

# Indikátorok alkalmazhatósága a magyar egészségügyben



2020. augusztus–szeptember

# Tartalom

<b>1</b>	<b>Helyzetkép és alapelvek .....</b>	<b>4</b>
1.1	A helyzet – az indikátorokon alapuló értékelés szükségessége .....	4
1.2	Az eddigi kezdemények és ezek kudarcainak okai .....	5
1.3	Az új szemlélet .....	6
1.4	A bevezetés kényszere és lehetősége .....	7
<b>2</b>	<b>Az egészségügyi rendszerek és az egyes szolgáltatók teljesítményének mérése .....</b>	<b>8</b>
2.1	Az indikátorrendszerrel szembeni kritikus érvek és az azokra adható válaszok .....	9
2.1.1	Az emberek félreértelmezik az adatokat .....	9
2.1.2	Aggodalmat szül a tények nyilvánosságra hozatala .....	9
2.1.3	Az indikátorok torzítják az ellátást, akár rontják az ellátás eredményességét ....	9
2.2	Adatgyűjtési alapelvek.....	10
2.2.1	Prezentálás .....	10
2.3	Alapkérdések, javasolt irányok.....	10
2.3.1	Peremfeltételek.....	10
2.3.2	Nyilvánosság.....	11
2.4	A vizsgálandó egységek .....	11
2.4.1	Önkéntes vagy kötelező csatlakozás .....	11
2.5	Az indikátorok lehetséges köre .....	12
2.6	Az eredmények következményei.....	12
2.7	A lehetséges indikátorok fő csoportjai .....	12
<b>3</b>	<b>Az intézményi minősítés .....</b>	<b>14</b>
3.1	Képességek – Általános adatok .....	14
3.2	Teljesítések (output).....	14
3.3	Eredményesség/minőség (outcome).....	14
3.4	Gazdasági eredmény/hatékonyság .....	15
3.5	Betegközpontúság .....	15
3.6	Humán erőforrás-politika .....	15
<b>4</b>	<b>Az ellátók (orvosok) teljesítményének, eredményességének mérése.....</b>	<b>16</b>
4.1	Az egyéni teljesítmény mérésének korlátai.....	16
4.2	Az egyéni fejlődési/ karrierterv .....	16
4.3	Az egyéni terv életpályába ágyazása .....	17

4.3.1	Az életpályamodell nem bér jellegű ösztönzői .....	17
<b>5.</b>	<b>Elvégzendő feladatok, ütemterv .....</b>	<b>17</b>
	Szakmai-módszertani fejlesztés .....	17
	Az első pilot adatgyűjtés elvégzése.....	17
	Az első eredmények közzététele.....	18
	Az indikátorrendszer működtetéséhez szükséges szabályozási és intézményfejlesztési változások elvégzése, folyamatos rendszerszintű bevezetés előkészítése, a rendszer továbbfejlesztése a következő évi adatgyűjtéshez, átfogó beszámoló az elvégzett munkáról .....	18
<b>6.</b>	<b>Összegzés.....</b>	<b>18</b>

# 1 Helyzetkép és alapelvek

## 1.1 A helyzet – az indikátorokon alapuló értékelés szükségessége

Az egészségügyi rendszer és az egyes szolgáltatók működését jellemző mutatók rendelkezésre állása és publikálása időről időre felmerülő igény mind szakmai-politikai, mind lakossági oldalról. Az alapvető egészségpolitikai célokon – mint a hatásosság, a költséghatékonyság, az egyenlő hozzáférés, a minőségfejlesztés – túl a **transzparencia, ezáltal a rendszerbe vetett bizalom erősítése** is olyan érték, amelyet szolgálnia kell a kialakítandó modellnek.

A nyilvánosan megjelenített minőségi információk több módon hathatnak az ellátási minőség javulására:

- a teljesítmény- és minőséginformáció alapján a szolgáltatók azonosítani tudják a javítandó pontokat,
- a szerzett információk lehetőséget nyújtanak a célzott fejlesztések, ellenőrzések, intézkedések megvalósítására a fenntartó és a hatóságok részéről,
- a betegek a jobb minőségű ellátókat nagyobb arányban választhatják, és
- az információ nyilvánossága egyben erős ösztönzőként hat a minőség javítására.<sup>1</sup>

Az eredmények nyilvános megjelenítése (public reporting) ösztönzőleg hat a kórházi minőségfejlesztésre.<sup>2</sup>

Mindennek fontossága több kormányzati dokumentumban is szerepel. **A Magyar Nemzeti Bank 2019. évi egészségügyi reformanyagában** szerepel a következő, tömör helyzetértékelést is tartalmazó javaslat:

*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 ellátórendszeréről. Ahhoz, hogy 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.<sup>3</sup>*

A kormány 2019. év végi, az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának javítását célzó határozatában is fellelhetők az indikátorrendszer kialakítására irányuló pontok, így az emberi erőforrások miniszterének feladatául jelölték meg, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közreműködésével tegyen javaslatot a járó- és fekvőbeteg-szakellátásban minőségi indikátorok bevezetésére, továbbá ugyanő a felsőoktatásért és a honvédelemért felelős

---

<sup>1</sup> Shekelle, Paul G. (2009): Public performance reporting on quality information. In: Smith, Peter C. – Mossialos, Elias – Papanicolas, Irene – Leatherman, Sheila (2009 szerk.): *Performance Measurement for Health System Improvement*. Cambridge University Press, pp. 537–551.

<sup>2</sup> Kiss Norbert (2012): Az Egészségbiztosítási Felügyelet kórházi minőségmérési rendszerének tapasztalatai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, vol. 2012/3., pp. 35–38.

<sup>3</sup> Magyar Nemzeti Bank (2019): *Versenyképességi program 330 pontban*, p. 143. ISBN 978-615-5318-26-9, <https://www.mnb.hu/letoltes/versenykepessegi-program.pdf>. Hozzáférés: 2020. augusztus 4.

miniszter NEAK melletti bevonásával dolgozza ki az intézmények betegellátási tevékenységének hatékonyságát és eredményességet mutató indikátorokat (határidő: 2020. június 30.).<sup>4</sup>

A fentiek ellenére bár **ma a magyar egészségügyben az ellátás során nagy tömegű adatot tárolnak központilag, ezen adatok hasznosulása igen alacsony fokú.** Szinte kizárólag statisztikai és finanszírozáscélú a felhasználásuk, illetve a stratégiai tervezésnél (kapacitásszabályozás) ezeket az információkat aktívan használta a szakpolitika, de a minőség mérésére, javítására és publikálására, illetve a szolgáltatókhoz való visszacsatolásra és változás előidézésére kevés kivétellel alig használja.

A betegek tisztánlátását nem segítik objektív információk. Egyrészt a betegek szakmailag nem hiteles laikus vélemények, történetek alapján tájékozódnak, vagy ami még rosszabb: a bulvármédia esetleg valós történeteinek általánosításából vonnak le következtetést. Emellett számtalan díj létezik (év orvosa, év kórháza), de ezek zömmel nem indikátoralapúak, és jellemzően nem a szolgáltatás minőségét, hanem a social media használatának hatásosságát tükrözik.

Operatív szinten tehát a cél az, hogy a rendszer szereplői, vagyis az egyes egészségügyi szolgáltatók tevékenységéről a jelenlegihez képest sokkal több információ<sup>5</sup> álljon az igénybevevők, egyúttal a rendszer működtetői és az egészségpolitikai döntéshozók rendelkezésére.

## 1.2 Az eddigi kezdemények és ezek kudarcainak okai

Természetesen léteznek hazai előzmények, amelyek hasznosíthatók vagy továbbfejleszthetők.

- Idesorolható a magyar kórházi minőségbiztosítási rendszer kormányzati ciklusokon átívelő fejlesztése. Főbb állomások: Kórházi Ellátási Standardok 1.0, 2.0 (2001–2003), Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (2007) és Betegellátók Akkreditációja a Biztonságos Betegellátásért<sup>6</sup> – BELLA (2014).
- Az Irányított Betegellátási Rendszerben 1999 és 2005 között jelentős indikátorfejlesztés történt, és ennek hasznosulása is megvalósult a finanszírozási érdekeltség miatt.
- 2007-ben az Egészségbiztosítási Felügyelet átfogó indikátorrendszert dolgozott ki.
- 2009-ben a háziorvosi szolgálatok tevékenységének minőségi és hatékonysági ösztönzése érdekében egységes indikátorrendszer került kidolgozásra, és ez az indikátorrendszer finanszírozási ösztönzőként is szerepel.
- 2009-ben az ESKI dolgozott ki páciensközpontú, tanúsító védjegy alapú minőségi indikátorrendszert az egészségügyi turizmus (kiemelten a fogászati turizmus) számára **Hungarian Quality Health Care (HQHC)**<sup>7</sup> néven.
- Új, 2020-ban indult ígéretes kezdeményezés a **„Jobbulást” program**, ahol a betegek öt paraméter alapján értékelhetik az intézményt, részleget, osztályt. (Tisztelet és méltóság, tájékoztatás, tisztaság, döntésekbe való bevonás, ajánlaná-e rokonainak, barátainak?)

---

<sup>4</sup> A kormány 1798/2019. (XII. 23.) korm.-határozata egyes egészségügyi kérdésekről 3., 7. c) pont

<sup>5</sup> információ = értelmezhető adat

<sup>6</sup> [https://www.imeonline.hu/article.php?article=2015.\\_XIV./7/a\\_bella\\_akkreditacios\\_program\\_szerepe\\_a\\_betegellatas\\_biztonsaganak\\_javitasaban\\_1\\_resz\\_a\\_fejlesztési\\_modszertan](https://www.imeonline.hu/article.php?article=2015._XIV./7/a_bella_akkreditacios_program_szerepe_a_betegellatas_biztonsaganak_javitasaban_1_resz_a_fejlesztési_modszertan)

<sup>7</sup> [https://era.aEEK.hu/zip\\_doc/gyogyturizmus/zip\\_doc\\_2010/ESKI%20egeszsegturizmus%2020100607.pdf](https://era.aEEK.hu/zip_doc/gyogyturizmus/zip_doc_2010/ESKI%20egeszsegturizmus%2020100607.pdf)

**Ezek a kezdeményezések nem hoztak globális áttörést, és a magyar egészségügy valós teljesítménye, hatékonysága, minősége ma teljességgel rejtve van a betegek számára, de a szakmapolitika is csak torz és kisszámú információval rendelkezik, illetve az ismert információk is zömmel konzekvencia nélküliek.**

Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) igen komoly munkát végzett, 675 kérdéses kérdőívre alapozta az elemzést, publikálást. Ennek ellenére nem volt sikertörténet, mert:

- egy lépcsőben, a szakmai-kulturális környezet fejlődése nélkül került a rendszer bevezetésre,
- nem tartalmazott pozitív ösztönzőket,
- az intézmény törekvései ellenére a lakosság és a média nem értékelte helyén az indikátorokat.

A felügyelet felszámolásához az is hozzájárult, hogy a 2006/2007-es reform a szociális népszavazás miatt politikai kontextusba került.

Az alapellátási indikátorrendszer azért nem vált sikertörténetté, mert nem lett érdemi ösztönzés hozzárendelve. A kassa igen kis hányada kerül ennek figyelembevételével kiosztásra, így az alapellátók tét nélküli többletfeladatként élik meg.

A BELLA projekt hatásosságának problémáit tekintve itt is a szélesebb körű visszacsatolás, a transzparencia hiánya lehet az az ok, amiért a napi gyakorlatban nem épül be ez az egyébként előremutató projekt, és nem generál kézzelfogható változást a rendszer szereplőinél. Míg más nemzetközi rendszereknél havonta publikus a nemkívánatos események listája kórházakra lebontva, addig nálunk ez még a szakmán belül is nehezen hozzáférhető.

A **Hungarian Quality Health Care** projekt fogászati központú megoldását 2010 után az Orvosi Turizmus Iroda Zrt. vette át, de a minőségtanúsítási rendszer nem valósult meg.

### 1.3 Az új szemlélet

A hibáztató egészségügyi kultúrából a hibákat feltáró és azokból tanuló egészségügyi kultúrába kell eljutnunk. Ennek eléréséhez az adatok, az indikátorok meghatározása, gyűjtése, validálása, a **felhasználókhöz való visszajuttatása** már jól értelmezhető, akár publikus formában az egyik legfontosabb eszköz. Ezáltal lehet a jó gyakorlatokat feltérképezni és azokból tanulni, majd szélesebb körben elterjeszteni intézményi, országos vagy akár nemzetközi szinten is.

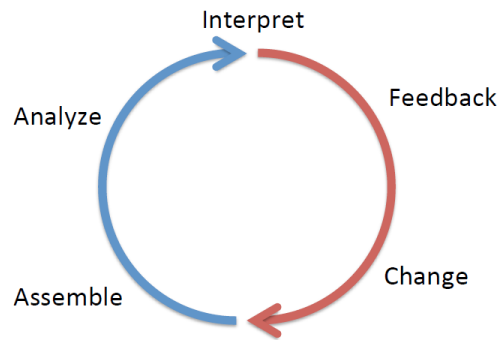
A **Tanuló Egészségügyi Rendszer (Learning Healthcare System<sup>8</sup>)** kialakítása a cél, melynek elveit az Institute of Medicine határozta meg 2012-ben.

Egy ilyen rendszerben a tudomány, az informatika, az ösztönzők, a kultúra a folyamatos fejlesztés és innováció szempontjából igazodnak egymáshoz, miközben a bevált legjobb gyakorlatok zökkenőmentesen illeszkednek az ellátás folyamatába. A betegek és családjuk minden elemében aktív résztvevők. Az új ismeretek szervesen rögzülnek az ellátási folyamatok tapasztalatainak pozitív visszacsatolásaiaként.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> <http://www.learninghealthcareproject.org/section/background/learning-healthcare-system>

<sup>9</sup> Roundtable on Value & Science-Driven Health Care. The Roundtable. Washington, DC: Institute of Medicine; 2012. [https://medicine.umich.edu/sites/default/files/2014\\_12\\_08-Friedman-IOM%20LHS.pdf](https://medicine.umich.edu/sites/default/files/2014_12_08-Friedman-IOM%20LHS.pdf)



A Tanuló Egészségügyi Rendszer ciklusát a fenti ábra mutatja. A kék területhez szükséges **gyűjtést, elemzést és interpretálást** már valamilyen szinten végezzük Magyarországon, de a pirossal jelölt ciklust nem visszük végig, így hiányosan adunk **visszajelzést**, és nem **változtatjuk** meg általuk a gyakorlatokat.

Ahhoz, hogy az egészségügyi indikátorok gyűjtése, értékelése és hasznosulása Magyarországon működjön, fel kell állítani egy szakmai és pénzügyi autonómiával bíró **önálló, független intézetet**. Ezt a feladatot nem végezheti más, meglévő intézet (NEAK, ÁEEK stb.), mert akkor az intézmény alapcéljának megfelelően fog szűkülve torzulni a rendszer.

**Ezért létre kell hozni a Nemzeti Egészségügyi Minőségügyi és Ellátásértékelési Intézetet**, melynek elsődleges feladata az egészségügyi rendszer folyamatainak adataalapú monitorozása, indikátorok bevezetése, azok metodikájának tudományos megalapozottsággal való kidolgozása, illetve az ellátási ciklusok alatt létrejött adatok rendszerezett összegyűjtése, elemzése, interpretálása, majd azok visszacsatolása a résztvevők felé.

Az intézmény kialakításánál jó példa az Egyesült Királyságban működő NHS Digital.<sup>10</sup> A tevékenységi folyamatok általánosságait nem részleteznénk, azok jól megtalálhatóak a publikus oldalain,<sup>11</sup> ezek ismertek a magyarországi hivatalos szerveknél is, de sajnos a gyakorlatba ültetésük nem valósult meg idehaza.

#### 1.4 A bevezetés kényszere és lehetősége

A korszerű egészségügy és a minőség egységesülésének feltétele a teljesítmény mennyiségi és minőségi mérése, ellenőrzése, valamint a lakosság (nem csak a betegek) tájékoztatása. Az EESZT léte újabb lehetőséget ad a hatalmas adatvagyon bővítésére és feldolgozására, de ehhez az intézmények alapidokumentációs rendjét is korszerűsíteni kellene.

Ezen a területen elkerülhetetlen az előrelépés, de az egészségügyi indikátorok kidolgozása, bevezetése és alkalmazása hosszú, konszenzusos folyamat eredményeként lehetséges.

**A MOK a jelen felkérésre csupán a munka lehetséges keretét, célját, az ajánlott alkalmazási kört vázolhatja fel.**

Megfelelő források és kormányzati támogatás esetén a MOK természetesen vállalja az indikátorrendszer kidolgozását, karbantartásának koordinálást.

<sup>10</sup> <https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital>

<sup>11</sup> <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-insights-and-statistics/data-insights-and-statistics-overview>

## 2 Az egészségügyi rendszerek és az egyes szolgáltatók teljesítményének mérése

Az egészségügyi teljesítmény mérésének több szintje lehetséges:

- rendszerszintű
- intézményszintű
- egyéni (ellátó: orvos-szakdolgozó-) szintű.

Egy jólműködő rendszerben ezek egymásra épülnek, közös feldolgozásúak, és lehetőleg ugyanabból a datasetből, jelentésből táplálkoznak. Jelen írásunk Pintér miniszter úr kérésének megfelelően csak a második két szinttel foglalkozik, az egészségügy rendszerszintű mérhetőségének kérdéseit – a három szint egymásra épülése fontosságának hangsúlyozása mellett – nem tárgyaljuk.

Az egészségügyi rendszerek (globális, nem intézményszintű) értékelésének viszonylag nagy hagyományai vannak: a nemzetközi szervezetek (WHO, OECD) és az Európai Unió is rendszeresen tesz közzé összehasonlító elemzéseket és azonos módszertan alapján készülő országtanulmányokat. Az utóbbi időben az EU és az OECD együttműködése erősödött, és közös kiadványok is megjelennek.<sup>12</sup> A leginkább közismert, a lakossági érdeklődést megcélzó összevetés pedig az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index, amely elsősorban a szolgáltatások igénybevevői szempontjából érdekes (sokak által vitatott) kategóriákban, egyszerű piros-sárga-zöld értékelés formájában állít elő összesített pontszámokat az egyes vizsgált országok egészségügyéről. Hazánk ebben a felmérésben az utóbbi években kifejezetten rosszul és romlóan teljesít.<sup>13</sup>

Nemzetközi szinten is csak az utóbbi egy-két évtizedre nyúlik viszont vissza az egészségügyben az egyes egészségügyi szolgáltatók teljesítményének (a nyújtott szolgáltatások minőségének) a szisztematikus mérése, visszacsatolása és összehasonlítása. Ezen eszközrendszerek részeként **fellelhetőek a szolgáltatók folyamatos monitorozását és a teljesítmények mérését szolgáló indikátorrendszerek is. Számos országban alkalmazzák a finanszírozási rendszerekben a minőség értékelését, elismerését.** A nyilvánosan megjelenő minőségi információk (minőségi indikátorrendszerek) szerepét leggyakrabban a **betegtájékoztatás, illetve a közpénzek felhasználásának transzparenciája** felől szokták megközelíteni. Ilyen nyilvános minőségmérési rendszerek működnek például az **Egyesült Királyságban és Németországban.**<sup>14</sup>

**Az egyes orvosok teljesítményének mutatóit** jellemzően belső kontrolling és egyéb teljesítményértékelési rendszerek használják, ugyanakkor megjegyzendő, hogy esetenként (például egyszemélyes orvosi vállalkozás által működtetett szakrendelésnél) az orvos ténykedésének megítélése lényegileg egybeforr a szolgáltatóéval. Vannak továbbá bizonyos hagyományai az orvosok értékelésének is, így az Amerikai Egyesült Államokban elérhető az egyes konkrét szakemberek személyes műhibaperes története. Az Egyesült Királyságban a páciensek 1–5 csillaggal jelezhetik orvosaikkal való elégedettségüket, azonban számos részletes nyilvános adat anonim. A szakmai társaságok mérlegelik, hogy mely adatok legyenek nyilvánosak akár az

<sup>12</sup> [https://ec.europa.eu/health/state/glance\\_hu](https://ec.europa.eu/health/state/glance_hu)

<sup>13</sup> <https://healthpowerhouse.com/publications/>

<sup>14</sup> Gémes Katalin, OEP – Kiss Norbert, Corvinus Egyetem – Kriston Vízi Gábor, NEFMI (2011): Az interneten elérhető minőségügyi információk szerepe a betegtájékoztatásban. Tanulságok a minőségi indikátorrendszer eddigi működése alapján. *IME X. évfolyam, egészség-gazdaságtani különszám, 2011. január, pp. 45–49.*



egyes orvosokra lebontva is, és azokat megfelelő magyarázattal ellátva publikálják rendszeresen. Az orvosok megismerhető értékelése nemzetközi szinten inkább önkéntes alapú magánkezdeményezések keretében jellemző.

## 2.1 Az indikátorrendszerrel szembeni kritikus érvek és az azokra adható válaszok

Az egészségügy működését jellemző mutatók nyilvánosságra hozatalával szemben a következő általános érvek merülnek fel.

### 2.1.1 Az emberek félreértelmezik az adatokat

Az adatnyilvánosság megfelelő magyarázatok nélkül valóban alapot adhat megalapozatlan következtetésekre, ezért szükséges a közölt tények közérthető magyarázata. Az értelmezés, az összehasonlítás torzulásait csökkenteni lehet azzal, ha csak (viszonylag) összehasonlítható intézmények adatait publikálják együtt. Közkórházat a közkórházzal, klinikát a klinikával, onkológiai centrumot az onkológiai centrummal. A szándékos félremagyarázást ezzel sem lehet kiküszöbölni, azonban **valid információk rendelkezésre állása** a jelenlegi helyzethez képest **jobb alapot adhat** ilyen esetben **a valóságot bemutató érvelésre.**

### 2.1.2 Aggodalmat szül a tények nyilvánosságra hozatala

A kórházi fertőzésekkel kapcsolatos adatok körüli huzavona hozta felszínre azt az egészségpolitikai szférában évtizedek óta meglévő vitát, hogy jó-e, ha az emberek tisztában vannak az egészségügyünk, illetve az egyes intézmények tényleges teljesítményével. A kérdés nyilván összetett és politikai felhangoktól sem mentes, ugyanakkor a közérdek és az adatnyilvánosság szabályozási háttere alapján **az Alaptörvényben és az információszabadságról szóló jogszabályokban foglaltakra is tekintettel az az egyetlen törvényes megoldás, ha az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó mutatók széles körben hozzáférhetők a nyilvánosság számára.**

### 2.1.3 Az indikátorok torzítják az ellátást, akár rontják az ellátás eredményességét

Ennek az érvnek az a (valós) alapja, hogy ha az egészségügyi szolgáltatóknak érdekükben áll az adott, előre tudható indikátorok terén jól teljesíteni, akkor a folyamataikat ezek szolgálatába állítva alakítják akár kockázatszelekciós mechanizmusokat alkalmazva (így a súlyos esetek elutasítása), illetve elhanyagolva az indikátorokkal le nem fedett működési mozzanatokot. A nem megfelelően megválasztott vagy nem elég alapos kockázatkiegyenlítéssel számított outcome-mutatók hatása lehet a kockázatosabb betegek ellátásának elhárítása.<sup>15</sup> Éppen az outcome-alapú értékelés kockázatai (nem megfelelő kockázatkiegyenlítés, a befolyásoló tényezők mérésnek hiánya, alacsony elemszám miatt szignifikánsan ki nem mutatható eltérések) vezettek el oda, hogy **a mérési rendszerek középpontjába az ellátási folyamatok megfelelősége került, ami jelentős mértékben javította az ellátás minőségét.**<sup>16</sup> Ezen jogos problémafelvetések ellensúlyozásaként célszerű továbbá egyrészt **óvatosan alkalmazni a kézzel fogható (például finanszírozási) következményeket** az indikátorokban mutatott

---

<sup>15</sup> Belicza Éva – Takács Erika (2007): A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás? *Orvosi Hetilap*, vol. 148., no. 43., pp. 2033–2041.

<sup>16</sup> Chassin, Mark R. – Loeb, M. Jerod – Schmalz, Stephen P. – Wachter, Robert M. (2010): Accountability Measures — Using Measurement to Promote Quality Improvement. *New England Journal of Medicine*, vol. 363., no. 7., pp. 683–688.

teljesítményekhez kötve, másrészt az **indikátorokat érdemes átfogóan, a makro- (egészségpolitikai) és mikroszintű rendszerműködtetési célokhoz igazodva kialakítani és bevezetni** a tevékenység indikátorokhoz „igazítása” művi praktikáinak esélyét a lehető legjobban kiküszöbölve.

## 2.2 Adatgyűjtési alapelvek

Az indikátorokhoz kapcsolt adatgyűjtéseknél és az indikátorok alkalmazásánál, publikálásánál az alábbiakra kell tekintettel lenni.

- Az indikátoradatok lehetőleg ne jelentésekből álljanak elő, hanem a folyamatokat leíró betegdokumentációs adminisztrációs informatikai rendszerek (PAS) adatainak automatikusan generált parciális és aggregált másolatai legyenek.
- A fentiekből következik, hogy folyamatosan fejleszteni kell az egészségügyi alapidokumentációkat, tartalmukban is (minden szükséges adat egységesen álljon rendelkezésre) és formátumukban is a feldolgozhatóság érdekében.
- A célhoz kötött adatgyűjtés (például finanszírozáscélú) a gyűjtés céljának megfelelő torzulást okoz (lásd a finanszírozásra optimalizáló „Sámán programok”-at, melyek a finanszírozásjelentést alkalmatlanná teszik a szakmai tevékenység monitorozására), ezért a többcélú adatszolgáltatás preferálandó.
- **A konzekvencia, illetve visszacsatolás nélkül gyűjtött adatok minősége erősen romlik, formalizálódáshoz, a rendszer hiteltelenedéséhez vezet.** Kerülni kell a konzekvencia nélküli adatgyűjtéseket. (Az adatszolgáltatónak tudnia kell, hogy miért kéri, és mi a következménye, hasznosulása.)
- Az indikátorokat több lépcsőben, az elfogadtathatóság/értelmezhetőség ütemében szabad bevezetni, de az egyes lépésekhez mindig hozzá kell rendelni a jól kommunikált értelmezést és a szankciókat + jutalmazásokat.

### 2.2.1 Prezentálás

A prezentálásnál fontos szempont az értelmezhetőség, azaz csak összehasonlítható intézményeket szabad együtt prezentálni (egyetem egyetemmel, megyei kórház megyei kórházzal stb.), és mindig komoly értelmezési segédletre, proaktív kommunikációra van szükség.

## 2.3 Alapkérdések, javasolt irányok

### 2.3.1 Peremfeltételek

**A minőségi indikátorok mérésre és értékelésre való alkalmazásának feltétele az, hogy a minőségi ellátáshoz szükséges feltételek biztosítottak legyenek.** Amíg a közfinanszírozott intézményrendszerben nem állnak egyenletesen rendelkezésre a szükséges feltételek, (szakember, eszköz-gép és a működésükhöz szükséges forrás), amíg a minimumfeltételek teljesülése is sok esetben problémás, addig a minőségi indikátorok alkalmazása is csak igen szűk körben és óvatossággal lehetséges. Indikátorokra, a változás mérésére a jelen helyzetben is szükség van, de az értékelésnél figyelembe kell venni a feltételek egyenetlenségeit.

### 2.3.2 Nyilvánosság

A fent bemutatott előnyök miatt egyértelműen amellet foglalnunk állást, hogy **a kialakítandó indikátorrendszer általános eredményei nyilvánosak legyenek**, illetve **a részletes szakmai indikátorok pedig a szakmai társaságokkal való egyeztetések után fokozatosan, a nemzetközi jó gyakorlatokat is szem előtt tartva kerüljenek publikálásra**, és az indikátorrendszer üzemeltetője megfelelő magyarázatokkal lássa el az adatokat, hogy azokból adekvát következtetéseket lehessen levonni.

## 2.4 A vizsgálandó egységek

Az egészségügyi szolgáltatók köre méretüket tekintve igen heterogén, hiszen a háziorvosi praxisoktól a nagy állami kórházakig minden entitás szóba jön, sőt olyan, nem gyógykezelést folytató szolgáltatók is részei a rendszernek, mint a gyógyfürdők. Nem magától értetődő az sem, hogy az egyes szolgáltatókat, telephelyeket, osztályokat, esetleg magukat az egyes orvosokat értékeljük. Javaslatunk e tekintetben a következő:

- Az első fázisban jól mérhető és definiálható, az étékelésben szubjektivitást nem tartalmazó és értelmezhető, kisszámú indikátor gyűjtése, értékelése a célszerű.
- Fontos, hogy a gyűjtött indikátorok értékelése és publikálása mindig történjen meg, és ez ne legyen konzekvencia/intervenció nélküli.
- Az első fázis tapasztalatai alapján lehet megfontolni a vizsgált kör bővítését.
- Az integrált kórházak esetében – ahol ez értelmezhető – az egyes telephelyekre vonatkozóan külön értékelés történjen.
- Ahol ez értelmezhető az adott indikátor szempontjából, az egyes osztályok/részlegek, rendelések szintjéig történjen meg az értékelés.

Tekintettel arra is, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszer egyik legnagyobb problémája több forrás alapján is a széttagozottság, célszerű megkísérelni, hogy egyes, **valamely központi intézményhez köthetően lokalizálható komplex ellátási folyamatok** (krónikus betegségek kezelése, gondozása, rehabilitációt magában foglaló ellátási folyamatok) együtt kerüljenek értékelésre. Ide tartozhat egyes intervenciók terápiai korai és késői eredményeinek elemzése a teljes ellátási lánc elemzésével. (Például korai és késői infarktusos halálozás.)

Erre is volt esély, illetve kormányzati szándék. A bevezetőben említett 1798/2019. (XII. 23.) korm.-határozat 3. pontja felhívja az emberi erőforrások miniszterét, hogy „*a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közreműködésével tegyen javaslatot a járó- és fekvőbeteg-szakellátásban minőségi indikátorok bevezetésére, eredményalapú finanszírozási technikák, valamint az ellátási szinteken átívelő, integrált és betegközpontú, köteget típusú finanszírozási formák kidolgozására*”. (Felelősként az emberi erőforrások minisztere volt megjelölve 2020. június 30-i határidővel, de a járványhelyzet miatt a tárca fókusza másfelé tolódott el.)

### 2.4.1 Önkéntes vagy kötelező csatlakozás

**Igazán értékes adattömeg akkor keletkezhet, ha az érintett intézmények jelentős része szolgáltatja azokat.** A legjobb eredményt a **legalábbis a közfinanszírozott intézmények vonatkozásában a jogszabályi kötelezettségként megjelenő adatközléssel** lehet elérni, így a NEAK által finanszírozott körben mindenképpen ezt tartjuk indokoltnak – a magánfinanszírozású intézmények önkéntes csatlakozása pedig értékes kiegészítő információkkal járhat.

## 2.5 Az indikátorok lehetséges köre

Mivel az indikátorok szándékolt felhasználási céljai között kiemelten szerepel a lakosság tájékoztatása, célszerű **elsősorban olyan mutatók szerint vizsgálni a szolgáltatókat, amelyek a széles célcsoport számára értelmezhetőek**. Szintén e céllal összefüggésben javasolt a felmérések, nemzetközi tapasztalatok szerint a lakosság érdeklődését kiváltó mutatókra koncentrálni.

További fontos szempont a fentebb leírtak alapján, hogy az indikátorrendszer minél kisebb eséllyel vezessen az ellátás torzításához, ezért az eredményindikátorok rovására a **folyamatokat jellemző mutatókat** célszerű előnyben részesíteni (az előzőeket sem kizárva).

Valamennyi vizsgált terület esetében, ahol ez lehetséges/releváns, **az ellátás eredményességével összefüggő adatok** gyűjtése és közlése szükséges **tudományos bizonyítékok alapján**.

A konkrét vizsgált területeket tekintve javasolt **horizontális**, egy egész intézményt/telephelyet jellemző, illetve általánosan értelmezhető (nyitvatartási idő, megközelíthetőség, bejelentkezési csatornák, internet-hozzáférés stb.) **mutatók mellett folyamatosan bővítendően szakterület-specifikus indikátorok képzése is**.

Az indikátorok konkrét körének kijelölésében

- a nemzeti adatigényt (statisztika, regiszterek),
- a szakmapolitikai célok teljesülését,
- a nemzetközi adatszolgáltatási kötelezettségek (így az Euro Health Consumer Index) teljesíthetőségét

kell szem előtt tartani.

## 2.6 Az eredmények következményei

A nyilvánosságon túl az indikátorrendszer adatait fel lehet használni **az intézmények minősítésében** (legjobb intézmények díjazása, minősítő elismerés odaítélése), **a minőségfejlesztésben, valamint – óvatosan érvényesítve – a finanszírozásban és a kapacitáslekötési döntésekben is**, minőségi versenyt generálva az állam által finanszírozott intézményi körben. A Magyar Nemzeti Bank 2019. évi egészségügyi reformterve is tartalmaz arra vonatkozó javaslatot, hogy a finanszírozási rendszerben jelenjenek meg az ellátás minőségére és eredményességére vonatkozó indikátorok, illetve ezek teljesítéséhez kapcsolódjon célzott kiegészítő finanszírozás.<sup>17</sup>

Fontos feladat **magának a rendszernek a folyamatos monitoringja**, lehetőség szerint azonosítva az indikátorok méréséből és nyilvánosságra hozatalából fakadó változásokat a rendszer továbbfejlesztése érdekében.

## 2.7 A lehetséges indikátorok fő csoportjai

Az indikátorok köre és a minősítés lehetséges köre a minősített szempontjából:

- rendszerszintű hatékonyság, minőség
- az egyes betegségek esetében az ellátási lánc egészének monitorozása, mérése
- intézményi/szervezeti minősítés (kórház, rendelő, praxis)

---

<sup>17</sup> Magyar Nemzeti Bank (2019): *Versenyképességi program 330 pontban*, pp. 134–135. ISBN 978-615-5318-26-9, <https://www.mnb.hu/letoltes/versenykepessegi-program.pdf>. Hozzáférés: 2020. augusztus 4.

- ellátói-személyi minősítés

A rendszerszintű hatékonyság mérése nem ennek a projektnek a feladata, de az indikátor-rendszer meghatározásánál figyelemmel kell lenni ennek szempontjaira is.

### 3 Az intézményi minősítés

Az indikátorok lehetséges köre alaptípus szerint

1. Képességek
2. Teljesítések
3. Eredményesség/minőség
4. Gazdasági eredmény/hatékonyság
5. Betegközpontúság
6. Humánerőforrás-politika

Az alábbiakban a teljesség igénye nélkül csupán az indikátorcsoportok értelmezéséhez szükséges mélységben tüntetjük fel az indikátorokat, így csak jelzésértékkel mutatjuk be a gyűjtendő, elemzendő, publikálandó indikátorokat, adatokat.

#### 3.1 Képességek – általános adatok

- Ideiglenes vagy végleges működési engedéllyel rendelkezik az intézmény?
- Milyen minőségbiztosítási rendszere van?
- Kapacitásadatok (telephely, ágy, óraszám stb.)
- Szakmák/osztályok
- „Profilok”, specialitások a szakterületen belül (például gerincstabilizáló műtétek, tinitus a fül-orr-gége rendelésen belül vagy lime kór rendelés)
  - Kiemelt tudás/profil
  - Kiemelt készülékek

#### 3.2 Teljesítések (output)

- Ellátott esetek, teljesített ápolási napok, végzett vizsgálatok stb.
- Egynapos ellátásként, kúraszerű ellátásként végzett beavatkozások aránya
- Ellátási területen kívüli betegek aránya

#### 3.3 Eredményesség/minőség (outcome)

Néhány példa:

- Újrafelvételek
- 28 napon belüli kórházi újrafelvétel aránya
- 28 napon belüli sürgősségi újrafelvétel aránya
- Kórházi fertőzések száma, aránya
- Ellátási területen kívüli betegek CMI-je, ennek aránya a területi betegekhez
- Szakmaspecifikus indikátorok
  - Császármetszések aránya
  - AMI, stroke halálozás aznap, héten belül, harminc30 nap és 1 év után
  - Műtétes szakmák speciális indikátorai
  - A betegek hány százaléka jut végleges diagnózishoz adott időközön belül?
- Az első adekvát beavatkozásig eltelt idő (AMI, stroke esetében)

### 3.4 Gazdasági eredmény/hatékonyság

- Adósságállomány
- Átlagos ápolási idő/ennek aránya a HBCs-k jellemző ápolási idejéhez
- Aktív, illetve krónikus ágykihasználtság
- Egy ágyra jutó súlyszám
- Egy orvosra jutó súlyszám
- Case-mix index
- Egy ágyra jutó működési bevétel – egy ágyra jutó működési kiadás
- Egy súlyszámra jutó működési kiadás
- HBCs normatív naptól való eltérés százalékos aránya a leggyakoribb HBCs-kre

### 3.5 Betegközpontúság

- Betegelégedettségi vizsgálatok
  - léte
  - hasznosulása (beépítése a folyamatszabályozásba, illetve az egyéni minősítésben)
- Betegjogi képviselői esetek száma, kimenetele
- Betegtájékoztatás minősége
  - Globális információk
  - Intézményen belüli tájékozódás lehetősége
  - Az ellátással kapcsolatos betegtájékoztatás
  - Dokumentációk hozzáférése a beteg részéről (e-mail, PHR stb.)
- Kiegészítő szolgáltatások elérhetősége (hotel, étkezés stb.)

### 3.6 Humánerőforrás-politika

- Alkalmazottak/szerződött közreműködők aránya
- Fluktuáció
- Munkaerő-megtartó program léte
- Burnout prevenció léte

## 4 Az ellátók (orvosok) teljesítményének, eredményességének mérése

### 4.1 Az egyéni teljesítmény mérésének korlátai

Az ellátók (orvosok) személyes teljesítményének indikátoralapú mérése korántsem olyan egyszerű, mint az intézményeké. Az egyéni teljesítmény és annak eredményessége, minősége nem minden szakmában mérhető egyformán, ráadásul az elvárt minőségi-eredményességi indikátorok teljesülésében sok esetben az orvoson kívüli tényezők (szociális-kulturális környezet) is szerepet játszanak.

A sajnós gyakori nemkívánatos események személyre lebontva is fontos szerepet kapnak egy éves szakmai értékelésnél, és az érintett személy(ek) reflexiói is fontosak, hogy mit tanultak a hibákból, és hogyan változtatták meg a gyakorlatukat. Hazai gyakorlatban ez szinte teljesen hiányzik.

A személyes teljesítmény/eredményesség megítélésünk szerint két esetben mérhető könnyen:

- Ahol a szolgáltató teljesítménye kvázi azonos az ellátó orvos teljesítményével. Tipikusan ilyen a háziorvosi praxis. A praxis teljesítményében is benne van a praxis egész személyzetének munkája, de egyrészt a praxisvezető orvos munkája a meghatározó, másrészt a háziorvos egyben teamvezető is, aki felelős az egész csapat munkájáért.
- Azoknál a nagy erőforrás-igényű beavatkozásoknál, ahol a
  - a betegek állapota jól osztályozható,
  - a beavatkozás/terápia alapvetően köthető egy beavatkozó vagy teamvezető orvoshoz. (Tipikusan ilyen egy nagyüzleti sebészeti beavatkozás vagy más elektív műtéti tevékenység, például cholecystectomy.)

### 4.2 Az egyéni fejlődési/karrierterv

Az ellátások zöménél a fenti feltételek egyike sem teljesül. A megoldás lehet az *egyéni fejlődési/karrierterv készítése*. Ez a minősítendő orvossal együtt készítendő tervek egy adott időszakra (például 5 év), évenként aktualizált bontásban tartalmazza a közösen meghatározott fejlődés elvárt paramétereit, állomásait: képességek, képesítések megszerzését, az indikátorok javulását, tudományos-szakmai közéleti tevékenységet. Ennek a karriertervnek a megvalósulását lehet figyelembe venni az előmenetelnél, meghosszabbításoknál, vezetői kinevezésnél, esetleges bérdifferentiálásnál, de új pozíciók pályázati elbírálásánál is. Ebben a karriertervben a különböző szegmensekben eltérő indikátorokat lehet figyelembe venni, eltérő súllyal – például a tudományos munka a klinikán sokkal nagyobb mértékben esik latba, mint a járóbeteg-szakellátás esetében. (Ilyen egyénileg megállapított karrierterv és arra épülő rendszer működik például a Karolinska Svédországban.)

Az alapellátásban a kétféle mérés (a praxis teljesítménye és az orvos egyéni értékelése) összeköthető oly módon, hogy a háziorvos is készít egyéni fejlődési/karriertervet, és ez a képzési-továbbképzési, kompetenciabővítési tervek mellett a praxis indikátorainak a javítását vagy szinten tartását tartalmazza. Fontos annak kiemelése, hogy a MOK álláspontja szerint az alapellátásban az orvosi együttműködése a jövő, és a praxisközösségekben csoportpraxisokban a csoport céljaiba illő egyéni karriertervet kell készíteni.



### 4.3 Az egyéni terv életpályába ágyazása

Az alapelveknél leírtuk, hogy a minősítési rendszernek érdekeltégi rendszerhez kell kapcsolódnia. Az egyének esetében ez a bértáblában és az egyéni karrierben (vezetői beosztás stb.) realizálódik. Ennek a pontnak az a célja, hogy a MOK által kidolgozott orvosi bértáblán túlmenően támpontot adjon egy orvosi életpályamodell kidolgozásához. Az életpálya ugyanis nem azonos a bértáblával, de le kell szögezni, hogy a MOK bértáblájának megfelelő alapbér nélkül bármilyen életpályamodell értelmezhetetlen. A jövőképet megalapozó bértábla ugyanis

- a jövedelem meghatározó részét adja, kiszámítható bevételt jelent;
- olyan mértékű, ami megalapozza a szakmai szempontból lényeges differenciálást, számonkérést.

Mindemellett az életpályamodellt hiba kizárólag bér- és előmeneteli táblára, illetve ilyen kritériumokra egyszerűsíteni. Ahhoz, hogy a közszolgálati orvosi életpálya valóban vonzó és tartós karrier legyen, szükség van a létbiztonságot és a munkaképességet növelő egyéb elemekre is.

#### 4.3.1 Az életpályamodell nem bér jellegű ösztönzői

Nemzetközi kitekintés alapján a következő elemek jönnek szóba:

- államilag támogatott nyugdíjpénztár, mely a támogatási rész felhasználhatóságát a közszolgálatban maradáshoz köti
- speciális szabadságkedvezmények (képzési, továbbképzési, kutatási, regenerációs)
- minőségi, ingyenes továbbképzési rendszerek
- a munkavállaló egészségét védő programok, mint burnoutprevenció és -terápia, a munkahelyek egészségbarát kialakítása (például orvosi sportprogram)
- főorvosok behívhatósága, ügyeleti beoszthatóság
- a munkakörnyezet ergonómiájának javítása (szociális és közösségi szempontok, a munkaidő minőségi eltöltése, étkezés és öltözés, ügyeleti szoba körülményei – egy átlagos orvos évi hatvan alkalommal tartózkodik ott).

## 5. Elvégzendő feladatok, ütemterv

Az indikátorrendszer bevezetését a következők szerint látjuk megvalósíthatónak. Konkrét határidőket azért nem írunk, azokat csak a kormányzati szándék ismeretében lehet meghatározni.

### Szakmai-módszertani fejlesztés

Eredmény: az első indikátorkör előállítása

Határidő: 2020. ...

### Az első pilot adatgyűjtés elvégzése

A feladat jellege: konkrét adatgyűjtés, kommunikáció

Eredmény: indikátoradatok rendelkezésre állása

Határidő: 2021. ...

### Az első eredmények közzététele

A feladat jellege: adatelemzés, informatikai fejlesztés (felhasználóbarát felület kialakítása)

Eredmény: az indikátoradatok nyilvánosak

Határidő: 2021. ...

Az indikátorrendszer működtetéséhez szükséges szabályozási és intézményfejlesztési változások elvégzése, a folyamatos rendszerszintű bevezetés előkészítése, a rendszer továbbfejlesztése a következő évi adatgyűjtéshez, átfogó beszámoló az elvégzett munkáról

A feladat jellege: szabályozás, elemzés, szakmai-módszertani fejlesztés, kommunikáció

Eredmény: az első adatgyűjtés tapasztalatai nyomán folyamatosan működtethető rendszer kereteinek kialakítása

Határidő: 2022. ...

## 6. Összegzés

A hazai egészségügy fejlesztésének egyik kulcsa a **valid, minden érintett számára megismerhető, az átalakítási folyamatokba visszacsatolható, konzekvenciákkal is rendelkező adatok előállítása**. A meglévő számos adat jelenleg nem alkot ilyen célokra alkalmas rendszert, ezért felhasználva és a hazai viszonyokra megfelelően adaptálva **javasoljuk a nemzetközi – elsősorban az Egyesült Királyságban alkalmazott – példák alapján hazai indikátorrendszer kifejlesztését**.

**Az egyes egészségi szolgáltatók, sőt bizonyos esetekben az egyes orvosok tevékenységét jellemző adatok körének meghatározása**, az adatgyűjtés és -elemzés, valamint az adatok megfelelő, közérthető publikációja számos **módszertani kérdést** foglal magában, amit egy **szakmailag független intézmény** tud eredményesen megvalósítani.

**A Magyar Orvosi Kamara vállalja, hogy meghatározó szereppel vesz részt** az egészségpolitikai döntéshozók, az ellátásokat igénybe vevők, valamint az egészségügyi szakemberek számára egyaránt új, a szerves fejlődés és egészségügy-fejlesztés lehetőségét magában hordozó, **indikátoralapú egészségügyi értékelőrendszer kialakításában**.

2020. augusztus–szeptember

A Magyar Orvosi Kamara elnöksége