

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA

- Az egészségügy egy összetett szakmai szolgáltató ipar, amely állandóan változik (társadalmi, gazdasági, technológiai szempontokból), ezért speciális terület, amelynek legfontosabb célja a biztonság és a minőség.
- Az egészségügyben a minőség elvárt szintje követelmény, amely évezredes múltra tekint vissza és a szakmai hitvallás meghatározó eleme. A minőség fogalma, formája folyamatosan fejlődik és egyre meghatározóbb szerepe van az egészségügyben.
- „Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét. Az Unió fellépése, amely kiegészíti a nemzeti politikákat, a népegészségügyi helyzet javítására, az emberi megbetegedések és betegségek, valamint az emberek testi és szellemi egészségét fenyegető veszélyek okainak megelőzésére irányul.” (EU Szerződés, 168. cikk)
- "... kiemelt prioritásként kezelendő az egészségügyi szolgáltatások minőségének kérdése... A minőségpolitikai célkitűzések, melyek illeszkednek a hazai egészségpolitikai irányokhoz és az Európai Unió trendekhez, ezen elvek figyelembe vételével kerülnek meghatározásra." (Simmelweis Terv, 2010.)

A Kormány [T/4646. számú, egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslata kapcsán az Infojegyzet az egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosításának kérdését tekinti át.](#)

Az egészségügy az elmúlt időszakban jelentős változáson és fejlődésen ment át, hiszen nemcsak a megbetegedési és halálozási viszonyok változtak meg, hanem az ellátás során alkalmazott diagnosztikus és terápiás technológiák és módszerek is.

Az egészségügyi ellátórendszer szerkezete, a szolgáltatások összetétele, az ellátási szintek igénybevétele ugyanakkor nem követte az orvostechnika fejlődését és a megváltozott szükségleteket. A változatlan szerkezet és működési mód veszélyeztetheti az ellátás minőségét.

A minőség története és fogalma az egészségügyben

Az orvosi tevékenység minőségének értékelését elsőként Ernest. A. Codman amerikai sebész végezte el, aki szerint az orvos felkészültsége nem az egyetlen tényező a minőség alakításában (1916). Az orvosi minőségbiztosítás alapelveit Avedis Donabedian dolgozta ki a nyolcvanas években. Javaslata szerint az ellátás minőségének értékelése három részre bontható (ún. **Donabedian-modell**):

- **struktúra:** az ellátás feltételei (pl. épület, felszereltség, szakemberek, információs rendszer stb.);
- **folyamat:** az egészségügyi ellátás eseményeinek összessége, amire a struktúra közvetlen hatása nagy lehet;
- **eredmény:** a beteg egészségügyi állapotában bekövetkező változások.

Ha bármelyik alkotóelem sérül, az veszélyezteti az ellátás biztonságát és minőségét.

Mivel az egészségügyi ellátás minőségét az ellátások és az ellátási folyamatokban résztvevők széles köre határozzák meg, ezért az egészségügyi ellátás minősége sokféleképpen értelmezhető, így nincs egységes definíció.

A szakirodalom szerint a minőség az egészségügyi szolgáltatás szereplőinek kinyilvánított elképzelései, amely mutatókkal mérhető. Célja az egészség megőrzésének, helyreállításának és fenntartásának maximalizálása a legfrissebb tudományos ismeretek és technológiák, a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásával.

A minőségfejlesztés módszerei: a **minőségbiztosítás** azaz, hogy az ellátás az előre megfogalmazott elvárások szerint teljesít-e; és a **minőségfejlesztés**, a folyamatok elemzésével tárja fel és próbálja megoldani a problémás lépéseket.

NEMZETKÖZI SZERVEZETEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINŐSÉGI KÖVETELMÉNYEIRŐL

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) „[Egészséget mindenkinek a 21-ik században](#)”(1998) című kiadványa kiemelt célként jelöli meg az ellátás minőségének javítását, az ellátáshoz való egyenlő hozzájutást, a felhasználók elégedettségét valamint a források költség-hatékony elosztását.

Az Egészségügyi Rendszerekkel és Politikákkal foglalkozó Európai Központ ([European Observatory on Health Systems and Policies](#)) a tényekkel alátámasztott szakpolitika kialakítását az európai és az azon kívüli egészségügyi rendszerek dinamikájának átfogó és alapos elemzésével kívánja támogatni és előmozdítani. A szervezet visszatérő témája az [európai egészségügyi minőségbiztosítás](#) fejlődése.

Az **Európa Tanács** Miniszteri Bizottságának 1997-ben elfogadott ajánlása ([R \(97\) 17](#)) szerint: „*A minőség az egészségügyi ellátás lényegi és nélkülözhetetlen összetevője, és a mennyiségi és költség mutatók mellett minden egészségügyi ellátó tevékenység normális jellemzője. A betegellátás jó minősége minden betegnek és közösségnek joga, és valamennyi tagállam kiemelt feladatává vált, különösen a korlátozott források és a költségvetési korlátozások helyzetében*”.

Az **Európai Unió Tanácsának** 2006-os dokumentuma (A Tanács következtetései a közös értékekről és elvekről az európai uniós egészségügyi rendszerekben címmel - [2006/C146/01](#)) szerint: „*Valamennyi uniós egészségügyi rendszer jó minőségű ellátás biztosítására törekszik. Ezt azáltal éri el, hogy az egészségügyben dolgozók számára pontosan meghatározott nemzeti szabályokon alapuló folyamatos képzést ír elő, biztosítja a személyzet hozzáférést a minőség területén a legjobb gyakorlatra irányuló tanácsadáshoz, ösztönzi az innovációt és terjeszti a jó gyakorlatot, jó klinikai irányítást biztosító rendszereket fejleszt ki, valamint minőségellenőrzést valósít meg az egészségügyi rendszerben.*

Ezen program egy fontos része a biztonság elvéhez kapcsolódik.”

Az **Európai Bizottság** 2007-ben megjelent Fehér Könyve („[Együtt az egészségért](#)”) a biztonságot és a magas minőséget helyezi előtérbe, célja a tagállami ellátórendszerek szolgáltatásai színvonalának közelítése.

A 2014 végén megjelent „A Tanács következtetései a megbíztonságról és az ellátás minőségéről” című dokumentum ([2014/C 438/05](#)) szerint uniós szinten a megbíztonság és az ellátás minősége terén hosszú távú együttműködésre kell törekedni, ezért felkéri a tagállamokat és a Bizottságot, hogy 2016 decemberéig véglegesítsék a megbíztonság és az ellátás minősége témájában folytatott uniós együttműködés kereteit.

A hatékony, hozzáférhető és alkalmazkodóképes egészségügyi rendszerekről szóló Bizottsági közlemény ([COM\(2014\) 215](#)) szerint az EU tagállamainak egészségügyi rendszerei közös értékeken alapulnak, amelyek a következők: egyetemesség, jó minőségű ellátáshoz való hozzáférés, méltányosság és szolidaritás.

Az Európai Bizottság 2014 nyarán megjelent dokumentuma (ún. [betegbiztonsági csomag](#)) összefoglalja a megbíztonság helyzetének alakulását. A csomag dokumentumai:

- a [betegbiztonságról szóló 2009-es tanácsi ajánlás](#) végrehajtásáról szóló jelentés;
- a megbíztonságról és az ellátás minőségéről szóló [Eurobarométer felmérés](#);
- A 2013. december és 2014. február között meghirdetett [nyilvános konzultáció](#) eredményeit.

HAZAI SZABÁLYOZÁS ÉS GYAKORLAT

A hazai egészségügyi ellátás minőségét és biztonságát garantáló szabályozó dokumentumok lehetnek:

- külső dokumentumok: a hazai jogi szabályozás (pl. törvények, rendeletek stb.);
- belső dokumentumok: pl. az SZMSZ-ek és belső szabályzatok, módszer- és munkaköri leírások stb.

Az egészségügyről szóló [1997. évi CLIV. törvény](#) minden egészségügyi szolgáltató számára kötelezővé teszi a minőségügyi rendszerek működtetését, amelyet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló [60/2003. ESzCsM rendelet](#) megerősít. A törvény 2012-től lehetővé teszi önkéntes alapon az ún. akkreditációs standardok alkalmazását is.

A 2007-ben megjelent [Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok](#) (MEES) kézikönyv a szolgáltatás minőségi értékelésére szolgáló egészségügy specifikus követelmények gyűjteménye, amely az alapellátástól a fekvőbeteg ellátásig magába foglalja a különböző ellátási szinteken a betegellátásra vonatkozó standardokat és felülvizsgálati kritériumokat. A kézikönyv mind a vállalkozói, mind az önkormányzati működtetésű egészségügyi szolgáltatókra érvényes. Aktualizálása rendszeres időközönként, háromévente történik.

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság az EU elvárásainak megfelelően fogadta el a Minőségügyi és Betegbiztonsági Stratégiát ([MIBES 2011](#)), amely önálló pontokban fogalmazza meg a betegbiztonság fejlesztését, az egészségügyi szolgáltatók szervezeti, szakmai tevékenység fejlesztését és a betegellátás koordinációjának javítását.

A [33/2013. \(V. 10.\) EMMI rendelet](#) felhatalmazásával az egészségügyi szakmai tevékenység minőségértékelésével kapcsolatos feladatokat az Állami Egészségügyi Ellátó Központ ([ÁEEK](#), 2015-ig GYEMSZI) látja el.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS MINŐSÉGÉNEK ÖSSZETEVŐI, MINŐSÉGI INDIKÁTOROK

A hazai szakirodalom szerint az egészségügy **minőségének vizsgálatakor** vizsgálni kell, hogy mit jelent a minőség:

- a betegek számára (általában biztonságos ellátást, az életminőség javulását);
- az egészségügyi dolgozók számára (pl. technikai felszereltség, gyógyítási szabadság és eredmény);
- a finanszírozók számára (hatékonyság, költségmegtakarítás).

A hazai és nemzetközi (pl. [OECD](#)) szakirodalom szerint az egészségügyi ellátás **minőségi összetevői**:

- **hatásosság**: az egészségi állapotban ideális (laboratóriumi) körülmények között elért hatás;
- **eredményesség**: reálisan elért hatás;
- **hatékonyság**: az eredményesség és az igénybe vett erőforrások mértékének aránya az egészségügyi beavatkozás során;
- **megfelelőség**: az egészségi állapot várható javulása olyan mértékben haladja meg a várható negatív következményeket, hogy a kezelést érdemes elvégezni;
- **hozzáférhetőség**: az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége, függetlenül a beteg anyagi helyzetétől vagy a lakóhelye földrajzi elhelyezkedésétől;
- **folyamatosság**: a beteg állapotának megfelelő követése;
- tudományos és technikai **minőség**;
- az egészségügyi ellátás **koordináltsága**;
- **időszerűség**: a beteg megfelelő időben kapja-e meg a számára legmegfelelőbb kezelést;
- **biztonság**: nemkívánatos események (pl. fertőzés, felesleges fájdalom) elkerülése.

A szolgáltatásokra vonatkozó **minőségi indikátorok** olyan jelzőszámok, amelyek értékeinek alakulásával figyelmeztetnek, ha a tevékenység végzése során valamilyen minőségi változás lépett fel. A mérésnél fontos az adat-szolgáltatás, az adatok forrásai, amelyek lehetnek:

- **adminisztratív adatok**: valamely más céllal rendszeresen gyűjtött adatok (pl. a házi orvosoknál feldolgozott adatok);
- egyéb dokumentáció: pl. kórlapok, műtéti naplók;
- célzott adatfelvételek: pl. elégedettségi vizsgálatok (ez a legdrágább forrás).

Az EU egészségügyi indikátor-rendszerét ([ECHI](#) – European Community Health Indicators) az Európai Bizottság dolgozta ki az egészségügyi statisztikák fejlesztésének és jelentésének előmozdítása céljából.

**EUROBAROMETER FELMÉRÉS A BETEG-
BIZTONSÁGRÓL, 2014**

Az [Eurobarometer 2013](#)-as, az egészségügyi ellátás biztonságával és minőségével kapcsolatos európai felmérésben résztvevők 71 százaléka értékelte a **nemzeti egészségügyi ellátásukat** jónak, 27 százalékuk rossznak (Magyarországon 47 illetve 51%).

Az EU-polgárok számára az **egészségügyi ellátás minőségének** egyik legfőbb **kritériuma** a jól képzett egészségügyi személyzet (a válaszadók 53, Magyarországon 47 százaléka). A modern orvosi felszerelés szerepel a harmadik helyen (EU 25%, Magyarország 35%), illetve hazánkban hasonlóan fontosak a várólistákkal kapcsolatos elvárások is. A beteg méltóságának tiszteletben tartása, az orvos és a kórház közelsége, a tiszta környezet elvárása a megadott kritériumok között a középmezőnyben találhatóak, míg a lista végén olyan elvárások szerepelnek, mint a szabad orvos- vagy kórházválasztás.

A **nemkívánatos eseményt elszenvedők** 46 százaléka tett bejelentést, a bejelentett esetek 37 százalékában „semmi sem történt”, az esetek 17 százalékában az egészségügyi létesítmény magyarázattal szolgált.

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZÁMOKBAN

Az Európai Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Központ ([ECDC](#)) becslése szerint az egészségügyi ellátás során a **kórházban kezelt betegek** 5 százalékánál fordult elő **fertőzés**, ami évente 4,1 millió beteget és évente 37 ezer haláleset jelent.

Betegbiztonsági stratégiát vagy programot 26 EU tagállam dolgozott ki vagy véglegesített. Húsz országban léteznek **kötelező betegbiztonsági előírások** (2012-ben még csak 11-ben), 19 országban pedig ún. betegbiztonsági iránymutatások. A betegbiztonsággal kapcsolatos kutatások szerint a nem kívánatos események 50 százaléka egyáltalán nem, 20 százaléka viszont súlyos következményekkel jár.

2012-ben csak 15 tagállamban működött a nemkívánatos eseményekre vonatkozó **jelentéstételi rendszer**, 2014-ben már 27 országban.

A 2013. december és 2014. február között nyitva álló **nyilvános konzultáció** eredményei szerint a válaszadók több mint 90 százaléka szerint a betegbiztonság még nem megoldott kérdés az EU-ban.

Források:

- [20/2009. \(VI. 18.\) EüM rendelet](#) az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről
- [Betegbiztonsáért kezdeményezés](#) (World Alliance for Patient Safety). – WHO
- [Health at a glance 2014](#) – OECD
- Eurobarometer felmérés a betegbiztonságról – [Országismertető](#). Európai Bizottság 2014.
- Eurobarometer felmérés a betegbiztonságról – [Magyarország](#). Európai Bizottság 2014.
- [Az ellátórendszer működésének minőségével kapcsolatos fogalmak](#) – ESKI fogalomtár
- Belicza Éva, Lám Judit: Egészségügyi minőségbiztosítás [e-Book](#)
- Gódné Sándor (szerk.): A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben. Bp., Pro Die Kiadó Kft., 2007.
- Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ ([OBDK](#))

Készítette: Csáková Beáta
Képviselői Információs Szolgálat
E-mail: infoszolg@parlament.hu



ORSZÁGGYŰLÉS HIVATALA KKI

Internet: www.parlament.hu/infoszolg
Intranet: intra.parlament.hu/infoszolg/
Tel.: (1) 441-4529; (1) 441-6486