
Az egészségügyi rendszerek teljesítményének mérése

Tartalom

Bevezetés	3
A WHO indikátorai az egészségügyi rendszerek teljesítményének mérésére	4
OECD: Health Care Quality Indicators Project	5
OECD minőségi indikátorok a Health at a Glance kiadványban	11
Az egészségi állapotban, egészségügyben megnyilvánuló egyenlőtlenségek monitorozása az OECD-ben	12
EU indikátorok.....	14
Commonwealth Fund indikátorok	17
Országok példái	19
Egyesült Királyság	19
Minisztériumi stratégiai célkitűzések (DSO)	19
Vital Signs	21
Országos indikátorok (National Indicator Set)	22
A szolgáltatók indikátorai	24
Németország	25
Szövetségi szintű egészségügyi monitorozás	25
A tartományok által alkalmazott indikátorkészlet	26
Egészségfelmérések	28
Szolgáltató szintű minőség monitorozás	31
Kanada	35
CIHI országos indikátorok	35
Kanada - tartományi szintű indikátorok	42

Egészségügyi Rendszertudományi Iroda

2009. december

Bevezetés

Az **egészség meghatározóinak** – az 1974-ben készült úgynevezett Lalonde Jelentés¹ óta – bizonyítottan a humán biológiai jellemzőket (genetika), a környezetet, az életmódot és az egészségügyi ellátást tekintjük. A fejlett országokban az egészségre ható tényezők közül minden területen működnek monitoring rendszerek, összefoglalónk ezek közül az egészségügyi ellátás teljesítményének monitorozásával foglalkozik. Bemutatjuk a WHO megközelítéseit, az OECD projektjeit, valamint országpéldákon keresztül az Egyesült Királyság, Németország és Kanada országos szintű monitorozó rendszereit.

Az egészségügy teljesítményének dimenziói azok a meghatározható, lehetőleg mérhető attribútumai a rendszernek, amelyek az egészség fenntartásához, visszaállításához vagy fejlesztéséhez kötődnek. Az egészségügyi rendszerek teljesítményét meghatározó jellemzők három fő csoportba sorolhatók: a minőséggel kapcsolatos dimenziók, az eléréssel, hozzáféréssel kapcsolatos dimenziók és a költségekkel, kiadásokkal kapcsolatos dimenziók. Az ellátás minősége annak mértékeként határozható meg, mely szerint az egyéni és lakossági szintű egészségügyi szolgáltatások növelik a megkívánt egészségügyi kimenetek valószínűségét és összhangban állnak a fennálló szakmai ismeretekkel².

A különböző országok az egészségügyi teljesítmény mérésénél számos dimenziót értékelnek. Vannak országok, ahol a monitorozási rendszerek az egészségügyi rendszerek teljesítményének széles spektrumát fedik le, közéjük tartozik az Egyesült Királyság és Kanada, van ahol szűkebben, a minőség mérésével foglalkoznak, pl. Dániában. Az egészségpolitikára gyakorolt hatás következtében minden ország számára kritikus döntés a mérésben használatos dimenziók kiválasztása.

Az országok és nemzetközi szervezetek gyakorlatában a mért, értékelt dimenziók között gyakoriságuk sorrendjében a következők találhatók:

eredményesség (effectiveness), hatékonyság (efficiency – cél lehet adott inputtal maximális output elérése, vagy adott színvonalú outputhoz az input minimalizálása), hozzáférés (access), biztonság, méltányosság (equity), megfelelőség (appropriateness), időszerűség (timeliness), elfogadhatóság (acceptability – mennyire humánus, figyelmes a szolgáltatás), a beteg és a társadalom preferenciáinak, értékeinek figyelembe vétele vagy beteg-központúság, elégedettség, egészségjavulás és az ellátás folyamatossága.

A teljesítmény és azon belül a minőség mérésének különböző szintjei lehetnek. Az Európa Tanács 1997-es ajánlása³ szerint történhet központi (országos, területi), helyi (kórház, helyi vagy regionális szervezet, praxisok együttműködése), egység (praxis team, kórházi részleg) és individuális (individuális egészségügyi szolgáltató) szinteken.

¹ Marc Lalonde: A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa, 1974, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

² Edward Kelley and Jeremy Hurst: HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23. 09-Mar-2006 <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf> (10p.)

³ Council of Europe (1997). Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum (41st meeting, 24–26 June). Strasbourg, Council of Europe. <http://www.euro.who.int/document/e91397.pdf> (7p.)

Donabedian javaslata⁴ szerint az értékelés a struktúra, a folyamat és az eredmény (outcome) mentén történhet. A struktúrát az egészségügyi ellátás számára szükséges források és a szolgáltatások jellemzői együttesével, a folyamatot a források felhasználásával, az eredményt pedig az ellátás egészségi állapotra gyakorolt hatásaival (végső kimenetek: mint mortalitás, morbiditás, életminőség, közbelső eredmények: mint vérnyomás, testsúly stb.) azonosította.

Donabedian minőségértékelésre vonatkozó megközelítése széles körben elfogadott, a három komponens együttes alkalmazása mégis ritka. Ez elsősorban abból ered, hogy a modern minőség megközelítések, a minőség értékelt dimenziói a folyamathoz és az eredményhez kapcsolódnak, és nem a rendelkezésre álló forrásokra támaszkodnak.

A WHO indikátorai az egészségügyi rendszerek teljesítményének mérésére

A WHO a 2000-ben publikált World Health Report 2000⁵ tanulmányában az egészségügyi rendszerek teljesítménye alapján hasonlította össze az országokat.

A teljesítménymérésben szerepet kaptak olyan indikátorok, mint a rokkantsággal korrigált várható élettévek (DALY), az egyenlőség érvényesülése az egészségügyben a gyermekek életben maradási esélyeivel mérve, az egészségügy megfelelősége vagy a pénzügyi hozzájárulások méltányossága.

A gyermekek életben maradási esélyeivel mért egyenlőségi index a gyermekek életben maradásának országon belüli megoszlását vizsgálja születési és halálozási adatok alapján.

Az egészségügy megfelelőségét felmérések alapján értékelték, amelyekben az országokban kiválasztott válaszadók a megfelelőséget hét jellemzőn keresztül minősítették: méltóság, autonómia, bizalom (tisztelő), azonnali figyelem, kényelem, szociális támogatási rendszerrel való kapcsolat, szolgáltató választás

A pénzügyi hozzájárulások méltányossága a háztartások egészségügyi hozzájárulásain alapul. A háztartások egészségügyi hozzájárulásain a háztartások egészségügyi kiadásainak és a háztartások - létfenntartásra fordított kiadásokkal csökkentett - bevételeinek hányadosát értik. A kiadások tartalmazzák az egészségbiztosítási járulékokat, az egészségügyi finanszírozásra szolgáló adókat és az out-of-pocket kiadásokat is. A létfenntartáson felüli állandó jövedelmeket a háztartások összes kiadási és az adófizetések összegével becsülték, amelyből levonták az élelmiszerekre fordított kiadásokat. A számításokhoz a háztartásstatisztikák, nemzeti egészségügyi számlák és nemzeti számlák információit használták.

A tanulmányban WHO a kormányoknak és minisztériumoknak új szerepkör fejlesztését javasolja, amelynek egyik eleme a folyamatos monitorozás. A Nemzeti Egészségügyi Számlák átfogó keretet nyújthatnak ehhez a tevékenységhez. Példaként említik Finnországot, ahol miután az ország az orosz exportpiacai elvesztése miatt a 90-es években gazdasági válságba jutott, az egészségpolitikusok a nemzeti egészségügyi számlák információi alapján tudták helyreállítani az egészségügyi rendszerük termelékenységét.

⁴ Donabedian, A (1988). The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 260:1743–1748.

⁵ <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>

OECD: Health Care Quality Indicators Project⁶

A minőségmérések és minőségjelentések iránti fokozódó érdeklődés megnövelte az olyan minőségi indikátorok kifejlesztésére irányuló erőfeszítéseket, amelyek a minőségi teljesítményt az egészségügyi ellátás több szintjén is értékelni tudják. Az OECD Health Data számos területet lefed (egészség, egészségügyi ellátórendszer, finanszírozás adatai), a nemzeti egészségügyi rendszerek teljesítményének méréséhez szükséges adatok azonban hiányosak. A nemzetközi összehasonlítások az egészségi állapot indikátoraira korlátozódnak, mint pl. mortalitási ráták, amelyek sokkal inkább az átfogó szociális fejlettséget tükrözik, mint az egészségügyi rendszer teljesítményét és minőségét. Következésképp, az olyan minőségi indikátorok kidolgozása, amelyeket nemzetközi összehasonlításra lehet használni, fontos lépést jelent a bizonyíték alapú egészségügyi értékelés és minőségfejlesztés irányában.

A HCQI- projektet megelőzően két kisebb nemzetközi együttműködés, a New York-i Commonwealth Fund (Ausztrália, Kanada, Új-Zéland, Egyesült Királyság és USA), valamint az Északi Miniszteri Tanács (Dánia, Finnország, Izland, Norvégia és Svédország) is tett erőfeszítéseket olyan minőségi indikátorok kidolgozására, amelyek sikeresen használhatók lehetnének nemzetközi összehasonlítás céljából. A WHO, a WHO Európai Regionális Irodája, valamint az EU (az Eurocare-n és az ECHI projekten keresztül) részéről is történtek hasonló kezdeményezések. Az OECD ezekre az erőfeszítésekre és egyéb nemzeti kezdeményezésekre építve ajánlotta föl a két már meglévő nemzetközi együttműködésnek és az összes többi tagországnak, hogy közös kezdeményezésként indítsák el a HCQI projektet. A projekt 2003 januárjában indult, azóta a 30 OECD- ország közül már 23 részt vesz benne.

A HCQI projekt első lépéseként a két, már meglévő kooperáció által javasolt indikátorokat fejlesztette tovább. Ezt követően egy pilot projektet hajtottak végre, hogy demonstrálják a nemzetközileg összehasonlítható adatok gyűjtésének megvalósíthatóságát. A következő lépés speciális prioritásterületek kialakítása volt az indikátorok továbbfejlesztése céljából. Minden résztvevő országot felkértek arra, hogy két olyan területet nevezzen meg, amelyek számára nagy klinikai fontossággal és politikai relevanciával bír. A tagállamok jelölései alapján a 6 legfontosabb terület a következő: kardiológia, diabétesz, mentális egészség, betegbiztonság, alapellátás, valamint prevenció/egészségfejlesztés (az alapellátást később összevonták a prevencióval). A prioritásterületek meghatározását követően az OECD felkérte a résztvevő országokat és intézményeket, hogy szakértőket nevezzenek ki, akik az indikátorok felülvizsgálatát és szelekcióját végzik az egyes prioritásterületeken. Végül összesen 86 indikátort választottak ki: 9 indikátort a diabéteszre, 12-t a mentális egészségre, 17-et a kardiológiára, 21-et a betegbiztonságra és 27-et az alapellátásra és prevencióra⁷.

⁶ Edward Kelley and Jeremy Hurst: HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23. 09-Mar-2006

⁷ Soeren Mattke, Arnold M. Epstein and Sheila Leatherman: The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. International Journal for Quality in Health Care 2006 18(Supplement 1).

Példaképpen a kardiológiai terület 17 indikátora a következő:

Terület	Indikátor neve
Másodlagos prevenció	Aspirin felírása távozáskor AMI után
	ACE inhibitor távozáskor
	Béta blokkoló távozáskor AMI után
	Statin kezelés kardiális esemény után
Akut koronária szindróma	Thrombolyticus kezelés időzítése AMI betegek számára
	Sürgős PTCA időzítés AMI betegeknél
	Aspirin kezelés megkezdése AMI miatti kórházi felvétel után
	AMI-t követő 1 éves mortalitás
Kardiális beavatkozások, beleértve a PTCA-t és a CABG-t	CABG kórházi mortalitási ráta
	CABG-t követő 1 éves mortalitás
	CABG reoperáció a távozást követő 6 hónapon belül
	PTCA kórházi mortalitás
	PTCA után ugyanazon a napon végzett CABG
	Távozás után 30 napon belül végzett ismételt PTCA
CHF (congestiv szívelégtelenség)	ACE inhibitor távozáskor
	Béta blokkoló távozáskor
	CHF kórházi mortalitás

Forrás és az indikátorok képzésének részletei:

<http://www.oecd.org/dataoecd/28/35/33865450.pdf> (4p.)

Az OECD egészségügyi minőségi indikátor projektjében a leggyakrabban használt dimenziók:⁸

- ▶ **Eredményesség:** kulcsfontosságú teljesítménydimenzió, amely a kívánatos kimenetek elérésének fokát méri.
- ▶ A **biztonság** dimenziója azt méri, hogy az egészségügyi rendszer milyen mértékben képes elkerülni, megakadályozni vagy kijavítani a káros hatásokat, amelyek az egészségügyi ellátás folyamataiból származnak.
- ▶ **Betegközpontúság:** azt méri, hogy az egészségügyi rendszerben a beteg/fogyasztó érdekei milyen mértékben érvényesülnek, és ezt általában a betegek egészségügyi rendszerrel kapcsolatos tapasztalatai alapján mérik. A betegtapasztalatok vonatkoznak a gondoskodásra, kommunikációra, valamint a megértésre, amelyeknek az orvos-beteg kapcsolatot jellemezniük kell.
- ▶ **Elérhetőség, hozzáférés:** az egészségügyi szolgáltatások elérésének könnyűsége. A hozzáférés lehet fizikai, pénzügyi vagy pszichológiai, és szükségessé teszi az egészségügyi ellátás a priori elérhetőségét.

⁸ Edward Kelley and Jeremy Hurst: HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23. 09-Mar-2006 (13p.)

- ▶ **Méltányosság:** szorosan kapcsolódik a hozzáféréshez, habár az egészségügyi rendszer finanszírozásának, valamint a kimenetek/egészségi állapot értékelésére is használják. Az egyenlőség vagy igazságosság az egészségügyi ellátás, valamint az egészségügyi szolgáltatások hasznosságának disztribúciójára vonatkozik az emberek között.
- ▶ **Hatékonyság:** az egészségügyi rendszer számára rendelkezésre álló források optimális felhasználása, hogy elérje a maximális hasznosságot vagy eredményeket. A rendszer azon képességét jelenti, hogy alacsony költséggel képes működni, de nem csökkenti a kívánatos eredményeket. A korábbi OECD- dokumentumok megkülönböztették a makroökonómiai és mikroökonómiai hatékonyságot. A makro-hatékonyság az állami és magán kiadások teljes allokációjára vonatkozik az egészségügyi rendszerben: azt mutatja meg, hogy az összes egészségügyi kiadás szintje „megfelelő” -e. Néhány országban a makro-hatékonyságot „fenntarthatóságnak” is nevezik. A mikro-hatékonyság azt mutatja meg, hogy az egészségügyi rendszer a felhasznált inputok és a kívánt outputok fényében a lehető legproduktívabban működik-e.

Kevésbé elterjedt dimenziók⁹

Az alábbi dimenziók kevésbé elterjedtek, ami nem jelenti azt, hogy kevésbé fontosak, mint az előbb említett mutatók. Egy adott ország szempontjából akár elsődlegesen fontosak is lehetnek a helyi politikai és egészségügyi rendszer kontextusában. Ezeket az indikátorokat gyakran rokonítják más indikátorokkal, vagy egybefoglalják egyéb mutatókkal. A kevésbé elterjedt dimenziók és gyakrabban használt megfelelőik a következők:

- ▶ **Elfogadhatóság:** az egészségügyi rendszer felhasználói és azok családtagjai reális kívánalmainak és elvárásainak való alkalmasság. Mivel egy személy egészségügyi tapasztalatainak erőteljes hatása van az egészségügyi rendszer jövőbeni igénybevételére, a fogékonyság vagy betegközpontúság és az elfogadhatóság alapvetően befolyásolják a hatékonyságot és egyéb dimenziókat. Ez a dimenzió gyakran a *betegközpontúság* részeként jelenik meg.
- ▶ **Alkalmasság:** teljesítménydimenzió, amely azt mutatja meg, hogy az egészségügyi ellátás megfelel-e a klinikai igényeknek, a rendelkezésre álló legjobb bizonyítékot tekintve. Ezt a dimenziót gyakran a *hatékonyság* részeként értelmezik.
- ▶ **Kompetencia vagy képesség:** az egészségügyi rendszerben dolgozók képzettségét, képességeit, valamint betegekkel való bánásmódját értékeli. A kompetenciának számos aspektusa van, beleértve a technikai és kulturális kompetenciát. Ezt a dimenziót gyakran a *hatékonyságon* belül értelmezik.
- ▶ **Folytonosság:** azt fejezi ki, hogy a felhasználók számára az egészségügyi ellátás milyen mértékben koordinált az ellátók és intézmények között. Miközben vannak klinikai folytonosság-mérések az egészségügyi rendszer teljesítményének mérése keretein belül (pl. azon depresszióban szenvedő betegek aránya, akik folyamatos antidepresszáns kezelést kapnak betegségük akut fázisában), a mérések többsége a betegek tapasztalataira vonatkozik. Ezt a dimenziót gyakran a *betegközpontúsággal* szokták összevonni.
- ▶ **Időszerűség:** azt méri, hogy a pácienseknek lehetőségük van-e elvárható időkorláton belül kezelést kapni. Ez magában foglalja az ellátáshoz való időbeni hozzáférést (a páciensek akkor kapják meg az ellátást, amikor szükségük van rá), valamint az ellátás koordinációját (az ellátás során a betegek mozognak az ellátók, valamint az ellátás egyes szintjei között). Az időszerűségnek vannak klinikai elemei (pl. a szívinfarkttal való felvételtől a thromboliticus kezelésig), illetve vannak beteg-

⁹ Edward Kelley and Jeremy Hurst: HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23. 09-Mar-2006 (13-14p.)

központú elemei (pl. a betegek észrevétele arra vonatkozóan, hogy a szükséges sürgős kezelésre olyan gyorsan tudnak-e időpontot kapni, amilyen gyorsan akarnak). Számos országban az időszerűséget szorosan a betegközpontúsággal együtt kezelik.

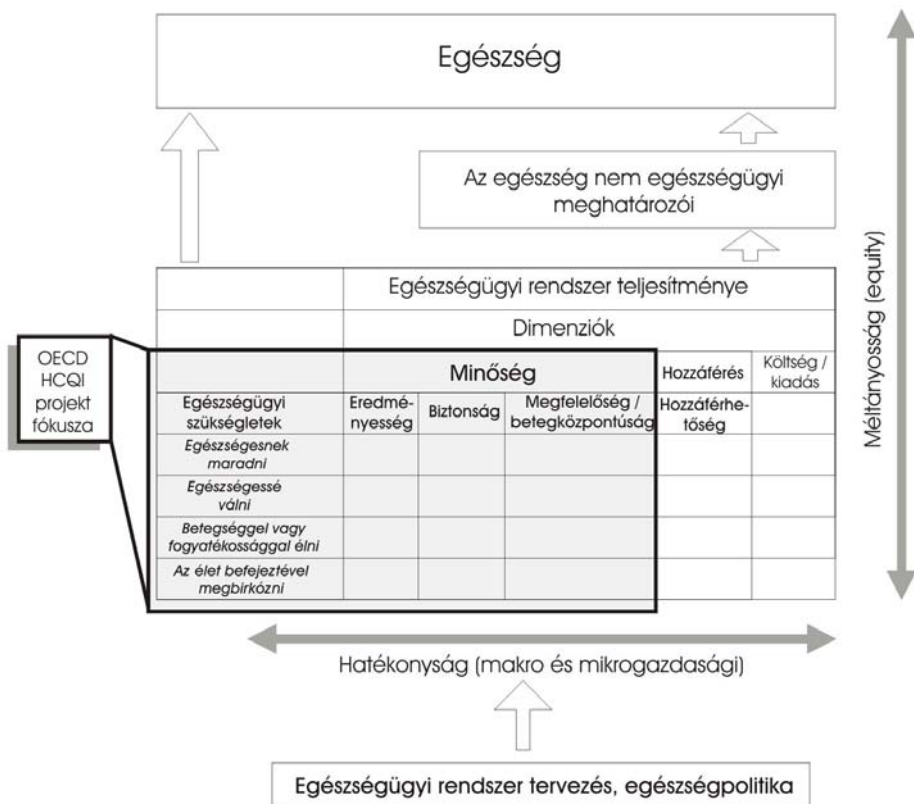
Az ellátás minőségének mérése¹⁰

A széles körben elterjedt Donabedian-koncepció értelmében az egészségügy minőségét mérő indikátorok az alábbi három típusba sorolhatók:

- ▶ **Strukturális indikátorok** (pl. az orvosok megfelelően képzettek-e vagy a kórházak megfelelően felszereltek-e) az egészségügyi rendszer jellemzőinek vagy inputjainak indikátorai. Ezek bemutatják az egészségügyi rendszer adott minőségének szükségszerű helyzetét, de nem elegendők. A strukturális indikátorok megléte nem biztosítja, hogy a megfelelő folyamatokat hajtják végre vagy kielégítő eredményeket érnek el.
- ▶ **Folyamat-indikátorok** (pl. a gyerekek megkapják-e a megfelelő immunizációt, vagy a magas kockázatú betegek vérnyomását rendszeresen megméri-e a háziorvos) azt vizsgálják, hogy az egészségügyi ellátás megfelelően (vagy nem megfelelően) történik-e a releváns, magas kockázatú csoport esetében – ahol a megfelelőségnek az adott folyamat hatásosságának klinikai bizonyítékán kell alapulni, és konzisztensnek kell lenni a jelenlegi szakmai tudással. A folyamat-indikátorok a klinikailag kívánatos kimenetekhez kötődnek. A folyamat-indikátorok adják a legjobb közelítést az aktuális egészségügyi ellátásra, és a három indikátor-csoport közül a leginkább klinikai jellegűek.
- ▶ **Kimeneti indikátorok** (pl. a nozokomiális fertőzések aránya vagy az akut miokardiális infarktus 1 éves túlélési aránya) az egészségügy orvosi ellátásnak betudható fejlődésének (vagy romlásának) mértékét mutatja. A kimeneti indikátorok egyik legfőbb kihívása, hogy az ellátás minőségén kívüli egyéb tényezők is befolyásolhatják. Így pl. az akut miokardiális infarktus túlélési aránya olyan tényezőktől is függ, mint a beteg kora, a betegség súlyossága vagy a társadalmi-gazdasági helyzet. A kérdés, hogy elegendő bizonyíték van-e arra nézve, hogy az ellátás minősége más tényezőktől függetlenül járul-e hozzá a kimenethez. Ha nem ez a helyzet, akkor a többi tényezőt, amelyek befolyásolják a kimeneteket, megfelelően fel kell mérni és kockázatkiegyenlítés révén torzító hatásukat minimalizálni szükséges. Korlátot jelent, hogy klinikai adatok az átfogó kockázatkiegyenlítéshez szükséges részletességgel általában nem állnak rendelkezésre, különösen nemzetközi szinten. Mindazonáltal erőfeszítéseket kell tenni az indikátorok kiegyenlítésére a lehetséges fókig, és az eredmények interpretálásánál is említeni kell a korlátokat.

¹⁰ Edward Kelley and Jeremy Hurst: HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23. 09-Mar-2006 (16.p)

Az OECD egészségügyi minőségi projektjének összefüggésrendszere¹¹



A HCQI koncepció tehát 4 egymással összefüggő területet különböztet meg¹²:

1. *Egészség*: a lakosság egészségi állapotának szélesebb dimenziója, amelyet egészségügyi és nem egészségügyi tényezők is befolyásolhatnak;
2. *Az egészség egészségügyi ellátáson kívüli meghatározói*: az egész társadalomra kiterjedő, az egészségügyön kívüli tényezők, amelyek szintén befolyásolják az egészséget,
3. *Az egészségügyi rendszer teljesítménye*: az egészségügyi rendszer azon folyamatai, inputjai és outputjai, valamint hatékonysága és igazságossága, amelyek sokszor a nem egészségügyi tényezőkre is hatással lehetnek,
4. *Az egészségügyi rendszer tervezése és összefüggései*: az egészségpolitika és egészségügyi ellátás jellemzői, amelyek érintik a költségeket, kiadásokat, felhasználási mintákat, és amelyek szükségesek az egészségügyi teljesítmény felbecsléséhez és összefüggések feltárásához.

¹¹ Edward Kelley and Jeremy Hurst: HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23. 09-Mar-2006 (15 p.)

¹² http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/18/suppl_1/5?ijkey=DJkAjVmA4apyo&keytype=ref&siteid=intqhc

Az 1, 2 és 4 területekhez a legtöbb indikátor az OECD Health Data-ból és az OECD Factbook-ból származik. A 3. területet az egészségügyi rendszer teljesítményének és az egészségügyi szükségleteknek a mátrixa adja. A dimenziók a következők: eredményesség, biztonság, betegközpontúság, hozzáférés és költséghatékonyság. Az eredményesség, a biztonság és a betegközpontúság a legfőbb minőségi dimenziók. Az eredményesség a legfőbb prioritási terület a kardiológia, a mentális egészség, a diabétesz, az alapellátás és a prevenció/egészségfejlesztés területén. Az egészségügyi rendszer teljesítménye és az egészségügyi rendszeren kívüli tényezők közötti összefüggést az alapellátás és prevenció prioritásterület határozza meg.

HCQI indikátorok adatgyűjtése 2008-2009-ben¹³

Az indikátorok közül 2008-2009-ben az alábbiakban volt adatgyűjtés:

	Kimeneti indikátor	Folyamat indikátor
Aktív ellátás	AMI kórházi halálozás aránya	65 év feletti mûtéti várakozási ideje csipõtörés után
	Stroke (ischemiás és vérzéses) kórházi halálozás aránya	
Daganatos betegek ellátása	Vastag- és végbél daganatos betegek 5 éves túlélési rátája	Mammográfiai szûrések
	Emlõ daganatos betegek 5 éves túlélési rátája	Méhnyak rák szûrés
	Méhnyak rákos betegek 5 éves túlélési rátája	
Krónikus ellátás	Asztma kórházi felvételi ráta (18 év felettiéknél)	Éves retina vizsgálat diabéteszes betegeknél
	Asztma mortalitási ráta (5-39 év)	
Fertõzõ betegségek megelõzése	Kanyaró incidencia	Kanyaró elleni védõoltás
	Szamárköhögés incidencia	Szamárköhögés (+diftéria és tetanus) elleni védõoltás
	Hepatitis B incidencia	Hepatitis B elleni védõoltás
		Influenza elleni védõoltás (65 év felett)
Egyéb	Dohányzási ráták	

¹³ Sandra Garcia-Armesto: OECD Health Care Quality Indicators Project, http://www.healthpowerhouse.com/ppt/measurements-mar-5-09/05_SGA_Prague_March52009.ppt#367,3,2008-09 HCQI Data Collection "Regular set"

Új indikátorok adatgyűjtése 2008-2009-ben

Egészségfejlesztés, prevenció, alapellátás	Asztma felvételi ráta
	COPD felvételi ráta
	CHF (veleszületett szívrendellenesség) felvételi ráta
	Angina, beavatkozások nélküli felvételi ráta
	Diabétesz eredetű rövid távú komplikációk felvételi ráta
	Diabétesz eredetű hosszú távú komplikációk felvételi ráta
	Kontrollálatlan diabétesz felvételi ráta
	Diabétesz alsó végtag amputációs ráta
	Magas vérnyomás felvételi ráta
Mentális egészségügyi ellátás indikátorai	Skizofrénia nem tervezett újrafelvételi ráta
	Bipoláris zavar nem tervezett újrafelvételi ráta
Betegbiztonság indikátorai	Beavatkozás során benthagyott idegen test
	Katéterrel összefüggő vérfertőzés
	Műtét utáni tüdőembólia vagy mélyvénás trombózis
	Műtét utáni szepszis
	Véletlen szúrások, vágások
	Szülészeti trauma műszeres vaginális szülésnél
	Szülészeti trauma műszer nélküli vaginális szülésnél

OECD minőségi indikátorok a Health at a Glance kiadványban

Az OECD Health Data adatbázisára támaszkodó két évente megjelenő Health at a Glance tanulmány folyamatosan bővíti a minőségi indikátorok országok közötti összehasonlítását. Először a 2007-ben kiadott Health at a Glance tanulmányában publikált minőségről szóló adatokat, folyamat és outcome típusú indikátorokat. (Health at a Glance 2007 CHAPTER 6. HEALTH CARE QUALITY INDICATORS) A mutatók szekciókba sorolva a következők ellátására vonatkoznak: akut problémák (akut szívizom-infarktus (AMI) és agyvérzés), daganatos betegségek (vastag- és végbélrák, emlőrák, méhnyakrák), krónikus betegségek (asztma, cukorbetegség), fertőző betegségek megelőzése (immunizálás és az oltással megelőzhető betegségek incidenciája). Az akut betegségek esetén az outcome indikátor típusban a hospitalizációt követő mortalitás adatait vizsgálták. A daganatos betegségeknél a túlélési ráták az ellátás minőségének kimenetei mutatói, a folyamatmutatók között a szűréseken való részvétel szerepelt. A krónikus betegségek közül az asztmánál a hospitalizációt és a mortalitási rátákat hasonlították össze (outcome). A cukorbetegségnél a rendszeres szemészeti vizsgálatot vették figyelembe (folyamat). A fertőző betegségek megelőzésénél az incidenciákat illetve a 65 éven felüliek influenzaoltását és a gyermekbetegségek elleni immunizálást tekintették át. 2009-ben az OECD ezt az összehasonlítást új indikátorokkal gazdagítja. Az új indikátorok közé tartoznak pl. a COPD, CHF, magas vérnyomás elkerülhető kórházi felvételi rátája, diabetes komplikációkból adódó elkerülhető felvételi ráta, diabetes alsó végtag elkerülhető amputációs rátája, skizofrénia, bipoláris zavar nem tervezett újrafelvételi rátája. Az adatok forrása: mortalitási statisztikák, rákregiszterek, oltási regiszterek,

specifikus betegségekre vonatkozó regiszterek, adminisztratív adatbázisok, betegfelmérések¹⁴. Ajánlásaik között szerepel pl. a kórházi felvételekkel kapcsolatos adatbázisok fejlesztése, a másodlagos diagnózisról szóló adatfelvételek részletezése, a kórházon kívüli ellátás (alapellátás, mentális ellátás) kórházi teljesítmény adatokhoz hasonló információs rendszerének kialakítása. Terveik között van az egészségügy teljesítménybeli különbségeinek, valamint a differenciák szervezeti és finanszírozási kapcsolatának elemzése.

Az egészségi állapotban, egészségügyben megnyilvánuló egyenlőtlenségek monitorozása az OECD-ben

„Az egészségi állapotban és az ellátáshoz való hozzáférésben jelentkező eltérések mérése az OECD-országokban” címmel 2009. márciusában jelent meg egy OECD working paper¹⁵, az OECD által javasolt indikátorokkal.

A társadalmi-gazdasági eltérések egészségi állapotban megnyilvánuló hatásának vizsgálatára alkalmazható indikátorokat a tanulmány a következő csoportokra bontva taglalja:

- ▶ mortalitáson alapuló indikátorok
- ▶ morbiditáson alapuló indikátorok
- ▶ a lakosság egészségi állapotát összegző mérések.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és a szolgáltatások igénybevételének indikátorai:

- ▶ egészségbiztosítási lefedettség
- ▶ out-of-pocket kiadások, direkt kifizetések
- ▶ az egészségügyi ellátás, ezen belül a preventív, illetve költségesebb szolgáltatások igénybevétele
- ▶ a betegek állapota által igényelt szolgáltatások nélkülözése.

A társadalmi-gazdasági státusz jellemzésére a tanulmány a jövedelmi szintet, a legmagasabb iskolai végzettséget vagy a foglalkoztatási besorolást javasolja. Ezek az információk a felmérések esetében a kérdőívbe építettek.

A mortalitás alapú indikátorok esetében kihívást jelent az országok számára a halálozási regiszterek és a társadalmi-gazdasági helyzetre vonatkozó információkat tartalmazó adatbázisok (pl. népszámlálás adatai) összekapcsolása.

Morbiditás alapú adatoknál az országos egészségfelmérések adatainak és a társadalmi-gazdasági helyzetre vonatkozó információknak az összekapcsolása jelenti a feladatot. Ez jelenleg Európában a European Health Interview Survey segítségével valósul meg. Az EU-ban évente készített European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) is tartalmaz kérdéseket az egészségi állapot önértékelésére, krónikus betegségek előfordulására vagy pl. a betegek állapota által igényelt szolgáltatások nélkülözésére; a társadalmi-gazdasági státusz megítéléséhez pedig tartalmaz iskolai végzettségre és jövedelemre vonatkozó információkat.

Ilyen, pl. a betegek állapota által igényelt szolgáltatások nélkülözésére és az elérhetőségre vonatkozó kérdéseket tartalmazó éves felmérései vannak (Európán kívüli területekre is kiterjesztve) a

¹⁴ Sandra Garcia-Armesto: OECD Health Care Quality Indicators Project, http://www.healthpowerhouse.com/ppt/measurements-mar-5-09/05_SGA_Prague_March52009.ppt#367,3,2008-09 HCQI Data Collection“Regular set”

¹⁵ Michael de Looper, Gaetan Lafortune: Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 43. 09-Mar-2009 [http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/\\$FILE/JT03260782.PDF](http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/$FILE/JT03260782.PDF)

Commonwealth Fund-nak is, az eredményeket jövedelmi helyzet és társadalmi gazdasági státusz alapján értékeli ki.

Az egészségügyi rendszer információi pl. a kórházi felvételekre vonatkozó adatlapok ritkán tartalmazzak a társadalmi-gazdasági helyzetre vonatkozó információkat. Azonban ha a lakóhelyre vonatkozó információ szerepel az adatlapon, ez lehetőséget nyújt arra, hogy terület-alapú társadalmi-gazdasági helyzetre vonatkozó besorolást lehessen készíteni.

A különböző jövedelmi helyzetű csoportok által az ellátórendszer igénybevételére vonatkozó felméréseket a szükségletekkel is korrigálhatják.

Az egészségi állapotra, az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségére is igénybevételére vonatkozó felmérések az adatok legfontosabb forrását jelentik az országok nagyobbik részében. Pl. az Egyesült Királyságban ennek rendszeres a monitorozása.

Az egészségügyre fordított out-of-pocket kiadások adatforrásai a háztartás-statisztikai panelek, felmérések.

Az egészségügyi egyenlőtlenségek monitorozására az OECD a fenti csoportokban az alábbi indikátorok használatát javasolja:

Indikátor	Adatforrás	Megvalósíthatóság, nemzetközi adatgyűjtés gyakorisága
Egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségek		
<i>Mortalitás alapú indikátorok</i>		
Várható élettartam társadalmi-gazdasági helyzet szerint	Halálozási regiszterek	Megvalósítható, periodikus
Mortalitási ráta társadalmi-gazdasági helyzet szerint	Halálozási regiszterek	Megvalósítható, periodikus
Csecsemőhalandósági ráta társadalmi-gazdasági helyzet szerint	Halálozási regiszterek	Megvalósítható, rutin
<i>Morbiditás alapú indikátorok</i>		
Egészségi állapot önértékelése társadalmi-gazdasági helyzet szerint	Egészség - felmérés	Megvalósítható, rutin
Rokkantság önértékelése társadalmi-gazdasági helyzet szerint	Egészség - felmérés	Megvalósítható, rutin
<i>Összefoglaló indikátorok</i>		
Rokkantságmentes várható élettartam társadalmi-gazdasági helyzet szerint	Halálozási regiszterek Egészség - felmérés	Kevésbé megvalósítható, periodikus

Indikátor	Adatforrás	Megvalósíthatóság, nemzetközi adatgyűjtés gyakorisága
Egészséggel korrigált várható élettartam társadalmi-gazdasági helyzet szerint	Halálozási regiszterek Egészség – felmérés Felmérés vagy más módszer az egészségi feltételek értékelésére	Kevésbé megvalósítható, periodikus
Rokkantsággal korrigált várható életévek társadalmi-gazdasági helyzet szerint	Halálozási regiszterek Egészség – felmérés, vagy betegségregiszterek, kórházi orvosi adatok Felmérés vagy más módszer az egészségi feltételek értékelésére	Kevésbé megvalósítható, periodikus

Indikátor	Adatforrás	Megvalósíthatóság, nemzetközi adatgyűjtés gyakorisága
Az egészségügyi ellátás elérhetőségében és igénybevételében megnyilvánuló egyenlőtlenségek		
Egészségbiztosítási fedezet nélküli lakosok jövedelmi csoportok szerint	Felmérés vagy hivatalos adatgyűjtés	Megvalósítható, periodikus
Egészségügyi szolgáltatások (orvosi vizsgálat, szűrés, kórházi ellátás, fogászat stb.) igénybevétele társadalmi-gazdasági helyzet szerint	Felmérés vagy hivatalos adatgyűjtés	Megvalósítható, periodikus
A betegek állapota által igényelt szolgáltatások nélkülözése jövedelmi csoportok szerint	felmérés	Megvalósítható, rutin
Out-of-pocket kiadások a háztartások bevételeinek százalékában jövedelmi csoportok szerint	Felmérés vagy hivatalos adatgyűjtés Pénzügyi adatok	Megvalósítható, periodikus

Forrás: [http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/\\$FILE/JT03260782.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/$FILE/JT03260782.PDF) 9-10 o.

EU indikátorok¹⁶

Az EHCI (az Európai Közösség Egészségügyi Indikátorai) projektet az Egészségügyi Monitoring Program és a Közösségi Népegészségügyi Program (2003-2008) keretében dolgozták ki. Az eredmény

¹⁶ http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_next_en.htm
http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/docs/longlist_en.pdf

egy népegészségügyi területre vonatkozó „indikátorlista”, amelyet az egészség és az egészségre ható tényezők koncepciója szerint rendeztek.

Általában a következő kritériumokat alkalmazták az indikátorok kiválasztásánál:

- ▶ Átfogó jelleg (comprehensiveness).
- ▶ A fogyasztók elvárásainak való megfelelés: meg kell felelnie a Bizottság és a tagállamok népegészségügyi prioritásainak.
- ▶ Innovativitás: adatokon alapulónak kell lennie, de jeleznie kell a fejlesztési igényeket.
- ▶ Alkalmazza a korábbi munkát (pl. Eurostat, OECD és a WHO európai régiója)
- ▶ Az Egészségügyi Monitoring Program és a Népegészségügyi Program eredményeinek felhasználása.

Az ECHI-projekt során dolgozták ki az ICHI (Egészségügyi Indikátorok Nemzetközi Gyűjteménye) weboldalt is, amely könnyű hozzáférést biztosít a nemzetközi szervezetek által használt indikátordefiníciókhoz. Az ICHI tartalmazza a WHO Európai Régiója, az OECD és az Eurostat által alkalmazott egészségügyi indikátorokat nemzetközi adatbázisukban. Így tartalmazza az ECHI projekt által kifejlesztett egészségügyi indikátorok komplett listáját is. Az összes indikátort az ECHI rendszertana alapján rendezik.

Az ECHI indikátorok első sorozata az alábbi területeken tartalmaz 43 indikátort (ahol szükséges, nemre és korra történő bontással):

- ▶ Demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők
- ▶ Egészségi állapot
- ▶ Egészségügyi beavatkozások: egészségügyi szolgáltatások.

Azok az indikátorok, amelyeket a munkacsoportok 2004. februárt követően a rövid listához való hozzáadásra javasoltak, „várólistára” vagy „hosszú listára” kerültek, ezeket később vitatják meg. Az ECHI hosszú listája tartalmaz néhány olyan tételt, amelyre vonatkozóan rendszeres és összehasonlítható adatgyűjtésre van lehetőség rövid időn belül.

A „hosszú lista” az **egészségügyi rendszerek** témakörre nézve is tartalmaz indikátorokat. Ezen belül a következő alcsoportok különböztethetők meg:

1. Prevenció, egészségvédelem, egészségfejlesztés
2. Egészségügyi erőforrások
3. Egészségügyi ellátás igénybevétele
4. Egészségügyi kiadások és finanszírozás
5. Egészségügyi ellátás minősége/teljesítménye

Az egészségügyi kiadásokra és finanszírozásra a következő indikátorok vonatkoznak:

- ▶ *Egészségügyi rendszer:*
 - ▶ A háztartások egészségügyi kiadásainak aránya
 - ▶ Az egészségbiztosítás lefedettsége
 - ▶ A nemzeti egészségügyi rendszer struktúrája
- ▶ *Nemzeti egészségügyi kiadások:*
 - ▶ Személyes egészségügyi kiadások
 - ▶ Kollektív egészségügyi kiadások

- ▶ Összes/állami/magán egészségügyi kiadások
 - ▶ *Egészségügyi szolgáltatásokra fordított kiadások*
 - ▶ Otthoni ápolásra fordított kiadások
 - ▶ Fekvőbeteg-ellátásra fordított kiadások
 - ▶ Járóbeteg-ellátásra fordított kiadások
 - ▶ Kapcsolatos szolgáltatásokra fordított kiadások
 - ▶ *A járóbetegek számára kiadott egészségügyi javak*
 - ▶ Gyógyszerekre és egyéb nem tartós egészségügyi javakra fordított kiadások
 - ▶ Orvosi eszközökre/egyéb tartós egészségügyi javakra fordított kiadások
 - ▶ *Korcsoportonkénti összkiadás*
 - ▶ Korcsoportonkénti kiadás
 - ▶ Betegségcsoportonkénti kiadás
 - ▶ Foglalkozás-egészségügyre és biztonságra fordított kiadás
 - ▶ *Egészségügyi kiadások finanszírozási forrás szerint:*
 - ▶ Kiadások finanszírozási forrás szerint
 - ▶ Pénzügyi igazságosság/hozzáférés indikátor

Az egészségügyi ellátás minőségére/teljesítményére a következő indikátorok vonatkoznak:

- ▶ *Szubjektív indikátorok:*
 - ▶ Az egészségügyi rendszer betegközpontúsága (responsiveness)
 - ▶ Az anyák elégedettsége a perinatális ellátással
 - ▶ Elégedettség az egészségügyi rendszerrel
- ▶ *Az egészségügyi ellátás folyamat-indikátorai:*
 - ▶ 28 napos sürgősségi újrafelvételi arány
 - ▶ Az ellátás hozzáférhetősége a gyermekek számára
 - ▶ Asztma/COPD védelem
 - ▶ Jó onkológiai gyakorlatnak való megfelelés
 - ▶ A daganatos betegségek kezelésének késedelme
 - ▶ Diabétesz-monitoring
 - ▶ Sürgősségi ellátás válaszideje
 - ▶ Sürgősségi szolgáltatások: magasabb fokú beavatkozások
 - ▶ A hozzáférés egyenlősége
 - ▶ Combcsont-törés várakozási ideje
 - ▶ Egészségfejlesztés a kórházakban
 - ▶ Szülői kíséret a kórházakban
 - ▶ A vértermékek minősége
 - ▶ Retinális vizsgálat a diabéteszeseknél
 - ▶ A rákdiagnózis foka
 - ▶ Támogatás a nők számára a perinatális periódusban
 - ▶ Nagyon korai szülések koraszülötti intenzív ellátóegység nélkül
 - ▶ Várakozási idők

▶ *Egészségügyi kimenetek:*

- ▶ 30 napos halálozási ráta AMI-t követően
- ▶ 30 napos halálozási ráta CABG-t követően
- ▶ 30 napos halálozási ráta stroke-t követően
- ▶ Antibiotikum-rezisztencia
- ▶ Elkerülhető halálozások
- ▶ Daganatos betegségek túlélési rátái: mellrák, méhnyakrák, vastagbélrák
- ▶ A rákregisztráció lefedettsége
- ▶ Decubitus az ápolási otthonokban és időotthonokban
- ▶ Iatrogen betegségek/halálozások
- ▶ Főbb amputációk diabéteszeseknél
- ▶ Veseműködési zavarok diabéteszeseknél
- ▶ Sebészeti sebfertőzések

Commonwealth Fund indikátorok¹⁷

A Commonwealth Fund nemzetközi minőségmutatói 5 indikátorcsoportban 40 minőség indikátort tartalmaznak 5 angolszász országra vonatkozóan (Ausztrália, Kanada, Új-Zéland, Egyesült Királyság, Egyesült Államok). Az indikátorcsoport elősegíti az egészségügyi rendszerek teljesítményének különböző országok közötti összehasonlítását, miközben támogatást nyújt a klinikai vezetőknek és a politikai döntéshozóknak a fejlesztés területeinek azonosításában.

A nemzetközi fejlesztési munka folyamán feltérképezték a minőség konceptuális tartományait, összehasonlították az 5 ország által használt minőségi kereteket, jegyzékbe vették a rendelkezésre álló indikátorokat, kritériumokat fogadtak el a nemzetközi minőségindikátorok kiválasztására, majd az indikátorcsoportokhoz adatokat gyűjtöttek. A munkacsoport az egészségügyi rendszer teljesítményének 5 területére összpontosított:

- ▶ Eredményesség
- ▶ Alkalmasság
- ▶ Hozzáférés
- ▶ Folytonosság
- ▶ Elfogadhatóság

Ezen belül 40 minőségindikátorra gyűjtöttek adatokat, példaként megemlíthetők a következők:

- ▶ Kolorektális rákból eredő halálozás

¹⁷ First Report and Recommendations of the Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2004/Jun/First%20Report%20and%20Recommendations%20of%20the%20Commonwealth%20Funds%20International%20Working%20Group%20on%20Quality%20In/ministers_complete2004report_752%20pdf.pdf

- ▶ Veseátültetési ráta
- ▶ Méhnyakrák szűrési ráta
- ▶ Szakorvosi előjegyzés nehézsége
- ▶ Sürgősségi ellátás várakozási ideje
- ▶ Az ellátás pénzügyi akadályai
- ▶ Ellentmondásos orvosi információ
- ▶ Orvos-beteg kommunikáció jellemzői

A Commonwealth Fund összehasonlításának eredményei rámutattak arra, hogy egyik ország sem teljesített következetesen a legjobban vagy a legrosszabbul az összes indikátor vonatkozásában, vagyis minden ország ért el legjobb vagy legrosszabb eredményt legalább egy indikátor terén. Emellett minden országban van legalább egy ellátási terület, ahol tanulhatnak a nemzetközi tapasztalatból.

A hivatkozásokon kívül felhasznált források:

SOEREN MATTKE, ARNOLD M. EPSTEIN AND SHEILA LEATHERMAN: The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 1–4

Onyebuchi A. Arah, Gert P. Westert, Jeremy Hurst and Niek S. Klazinga: A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project
International Journal for Quality in Health Care 2006 18(Supplement 1):5-13

Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos: Assuring the quality of health care in the European Union. Observatory Studies Series No 12, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Országok példái

Egyesült Királyság

Az egészségügyi ellátórendszer működését vizsgáló indikátorok kidolgozása és mérése négy, egymást átfedő szinten történik Angliában. A szintek a következők: minisztériumi egészségpolitikai célkitűzések (Departmental Strategic Objectives indicators); egészségügyi szolgáltatás (NHS Vital Signs indicators); országos szintű, interszektorális intézkedések része (National Indicator Set, Public Service Agreement priorities); egészségügyi intézmények (Healthcare Commission annual health check indicators).

Az Egészségügyi Minisztérium 2008-ban közzétett stratégiai dokumentuma, a *Department of Health Strategic Framework* három általános célkitűzést határoz meg:

1. Jobb egészséget és jólétet mindenkinek
2. Jobb ellátást mindenkinek
3. Jobb értéket mindenkinek

E három célkitűzés a következő tevékenységekre irányul: az egészség megőrzése és az egyenlőtlenségek leküzdése, biztonságos és színvonalas ellátás nyújtása, valamint megfizethető, hatékony és fenntartható szolgáltatások nyújtása. A minisztérium ezeket a célkitűzéseket (Departmental Strategic Objectives) 44 indikátorral méri 8 kimeneti csoportba foglalva, az eredményekről évenként készít jelentést. Az indikátorok legfrissebb adatai, adatforrásai és fejleményei az Egészségügyi Minisztérium 2008-as beszámolójában található (*Department of Health autumn performance report 2008*). A DSO kimeneteket és indikátorokat az alábbi táblázat foglalja össze.

Minisztériumi stratégiai célkitűzések (DSO)

1. Jobb egészséget és jólétet mindenkinek		
Elősegíteni, hogy az emberek egészségesek maradjanak és jól érezzék magukat, támogatni a független életet és leküzdni az egészség-egyenlőtlenségeket		
<p><u>Kimenet:</u> Elősegíteni minden állampolgár egészségi állapotának, várható élettartamának és lelki egészségének fejlesztését</p> <p><u>Indikátorok:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Egészségi állapot önértékelése 2. Pszichológiai kezeléskehez való hozzáférés: azon depresszióban vagy szorongásban szenvedő betegek aránya, akiknek pszichológiai kezelést javasoltak 3. Öngyilkosságból és nem szándékos sérülésből eredő halálozások aránya (2010-re legalább 20%-kal csökkenteni) 4. Lelki egészség: a gyermekek és felnőttek mentális egészségügyi ellátását biztosító szolgálatnak a hatékonysága 5. Az összes halálozás 100 ezer főre (összes korcsoport, összes halálok) (és a szakadék mértéke az élenjáró csoport és a nemzeti átlag között) 	<p><u>Kimenet:</u> Elősegíteni az állampolgárok életminőségének fejlesztését, hogy egészségesebben, függetlenül, betegségektől menetesen éljenek</p> <p><u>Indikátorok:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. 65 éves korban várható egészséges élettartam 10. Azon felnőttek (18 éven felüliek) aránya, akik közvetlen szociális ellátásban részesülnek, hogy önállóan élhessenek otthonukban 11. Azon személyek 10 ezer főre vetített aránya, akik elérték a függetlenséget 3 hónapos kezelés/rehabilitációt követően 12. A dohányzás prevalenciája a 16 éven felüliek körében 13. A gyermek-elhízás szintje 14. Százalékos változás az alkohollal kapcsolatos kórházi felvételek számában 15. Százalékos változás azon drogfogyasztók számában, akik 	<p><u>Kimenet:</u> Elősegíteni, hogy a legsérülékenyebb csoportok elérjék törekvéseiket, valamint egy igazságos társadalmat felépíteni</p> <p><u>Indikátorok:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Azon felnőttek aránya, akik mérsékelt vagy súlyos olvasási nehézségekkel küzdenek 21. Azon felnőttek aránya, akik másodlagos mentális egészségügyi szolgálatokkal vannak kapcsolatban a foglalkoztatásban 22. Azon felnőttek aránya, akik másodlagos mentális egészségügyi szolgálatokkal vannak kapcsolatban a lakóhelyükön 23. Azon felnőttek aránya, akik mérsékelt vagy súlyos olvasási nehézségekkel küzdenek

6. 75 év alatti kardiovaszkuláris mortalitási arány (legalább 40%-kal csökkenteni 2010-re)	16. hatékony kezelésben részesülnek 6-8 héten keresztül anyatejjel táplált gyermekek aránya	
7. 75 év alatti rák mortalitási arány (legalább 20%-kal csökkenteni 2010-re)	17. Szándékos és nem szándékos sérülések miatti kórházi felvételek aránya	
8. Influenzajárványra való felkészültség	18. 18 év alatti fogamzási arány ezer 15-17 éves nőre vetítve	
	19. Chlamydia prevalenciája a 20 év alattiak körében	
2. Jobb ellátást mindenkinek		
A lehető legjobb egészségügyi és szociális ellátás biztosítása, biztonságos és hatékony szolgáltatások nyújtása, a betegek választási lehetőségeinek bővítése		
<p><u>Kimenet:</u> Fejleszteni az ellátás biztonságát és higiéniáját, optimális ellátást nyújtani</p> <p><u>Indikátorok:</u></p> <p>24. Egészségügyi ellátással kapcsolatos fertőzések aránya (MRSA)</p> <p>25. Egészségügyi ellátással kapcsolatos fertőzések aránya (Clostridium Difficile)</p> <p>26. Betegszállítás késedelme 100 ezer főre (18 év fölöttiek esetében)</p> <p>27. Azon hosszú távú egészségügyi problémákkal küzdő egyének aránya, akiket egészségügyi és szociális ellátást nyújtó személyek támogatnak, hogy önállóvá váljanak, és kontrollálni tudják állapotukat</p>	<p><u>Kimenet:</u> A szolgáltatások személyesebbé tétele – kényelmesebb, betegközpontú, „felhasználóbarát”</p> <p><u>Indikátorok:</u></p> <p>28. NHS által jelentett beutalási idő a kezelésre felvett páciensek esetében</p> <p>29. NHS által jelentett beutalási idő a kezelésre fel nem vett betegek esetén</p> <p>30. Betegtapasztalatok a háziorvosi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatban</p> <p>31. A szociális ellátás értékelésének időszerűsége</p> <p>32. A szociális ellátási csomagok időszerűsége</p> <p>33. Az összes otthon történő halálozás aránya</p> <p>34. Felnőttek és idősek, akik közvetlen kifizetésekben és/vagy egyéni költségvetésben részesülnek</p> <p>35. Azon nők aránya, akik konzultáltak szülésznővel vagy terhesgondozóval egészségügyi és szociális szükségleteik, kockázataik és lehetőségeik értékelése céljából a terhesség 12. hetéig</p>	<p><u>Kimenet:</u> A betegek, felhasználók és ellátók tapasztalatainak fejlesztése – minden embert méltósággal és tisztelettel kezelni, és nagyobb ellenőrzést adni nekik</p> <p><u>Indikátorok:</u></p> <p>36. A betegek és felhasználók saját tapasztalatai</p> <p>37. Azon gondozók aránya, akik pihenőt vagy speciális szolgáltatást kapnak a közösségi alapú ellátásban részesülő betegek százalékában</p> <p>38. A betegek és felhasználók megítélése a kezelésük során kapott tiszteletről és méltányosságról</p> <p>39. A szülők tapasztalatai a rokkantsággal élő gyermekek ellátásával kapcsolatban</p>
3. Jobb értéket mindenkinek		
Anyagilag megengedhető, hatékony és fenntartható szolgáltatások biztosítása, hozzájárulva a gazdaság és a nemzet fejlődéséhez		
<p><u>Kimenet:</u> Hatékony rendszer biztosítása, amely produktív, eredményes és a legjutányosabb az adófizető számára</p> <p><u>Indikátorok:</u></p> <p>40. A sürgősségi ágyak száma a súlyozott lakosságra vetítve</p> <p>41. Pénzügyi egyensúly</p> <p>42. Rendelvény-indikátor</p>	<p><u>Kimenet:</u> Az egészségügyi és szociális ellátás hosszú távú fenntarthatóságának biztosítása a jelenlegi és jövőbeni generációk számára</p> <p><u>Indikátorok:</u></p> <p>43. A lakosság NHS-be vetett bizalma</p> <p>44. Az NHS- létesítmények energia-/szén- hatékonysága</p>	

Forrás:

Department of Health Strategic Framework

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085928 annex A

Az Egészségügyi Minisztérium célkitűzéseinek megvalósítása az NHS-szel és az önkormányzatokkal együttműködve történik, ezért a stratégiai indikátorok az NHS és az önkormányzatok teljesítmény tervezetének részét is képezik. A helyi felelősségi szintek fontosságát tükrözi az *NHS Operating Framework* dokumentumban megjelenő indikátor csoport is, a *Vital Signs*. Az 5 prioritási területet felölelő Vital Signs 64 indikátorában a legtöbb minisztériumi DSO indikátor szerepel, amely azt mutatja, hogy az NHS központi szerepet játszik a három stratégiai célkitűzés teljesítésében.

Vital Signs

(Az 5 prioritási területből a 3. és az 5. prioritás indikátorait (első pillér, Tier 1) ismertetjük részletesen.)

Prioritások:

1. *Higiénia és egészségügyi rendszerhez kapcsolódó fertőzések (3 indikátor)*
 2. *A személyes és hatékony ellátáshoz való hozzáférés (30 indikátor)*
 3. *Egészségfejlesztés és egészség-egyenlőtlenségek csökkentése (23 indikátor)*
- ▶ Teljes halálozási ráta (összes korcsoport, összes halálok) 100 ezer főre
 - ▶ 75 év alatti kardiovaszkuláris mortalitási ráta
 - ▶ Azon nők aránya, akik 2 héten belül megkapták a méhnyakrák-szűrés eredményét
 - ▶ Öngyilkosságból és nem szándékos sérülésből származó halálozások aránya
 - ▶ A dohányzás prevalenciája a 16 évesek és a fölöttiek körében
 - ▶ Azon nők aránya, akik terhességük 12. hetéig konzultáltak egy szülésznővel vagy terhességi gondozóval egészségügyi és szociális szükségleteik, kockázataik és választási lehetőségeik értékelése céljából
 - ▶ 18 év alatti fogamzási arány ezer 15-17 év közötti nőre vetítve
 - ▶ Elhízás az általános iskolás korú gyermekek körében
 - ▶ Azon gyermekek aránya, akik megkapták a védőoltásokat a javasolt korban
 - ▶ A 6-8 héten keresztül anyatejjel táplált gyermekek aránya
 - ▶ A Gyermek és Felnőtt Mentális Egészségügyi Szolgálat hatékonysága (azon PCT-k és önkormányzatok aránya, amelyek átfogó mentális egészségügyi ellátást nyújtanak gyermekek és felnőttek számára)
 - ▶ 65 éves korban várható egészséges élettartam
 - ▶ Alkoholhoz kapcsolatos problémákból adódó kórházi felvételek aránya 100 ezer főre
 - ▶ A hatékony kezelésen részt vevő kábítószer-fogyasztók száma
 - ▶ Chlamydia prevalenciája
 - ▶ Azon diabétesz betegek aránya, akiknek a legutóbbi Hb1ac értéke 7,5 vagy annál kevesebb a Minőségi Kimenetek Keretből (Quality Outcomes Framework)
 - ▶ Azon személyek aránya, akiket egészségi problémájuk akadályoz a munkában (a végzett munka típusát vagy mennyiségét illetően)
 - ▶ Nem szándékos vagy szándékos sérülések miatti kórházi felvételek
 - ▶ Azon halálozások aránya, amelyek az egészségügyi rendszernek tudhatók be
 - ▶ *Jó hírnév, elégedettség és bizalom az NHS iránt (6 indikátor)*
 - ▶ *Pénzügyek (2 indikátor)*
 - ▶ Pénzügyi egyensúly
 - ▶ Az NHS épületek energia/szén-hatékonysága

A Vital Signs a fenti első pillérnek tekintett indikátorokon kívül további indikátorokat is tartalmaz, amelyek az NHS teljesítmény irányításához szükségesek, vagy segítséget nyújthatnak a helyi prioritások megállapításában. Ezek képezik a második pillérű indikátorokat (Tier 2), amelyek nem részei az NHS elsődleges (Tier 1) célkitűzéseinek. A Tier 2 indikátorok esetén a PCT-k (alapellátási trösztök) a Stratégiai Egészségügyi Hatósággal állapodnak meg bizonyos tervekben. A Tier 3 szintű indikátorok esetén a PCT-k helyi partnerekkel állapodnak meg a tekintetben, hogy melyik indikátorokat helyezik előtérbe. Mindez a helyi benchmarking, valamint a PCT-k és az önkormányzatok által közösen végzett stratégiai igényfelmérés eredményei alapján történik. (A Tier 2 és Tier 3 szintű indikátorokra, amelyeket helyi szinten határoznak meg a Rotherham PCT-től mutatunk be példát¹⁸:

Tier 2

- ▶ Az ajánlott korban védőoltásban részesült személyek aránya
- ▶ Tinédzser kori terhesség

Tier 3

- ▶ Tanulási rendellenességben szenvedő felnőtt lakosság foglalkoztatási rátája
- ▶ Az egészségügynek tulajdonítható halálozási arány

A *Final Report of the NHS Next Stage Review* jelentés fogalmazza meg, hogyan támogatja a minisztérium az NHS-t a Vital Signs indikátorokból eredő helyi és országos szintű prioritások megvalósításában. Intézményi szinten az egészségügyi ellátás teljesítményének értékelését a Healthcare Commission végzi éves rendszerességgel.

A brit kormány kiadási tervzetéről szóló 2007-es kiadvány, a *Comprehensive Spending Review* szélesebb körű közszolgálati egyezségeket (Public Service Agreement) fektet le, amelyek a jövő legfontosabb interszektorális prioritásait fogalmazzák meg. A 30 PSA prioritáshoz rendelt, kimenetekre összpontosító országos indikátorok átlátható teljesítmény-monitorozást tesznek lehetővé. Ezen 198 teljesítmény indikátorból álló *National Indicator Set* az önkormányzatok által végrehajtandó országos prioritási kimeneteket hivatott mérni. A National Indicator Set a különböző minisztériumok PSA indikátorainak összessége, melyből a felnőtt egészségügyre 21 indikátor vonatkozik (119-139). Az Egészségügyi Minisztériumon kívül más tárca alá is tartoznak egészségügyre vonatkozó PSA prioritások és indikátorok (Gyermek, Iskola és Családügyi Minisztérium, Munkaügyi Minisztérium, Belügyminisztérium).

Országos indikátorok (National Indicator Set)

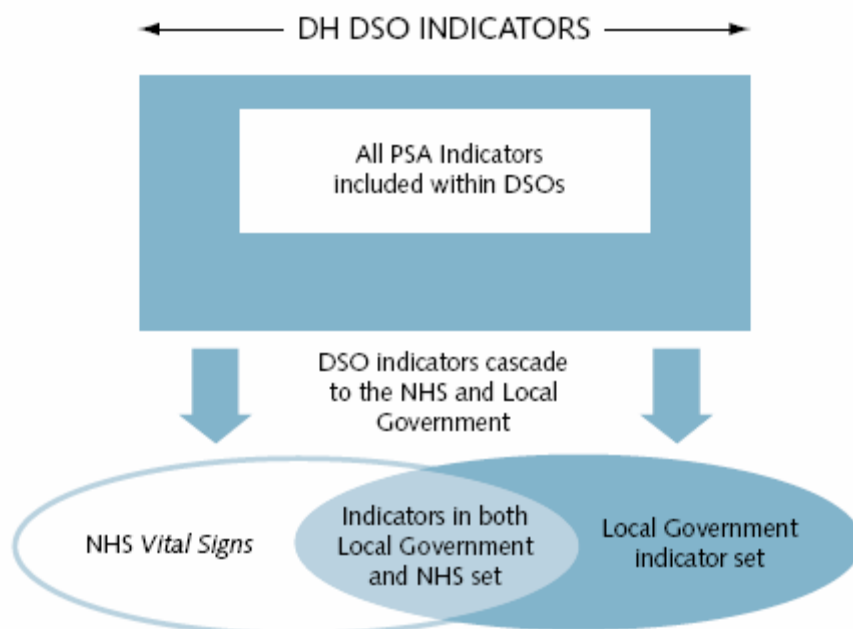
Felnőtt egészségügy:

- ▶ Egészségi állapot önértékelése
- ▶ Halálozási ráta minden korcsoportra és halálokra
- ▶ Keringési zavarokból származó halálozási arány 75 év alatt
- ▶ Rákbetegségekből származó halálozási arány 75 év alatt
- ▶ A dohányzás prevalenciája a 16 évesek és a fölöttiek körében

¹⁸[http://www.rotherhampct.nhs.uk/corporate/boardpapers/110803/comissioning%20agenda/F3%20-%20Appendix%201%20-%20Targets%20\(2\).doc](http://www.rotherhampct.nhs.uk/corporate/boardpapers/110803/comissioning%20agenda/F3%20-%20Appendix%201%20-%20Targets%20(2).doc)

- ▶ Azon hosszú távú egészségügyi problémákkal küzdő egyének aránya, akiket egészségügyi és szociális ellátást nyújtó személyek támogatnak, hogy önállóvá váljanak, és kontrollálni tudják állapotukat
- ▶ Önállóság megteremtése idős emberek számára rehabilitáció és köztes ápolás révén
- ▶ Anyasági szolgáltatásokhoz való korai hozzáférés
- ▶ Szociális ellátás felhasználóinak saját tapasztalata
- ▶ A betegek és felhasználók megítélése a kezelésük során kapott tiszteletről és méltányosságról
- ▶ Élet végén nyújtott ellátás – hozzáférés a megfelelő ellátáshoz, mely lehetővé teszi az embereknek, hogy otthonukban haljanak meg
- ▶ Szociális ellátás ügyfelei, akik maguk által irányított támogatásban részesülnek (Self Directed Support)
- ▶ Betegszállítás késedelmé a kórházakból
- ▶ A szociális ellátás értékelésének időszerűsége
- ▶ A szociális ellátási csomagok időszerűsége
- ▶ A sürgősségi ágyak száma a súlyozott lakosságra vetítve
- ▶ Igényfelmérésben, specifikus gondozó szolgálatban, tanácsban, információban részesülő gondozók
- ▶ Szociális szolgáltatások támogatása révén önállóan élő emberek (összes korcsoport)
- ▶ 65 éves korban várható egészséges élettartam
- ▶ Otthonukkal és a környezetükkel megelégedett 65 éven felüli emberek
- ▶ Az idős emberek szükséges támogatásának mértéke, hogy önállóan élhessenek otthonukban

Az Egészségügyi Minisztérium 44 DSO indikátorának méréséből 31 az NHS és az önkormányzatok együttműködésével történhet a legmegfelelőbbben. Ezért ezeket az indikátorokat a National Indicator Set és a Vital Signs egyaránt tartalmazza, ezzel is biztosítja a teljesítményjavítás következetes elvét. A következő ábra szemlélteti a DSO, PSA és Vital Signs folyamatát, átfedéseit:



Forrás: Department of Health autumn performance report 2008

Éves beszámolójában az Egészségügyi Minisztérium helyzetfelmérést ad a fontosabb DSO és PSA indikátorokról, rávilágít a korábbi eredményekhez képest elért fejlődésre, és meghatározza az előrehaladás további céljait és lépéseit. Több DSO indikátor fejlesztés alatt áll, ezért eredményük még nem részletezhető. A DSO indikátorok, a Vital Signs és a National Indicator Set mérései és adatai a következő forrásokból származnak: General Household Survey, NHS Information Centre, Office of National Statistics, Health Survey of Obesity England, Hospital Episode Statistics, Health Protection Agency, Social Care Keystats Collection, NHS Collection, Places Survey, Weekly Situation Reports, Healthcare Commission National Patients Survey, PCT Financial Monitoring, Psychiatric Morbidity Survey, PCT Vital Signs Monitoring Returns, GP Patient Survey, Health Survey for England, Annual TellUs Survey, Mental Health Minimum Dataset, National Drug Treatment Monitoring System.

A szolgáltatók indikátorai

Angliában az egészségügyi ellátó szervezetek teljesítményét intézményi szinten a Healthcare Commission (2009. április 1-től a Care Quality Commission) méri. Az értékelésben használt teljesítmény indikátorok az egészségügyi trösztök tevékenységét tükrözik (NHS Trust, NHS Foundation Trust, Ambulance Service NHS Trust, Mental Health NHS Trust, Primary Care Trust). A 2008-as értékelés folyamán a 391 tröszt mindegyike egy általános négyponos besorolásban részesült (kiváló, jó, elfogadható, gyenge) a szolgáltatások minősége és a pénzügyi források felhasználása vonatkozásában. A teljesítményértékelési rendszerben elkülönül az akut kórházi ellátás, a sürgősségi ellátás, a mentális betegségek ellátása és az alapellátás. Értékelésében a Healthcare Commission az ellátó trösztökre ad adatokat, amelyeket évente regionális szinten és országosan a szolgáltatások minősége és a pénzügyi források felhasználása szerint összegez és az Annual health check című anyagában jelentet meg.

A szolgáltatások minőségének 3 komponensét osztályozzák: központi standardok, fennálló országos standardok, új országos standardok a teljesítés szintjei szerint: teljesítette, nem teljesítette, részben teljesítette osztályzatok révén. A források felhasználását 4 illetve 5 területen végzik, attól függően a tröszt alapítványi vagy nem. Az értékelésben pl. az auditorok jelentéseiből figyelembe veszik: a nem alapítványi trösztök esetében (PCT-k) a pénzügyi beszámolókat, a pénzügyi helyzetet, a belső ellenőrzést, a pénz által teremtett értékeket. Az alapítványi trösztöknél pedig többek között a terv teljesítését, a pénzügyi hatékonyságot és a likviditást követik.

Források:

Department of Health autumn performance report 2008

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_091854

The NHS in England: The operating framework for 2009/10

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_091445

Department of Health Strategic Framework

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085928

High quality care for all: NHS Next Stage Review final report

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085825

Comprehensive Spending Review

http://www.hm-treasury.gov.uk/pbr_csr07_index.htm

The New Performance Framework for Local Authorities and Local Authority Partnerships: Single Set of National Indicators

<http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/505713.pdf>

The annual health check 2007/08 - A national overview of the performance of NHS trusts in England

http://www.cqc.org.uk/publications.cfm?fde_id=10573

Németország

Szövetségi szintű egészségügyi monitorozás

Németországban a szövetségi szintű egészségügyi monitorozás és az abból készülő jelentés (általános feladatai a következőképpen kerültek meghatározásra: a német lakosság egészségi állapotának mérőeszköze, az országban folyó egészségügyi ellátás mérőeszköze, az egészségpolitikai döntéshozás támogatása, az egészségügy szereplők döntéshozásának támogatása, a lakosság informálása) hivatott többek között a politikai döntéseket támogatni. A monitorozás és a jelentés a Szövetségi Statisztikai Hivatal és a Robert Koch Institut együttműködésében készül. A jelentés egyik fontos célja, hogy ellensúlyozza a pénzügypolitikai irányítási elemek dominanciáját az egészségügyben. Ezt a célkitűzést a szakértői tanács ismételten legutóbb a 2000/2001. évi szakértői véleményében hangsúlyozta ki: A német egészségügyi rendszer azonban hiányt szenved az explicit egészségügyi célok tekintetében, ami a rendszerről folyó viták során kényszerűen a kiadási szint túlzott kihangsúlyozásához vezet. A cél, illetve outcome orientáció hiánya szintén visszatükröződik magában az egészségügyi jelentésben is.

Az egészségügyi jelentés egyébként csak egyik eleme azoknak az információs forrásoknak (szakértői véleményeknek, az egészségügyi ellátások kutatásával foglalkozó tanulmányok eredményei, speciális jelentések, felmérések stb.), amelyekre az egészségpolitika támaszkodik. Az egészségügyi jelentés legfőbb szerepe abban nyilvánul meg, hogy áttekintésül szolgál nagyobb tematikai összefüggések esetén.

Az egészségügyi jelentés fő témakörei¹⁹:

- ▶ A lakosság egészségi állapota
 - ▶ Várható élettartam és szubjektív egészség
 - ▶ Betegségteher
 - ▶ A megbetegedések következményei
 - ▶ Mortalitási ráta
- ▶ Életkörülmények és rizikófaktorok
 - ▶ Szociális státusz és egészség
 - ▶ Környezeti hatások és balesetek
 - ▶ Táplálkozás
 - ▶ Fizikai aktivitás
 - ▶ Dohányzás és alkoholfogyasztás
 - ▶ Elhízás, magas vérnyomás és magas koleszterin szint

¹⁹http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=E&p_uid=gast&p_aid=2800659&p_lfd_nr=1

- ▶ Preventív intézkedések használata
 - ▶ Rendelkezésre álló prevenciók stratégiák
 - ▶ Prevenciók programokban való részvétel
 - ▶ A prevenció igénybe vétele speciális csoportok szerint
- ▶ Egészségügyi szolgáltatások kínálata és igénybevétele
 - ▶ Ambuláns szolgáltatások elérhetősége és igénybe vétele
 - ▶ Kórházak
 - ▶ Minőségmenedzsment
- ▶ Egészségügyi kiadások
 - ▶ Egészségügyi kiadások
 - ▶ Pénzügyi folyamatok
 - ▶ Betegségek költségterhe
 - ▶ Egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlításban
- ▶ Betegtájékoztató és a betegek részvétele a döntéshozatalban
 - ▶ Általános politikai és jogi keretek
 - ▶ Az egészségügyi rendszerben való részvétel lehetőségei
 - ▶ Információs források és tanácsok

Németországban az egyes reformintézkedések (például új Egészségügyi Alap bevezetése, járulékemelés, orvosi honoráriumrendszer átalakítása) hatásainak előzetes vagy utólagos vizsgálatát vagy maga az Szövetségi Egészségügyi Minisztérium végzi, vagy erre pályázatot ír ki. A pályázaton az adott témakörben kompetens intézmények vehetnek részt (pl. Robert-Koch-Institut, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen).

Említésre méltó még, hogy a Szövetségi Statisztikai Hivatal által készített 2008-as indikátorjelentés (ez Németország fenntartható fejlődésével kapcsolatos indikátorokat tartalmazza 21 különböző csoportba sorolva) három egészséggel kapcsolatos indikátort nevesít:

1. korai halálozás (65 év alatt)
2. dohányzók aránya a fiatalok és felnőtt lakosság körében
3. túlsúlyos személyek aránya

A tartományok által alkalmazott indikátorkészlet

Az egészségpolitikai döntéshozást tartományi szinten ideális esetben tartomány specifikus adatokkal támogatják. Ilyen esetben alapvetően a hivatalos statisztikák, más intézmények statisztikáiból származó rutin adatok (pl. betegpénztárak, egészségügyi hivatalok), illetve azok felmérései támogatják a döntéshozást. Amennyiben ezek az adatok rendszeresen hozzáférhetők, indikátorrendszerekben is vezethetővé válnak. Itt azonban meg kell említeni, hogy Németországban a regionális adatok rendelkezésre állása még az egészségpolitikailag fontos témák esetén is olykor hiányos. Ez vonatkozik például a kórképekre (demencia, depresszió), egészségmagatartás bizonyos aspektusaira (pl. mozgáshiány, táplálkozás), valamint sok egészséggazdasági paraméterre. Gyakran tartományi szinten a társadalombiztosítási intézmények rutinadatai sem állnak a szükséges tagoltságban rendelkezésre (pl. a tartományi szintű betegállományra vonatkozó adatok nem a pénztárfajtákat átfogó módon kerülnek begyűjtésre). Egyes esetekben az adathiány áthidalható felmérésekkel (problémás pont: a felmérések magas költsége és más tartományok összehasonlítható adatainak hiánya), más esetekben az adatnyilvántartó intézmények statisztikai procedúráinak megváltoztatásával válna ez lehetségessé.

A tartományok pillanatnyilag egy mintegy 300 indikátorból álló rendszert vezetnek. Ez az indikátorrendszer a hivatalos statisztikai adatállomány kiegészítéséül, illetve annak módosításaként szolgál, amely felhasználható például a szükségletek meghatározása, egészségpolitikai programok értékelése céljából. Sok adat lehetővé teszi a tartományok összehasonlítását, illetve részben a tartományi közigazgatási egységek, járások és járási jogú városok szintjén.

A tartományok egészségügyi indikátorrendszerének (legutolsó változat: 2003 május) szerkezete:

A tartományok egészségügyi indikátorrendszere (2003.05.)	
Témakörök	Indikátorok száma
Egészségpolitikai keretfeltételek	szöveg
Lakosság és lakosságspecifikus keretfeltételek	24
A lakosság egészségi állapota	119
Egészségreleváns magatartásformák	13
A környezetből eredő egészségügyi kockázatok	14
Egészségügyi intézmények	22
Az egészségügyi ellátás szolgáltatásainak igénybevétele	38
Egészségügyben foglalkoztatottak	29
Képzés az egészségügyben	4
Kiadások és finanszírozás	26
Költségek	8

Forrás: http://kolloq.destatis.de/2008/Kuhn_Langfassung.pdf

A kiadások és finanszírozás indikátorai (részlet)

- ▶ Egészségügyi kiadások a GDP százalékában, Németország, év
- ▶ Egészségügyi kiadások költségviselők szerint, Németország, év
- ▶ Egészségügyi kiadások szolgáltatások szerint, Németország, év
- ▶ Egészségügyi kiadások szolgáltatások és intézmények szerint, Németország, év
- ▶ Egészségügyi kiadások költségviselők és intézmények szerint, Németország, év
- ▶ Egészségügyi kiadások szolgáltatások és költségviselők szerint, Németország, év
- ▶ Magán háztartások hozzájárulása szolgáltatásterületenként a kötelező betegbiztosításban, Németország, év
- ▶ Kötelező betegbiztosítás tagjai és azok hozzátartozói (tárgyévben 07.01.-én, kor és nem szerinti bontásban)
- ▶ A járulékok alakulása a kötelező társadalombiztosításban, Németország, adott időszak összehasonlítása
- ▶ A kötelező társadalombiztosítás kiadásainak és bevételeinek összehasonlítása, Németország, 195, 2001-2005
- ▶ A kötelező betegbiztosítás járulék- és egyéb bevételei, Németország, NDK/NSZK tartományai, 2001-2005

- ▶ A kötelező betegbiztosítás járuléka és járulékköteles bevételei (AOK, BKK, IKK), Németország, NDK/NSZK tartományai, 2001-2005

A költségek indikátorai (részlet)

- ▶ Költségstruktúra elemzés az orvosi praxisokban (általános orvos), NDK 1999-2001
- ▶ Költségstruktúra elemzés fogorvosi praxisok tulajdonosainként, NDK és NSZK, 2001-2004
- ▶ Az általános és egyéb kórházak költségei költségnemenként és kórháznagyságonként, tartomány, év
- ▶ Szolgáltatásokra történő ráfordítás az állami nyugdíjbiztosításban történő részesedésért, Németország, 2002-től
- ▶ Az ápolási otthonokban történő hosszú és rövid távú fekvőbeteg ápolás átlagos díjazása, a díjazás fajtája és annak viselője szerint, Németország, év

Egészségfelmérések

A Robert Koch-Intézet egészségfelmérési rendszere

Habár Németországban számos hivatalos statisztika és egészségre vonatkozó tényállásokkal kapcsolatos folyamatadat létezik, amiket rendszeresen (részben éves szinten) aktualizálnak, mégis ezek csak részleges következtetéseket tesznek lehetővé a lakosság egészségi állapotára vagy egyes lakosságcsoportokra vonatkozólag. A meglévő adatállományok átfogó elemzése a következő hiányosságokat fedte fel:

- ▶ a különböző életmódokból eredő kockázatok és terhek
- ▶ egészségmagatartás
- ▶ szubjektív egészség és az egészségre vonatkozó életminőség
- ▶ objektív egészségstátusz (egészségi problémák gyakorisága és betegségek)
- ▶ primer és szekunder prevenciók ajánlatok ismerete, elfogadottsága és igénybevétele
- ▶ az egészségügyi ellátás ismerete, elfogadottsága és igénybevétele
- ▶ pszichoszociális kompetencia egészségre vonatkozó kérdésekben
- ▶ átmenetek egészség és betegség között, azok lefolyása
- ▶ okozati összefüggések a betegségek kialakulása és az egészségre vonatkozó magatartásformák között

Ezeket a hiányosságokat Németországban különböző kiegészítő tanulmányok elkészítésével pótolták. Mivel azonban felismerték, hogy folyamatosan újabb és újabb adatgyűjtések szükségesek az egészséggel kapcsolatos változások megfigyeléséhez, egészségpolitikai intézkedések értékeléséhez, az egészséggel kapcsolatos kedvezőtlen változásokkal szembeni célzott beavatkozásokhoz, a Robert Koch-Intézetben kifejlesztettek egy folyamatos egészségmonitorozó koncepciót. Ennek a koncepciónak három alapelve van:

- ▶ a már meglévő ismeretek felhasználása
- ▶ információs hiányok megszüntetése

- ▶ az adatforrások egymással történő összekapcsolása

A költség-haszon optimalizálását szolgáló egészség-monitoring koncepció intenzív megvitatása után a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium 2008-tól biztosítja a rendszer folyamatos finanszírozását. A Robert Koch-Intézet egészség-monitoring rendszere három komponensből áll:

- ▶ évente elvégzett felmérések a 18 év felettek körében: mintegy 20.000 megkérdezett, ami lehetővé teszi az összefüggések elemzését a szociális helyzet, egészségi állapot, egészségmagatartás, egészségügyi ellátás igénybevétele esetében. Ezzel biztosítható regionális szinten a nagyobb régiók esetében is a reprezentativitás. Ezek az adatok továbbá lehetővé teszik a különböző trendek elemzését, valamint a gyors helyzetfelmérést az egészségi állapot vagy az egészségmagatartás változása esetén. Az első ilyen „hullám” 2008 nyarán kezdődött.
- ▶ Időszakosan elvégzett felmérések objektív mérési értékek gyűjtése érdekében (testmagasság, testsúly, vérnyomás, orvosi vizsgálat, széklet és vizeletvétel változatos biomarkerek meghatározására), valamint specifikus egészségi problémák mélyebb feldolgozása céljából.
- ▶ a gyermek és fiatalok körében végzett felmérések folytatása

Bertelsmann Alapítvány egészségmonitorozó rendszere

Ez az egészség-monitoring rendszer 2001 óta működik. A Bertelsmann Alapítvány azóta végez rendszeres időközönként a lakosság körében felméréseit az ambuláns ellátással kapcsolatban. (2001-2005 között kiegészítőleg az orvosok körében is végzett felmérést: az orvosok által kért díjazás miatt függesztették fel. Az orvosok állásfoglalását az Egészségügyi Önkormányzat (Szövetségi Orvosi Kamara, Pénztári Orvosok Szövetségi Egyesülete stb.) képviseli. A felmérések központi témái a következők:

1. milyen tapasztalatai vannak a betegeknek az ambuláns ellátással kapcsolatban
2. a biztosítottak szükségletének felmérése (milyen elvárásokat támasztanak a rendszerrel szemben annak finanszírozójaként és használójaként).
3. reformtervek implementációs lehetőségei a letelepedett orvosok körében (2001-2005 között)

A biztosítottak körében készülő felmérések központi témái a következők:

- ▶ egészségi állapot és szocio-demográfiai sajátosságok
- ▶ a biztosítottak magatartása (információs magatartás, személyes egészségügyi kiadások, gyógyszerek szedése, betegjogok ismerete és az azokra való ügyelés)
- ▶ az ellátás minősége (a lakosság tapasztalatai az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban, kapcsolat a háziorvossal, szakorvossal és az orvosi praxis személyzetével, orvos-beteg kapcsolat, elégedettség az ellátással, ellátási szintek közötti problémák)
- ▶ a biztosítottak egészségpolitikai alapbeállítottsága (betegbiztosítással, ill. Németország egészségügyiével és annak finanszírozásával szemben)
- ▶ szabályozási lehetőségek és a változtatással szembeni hajlandóság a lakosság és a szolgáltatók körében

Ezen kívül egyes esetekben további aktuális témák is felmérésre kerülnek:

- ▶ prevenció
- ▶ individuális szolgáltatások (állam által nem támogatott szolgáltatások)

- ▶ aktuális törvényhozások hatásai
- ▶ a fogyasztói központok által végzett beteg tájékoztatás
- ▶ idősebb emberek ellátása
- ▶ egészségügyi információk az Interneten
- ▶ új ellátási formák

Az egészségmonitor értékelései az éves könyv publikációkban, tudományos megjelenésekben, negyedévenként megjelenő hírlevelekben, konferencia anyagokban, az alapítvány más projektjeiben, illetve az általános sajtómunkákban kerülnek közlésre.

WidO Monitor

A WidO (az Általános Helyi Betegpénztárak Tudományos Intézete) 1998 óta végez reprezentatív felméréseket a biztosítottak körében az aktuális egészségpolitikai témákkal kapcsolatban. A felmérésekben a biztosítottak hangot adhatnak az egészségügyi ellátással, illetve annak finanszírozásával kapcsolatos egyetértésüknek, kritikájuknak, valamint kifejezhetik a változtatásokkal kapcsolatos igényeiket.

A felmérések, melyek a kötelező betegbiztosítás tagjai körében készülnek (kizárólag telefonos megkeresés útján, mintavétel 3000 18 év feletti kötelező biztosított körében zajlik), az aktuális egészségpolitikai viták központi kérdéseire fókuszálnak (pl. reformopciók, kivitelezési javaslatok). Esetenként bizonyos témák ismételt felmérésére is sor kerül azzal a céllal, hogy az idő múlásával bekövetkező változások mérhetővé váljanak (pl. érzékenység, biztosítóváltásra való hajlandóság).

Az intézet a felmérések során elsősorban olyan aktuális kérdésekkel foglalkozik, melyek struktúra vagy folyamat indikátorokkal nem mérhetőek, azonban újra és újra az aktuális egészségpolitikai viták központi témájává válnak. Az intézet egyes felmérései a fogyasztóvédelmi szervezetekkel (fogyasztóvédelmi központok, IFAV, Stiftung Warentest) közösen történik.

A WidO-Monitor keretében eddig többek között a következő témák felmérésére került sor:

- ▶ a kötelező betegbiztosítás keretében nyújtott bonuszprogramok igénybe vétele
- ▶ a vizitdíj bevezetésének hatásai
- ▶ viselkedés pénztárváltás esetén
- ▶ a munkahely viszonyulása a betegségekhez
- ▶ öngyógyszerezés alkalmazása
- ▶ az egészség és egészségügyi kockázatok értékelése
- ▶ az individuális egészségügyi szolgáltatások elfogadottsága és igénybe vétele
- ▶ új ellátási formák igénybe vétele

Szolgáltató szintű minőség monitorozás

Szövetségi Minősegbiztosítási Iroda (BQS)

A német kórházakat 2001. január 1. óta kötelezik arra, hogy meghatározott teljesítményterületeken információt szolgáltatassanak a minőség mérésére és összehasonlítására a gyógyítás és ápolás területén. 2001 óta készülnek minden évben minősegbiztosítási jelentések a német kórházak teljesítményéről.

A hamburgi székhelyű **Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH – Szövetségi Minősegbiztosítási Hivatal Kft.** 2001 óta végzi és koordinálja az V. Szociális Törvénykönyv 137.§-ának megfelelően a német kórházak külső összehasonlító minősegbiztosításának tartalmi fejlesztését és szervezeti átalakítását. **A BQS-t arra kérték fel, hogy tudományosan megalapozott megállapításokat tegyen a gyógyítás és ápolás minőségéről.** A kórházi ellátás minőségének átláthatóvá tétele és fejlesztése céljából a német kórházak kezelési esetei mintegy 20%-ának adatai állnak a BQS rendelkezésére. Ez az adatmennyiség sokoldalúan felhasználható elemzéseket és értékeléseket tesz lehetővé.

A minőségjelentés alkalmazási területei

A benchmarking alkalmazása a német kórházak esetében lehetővé teszi a gyógyítás és az ápolás terén a kórházi teljesítmények szövetségi szintű összehasonlítását.

Ahhoz, hogy ezt az összehasonlítást el lehessen végezni, a következő lépések megtétele szükséges:

- ▶ **Minden kórháznak dokumentálnia kell a minőség-releváns adatokat a meghatározott teljesítményterületen, és megküldeni azokat a BQS-nek.**
- ▶ A BQS ezeket az adatokat a meghatározott koncepció szerint kiértékeli.
- ▶ Az eredményeket a BQS vagy a tartományi minősegbiztosítási hivatalok jelentések és ajánlások formájában bocsátja a kórházak rendelkezésére.
- ▶ A kirívó eredményeket „strukturált dialógusban” a kórházakkal együtt elemzik. A kórházak foganatosítják az egyeztetett jobbító intézkedéseket. Ezáltal elérhetővé válik a teljesítmény minőségének folyamatos javítása.

Minden kórháznak lehetősége van arra, hogy saját teljesítményét más kórházakkal összehasonlítsa, és konkrét intézkedéseket tegyen a minősegbiztosítás fejlesztésére.

A minőségjelentés alkalmazási területei a következő csoportokba sorolhatók:

1. Az orvosi ellátás minőségének folyamatos javítása

A minőség folyamatos fejlesztése mind a beteg, mind a kórház javára válik.

A kórházak egyre inkább felismerik, hogy az orvosi folyamatok az orvosi-ápolási indikátorok eredményei alapján nagyon célirányosan megvitathatók és formálhatók. A mutatók eredményei a kórházak számára lehetővé teszik saját helyzetük meghatározását, amely az ellátás minőségének javításához vezethet. Nemcsak az a cél, hogy a gyengén teljesítőket felderítsék és motiválják a minőségjavításra, hanem az is, hogy a legjobban teljesítők benchmarking formájában impulzust adjanak a többieknek a fejlesztésre.

2. Információ az epidemiológiai és klinikai kutatások számára

A minőségi indikátorok és a strukturált párbeszéd során történő elemzések minden ellátásterületen azonosítják az ellátási problémákat. Ezen eredmények alapján az ellátáskutatást és a klinikai kutatási projekteket célirányosan lehet tervezni és végrehajtani.

3. Az irányelvek fejlesztésének és implementációjának támogatása

Számos indikátor mutatja, hogy az irányelvekben megfogalmazott elvárásokat hogyan hajtják végre a mindennapi ellátásban. A szakmai szövetségek és a tudományos szakmai társaságok abba a helyzetbe kerülnek, hogy az irányelvek fejlesztésével vagy továbbfejlesztésével a klinikai praxist a problematikus területeken célzottan tudják befolyásolni.

4. Tájékoztatás a páciensek, a politika és az önkormányzatok számára

A páciensek, a politikai szereplők és az önkormányzatok olyan információkat kapnak, amelyek egy minőségorientált ellátás-irányítást támogatnak.

A betegek az egyes kórházakra vonatkozóan a kórházak minőségjelentéseiben találnak információkat. Minden kórházat törvényileg arra köteleznek, hogy ezeket a minőségjelentéseket nyilvánossá tegye. Emellett a kórházak honlapjain is tájékozódhatnak a betegek az adott kórház ellátásának minőségéről. **Néhány kórház önkéntesen közzéteszi honlapján is a minőségi eredményeket.** Néhány pénztárszövetség is létrehozott honlapot, ahol közzéteszik a velük szerződésben álló kórházak minőségjelentéseit.

5. Minőségmérési eljárás az új szerződési formák számára

Az integrált ellátás esetében például a szerződéses partner lehetőséget kap arra, hogy a minőségi indikátorok kiértékelési eredményeit előfeltételként alkalmazza a résztvevők kiválasztásánál, a szerződések megkötésekor, vagy a díjazás értékének meghatározásánál.

6. Az ellátás-irányításban történő alkalmazás

A minőségi indikátorok kiértékelési eredményeit az esetszámok és a minőség közötti összefüggések elemzésére, vagy az esetszám-határokról történő döntést követő minőségfigyelésre is fel lehet használni.

A vizsgált indikátorok

2007-ben 26 területen 194 indikátort értékelték ki. (Az indikátorok az évek során változtak.) A BQS minőségjelentés a 194 indikátorból 100 értékelését tartalmazza.

A 2007-ben dokumentációköteles teljesítményterületeket az alábbi táblázat foglalja össze:

A BQS dokumentációköteles teljesítményterületei 2007-ben	
Általános és érsebészet	Cholecystectomy Karotis-rekonstrukció
Belgyógyászat/ Kardiológia	Tüdőgyulladás Pacemaker-implantáció Pacemaker-aggregátumcsere Pacemaker-revizió/rendszercsere/explantáció Koronária angiográfia és perkután koronáriás intervenció (PCI)

Szívsebészet	Izolált koszorúér-sebészet Izolált aortabillentyű-sebészet Kombinált koszorúér- és aortabillentyűsebészet
Transzplantációs medicina	Szívtranszplantáció Tüdő- és szívtranszplantáció Májtranszplantáció Májtranszplantáció élődonor-szervezetből Vesetranszplantáció Vesetranszplantáció élődonorszervezetből Hasnyálmirigy- és vesetranszplantáció
Nőgyógyászat és szülészet	Szülészet Nőgyógyászati operációk Emlősebészet
Ortopédia és baleseti sebészet	Csípőízület-közeli törés Csípő- endoprotézis első implantáció Csípő- endoprotézis csere és komponensváltás Térd- teljes endoprotézis első implantáció Térd- endoprotézis csere és komponenscsere
Ápolás	Decubitus- profilaxis

Forrás: <http://www.bqs-outcome.de/2007/ergebnisse/liste/list>

Dokumentációkötelezettség nélküli területek: ezeken a területeken 2004 óta nem érvényes a szövetségi szintű dokumentációs kötelezettség.

- ▶ Appendectomia
- ▶ Kézalagút-szindróma dekompreszió
- ▶ Sulcus-ulnaris-szindróma dekompreszió
- ▶ Endonazális Orrmelléküreg-beavatkozások
- ▶ Katarakta-beavatkozások
- ▶ Térd-(Schlitten) protézis első beavatkozás
- ▶ Lágycsér
- ▶ Orrsövényműtét
- ▶ Perkután transluminális angioplasztika (PTA)
- ▶ Prostatata-eltávolítás
- ▶ Mandulaműtét
- ▶ Visszérsebészet

Az értékelés módszerei és folyamata

Az eredmények kiértékelését a BQS szakcsoportjai végzik. A szakcsoportok élén szakértő áll, akit az önkormányzati partnerek (Szövetségi Orvosi Kamara, Német Kórházársaság, Német Ápolási Tanács, Betegpénztárak Csúcyszervezetei, Magánbiztosítók Szervezete) neveznek ki.

A kiértékelési koncepció fejlesztésének része a **referenciaterületek meghatározása**. Ahhoz, hogy az ellátás minősége megfelelően kiértékelhető legyen, össze kell hasonlítani az ellátás eredményeit a célkitűzéssel vagy elvárásokkal. Ezeket a normatív vagy empirikus módon felállított célokat a BQS-szakcsoport majdnem mindegyik indikátor esetében meghatározta referenciaterület formájában. A

referenciaterületen belül eső eredményeket nem kirívónak értékelték. A referenciaterületen kívül eső eredmények kirívónak, feltűnőnek minősültek, és strukturált párbeszéd formájában további elemzést tesznek szükségessé.

A referenciaterületek meghatározásához az alábbi információforrásokat használták:

- ▶ Nemzeti és nemzetközi irányelvek,
- ▶ Tudományos szakirodalom,
- ▶ Statisztikai adatok (klinikai vagy epidemiológiai regiszter, német és nemzetközi statisztikai adatok a fertőzés-epidemiológiai terén, minőségbiztosítási projektek).

A referenciaterületen belül megkülönböztették a célterületeket és a toleranciaterületeket.

- ▶ Célterület: tudományos kutatásokra támaszkodva definiálják, melyik eredmény tekinthető jó minőségnek. Ezekre az indikátorokra egy pontos értéket állapítanak meg referenciaértékként.
- ▶ Toleranciaterület: egyes indikátorok esetében nem lehet megállapítani pontos határokat, amelyek a jó minőséget meghatározzák. Itt a referenciaterületet úgy állapítják meg, hogy a különösen kirívó eredményeket lehatárolják. Ez történhet egy értéke vagy százalék megadásával.

Általánosan érvényes, hogy **a referenciaterületen kívül eső eredmények maguk után vonják a strukturált párbeszédben történő elemzést.**

A BQS minőségjelentés az ellátás minőségét a német kórházakban elsősorban két szempontból elemzi:

- ▶ Az adott minőségi indikátor össz-rátája leírja az összes kórházra vonatkozó eredményt, és lehetővé teszi a kórházi területen az ellátás minőségének meghatározását.
- ▶ A kórházak eredményeinek eltérései, valamint a referenciaterületen kívül eső kórházak száma azt mutatja meg, hogy az ellátás minősége az egyes kórházakban milyen mértékben változik.

Az egyes indikátorok esetében tapasztalható kirívó eredmények tükrözhetik az elégtelen ellátásminőséget, ugyanakkor eredhet dokumentációs hibából, vagy az adott indikátor módszertani korlátozásából. A kirívó eredmények elemzése strukturált párbeszédben történik. A strukturált párbeszéden a tartományi és szövetségi szintű szak- és munkacsoportok vesznek részt, és a minőségbiztosítási hivatalok szervezik és koordinálják. A szak- és munkacsoportokat minden szakterületen semleges szakértők vezetik.

A Szövetségi Minőségbiztosítási Iroda (BQS) elemzése 2007-ről

A BQS a 208 oldalas jelentésben a 194 minőségi indikátorból 100-nak a legérdekesebb eredményeit közli a kórházi ellátás 26 alterületéről. Ezek több mint 1600 kórház csaknem 3,6 millió adatán alapulnak. A BQS kiemeli és elemzi az információkat a kötelező minőségbiztosítás keretében.

A tanulmány a következő szakterületeket vizsgálta meg: **általános és érsebészet, belgyógyászat/kardiológia, szívsebészet, transzplantációs medicina, szülészet-nőgyógyászat, ortopédia és baleseti sebészet, ápolás.** Ezeket a szakterületeket tovább bontotta összesen 26 alterületre, és minden alterület esetében legalább 2, de általában 4-5 indikátort alkalmazott.

A BQS programjának tanulságai közé tartozik, hogy a minőségi indikátorok evidenciákon alapuljanak, kockázattal korrigáltak legyenek, a mérést független szervezet végezze, minden érdekeltet, így a

betegeket is bevonja a folyamatba. Tegye a mérést kötelezővé, az adatszolgáltatásokért díjazást adjon az intézményeknek, ahol lehet, rutin adatokat használjon (DRG, BNO stb.), legyen visszacsatolás (strukturált párbeszéd), a lakossági közlésnél vizsgálja a közlendők alkalmasságát. A program folytatása többek között a járóbeteg ellátás területeinek bevonását, a krónikus betegségek vizsgálatát, a lakossági közlések bővítését is tartalmazza.

Források:

Statistisches Bundesamt Deutschland:

<http://kolloq.destatis.de/2008/programm.pdf>

http://kolloq.destatis.de/2008/Kuhn_Langfassung.pdf

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/UmweltoekonomischeGesamtrechnungen/Indikatorenbericht2008.property=file.pdf>

Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_stichwort.prc_stichwort?suchstring=indikatoren&p_methode=2&p_synonyme=1&p_soundex=0&p_isgbe_score=&anz_ber=110&anz_tab=99&anz_gra=1&anz_def=2&anz_link=8&anz_son=5&p_volltext=1&seite=&query_id=&button=1&p_uid=gast&p_aid=57853054&x=&p_sprache=D&cb_wk=dummy&next_tr=1&erg_art=TXT#TXT

http://www.gbe-bund.de/gbe10/isgbe.prc_was_ist_gbe?p_uid=gast&p_aid=&p_sprache=E

<http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/>

BQS- Qualitätsreport 2007: <http://www.bqs-qualitaetsreport.de/2007/ergebnisse/down>

<http://www.bqs-online.com/>

Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder - Ausgewählte Indikatoren:

http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=&p_sprache=D&p_knoten=TR30000

Kanada

CIHI országos indikátorok

Kanadában már 1998-ban egy több mint 500 főből álló csoport – egészségügyi vezetők, kutatók, kormánytisztviselők, az egészségügyi ellátást igénybe vevő állampolgárok, stb. – ültek össze a kulcsfontosságú egészségügyi indikátorok kialakításához szükséges összehasonlítható adatok meghatározására.

A Kanadai Egészségügyi Tájékoztatási Intézet (CIHI) szoros együttműködésben a Szövetségi/Tartományi és Térségi Tanácsadó Bizottságokkal, a Kanadai Egészségügyi Intézettel (Health Canada) és a Kanadai Statisztikai Hivatallal (Statistics Canada) erre válaszul indította el együttműködésen alapuló projektjét az egészségügyi indikátorok kidolgozására. Így került sor 1999 májusában a Lakosság Egészségügyi Indikátoraival foglalkozó, konszenzuson alapuló Első Konferenciára.

A rendezvényen alakították ki a kiindulásul szolgáló indikátorcsoportot, az indikátorkeretet valamint egy indikátorlistát, melyre épülhettek a további fejlesztések.

A kezdeti indikátorcsoportba tartozó indikátorok jellemzői:

- ▶ relevánsak az egészségügyi célkitűzések megvalósítása szempontjából
- ▶ standard, összehasonlítható definíciókon és módszereken alapulnak
- ▶ széles körben – regionális, tartományi és országos szinten – elérhetőek.

Az indikátorkeret információt nyújt:

- ▶ a lakosság egészségi állapotáról, ennek földrajzi megoszlások szerinti és időbeli változásairól,
- ▶ az egészséget meghatározó főbb (nem egészségügyi) tényezőkről,
- ▶ az egészségügyi teljesítményről, a szolgáltatásokról, melyekben a lakosok részesülnek,
- ▶ a közösségek és az egészségügyi rendszer jellemzőiről.

A konszenzuson alapuló Első Konferencia óta, a Kanadai Egészségügyi Tájékoztatási Intézet (CIHI) és a Kanadai Statisztikai Hivatal különböző adatforrásokat határozott meg, és módszereket dolgozott ki a kiindulásul szolgáló és az erre épülő listákból merítve. Ezzel egy időben az egészségügyi régiók, minisztériumok, kutatók és más szakemberek bevonásával folytatott rendszeres konzultációk az elsődleges egészségügyi indikátorok folyamatos fejlesztéséhez vezettek. Így az egészségi állapot meghatározására szolgáló számos, nem egészségügyi tényezőhöz tartozó indikátort és az egészségi állapotot átfogóan tükröző mutatókat (mint pl. a daganatos betegségek incidenciája) szintén felvettek az egészségügyi indikátorok közé. További indikátorokat, melyeket a Kanadai Népegészségügyi Felmérés alkalmazott viszont töröltek a jegyzékből.

Részletesebb elemzést lehetővé tevő mutatókat is kidolgoztak (pl. a szívroham túlélése, az agyvérzés túlélése és a kórházi ellátás nem tervezett, ismételt igénybevétele.)

A konszenzuson alapuló Első Konferencia óta továbbfejlesztették az Egészségügyi Indikátorkeretet, és az egyenlőséget, méltányosságot is beépítették a struktúrába. Az egyenlőség mutatói révén a lakosság különböző csoportjai vonatkozásában is meghatározhatóak az egészségi állapotban, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában, a klinikai kimenetekben, az egészséggel kapcsolatos magatartásban és az egészséget meghatározó nem egészségügyi tényezőkben jelentkező változások. Így ez az átfogó dimenzió, minden eredetileg kijelölt dimenzióra vonatkozik.

2003-ban a Nemzetközi Szabványügyi Szervezet (ISO) az Egészségügyi Indikátorkeretet nemzetközi standardként fogadta el.

2004. március 25-26-án került sor Ottawában a Lakosság Egészségügyi Indikátoraival kapcsolatos konszenzuson alapuló Második Konferenciára, melyen az egészségügyi régiók, tartományok és térségek több mint 75 képviselője jelent meg. A konferencián felülvizsgálták az Egészségügyi Indikátorokra vonatkozó projekt prioritásait és irányvonalait.

A projekt fő célja, hogy összehasonlítható információk révén támpontot nyújtson az egészségügyi régióknak monitorozási eljárásaikhoz, melyekkel hozzájárulnak a területükön élő lakosság egészségi állapotának javításához és szinten tartásához, valamint az egészségügyi rendszer színvonalas működéséhez.

Az összehasonlítható információk fő csoportjai a következők:

- ▶ az ellátott lakosság átfogó egészségi állapota, és ennek színvonala összehasonlítva az ország vagy tartomány más régióiban mért adatokkal, illetve változásai az idők folyamán,

- ▶ az egészség főbb (nem egészségügyi) determinánsai a régióban (egészségtudatos magatartás, munkakörülmények, anyagi erőforrások, környezeti tényezők)
- ▶ a régió lakosai számára nyújtott egészségügyi szolgáltatások (elfogadhatóság, hozzáférhetőség, színvonal, kompetencia szerint)
- ▶ a közösséget vagy az egészségügyi rendszert jellemző tényezők (sürgősségi ellátás igénybevétele, ágyszám, stb.)

Az egészségügyi indikátorok listája²⁰

1. Egészségi állapot

1.1 Jólét

- ▶ Egészségi állapot önértékelése
- ▶ Időbeni változás az egészségi állapot önértékelésében
- ▶ Önbecsülés
- ▶ Mentális állapot önértékelése

1.2. Az egészségi állapot feltételei

- ▶ A felnőttek testtömeg-mutatója
- ▶ A fiatalok testtömeg-mutatója
- ▶ Az időbeni változás a testtömeg-mutatóban
- ▶ Ízületi gyulladás
- ▶ Cukorbetegség
- ▶ Asztma
- ▶ Magas vérnyomás
- ▶ A tevékenységet gátló fájdalom vagy diszkomfort-érzés
- ▶ Fájdalom vagy diszkomfort-érzés súlyossági foktól függően
- ▶ Depresszió
- ▶ Alacsony születési súly
- ▶ A daganatos betegségek incidenciája
- ▶ A sérülések miatt szükségessé váló hospitalizáció
- ▶ Sérülések

1.3. Az emberi tevékenység

- ▶ Funkcionális egészségi állapot
- ▶ Kétheti cselekvőképtelenség
- ▶ A tevékenységekben való részvétel és korlátozottság
- ▶ Várható rokkantság-mentes élettartam
- ▶ Rokkantságra korrigált várható élettartam

1.4. Halálozások

- ▶ Csecsemő-mortalitás

²⁰ <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2008001/def/5202296-eng.htm>

- ▶ Perinatális mortalitás
- ▶ Várható élettartam
- ▶ Összmortalitás meghatározott okokra
 - ▶ Minden, a keringési rendszer betegségeire visszavezethető halálozás
 - ▶ Minden rosszindulatú daganatra (rákra) visszavezethető halálozás
 - ▶ Minden, a légzőrendszer betegségeire visszavezethető halálozás
 - ▶ Öngyilkosság
 - ▶ Véletlen balesetek okozta halálozás
 - ▶ AIDS halálozás
- ▶ Potenciális életév-veszteség (PYLL)
 - ▶ tartományi/térségi szintre lebontott időben számítva
 - ▶ összmortalitásra
 - ▶ minden rák okozta halálozásra
 - ▶ minden keringési betegség okozta halálozásra
 - ▶ minden légzőrendszeri betegség okozta halálozásra
 - ▶ a véletlen balesetekre
 - ▶ Öngyilkosságra
 - ▶ AIDS halálozásra

2. Az egészség nem-egészségügyi determinánsai

2.1. Egészséggel kapcsolatos viselkedésformák

- ▶ A dohányos milyen típusba tartozik
- ▶ A dohányzás kezdete
- ▶ A dohányzással kapcsolatos szokások időbeli változása
- ▶ Az italfogyasztás gyakorisága
- ▶ A szabadidőben végzett testmozgás
- ▶ A fizikai aktivitás szintjének időbeli változásai
- ▶ A szoptatás gyakorlata
- ▶ Gyümölcs- és zöldségfogyasztás

2.2. Élet- és munkakörülmények

- ▶ Felsőfokú végzettség
- ▶ Érettségi után szerzett képesítések
- ▶ A felnőttek és a fiatalok munkanélküliségi rátája
- ▶ Hosszú távú munkanélküliség rátája
- ▶ Alacsony jövedelem szerinti ráta
- ▶ Gyermekek az alacsony jövedelmű családokban
- ▶ Átlagos személyi jövedelem
- ▶ A jövedelem medián értéke
- ▶ A kormány által utalt jövedelem
- ▶ Lakhatási körülmények
- ▶ Döntéshozatal a munkában
- ▶ Bűnügyek
- ▶ Felnőtt és fiatalkorú elítéltek

2.3. Személyes erőforrások

- ▶ A közösséghez tartozás
- ▶ A társadalmi támogatottság
- ▶ Az érzékelt stressz

2.4. Környezeti tényezők

- ▶ A másodlagos dohányzás expozíciós ártalmi a lakóhelyen
- ▶ A másodlagos dohányzás expozíciós ártalmi a járműveken és a közterületeken

3. Az egészségügyi rendszer teljesítménye

3.1. Elfogadhatóság

- ▶ A betegek elégedettsége (a nyújtott szolgáltatások minőségi osztályozása)
 - ▶ bármely egészségügyi szolgáltatással,
 - ▶ a kórházi ellátással, melyben legutóbb részesültek,
 - ▶ a legutóbbi (házi)orvosi konzultációval,
 - ▶ a közösségi ellátás által nyújtott szolgáltatással,
 - ▶ telefonos tanácsadással.

3.2. Hozzáférés

- ▶ Influenzaoltás (a 12 éven felüliek számára, akik jelezték, hogy mikor részesültek utoljára influenzaoltásban)
- ▶ Mammográfias szűrés (az 50-69 éves nők számára)
- ▶ Papanicolaou-teszt (18-69 éves nők számára)
- ▶ Rendszeres orvosi ellátás (a háziorvossal rendelkező lakosok %-aránya). Azoknál, akiknek nincs háziorvosuk ez különböző okokra vezethető vissza: vagy nincs a területen orvos, vagy nem vesz fel új betegeket, vagy nyugdíjba vonult, és ily módon nem megoldott az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége
- ▶ Várakozási idő a csípőtörések operációjára (aznap, másnap vagy az azután következő nap, kockázatkiszámítások a 65 éven felüliek esetében)

3.3. Megfelelőség

- ▶ Császármetszés (Császármetszések száma/születések (élve- és halvaszületések) száma x100)

3.4. Hatékonyság

- ▶ Az ambuláns ellátás által kezelhető egészségi problémák (Korra standardizált aktív kórházi ellátás rátája olyan problémákra, melyek megfelelő ambuláns esetén nem igényelnek hospitalizációt/100 ezer 75 év alatti lakos)
 - ▶ Az akut szívinfarktus (AMI) 30 napon belül kórházban bekövetkezett halálozási rátája
 - ▶ Az agyvérzés 30 napon belül kórházban bekövetkezett halálozási rátája
 - ▶ Az akut szívinfarktus (AMI) miatti újabb kórházi felvétel
 - ▶ Az asztma miatti újabb kórházi felvétel
-

- ▶ A méheltávolítás miatti újabb kórházi felvétel
- ▶ A prosztata műtéti eltávolítása miatti újabb kórházi felvétel

3.5. Biztonságosság

- ▶ Csípőtörés miatt bekövetkezett hospitalizáció (A csípőtörések korra standardizált aktív kórházi hospitalizációs rátája 100 ezer 65 éven felüli lakosra számítva)
- ▶ A kórházban bekövetkezett csípőtörések (Az aktív ellátásban részesülő 65 éven felüli betegek kórházban bekövetkezett csípőtöréseinek kockázatra korrigált rátája 1000 hazabocsátásra számítva)

4. A közösség és az egészségügyi rendszer jellemzői

4.1. A közösség

- ▶ Lakosságszám
- ▶ Népsűrűség
- ▶ Függségi (dependency) ráta (A 0-19 és a 65 éven felüli lakosoknak a 0-64 éves korosztályhoz viszonyított aránya. Számítása a függőségi helyzetben lévő lakosok száma/100 aktív dolgozó)
- ▶ Városi és vidéken élő lakosság
- ▶ Őslakosok
- ▶ Bevándorlók
- ▶ Országon belüli migráció
- ▶ Nagyvárosi területek (MIZ)
- ▶ Egyedülálló felnőtt gyermekkel együtt élő szülők
- ▶ Kisebbségi csoportok
- ▶ Serdülőkori terhesség

4.2. Az egészségügyi rendszer

- ▶ Betegforgalmi ráta (inflow/outflow ráta: egy meghatározott régió aktív ellátást vagy nappali kórházi ellátást nyújtó létesítményéből való hazabocsátások rátája elosztva a régió lakosainak a hazabocsátását jelző számadattal).
 - ▶ Szívkoszorúér bypass műtét (CABG) (Az aktív kórházak fekvőbetegeinek korra standardizált CABG műtete 100 ezer 20 éven felüli lakosra számítva)
 - ▶ Perkután koronária intervenció (PCI) (a PCI sok esetben a CABG-műtét alternatív, nem sebészeti megoldása)
 - ▶ Kardiális revaszkularizáció (Az aktív kórházak fekvőbetegeinél végzett korra standardizált CABG-műtétek vagy az aktív kórházak, nappali kórházak vagy katéterezést biztosító laboratóriumok betegeinél végzett PCI beavatkozások/100 ezer 20 évesnél idősebb lakos)
 - ▶ Csípőprotézis
 - ▶ Térdprotézis
 - ▶ Méheltávolítás
 - ▶ Természetgyógyászok felkeresése (a 12 évesnél idősebb lakosok által az előző 12 hónap során igénybe vett kezelések fajtái egyebek között: masszázs, akupunktúra, homeopátia vagy naturopátia, stb.)
-

- ▶ Orvoshoz fordulás (a 12 évesnél idősebb lakosok által az előző 12 hónap során folytatott konzultáció) (Az orvosdoktorok közé a házi orvosok, az általános orvosok, szakorvosok, így pl. a sebészek, allergológusok, ortopéd orvosok, nőgyógyászok és pszichiáterek, etc. tartoznak. Ezen kívül a 12-17 éves korosztályt a gyermekorvosok látják el.)
- ▶ A mentálhigiénés problémák miatti konzultáció (a 12 évesnél idősebb lakosok által az előző 12 hónap során mentális problémák miatt folytatott konzultáció, az ezen a területen dolgozó szakemberek a következők: házi orvosok vagy általános orvosok, pszichiáterek, pszichológusok, ápolónők, szociális dolgozók és tanácsadók)
- ▶ Fogászat felkeresése (a 12 évesnél idősebb lakosok által az előző 12 hónap során folytatott konzultáció, a fogászati ellátásban fogorvosok és fogszabályozással foglalkozó szakemberek dolgoznak.)

4.3. Erőforrások

- ▶ Orvosok (minden aktívan dolgozó általános orvos, házi orvos és szakorvos, az adatok tartalmazzák minden klinikai és nem-klinikai praxisban tevékenykedő szakembert, viszont nem vonatkoznak rezidensekre vagy hivatalos engedéllyel nem rendelkező orvosokra.)

További konzultációk folynak a tartományi és regionális hatóságokkal a releváns adatok és a következetes alkalmazást lehetővé tevő módszerek meghatározására.

A különösen jelentősnek tartott indikátorok:

- ▶ a gondozóotthoni ellátás
- ▶ a betegek biztonsága
- ▶ a sürgősségi osztályon történő ellátás
- ▶ az életmód és az egészséggel kapcsolatos magatartás
- ▶ a közösségi/társadalmi környezet
- ▶ a levegő/víz minősége
- ▶ az ételmérgezések és a vízben terjedő betegségek

Jelenleg az egészségügyi indikátorokkal kapcsolatos legfontosabb tevékenységek:

- ▶ a lakosság és az egészségügyi szektor tájékoztatása,
- ▶ a teljesítmény kezelése, monitorozása és színvonalának emelése,
- ▶ stratégiai tervezés.

A Kanadai Népegészségügyi Felmérés (CCHS) jelentős tárháza a potenciálisan alkalmazásra kerülő új indikátoroknak az olyan prioritást élvező területeken, mint a mentálhigiéné és a szociális jólét.

A Statistics Canada kutatásokat folytat az egyenlőség dimenziójával kapcsolatban, és számításokat végez az egészséggel korrigált várható élettartamra (HALE) vonatkozólag tartományok és jövedelemtercilis szerinti bontásban, és kalkulációit a régiókra is ki fogja terjeszteni.

Szintén kezdeményezések történtek a levegőminőségre vonatkozó mérések felvételére az indikátorkeret környezeti szubdimenziójába.

Ezen kívül a CIHI az aktív ellátást nyújtó intézetek szolgáltatásainak minőségét jellemző új indikátort vezetett be, nevezetesen a kórházi környezetben bekövetkező csípőtörések mutatóját, és ellenőrző vizsgálatokat folytat számos más, a betegek biztonságára vonatkozó indikátorral kapcsolatban.

Bizonyos indikátorok, mint a császármetszések arányának a háztartások jövedelemszintje szerinti vizsgálata is folyamatban van.

Más kezdeményezések is gazdagítani fogják az Egészségügyi Indikátorokra vonatkozó Projekt tájékoztatásra szolgáló anyagát. Így a Gondozóotthoni Ellátás Jelzőrendszere (HCRS) és a Vényköteles Gyógyszerek Alkalmazásával kapcsolatos Országos Tájékoztatási Rendszer (NPDUIS).

A „Health Indicators 2008” a mutatókra vonatkozó, kilencedik alkalommal kiadott éves jelentés. Ez a dokumentum tartalmazza a CIHI és a Statistics Canada legújabb egészségügyi indikátoraival kapcsolatos mérési adatokat a kanadai állampolgárok egészségi állapota és a kanadai egészségügyi rendszer vonatkozásában. A tájékoztató anyag Kanada 50 000 főnél népesebb egészségügyi régióit, valamint a tartományok és térségek lakosait, azaz a lakosság közel 98%-át fogja át. E mellett a 20-50 000 fős egészségügyi régiók vonatkozásában egy kiválasztott indikátorcsoport lesz elérhető az egészségügyi indikátorok számítógépes kiadványában (Health Indicators e-Publication).

A „Health Indicators 2008” mélyreható elemzéseket végez egy indikátor vonatkozásában. Ez az indikátor „**az ambuláns ellátás által kezelhető egészségi problémák**” (ACSC) hospitalizációja. A mutatóhoz hét olyan krónikus betegség tartozik, melyeket potenciálisan hatékonyan lehet kezelni kórházon kívül is, de amelyek olyan problémákat vethetnek fel, melyek aktív kórházi ellátást tesznek szükségessé. Ezek a betegségek az alábbiak:

- ▶ angina,
- ▶ asztma,
- ▶ krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD),
- ▶ diabetes,
- ▶ epilepszia,
- ▶ szívelégtelenség és tüdőödéma,
- ▶ magas vérnyomás.

A kutatások azt jelzik, hogy az alapellátás szolgáltatásaihoz való megfelelő hozzáférés és a szolgáltatások színvonala hatással lehet az ACSC hospitalizációs rátáira. Sok ország, így Kanada is újításokat vezetett be a krónikus betegségek megelőzése és kezelése vonatkozásában, de egyelőre még nem ismert ezeknek az iniciatíváknak az ACSC hospitalizáció csökkentésében megnyilvánuló hatásfoka.

A CIHI és a Statistics Canada már 1999 óta dolgozik az indikátorok számítógépes megjelentetésén. Ez az interaktív, online adatforrás teszi elérhetővé a CIHI és a Statistics Canada egészségügyi indikátorokat tartalmazó adatbázisát.

Kanada - tartományi szintű indikátorok

Kanadában az egészségügyi ellátás megújításával foglalkozó első Miniszteriális Megállapodás arra kérte fel az egészségügyi minisztereket, hogy fejlesszék tovább az összehasonlításra szolgáló indikátorkészletet. A megállapodás speciális területekre összpontosított, mint pl. az alapellátás, az otthoni ellátás. Ezzel kapcsolatban minden fennhatóság alá tartozó terület vezetése jelentést készített 2004. november 30-ára.

Az összehasonlítható indikátorok 2006-os kiadása így közös website-on érhető el a fejlesztésben részt vevő tartományok számára²¹.

A 2006-os állapotok szerint, a kijelölt 70 tartományi indikátor főbb csoportjai a következők²²:

- ▶ **alapellátás, otthoni ellátás, más programok és szolgáltatások** (a szolgáltatásra való várakozás, a szolgáltatással való elégedettség, a szolgáltatás kimenetele),
- ▶ **gyógyszerköltségek** és ezek viszonyítása a jövedelemviszonyokhoz,
- ▶ **diagnosztikai és más orvosi berendezések**, valamint az ezekkel végzett vizsgálatokra, kezelésre való várakozási idő,
- ▶ **az egészségügy humán erőforrásai** és a tevékenységükkel kapcsolatban megnyilvánuló elégedettség, illetve a szolgáltatások színvonalának betegek általi minősítése,
- ▶ a lakosság egészségi állapota, morbiditása és mortalitása.

Források:

Canadian Institute for Health Information: Health Indicators. Ottawa 2008.

http://www.cihi.ca/indicators/en/pdf/About_Health_Indicators.pdf

http://www.cihi.ca/indicators/2005/en/downloads/March_2004_Conference_Report_e.pdf

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HealthIndicators2008_es_en.pdf

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=indicators_e

http://secure.cihi.ca/indicators/2008/en/about08_e.html

Statistics Canada Health Indicator Framework:

<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2008001/def/5202296-eng.htm>

²¹ Considerations for Data Production for Reporting Comparable Health Indicators in November 2006

http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/Considerations_for_Data_Production_Dec_2006_e.pdf

²²http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=prtwg_2006_e
