélesítését javasoljuk. A Jobbulást! Alapítvány kezdeményezésére az angol online, publikus betegelégedettségi mérés hazai bevezetése elindulásra vár, melyben a „Barátok és család teszt" is szerepel. Jelenleg a kijelölt kórházakban a program tesztelése szünetel a COVID-19 járvány miatt. A járvány csökkenésével annak elindítása indokolttá válhat.

## 6. Szakmai Regiszterek

A szakmai regiszterek fejlesztése elengedhetetlen eleme a kitűzött célok eléréséhez. Magyarországon a Nemzeti Rák Regiszter, a Nemzeti Szívinfarktus Regiszter és a Nemzeti Protézis Regiszter fejlesztése a nemzetközi tapasztalatok alkalmazása révén nagyban segíthetne, hogy olyan értékes adatokat kapjanak a résztvevők, melyek egyrészt segítenék a hazai jógyakorlatok feltérképezését, másrészt, hogy akár nemzetközileg is összehasonlító adatokat kapjunk. Ehhez mind humánerőforrást, mind külön finanszírozást kellene biztosítani, támogatni a NEAK ezzel kapcsolatos erőfeszítéseit. A regiszterekbe befektetett tőke megtérül az egészségügyi szolgáltatások minőség javulásával, kevesebb komplikáció generálásával.

A Regiszterek működésénél a legoptimálisabb adatminőség és megbízhatóság elérése érdekében öt tevékenységnek kell olajozottan működnie:

1. A legfontosabb a gyors valós idejű **minőségi adatbevitel**. (Orvosokat támogatják és technikai hátteret biztosítanak, hogy minél könnyebb, gyorsabb legyen a minőségi adatbevitel.)
2. Legalább olyan fontos az **együttműködés más felügyeleti szervekkel**, hogy érdekelté tegyék a résztvevőket: szakképzéshez, éves szakmai felülvizsgálathoz (appraisalhez), és az 5 évenkénti revalidáláshoz elengedhetetlenek a hivatalos szakmai regiszterben található adatok bemutatása, arra való reflexió, így például az Egyesült Királyságban. Ezt a fejlettebb rendszereknél az Orvosi Kamara végzi. Az Orvosi Kamara feladatainak, hivatásának legfontosabb részét képezi az orvosok éves szakmai felülvizsgálata, illetve az ötévenkénti revalidálás, annak elbírálása. **Magyarországon a MOK-nak ezt a jogosítványát meg kellene kapnia, hogy érdemben tudja felügyelni az orvosok szakmai standardjait, elősegítve a minőségjavulást és a betegbiztonság fejlődését.**
3. Külső, független cégekkel **audit**ot végeznek ellenőrizve a kórházakat.
4. **Validálják a beérkezett adatokat** és a résztvevőket is motiválják, a 2. pontban leírtak is ezt segítik elő.
5. **Adatokat monitorozzák**, más adatokkal vetik össze, hogy a pontatlanságokat kiszűrjék.




**Kinek az érdeke?**

- *Orvosoknak*: jobb döntéseket hozzanak az általuk nyújtott ellátásról és annak javításáról.
- *Betegeknek*: jobb pozícióban, hogy eldöntsék, hogy melyik kezelés a legelőnyösebb számukra és melyik szolgáltatónál várható jó eredmény (Bizalommal fordulhatnak a szolgáltatókhoz.)
- *Döntéshozók*: segítség, hogy eredményesen és hatékonyan működjön az egészségügy, a legtöbbet hozza ki a befektetésből; demonstrálása a magas minőségű szolgáltatás egyenlő elosztásának országosan

## 7. Az értékalapú egészségügy megteremtésének stratégiája

- Az ellátás átszervezése a beteg állapota köré.
- Mérni az eredményeket és költségeket minden betegnél.
- Elmozdulni az értékalapú térítési modellek és az epizód alapú kifizetések, illetve a kötegelt típusú finanszírozási struktúrák felé.

*"A szolgáltatók a teljesítményük alapján lesznek megfizetve. A kifizetéseknek tükröznie kellene az eredményeket, nemcsak a beavatkozást és ösztönzőket kell biztosítani a jobb minőségért."*
Ezt a kományzatnak is fel kell ismerni, ahogy az angolok is megtették 2010-ben a kormányzati programjukban.
*(https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136384/healthy_lives_healthy_people.pdf)*

Eljutottak oda, hogy jelenleg a legjobb gyakorlatot akarják feltérképezni és elterjeszteni, ugyanis ez a leggyorsabb és leghatékonyabb módja, az egészségügyi rendszer eredményeinek és költségeinek javítására.

A kormányzati programban meghirdetett pozitív ösztönzőjük a **Best Practice Tariff** (legjobb gyakorlat tarifája).
Itt adatszolgáltatási és minőségi kritériumoknak kell megfelelniük a szolgáltatóknak, hogy részesüljenek abban.
Amennyiben teljesülnek a feltételek, akkor *esetenként akár 10%-al többet kapnak* a jól teljesítő kórházak. Számos szakterületre és betegcsoportra dolgozták ki részletesen ezeket, melyek publikusak. Ezek hazai adaptációját, minél előbbi bevezetését szorgalmazzuk. (*https://improvement.nhs.uk/documents/484/Annex_DtD_Best_practice_tariffs.pdf)*

## 8. Összefoglalás

Az egészségügy alapvető célja, hogy a betegek számára értéknövekedést teremtsen.
Az értékalapú egészségügy megteremtéséhez Magyarországon egy radikális szemléletváltás szükséges.
Ennek elindítása a mindenkori aktuális döntéshozók kezében van. Ahogyan felvilágosult politikusok megtették az első lépést a fejlett nyugati országokban, így például az Egyesült Királyságban, Dániában, Svédországban, Norvégiában, úgy nálunk is a minél előbbi pozitív szemléletváltás ebben a kérdésben előbb-utóbb életekben és életévekben, egészségnyereségben lesz majd mérhető.
Ennek támogatására a hazai egészségügyi társadalom mind tudásbázissal, mind szakértelemmel rendelkezik. Kellő struktúraátalakítással, a motivációk egyértelművé tételével elindulhatna a tényleges munka, hogy Magyarországon a gyakorlatban is betegközpontú egészségügyünk legyen.

*1. számú melléklet*

**Általános egészségügyi indikátorok**

**Kulcs teljesítményi mutatók**

Ellátás törlése klinikai ok miatt a felvétel napján
Ellátás törlés nem klinikai ok miatt a felvétel napján
Egynapos ellátás konverziója több naposra
Halál 30 napon belül
Halál 7 napon belül
Műtőbe való visszavitel (ugyanazon epizód alatt)
Sebészi reoperáció (12 hónapon belül)
Sebészi terület fertőzése (mély)
Sebészi terület fertőzése (felületes)
Nem várt áthelyezés klinikai komplikációk miatt
Sürgős, nem tervezett kórházi visszavétel (28 napon belül)
Beteg ismételt felvétele más intézetbe

**Thromboemboliás esemény**

Mélyvénás trombózis - igazolt
Cerebrovascularis esemény (Stroke, TIA) - igazolt
Myocardiális infarktus - igazolt

**Infekció:**

Mélyinfekció - mikrobiológiai eredménnyel
C. Diff. - pozitív tenyésztés
Kanül phlebitis
E. Coli bacteraemia
MRSA bacteraema
MSSA bacteraemia
Norovirus
Peritonitis
Szuperficiális infekció - mikrobiológiai eredménnyel
Húgyúti fertőzés, mely AB terápiát igényel - katéter in situ vagy 72 óráig volt
Húgyúti fertőzés, mely AB terápiát igényel - kórházban szerzett
Fertőzésre gyanú
Katéterhez köthető húgyúti fertőzés
Sebfertőzés, tályog

**Késleltett elbocsátás:**

késleltetett elbocsátás - fájdalom
késleltetett elbocsátás - vértranszfúzió
késleltetett elbocsátás - önálló mobilizáció nem értük el

késleltetett elbocsátás - elesés
késleltetett elbocsátás - magas vérnyomás
késleltetett elbocsátás - sebváladékozás
késleltetett elbocsátás - egyéb
késleltetett elbocsátás - szociális ok

**Általános szakmai indikátorok**

allregiás reakció
anaphylaxis
angina
pitvarfibrilláció (az ellátás során)
szívleállás, szívroham
légzésleállás
mellkasi fájdalom
vérzés- elsődleges
vérzés- másodlagos
vértranszfúzió – nem tervezett
haematemesis -vérhányás
hányás -ellátást igényel
érsérülés
idegsérülés
diathermiás égési sérülés
bőrhólyag keletkezése
minimál sebészeti beavatkozás (pl. laparoszkopia) konverziója nyitott műtétre
gyógyszer hiba kedvezőtlen kimenetellel
be nem fejezett beavatkozás
sikertelen próba a vizelet katéter eltávolításának
vizelet retenció
vizelet katéterhez kapcsolódó fertőzés (tenyésztéssel igazolva)
húgycső sérülés
hyponatraemia
paralitikus ileus
elhagyott, abbahagyott beavatkozás
sebszétválás
orvosi tanács ellenére történő hazamenetel
visszavitel a műtőbe (ismételt felvétel)
kórházi visszavétel 28 napon túl
nyomás fekély
hypothermia
egyéb kóros kimenetel

*2.számú melléklet*

**Szakma specifikus indikátorok szakmánkénti felosztásban :**

**Anaesthesia:**

perioperatív légúti megszakadás (Airway disconnection-perioperative)
anaphylaxia anaesthesia közben
aspiratio anaesthesia közben
éber tudatállapot anaesthesia közben
áttérés általános anaesthesiára - nem tervezett
gyógyszerelési hiba anaesthesia alatt - kedvezőtlen kimenetel
nem sikerült regionáls blokk
nem sikerült ideg blokk
nem sikerült intubáció
dura, lumbal punctio utáni fejfájás
fog/fogak sérülése
légutak fenntarthatóságának nehézsége
hypothermia - 36C alacsonyabb hőmérséklet
laryngospasmus/ bronchospasmus
laryngospasmus
malignus hyperpyrexia - 40C felett
Post anaesthesia - elhúzodó ébredés
Post anaesthesia – hypoxia

**Endoscopia:**

befejezetlen beavatkozás
nem sikerült teljes colonoscopia a vakbélig
vérzés- rescope
perforáció-colon
perforáció-oesophagus
polyp detektálás
jelentős vérzés- a beteg más intézetbe való áthelyezését igényli
vakbél intubáció

**Általános sebészet:**

epevezeték sérülés
epecsorgás
hólyagsérülés
bélsérülés
krónikus ágyéki fájdalom, mely kezelést igényel
inciziós sérv
Mesh/háló eltávolítás- nem tervezett
visszamaradt közösepeút kő
sphincter sérülés - postoperativ
hegesedés - postoperatív
subphrenikus tályog
heresérülés

kiújult sérv
krónikus fájdalom (varix műtét után)
érsérülés
más szerv sérülése
intraoperativ idegsérülés
intraopertaiv érsérülés

**Füll-orr-gégészet:**

nem teljes eltávolítása a manduláknak
intraoperatív szemsérülés
intraoperatív agysérülés
intraoperatív durasérülés
intraoperatív nasolacrimalis járat sérülése
intraoperatív szemideg sérülése
intraoperatív orbita sérülése
intraoperatív lamina papiracea sérülése
intraoperatív periorbitális perforáció
intraoperatív periorbitalis zsír exponálás
intraoperatív koponyalapi törés
intraoperatív/perioperatív CS folyadék csorgás
meningitis - postoperatív
perioperatív látásvesztés - egy vagy kétoldali
perzisztáló postoperatív atrophiás rhinitis (12 hét után)
perzisztáló postoperatív kettéslátás vagy látásvesztés (12 hét után)
perzisztáló postoperatív epiphora vagy anosmia (12 hét után)
perzisztáló postoperatív sphenopalatin adhéziók vagy egyéb adhéziók (12 hét után)
perzisztens postoperatív fogfájás, fogzsibbadás, ajakzsibbadás (6-12 hét után)
postoperatív orbitalis cellulitis
septal deformitás - reziduális 6 hét után
septal perforáció - 6 hét után
zavart ízlelés (3 hónapnál hosszabb)
fogsérülés - sebész által
velopharyngeal insufficiencia ( 3 hónapnál hosszabb)
szaglási abnomalitás, posztoperatív (12 hét után)
perzisztens postoperatív dysphagia ( 3 hónap után)

**Nőgyógyászat:**

hólyagsérülés
bélsérülés
szalag (tape) eltávolítása (nem tervezett)
Mesh eltávolítása (nem tervezett)
nem sikerült spontán vizeletürítés hólyagkatéter eltávolítása után
Ureter sérülése
Méhperforáció
Urethra sérülés
Hüvelysérülés

**Urológia:**

hólyagsérülés
bélsérülés
nem sikerült spontán vizeletürítés hólyagkatéter eltávolítása után
hydrocele - kiújulás
post circumcisio- elégedetlen kozmetikai megjelenéssel
post circumcisio - abnormális érzés (pl. hyperszenzitív)
vizeletretenció, mely katéterezést igényel
ureter sérülése
urethra sérülése

**Ortopédia:**

intraoperativ idegsérülés
intraoperativ érsérülés
ujj elvesztése
phalanx elvesztése
reviziós műtét 12 hónapon belül
mélyinfekció (tenyésztéssel igazolva)
tüdőembólia
mélyvénás trombózis
stroke, TIA
myocardialis infarktus
superficiális sebfertőzés (tenyésztéssel igazolva)
diszlokáció
500ml több vérveszteség
kompartmant szindróma
intraoperatív csonttörés
végtaghossz különbség
végtag elvesztése
revíziós műtét 5 éven belül
manpuláció anaesthesia alatt
befagyott váll

**Szemészet:**

hátsó tok szakadás üvegtestveszteség nélkül
hátsó tok szakadás üvegtestveszteséggel
mag/epinukleusz az üvegtestben
zonula dialízis
zonula szakadás üvegtestveszteséggel
szaruhártyahám abrázió
phaco burn /seb problémák
szaruhártya ödéma /striák /
emelkedett szemnyomás >21Hgmm
cisztoid makula ödéma
szaruhártya dekompenzáció
uveitis

hátsó tok megvastagodás YAG indikált
látóélesség csökkenés
lencse kéreg maradék
decentrált műlencse
szemhéj véraláfutás
retinaleválás
üvegtest a sebhez húzódik
toxikus elülső szegment szindróma
choroideális/suprachoroideális vérzés
endothel károsodás /Descemet szakadás
szaruhártyahám defektus
vér az elülső csarnokban
műlencse az üvegtestben
írisz prolapsus
írisz sérülés
műlencse csere szükséges / egyéb műlencse probléma
üvegtestveszteség
üvegtest a sebhez húzódik a műtét végén
seb ereszt
choroidea vérzés
szaruhártyahám defektus
tág pupilla
kettőslátás
száraz szem
endophtalmitis
kiálló varrat
sekély elülső csarnok: lencse-szaruhártya érintkezés
glare és halo
vér az elülső csarnokban
alacsony szemnyomás <5Hgmm
fertőzés