

Minőségi indikátorok használata az egészségügyben – mozgásszervi rehabilitáció– Importance of quality indicators in the healthcare – in case of musculoskeletal rehabilitation –

R. DÉNES

Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Menedzsment és Vállalatgazdaságtan Tanszék,
denes@mvt.bme.hu

Abstract. Nowadays the term of management is so popular. It has an essential role in the professional life, moreover in the everyday life too. Creating and using the quality indicators (one of the quality management tools) contribute to the improvement of the operation of the healthcare system and to the development of the quality of healthcare services. The aim of the paper is to define service quality and its dimensions in healthcare and to highlight the role of quality indicators. The research calls attention to the absence of indicators measuring the different aspects of quality directly, the difficulties of measuring service quality and the need of establishment of more specific measures in healthcare. A special area of healthcare, the rehabilitation of musculoskeletal diseases will be discussed. As a research my approach is to define all the indicators that are already used in this area of the healthcare. This examination is extremely important because one of the most common ailments are the musculoskeletal diseases and their number is just increasing. The paper is mostly descriptive and follows analytical methods based on the international and Hungarian professional studies, informations. To access databases I was helped by the OSAP (National Statistical Data Collection Programme). Besides the importance of quality indicators the research calls for the need for more specific measures. On the other hand, the value of the paper lies in collecting the problems, defaults and improving areas of a specific healthcare field.

1. Bevezetés

Napjainkra a magyar egészségügy nehéz helyzetbe került, ami a közeljövőben sem látszik enyhülni. A betegek száma évről-évre növekszik, a magyar mortalitási és morbiditási adatok – a környező- és az európai országokéhoz képest is – gyengék, vészjóslóak az előregedő társadalom egészségügyi problémái és az egészségügyi dolgozók elvándorlása is nagy nehézségeket jelent [1] [2]. Ezzel szemben a finanszírozási feltételek és a támogatás mértéke nem „akar” emelkedni. Ugyanakkor az egyre jobb minőségű szolgáltatás (lenne) az elvárás. A jövőben sem várhatunk csodát, így célszerű nagyobb figyelmet fordítani a menedzsment eszközökre is. A rendelkezésre álló pénzügyi, technikai, humán erőforrás „okos” felhasználásával nemcsak a szolgáltatás minősége növelhető, hanem a hatékonyság is. A minőségmenedzsment és a minőségfejlesztés az egészségügy területén – az előzőekből következően – kiemelt fontosságú. Az adatgyűjtést, az elemzést és értékelést követően – indikátorok kidolgozásával

és alkalmazásával- nyomon lehet követni a változásokat, és pontosan rá lehet mutatni azon területekre, ahol hiányosság vagy pazarlás található. Fókuszáltnak lehet a fejlesztendő területekre összpontosítani.

2. Az egészségügyi ellátás és a minőségszemlélet

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapján az egészségügyi ellátás „a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége”[3]. Elsődleges célja az egészség megőrzésének, helyreállításának és fenntartásának maximálása a tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások, illetve a várható előnyök és kockázatok figyelembevételével.

Az egészségügyi ellátás szolgáltatás. Így nem csoda, hogy minden egészségügyi intézmény- adottságaihoz és lehetőségeikhez mérten – törekszik arra, hogy minél magasabb szinten biztosítsa szolgáltatását a vevői számára, vagyis elsősorban a pácienseinek. A menedzsment segíti ezen feladat ellátását és az egészségügyi rendszer hatékony, sikeres működését. A menedzsment – Robert C. Lloyd megfogalmazásával élve – az egészségügyben olyan tevékenység(ek), amelynek segítségével információhoz jutunk az egészségügyi rendszer működésével kapcsolatban és ezek alapján módosíthatjuk, fejleszthetjük azt [4].

Az egészségügyben a menedzsment tevékenységek között kiemelt jelentősége van a minőségmenedzsmentnek. Eszközrendszerével törekszik biztosítani a rendszer átláthatóvá tételét, a folyamatok nyomon követését, az erőforrások racionális felhasználását, az elszámolhatóság növelését és az egészségügyi szereplők elégedettségét. Az egészségügyi ellátás hatékony fejlesztéséhez – Overtveit szerint – nélkülözhetetlen a minőségszemléletet[5]. A minőségszemlélet egyrészt olyan filozófiát, szervezeti kultúrát jelent, amely nagyra értékeli a minőséget, másrészt hatékony eszköz a problémák meghatározására és leküzdésére. A minőség menedzsment rendszerek gyakorlati alkalmazásához társulnia kell a vezetők, menedzserek és az alkalmazottak minőség iránti elkötelezettségének, vagyis a minőségszemléletének.

3. Minőség és minőségfejlesztés az egészségügyben

A hazai egészségügyi törvény kötelezővé teszi, hogy az egészségügyi intézményeknek minőségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységet is kell folytatniuk. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 121.§-ában – 2015-ös CCXXIV. törvény 16-os §-a által megállapítva- előírja az egészségügyi intézmények belső minőségügyi rendszer fejlesztésére vonatkozó kötelezettségeit. Ugyanakkor a törvény nem írja elő, hogy a gyakorlatban pontosan milyen minőségügyi rendszert kell működtetni, és hozzákapcsolódóan konkrétan milyen folyamatokat kell kialakítani, milyen eszközöket kell alkalmazni. A következő meghatározás összegzi a legfontosabb gondolatokat: a minőség az egészségügyi szolgáltatás szereplőinek kinyilvánított és látens igényeinek mutatók segítségével mérhető és szemléltethető mértéke. Az egészség szubjektivitásán túl lépve szem előtt tartja az egészségügyi ellátás elsődleges célját, az egészség megőrzésének, helyreállításának és fenntartásának maximálása a tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások, illetve a várható előnyök és kockázatok figyelembevételével. [6],[7],[8]

Avendis Donabedian az egészségügyi ellátás minőségét három dimenzióban értelmezi: a struktúra, a folyamat és az eredmény kategóriák alapján. Ez a megközelítésmód máig megállja a helyét – némi

módosítással. Modellje szerint a struktúra gyűjtőnévbe tartoznak az egészségügyi rendszer tárgyi és humán erőforrásai a hozzájuk kapcsolódó szellemi tudással, elkötelezettséggel együtt (épületek, eszközök, műszerek, információs rendszer, a megfelelően képzett, tapasztalt szakemberek és kiegészítő személyzet, menedzsment, az egészségügyi ellátást nyújtók tevékenységeinek végzésére vonatkozó előírások, szabályrendszerek). Magyarországon mindezek minimumfeltételeinek szabályozására miniszteri rendeletet dolgoztak ki. A működés engedélyezéséhez teljesíteni kell a személyi (az egészségügyi dolgozók szakképzettsége és létszáma) és tárgyi (épületre, eszközökre stb.) feltételek előírásait. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) rendszeresen ellenőrzi a működési engedélyek kiadása után az egészségügyi intézmények működéséhez szükséges feltételek meglétét.[9],[10]

Avendis Donabedian és Boncz Imre tanulmánya szerint is az ellátás folyamatába sorolhatóak mindazok a folyamatok, amelyek a pácienssel, a páciensért történnek. Például a preventív, diagnosztikus, terápiás, ápolási, gondozási, rehabilitációs eljárások összessége, a beteg felvétele, informálása. Ugyanakkor az egészségügyi ellátás minősége nem csak a gyógyítás lehető legmagasabb szakmai színvonalú kivitelezésében nyilvánul meg, hanem az ezt biztosító etikus, empatikus, konfliktusmentes és biztonságos környezetben is. Ebbe a csoportba tartoznak a menedzsmentfolyamatokat (tervezés, szervezés, irányítás és vezetés), az áruszállítás, árumozgatás, információtovábbítás, a beteg elhelyezése, élelmezése és szállítása, a látogatási idő, a csendes pihenő, a takarítás, a higiénia feladatok is.[6][11]

Az eredmény kategória teljesítménye reprezentálja talán legjobban a minőséget. Az eredmény a páciens aktuális vagy jövőbeli egészségi állapotában bekövetkező változásokra és az egészségügyi dolgozók elégedettségére vonatkozik. amely az egészségügyi beavatkozásoknak, ellátásoknak, intézkedéseknek következménye. Az értékelés nehéz, mivel minden páciens más tulajdonságokkal és múlttal rendelkezik, így egészségi állapota másképp reagál, valamint nagy szerepe van a szubjektívitásnak is. A méréshez viszont releváns adatok és statisztikai módszerek szükségesek.

Hopkins továbbfejlesztette Donabedian modelljét az egészségügyi rendszer és a beteg sajátosságaival. Az előbbi például a hozzáférhetőség pénzügyi, földrajzi és időbeni szempontjai stb., az utóbbi pedig az életkor, nem, a társadalmi-gazdasági körülmények, a betegség súlyossága, a társbetegségek, a beteg egészségkultúrája, együttműködési készsége stb.[12]

Véleményem szerint célszerű a minőséget a struktúra elemeivel, a folyamatokkal és az eredményekkel együtt vizsgálni, mivel a három elem együtt képezi az egészségügyi szolgáltatást.

Donabedian meghatározta továbbá a minőség összetevőit, amelyek napjainkban is alapját képezik az egészségügyi ellátás minőség mérésének. Ezek az összetevők a következők: eredményesség, hatékonyság, hozzáférhetőség, biztonság, méltányosság (esélyegyenlőség) és megfelelés. Maxwell pedig tovább bővíti az elfogadhatósággal. Mind Maxwell és Donabediannal szemben az Egészségügyi Világszervezet Minőségügyi Munkacsoportja (WHO Working Group on Quality) minőségről alkotott elképzelései szerint a minőségnek legalább a következő négy kritériumot kell teljesítenie: teljesítmény (technikai minőség), erőforrás felhasználás (gazdasági hatékonyság), kockázat menedzsment (a nyújtott szolgáltatás okozta sérülés, sérelem vagy betegség meghatározása és elkerülése), a páciens (vevő) megelégedettsége.[6], [13]

4. Minőség mérése és a minőségi indikátorok

Az egészségügyi rendszerek komplex, sajátos jellegéből fakadóan a szolgáltatás minőségének mérése és értékelése nem egyszerű feladat. Nem beszélve az emberi szubjektivitásról, sajátosságokról és egyediségről (emberek egészségi állapota különböző, másképp reagálnak a beavatkozásokra vagy akár a gyógyszerekre stb.). A minőség mérése az ellátási – szakmai, menedzseri és támogató – folyamatok, illetve az elért eredmények mérhető és értékelhető területeit célozza meg [14]

Az elmúlt években egyre szélesebb körben dolgoznak ki az egészségügyi szolgáltatás különböző dimenziójának mérésére az indikátorokat. Az indikátor, a minőségfejlesztés meghatározó eszköze, egy mérő- és mutatószám, amely információt szolgáltat számszerűsíthető formában. Használata nemzetközi tendencia [15] és hazai elvárás is. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 121.§-a az egészségügyi intézmények belső minőségügyi rendszer fejlesztésére vonatkozó kötelezettségekben előírja a szakmai mutatók meghatározását és alkalmazását, a nyomon követést és értékelést, valamint a szükséges javító intézkedések megfogalmazását is.

Az indikátor, más szóval mérőszám szerves részét képezi a minőségmenedzsment és minőségfejlesztés eszköztárának, létrehozása és használata több célt is szolgál. A valid adatgyűjtést és kezelést követően objektív szemléletmódot nyújt a döntéshozóknak, hozzájárul a pontosabb becslések kialakításához. Az adatok összegyűjtése, követése révén lehetővé teszi a rendszer és folyamatai megértését, működésének átláthatóságát és nyomon követhetőségét. A monitorozás és az indikátorok folyamatos használata révén lehetőség nyílik a nyomon követésre és a visszajelzések biztosítására. Az indikátorok felhívják a figyelmet azokra a területekre, amelyek kiemelt figyelmet érdemelnek, javításra szorulnak. Így a hibák, gyengeségek kiküszöbölhetőek, a folyamatok fejleszhetővé válnak. Sőt a jó gyakorlat – főként országos szinten vagy kisebb léptékben – elterjesztendő.

Emellett eszköze lehet a hasonló profilú intézmények, osztályok összehasonlíthatóságának is. Nemzetközi szinten gyakran használják az indikátorokat erre a célra, elsősorban az egészségi állapotra, az életesélyekre, a finanszírozás és fenntarthatóság kérdéseire fókuszálva.

Az indikátorok alkalmazásánál számításba kell venni torzító hatásként a befolyásoló tényezőket, mint például páciens betegségének típusa, súlyossága és stádiuma, a páciens neme, kora, fizikumja stb.

Számos indikátor kategória létezik. A tanulmány kifejezetten a minőség indikátorokra helyezi a hangsúlyt.

A Joint Commission definíciója alapján a minőség indikátor „az ellátás egy szempontjának kvantitatív mérése, de az indikátor nem közvetlenül méri a minőséget, inkább egy jelzés vagy kiemelés, amely utal azon területekre, amelyek részletesebb elemzést igényelnek” [16].

Egy indikátort csak akkor tekinthetünk minőség indikátornak, ha az értékeinek alakulásával jelentős és befolyásoló minőségi problémára hívja fel a figyelmet [17].

Nagy lendületet adott a minőség indikátorok kifejlesztésére irányuló erőfeszítéseknek a minőség mérések és jelentések iránti fokozódó érdeklődés. Egyrészt az egészségügyi rendszer akkreditációs

(tanúsítási) eljárások és az adatszolgáltatások iránti elvárás vagy annak ajánlása. Másrészt a modern orvostudomány bizonyítékokon alapuló nézet, vagyis az 'evidence based medicine'. [18], [19]

A minőség indikátorral szemben a következő elvárások állnak: validitás, objektivitás, specifitás, szenzitivitás, folytonosság, megfelelőség, méltányosság, hatékonyság, eredményesség, hozzáférhetőség, reprezentativitás, reprodukálhatóság.

Használatuk során gyakran alkalmaznak küszöbértéket, ha egy érték magasabb vagy alacsonyabb értékű, az indikátor ebben az esetben az jelzésértékű. Érdekes további vizsgálatot végezni és megkeresni az okokat. Ugyanakkor meghatározása idő és pénzigényes, sőt még az is lehetséges, hogy nem minden indikátorhoz lehet küszöbértéket találni – vagy a körülmények miatt nem célszerű.

5. Minőségi indikátorok alkalmazása mozgásszervi rehabilitáció során

Az indikátorok és a minőségindikátorok alkalmazása esetén érdemes egy-egy szakterületre, betegségcsoportra szűkíteni a vizsgálati területet. A következőkben a minőség indikátorok vizsgálatát a rehabilitációs egészségügyi ellátás tevékenységeire fókuszáltan folytatom, azon belül is a mozgásszervi rehabilitáció kerül a központba.

Miért éppen a mozgásszervi megbetegedések?

A Betegségek Globális Terhei című tanulmány szerint az elmúlt 20 évben világszerte folyamatosan nőtt a betegséggel élt évek száma (Years Lived with Disability), aminek vezető okozói között elsőként találhatjuk a mozgásszervi megbetegedéseket [20]. Ezzel összefügg az a jelentős probléma, hogy a mozgásszervi betegségben szenvedők száma nagymértékben növekszik. Napjainkban vezető problémának számít az Európai Unióban és a fejlett egészségkultúrájú országokban világszerte. Hatással vannak más betegségekre és ezeken keresztül az élettartamra is [9].

Érdekes tehát nagyobb figyelmet fordítani e betegségcsoportra és gyógyítására is. Ebben az esetben az ellátás, a gyógyítás legtöbb esetben hosszabb ideig tartó, különböző tevékenységek sorozata. „A rehabilitáció olyan szervezett segítség, amelyet a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben” [21]. Ide tartozó tevékenységek: fizioterápia, sportterápia, logopédia, pszichológiai ellátás, valamint a gyógyászati segédeszközök használatának betanítása stb.

Magyarországon a kétezres évek legelején a Rehabilitációs Szakmai Kollégium három pillér alapján tett javaslatot az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztériumnak a rehabilitációban alkalmazandó minőségi indikátorokra. Egyrészt Szél és Halmos[22]munkáját használták, amelyben minőségi indikátorokat dolgoztak ki a stroke-betegek rehabilitációjára. Emellett az Australian Council on Healthcare Standards[23]által létrehozott minőségi indikátorok és az angol rehabilitációs szakmai irányelvek [24]is alapul szolgáltak. 2001-ben a Kórházi Ellátási Standardokat (KES) hirdetett ki a Rehabilitációs Szakmai Kollégium és a Rehabilitációs Orvoslás és Fizikális Medicina Magyarországi

Társasága elkészítette javaslatát a rehabilitációs osztályok működésének minőségét jellemző indikátorokra az indikátorszámítás módszerére és a hozzájuk tartozó küszöbértékre. [25],[26]

A javaslatban a következő indikátorok szerepelnek:

- halálozás,
- halálozás auditálása,
- nem tervezett áthelyezés,
- funkcionális állapot felmérése felvételtkor és távozáskor,
- részvétel team megbeszélésen.

Indikátor	Számítás	Szorzó	Mértéke.	Javasol hazai küszöbérték (%)
Halálozás	A rehabilitációs osztályon meghalt betegek száma/elhalálozott betegek száma	100	%	2
Halálozás auditálása	A halálozás miatt dokumentáltan auditált betegek száma/elhalálozott betegek	100		100
Nem tervezett áthelyezés	Az előre nem tervezett kórházi áthelyezések száma/felvett betegek száma	100	%	5
Funkcionális állapot felmérés felvételtkor	A felvételt követően max. 5 napon belül elvégzett funkcionális állapotfelmérés/felvett betegek száma	100	%	98
Funkcionális állapot felmérés távozáskor	Az elbocsátást megelőzően elvégzett funkcionális állapot felmérés/elbocsátott beteg száma	100	%	95
Team megbeszélésen való részvétel	A rehabilitációs team által dokumentáltan megvitatt betegek száma/felvett betegek száma		%	98

1. táblázat: Rehabilitációs minőség indikátorok

(Forrás:Kullman és Dénes munkája alapján [25],[26])

6. Magyarországi példák a minőségi indikátorok használatára

A magyar Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program adatai alapján, a következők benbemutatásra kerülnek a fent említett minőség indikátorok használata- a mozgásszervi rehabilitációs szakmacsoportban. A számadatok országos szintű felmérésből származnak és a 2014-es évre vonatkoznak.

6.1. Halálozás (exit)

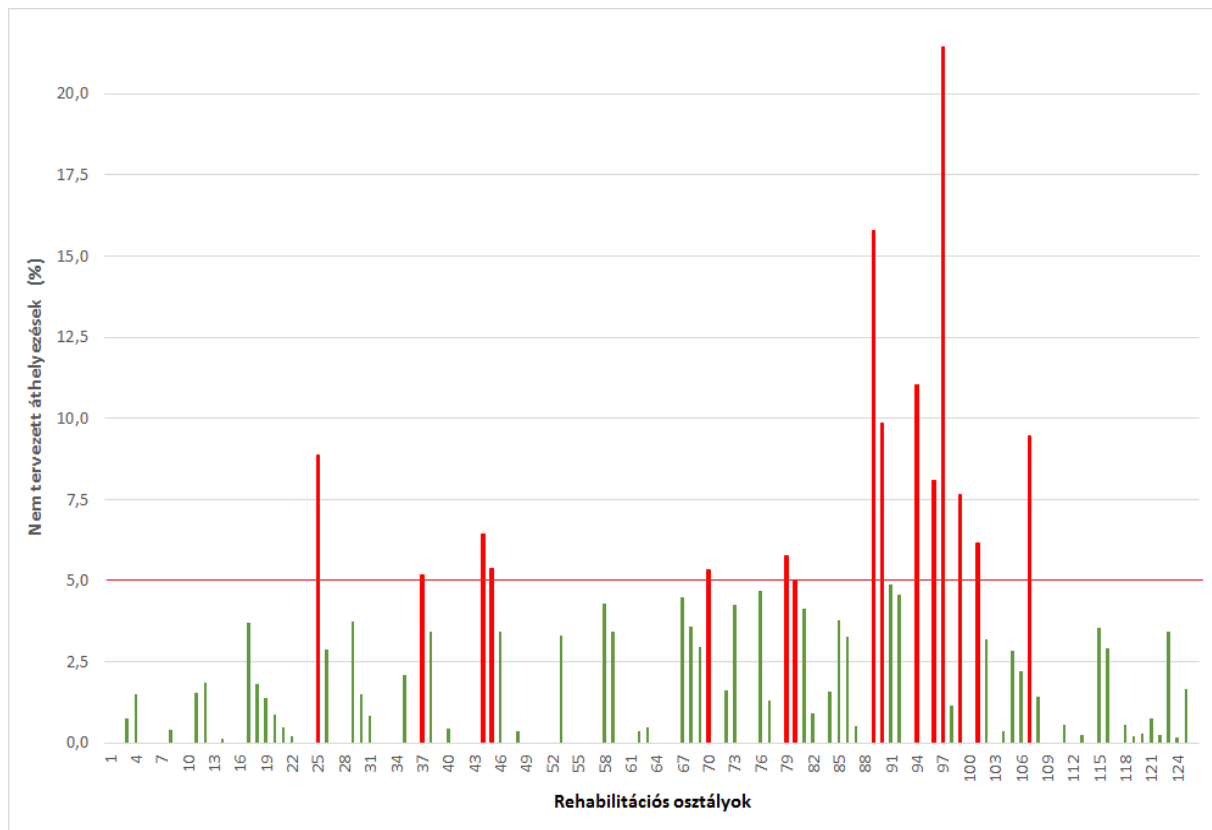
Azon mérőszámok egyike, amihez az adatok széles körben rendelkezésre állnak Magyarországon, így országos szinten is elvégezhetőek a kimutatások és az összehasonlítások. A javasolt küszöbérték erre a minőség indikátorra vonatkozólag 2 %. A felmérésben részt vett 127 db osztály halálozási arányszáma 0-25,7 %-os érték között mozogott 2014-ben. Mindössze öt olyan osztály volt, ahol a 2 %-os küszöbértéket túllépte (2,4; 5,4; 10; 17,9; 25,7). Más profilú rehabilitációs osztályhoz viszonyítva ez kifejezetten jó arány[26]. Ugyanakkor ez az öt osztály, amely túllépte a küszöbértéket, további vizsgálatra módosításra és fejlesztésre szorul. Okok között felvetődhet a nem megfelelő állapotfelmérés felvételkor vagy a nem rehabilitációs célzatú betegfelvétel és ápolás lehetősége.

6.2. Halálozás auditálása

Halálozás auditálása szervesen kapcsolódik a halálozás mérőszámához, amely a halálozás miatt dokumentáltan auditált betegek száma és az elhalálozott betegek számának hányadosa. A vizsgált osztályok e mutatószám szempontjából is jól szerepeltek, minden érték a 100%-os küszöbértéken van.

6.3. Nem tervezett áthelyezés

A kezelés bármely okból történő nem tervezett megszakítása a kezelés eredményét befolyásolhatja. A kezelés megszakításának számos oka lehet. Ez az indikátor jelzi a rehabilitációs program megszakítását, valamint a további elemzés szükségességét is. [25]Nem kérdés, hogy a nem tervezett áthelyezés emeli a páciens egészségügyi állapotának kockázatát és a stressz szintjét. Emellett plusz anyagi kiadást és munkaidőt jelent a menedzsment és az alkalmazottak számára. Számítási módja az előre nem tervezett kórházi áthelyezések száma és a felvett betegek számának hányadosa (x100). Különbséget kell tenni az intézményen belüli, osztályok között elvégzett áthelyezés és az intézmények közötti áthelyezés között, Ugyanakkor a nem tervezett áthelyezés indikátorának számításánál ezen értékek összevonásával kell számolni – ez a meghatározott formula. Tizenöt olyan eset volt, amikor ez a mutató meghaladta az 5%-os küszöbértéket (1. sz. ábrán piros színnel van feltüntetve).



1. ábra: Nem tervezett áthelyezések értéke a mozgásszervi rehabilitációs osztályokon

(Forrás:saját szerkesztés)

6.4. Funkcionális állapot felmérés felvételkor, távozáskor

A rehabilitációs ellátási eredmények mérésére speciális funkcionális skálák (Functional Independence Measure, Barthel Index, Rivermead-skála, Rusek skála) szolgálnak. Felvétel és elbocsátás előtt végzett funkciófelmérés eredményeit összevetve a rehabilitációs osztályok működésének minőségére utal. Nagy probléma, hogy országosan, egységesen nem állnak rendelkezésre adatok. Bár meg kell jegyezni, hogy már vannak olyan osztályok, ahol nemcsak a páciens kórlapján szerepel az állapotfelmérés – mindennapi élettevékenységeket jelző általános tesztekkel – így kiszámítható az indikátor.

6.5. Team megbeszélésen való részvétel

A rehabilitációs tevékenység esetén különösen meghatározó a rehabilitációs team megléte. Az orvos és azaz ápolók mellett pszichológus, logopédus, gyógytornász, konduktor, sportterapeuta, szociális munkás, segédeszközöket készítő műszerész, fizioterápiás asszisztens, dietikus, foglalkoztató terapeuta közös, összehangolt munkája nélkülözhetetlen. Magyarországon a mozgásszervi rehabilitációban ezen a mérőszámok adatai egyáltalán nem állnak rendelkezésre az kapacitáshiányok (egészségügyi dolgozók túlterheltsége) következtében. Így ez a minőség indikátor nincs nyomon követve.

7. Konklúzió

A minőségfejlesztésnek különösen fontos szerepe van az egészségügyben. Nem csak a páciensek és az egészségügyi rendszer egyéb szereplőinek elégedettségét lehet növelni, hanem lehetőség nyílik az kevésbé hatékony, eredménytelen, pazarló tevékenységek és folyamatok megszüntetésére.

A szakemberek, egészségügyi alkalmazottak, menedzserek is vizsgálják és tesztelik a minőségmenedzsment eszközeit, amelyek közül a minőség indikátorokat az egészségügyi szolgáltatás keretében egyre népszerűbbek. A bemutatott konkrét példákon keresztül is látható, hogy a minőség indikátorok használata célszerű és hasznos ugyanis: felhívják a figyelmet azokra a területekre (osztályokra), ahol eltérés érzékelhető. Így lehetőség nyílik a további vizsgálatokra, beavatkozásra, módosításra vagy átalakításra.

A Magyarországon rehabilitációra javasolt minőség indikátorok fontosak, hasznosak és általános érvényűek, ami az összehasonlíthatóság szempontjából előnyös. Ugyanakkor túlzottan általánosak. Különböző rehabilitációs tevékenységeknek specifikus indikátorokra lenne szüksége. Továbbá lassan tizenöt éve – létrehozásuk és bejelentésük óta – lényegi változtatás nem történt, pedig szükség lenne rá! Szükség van az indikátorok további tesztelésére és finomítására, valamint egyéb specifikus mérőszámok kialakítása.

Hazánkban az egészségügyben a legnagyobb probléma az adatkezelés elmaradása, aminek elsődleges oka a humán erőforrás túlterheltsége és hiánya. Az adatok folyamatos, következetes mérése és gyűjtése nélkül nem lehet monitoring tevékenységet folytatni, se indikátorokat következetesen használni.

Részben e hiányosságok miatt napjainkban – sajnos – a minőség indikátorok használata az egészségügyben még nem terjedt el kellőképpen. Magyarországon a minőségmenedzsmentnek ez az eszköze még gyermekcipőben jár. Pedig véleményem szerint jelentős lehetőségek rejlenek az egészségügy minőségfejlesztés eszközrendszerében, ezen belül is a minőség indikátorok használatában.

Hivatkozások

- [1] R. Dénes (2015), *Health care quality development in the light of the demographic situation of Hungary*, MultiScience - XXIX. microCAD International Multidisciplinary Scientific Conference, pp 6., Hungary
- [2] Központi Statisztikai Hivatal (2015), *Eltartottság iráták, öregedési index, január 1. (2003–2015)*, https://www.ksh.hu/thm/2/indi2_1_2.html, 2016.01.10.
- [3] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 3.§, 2016.01.10., http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV
- [4] C. R. Loyd (2004), *Quality healthcare, A guide to developing and using indicators*, Jones and BartlettPublishers,USA

- [5] J. Ovretveit (1994), *Health Service Quality, An Introduction to Quality Methods for Health*, Blackwell Science Limited, Oxford
- [6] A. Donabedian (1980), *Explorations in quality assessment and monitoring, The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, MI, Health Administration Press, USA
- [7] K. N. Lorh (1990), *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, National Academy Press, Washington DC
- [8] *EMIKK konszenzus konferencia*, Hajdúszoboszló, 1995
- [9] R. Dénes (2015), *Minőség indikátorok az egészségügyi intézmények minőségfejlesztésében, Quality indicators to improve the healthcare system*, Magyar Minőség Társaság, Budapest, 23/107
- [10] A. Müller (2013), *Minőségmenedzsment az egészségügyben I.*
- [11] I. Boncz (2011), *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*, 251
- [12] A. Hopkins (1992), *Measure of the quality life*, Royal College of Physicians of London, ISBN 1 973240 45 7, London
- [13] R. J. Maxwell (1984), *Quality assessment in health*, BrMed J (Clin Res Ed), 288(6428):1470–1472
- [14] N. Boyce, D. Graves, J. McNeil, et.al. (1997), *Quality and Outcome Indicators for Acute Health Care Services*, Australian Government Publishing Service, Canberra
- [15] *European Community Health Indicators, Sustainable development Indicators, OECD Health Care Quality Indicators Project, Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework*, 2006, Paper No. 23.
- [16] D. M. Nadzam, R. Turpin, L. S. Harold, et.al. (1993), *Data-driven performance improvement in healthcare: the Joint Commission's Indicator Measurement System (IMSystem)*, Jt. Comm. J. Qual. Improv., Megjelent: Orvosi Hetilap, 145, 2004: 1545-1592.
- [17] S. Gődény (2007), *A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben*, Budapest, 173
- [18] N. Kiss, K. Gémes, G. Vízi (2011), *Az interneten elérhető minőségügyi információk szerepe a betegtájékoztatóban*, IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy tudományos folyóirat, 10. évf. Klasz. (Eü. Gazd.) / 2011, 45-49.
- [19] N. T. KISS (2012), *Az Egészségbiztosítási Felügyelet kórházi minőségmérési rendszerének tapasztalatai*, Egészségügyi Gazdasági Szemle 3, 35-38. o. weborvos.hu/adat/files/2012_szeptember/egsz22jo.pdf
- [20] T. Vos, C. H. Murray, R. Barber (2015), *Global Burden of Disease Study, Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, The Lancet

- [21] 1997. évi CLIV. Törvény 100. §
- [22] I. Szél, B. Halmos (1994), *Hemiplegiásokat, ill. stroke-betegeket ellátó rehabilitációs osztályok működésének kritériumai*, Rehabilitáció, 4: 280-284
- [23] The Australian Council on Healthcare Standards (1997), *Clinical indicators in Summary*, ACHS, Sydney
- [24] L. Turner-Stokes (2002), *Clinical governance in rehabilitation medicine: The state of the art in 2002*, ClinRehabil, 16: Suppl. 1.
- [25] Z. Dénes (2004), *Experiences with quality indicators in medical rehabilitation – unplanned transmissions*, Rehabilitáció, 14(4),15-18
- [26] L. Kullman (2006), *Az orvosi rehabilitáció szerepe és kapcsolatai*, Budapest, 2006. 06. 25.