

EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

**Minőségügyi modellek és külső értékelő
technikák vizsgálata a magyar kórházi
ellátásban**

Dombrádi Viktor

Témavezető: Dr. Gődény Sándor, PhD



DEBRECENI EGYETEM
Egészségtudományok Doktori Iskola

Debrecen, 2018

Minőségügyi modellek és külső értékelő technikák vizsgálata a magyar kórházi ellátásban

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében
az egészségtudományok tudományágban

Írta: Dombrádi Viktor okleveles egészségpolitikai szakember

Készült a Debreceni Egyetem Egészségtudományok doktori iskolája
(Megelőző orvostan és népegészségtan programja) keretében

Témavezető: Dr. Gődény Sándor, PhD

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora
tagok: Dr. Káposzta Rita, PhD
Dr. Stubnya Gusztáv, PhD

A doktori szigorlat időpontja: 2018. november 26-án, 11 órakor
Debreceni Egyetem, NK, Megelőző Orvostani Intézet II. emelet Tárgyaló

Az értekezés bírálói:

Prof. Dr. Szűcs Edit, PhD
Prof. Dr. Boncz Imre, PhD

A bírálóbizottság:

elnök: Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora
tagok: Prof. Dr. Szűcs Edit, PhD
Prof. Dr. Boncz Imre, PhD
Dr. Káposzta Rita, PhD
Dr. Stubnya Gusztáv, PhD

Az értekezés védésének helyszíne és időpontja: 2018. november 26-án,
13 órakor a Debreceni Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati Intézet „A” épület
tanterme

1. BEVEZETÉS

Az előregedő társadalom egyik kihívása a krónikus betegségben szenvedők számának növekedése, amely mellett további terhet ró az egészségügyi rendszerekre világszerte a legújabb egészségügyi technológiák megjelenése és bevezetése, valamint az, hogy a betegek tudatos fogyasztóvá válva egyre nagyobb igényekkel jelentkeznek ellátásuk vonatkozásában. Amennyiben az egészségpolitikai döntéshozók nem találnak adekvát válaszokat a felmerült problémákra, úgy az érintettek nem fognak tudni megfelelő egészségügyi ellátást nyújtani az állampolgáraik számára. A helyzet megoldására számos alternatíva létezik, köztük a minőségmenedzsment bevezetése és tudatos használata az egészségügyben, mivel ez hozzájárulhat a kezelések hatékonyabbá tételéhez és a betegelégedettség növeléséhez.

1997-ben az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága felismerte a minőségmenedzsment fontosságát az ágazatban, így kijelentették, hogy a magas színvonalú betegellátás feltételének teljesüléséhez minőségfejlesztési rendszert szükséges kialakítani az egészségügyi intézményekben. Az Európa Tanács által kibocsátott „No. R (97) 17 Ajánlás” leírta azokat a területeket, amelyek a minőségfejlesztési rendszer kialakításához és bevezetéséhez szükségesek az egészségügyön belül, továbbá meghatározta, hogy milyen elemei vannak a minőségirányításnak, amelyet az egészségügynek nem szabad figyelmen kívül hagynia. Ezen túl irányelveket fogalmazott meg egy keretrendszerbe foglalva, amely megmutatja, hogy hogyan kell a minőségfejlesztési rendszert modellezni, illetve hogy milyen kutatásokat lenne érdemes folytatni ebben a témakörben. Hiányosságaként róható fel ezen ajánlásnak, hogy nem fogalmazta meg azt, hogy hogyan kellene folyamatosan monitorozni a minőséget az egészségügyi intézményekben.

2006-ban az Európai Unió Európa Tanácsa nyilvánosságra hozta azt az ajánlását, amelyben egyértelműen leszögezi, hogy a megbízottság érdekében támogatja a minőségirányítási rendszereket és a minőségfejlesztési programokat. Bár ezek az ajánlások nem olyan jogi szabályok, amelyek az összes tagállamra nézve kötelező érvényűek, viszont az európai országok egészségpolitikai döntéshozóit a megfelelő irányba befolyásolták.

A magyar egészségügyön belül a minőségirányítási rendszerre vonatkozó írásos követelményeket elsőként az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény fogalmazta meg. A törvény 121. paragrafusa a következőképpen írja le a minőségirányítási rendszer céljait: (i) a minőség folyamatos fejlesztése, az ellátás folyamatának vizsgálata és tervezése, a hibák megelőzése, (ii) az ellátásból adódó hiányok azonosítása és korrekciója, (iii) a hiányok mögötti okok feltárása, a hibák és a velük járó költségek csökkentése és végül (iv) a szakmai és minőségi elvárásoknak való megfelelés, és a szervezetek saját szabályainak a kialakítása. A törvény kötelező érvényű a belső minőségirányítási rendszerek működtetésére vonatkozóan a magyar egészségügyi intézményekben, azonban nem tartalmaz részletes iránymutatást, így nem fogalmazza meg a minőségmenedzsment napi feladatait, a létrehozandó folyamatokat és indikátorokat, amelyek szükségesek az egészségügyi ellátás színvonalának méréséhez. Ezzel szemben a külső minőségirányítási rendszerek (minőségügyi modellek) meglétét a törvény elismeri, viszont nem írja elő használatukat az egészségügyi ellátók számára. Ez a megközelítés nem egyedülálló hazánkban, mivel a gyakorlat azt igazolta, hogy ha a minőségügyi modellek bevezetését kötelezővé tennék, az olyan többlet adminisztrációs terhet róna az ágazatban dolgozókra, amellyel a minőségügyi rendszerek használatával elérendő cél megvalósítása háttérbe szorulna.

Annak ellenére, hogy a legtöbb európai országban a minőségügyi modellek nem kötelezőek, számos egészségügyi szolgáltató önként vállalja ezek bevezetését és működtetését. A magyarországi szakemberek szerint ez a következő okokra vezethető vissza: (i) az intézmények ezzel akarják bizonyítani, hogy követik a törvényi előírásokat, (ii) a minőségmenedzsment terén hiányos ismerettel rendelkeznek, és a felülvizsgálatot végző szervezettől akarnak segítséget kérni, (iii) vélt kormányzati nyomás, (iv) jobb eséllyel lehet pályázatokat nyerni, (v) magasabb finanszírozás reménye, és (vi) más egészségügyi intézmény példáját akarják követni. A minőségügyi modelleket létrehozó és karbantartó szervezetek honlapjai számos előnyt ígérnek az intézményeknek ezek használatát illetően.

A kórházakban nagyon elterjedt a minőségügyi modellek használata és számos kutatás vizsgálta ezeknek a lehetséges előnyeit és hatásait a világban, azonban Magyarországon csupán néhány vizsgálat történt. Az értekezés célja ennek kvantitatív vizsgálatokon alapuló elemzése, mivel a témában Dr. Takács Erika PhD kutatása a magyar kórházak minőségügyi modelljeit kvalitatív és elméleti módszereken alapulva már vizsgálta, így a két megközelítés jól kiegészítheti egymást.

2. CÉLKITŰZÉSEK

A magyar kórházakban alkalmazott minőségügyi modelleket bemutató legutolsó közlemény 2013. december 31.-i adatokat ismertetett. Mivel idővel ez az adat elavult, továbbá, annak érdekében, hogy megismerjük, hogy az ISO 9001 önmagában és egészségügy-specifikus standardokkal milyen hatást gyakorol a minőségüggyel kapcsolatos tevékenységekre a magyar kórházi ellátásban, és hogy megértsük, hogy a kórházakat mi készítheti egy akkreditációs felkészítő projektbe való részvételre, a következő célkitűzéseket fogalmaztuk meg:

(1) Frissíteni az adatokat a magyar kórházakban alkalmazott minőségügyi modelleket illetően.

(2) Megnézni, hogy az ISO 9001 és a MEES (Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok) hogyan kapcsolódik a minőségirányítási, a betegbiztonsági, a betegjogi, és a humán erőforrás menedzsmenti tevékenységekkel a magyar kórházakban.

(3) Megvizsgálni, hogy volt-e már különbség azon kórházak között, akik jelentkeztek az országos BELLA (BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért) akkreditáció felkészítő projektre, és azok között akik nem, olyan területeken, mint a minőségirányítás érettsége, a betegtájékoztató és betegazonosítás, a belső szabályozások, a biztonságos sebészet, a dekubitusz megelőzés, az infekció kontroll, valamint a minőségügyért felelős személy hozzáállása a minőségmenedzsmenthez és a klinikai audithoz.

(4) Feltárni, hogy az anyagi helyzet hogyan befolyásolhatta a kórházakat a BELLA akkreditáció felkészítő projektjére való jelentkezésre.

3. MÓDSZEREK

3.1 ADATGYŰJTÉS

A második célkitűzés megvalósításához a 2009-re vonatkozó országos kórházi felmérés adatbázisát használtuk. Ezt a felmérést az Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) végezte 2010. február és május között országosan a magyar kórházak körében. A felmérésben használt kérdőív 517 kérdést tartalmazott, amely 14 modulból állt: minőségmenedzsment, betegbiztonság, betegjog, humán erőforrás menedzsment, szerv adományozása, VIP szolgáltatások, várólisták kezelése, gyerekellátás,

mesterséges megtermékenyítés, kardiológiai ellátás, sürgősségi ellátás, onkológiai ellátás, nőgyógyászat, és terhes gondozás. Az összes kérdés a kórházak 2009. december 31.-ei állapotára kérdezett rá. Mivel 2010-ben az EBF jogutód nélkül megszűnt, így az adatokat senki sem dolgozta fel és senki sem publikálta.

A harmadik és negyedik kérdés megválaszolására a 2013-as országos kórházi felmérésből nyert adatokat használtuk. Ezt a felmérést a Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Karának egyik kutatócsoportja végezte. A kutatócsoportot Dr. Gódné Sándor vezette, a kutatási team tagjai Dr. Margitai Barnabás, Gáll Tibor és a PhD értekezés szerzője volt. A 2013-as felmérés alapját a 2009-es Egészségbiztosítási Felügyelet kérdőíve alkotta.

Az átdolgozott kérdőív sokkal rövidebb volt, mint az elődje, és csak 144 kérdést tartalmazott. Olyan területekre kérdezett rá, mint az általános információ a szervezetről, a minőségmenedzsment, a beteg tájékoztatás, a betegazonosítás, a belső szabályozás, a biztonságos sebészet, a dekubitusz megelőzés, és az infekció kontroll. A minőségmenedzsment dimenziója a minőségtervezéssel, minőség ellenőrzéssel, minőségbiztosítással és minőségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységekre kérdezett rá. A beteg tájékoztatása és a beteg azonosítása egy dimenziót alkottak. A kérdések első fele arra vonatkozott, hogy mikor és ki által lett a beteg tájékoztatva, míg a második fele azt kérdezte, hogy van-e helyi eljárásrend a beteg azonosításáról, és ha igen, akkor milyen betegcsoportokra terjed ez ki. A belső szabályozás dimenziójában olyan kérdést tettünk fel, hogy van-e újraélesztő csoport, hogyan használják a helyi eljárásrendeket és hogy alkalmaznak-e klinikai auditot. A biztonságos sebészettel kapcsolatos kérdések az Egészségügyi Világszervezet műtéti ellenőrző listáján alapultak. Végezetül, a dekubitusz megelőzés és az infekció kontroll dimenziói a nevükre utaló tevékenységekre kérdeztek rá, és hogy hogyan dokumentálják ezeket.

A minőségmenedzsment és a belső szabályozás dimenziók végén hét kérdést tettünk fel a minőségügyért felelős személynek azzal kapcsolatban, hogy milyen előnyt látja a minőségirányításnak, és három kérdést arra vonatkozóan, hogy mennyire tartja hasznosnak a klinikai auditot. A kérdőívben szereplő kérdések esetén legtöbbször egy vagy több válaszlehetőséget adtunk, míg a minőségügyért felelőshöz fűzött kérdések válaszlehetőségei folytonosak voltak, így 1 és 5 közötti értéket vehettek fel. A 2013-ra vonatkozó országos kórházi felmérés a 2013. december 31.-ei állapotra kérdezett rá.

A kérdőív szükségszerű átdolgozása miatt azt nem lehet összehasonlítani a 2009-es kérdőívvel. Ez egyben azt is jelenti, hogy nem lehet longitudinális vizsgálatot végezni a két adatbázissal, de fontosabbnak tartottuk, hogy olyan naprakész és releváns információt biztosítsunk kutatási eredményünkkel, amely segítségével a hazai egészségpolitikai döntéshozók munkáját támogathatjuk.

Az országos felmérés kivitelezéséhez engedélyt kértünk a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézettől (GYEMSZI). Az adatgyűjtést az EvaSys program (EvaSys Education Survey Automation Suite, Version 6, Electric Paper Evaluationsysteme GmbH, Lüneburg, Germany) segítségével végeztük el. Az adatok begyűjtése két fázisban történt. Az első fázisra 2014. február és június között került sor, amely során a Magyar Kórházszövetséghez tartozó 113 kórházat kértük fel a vizsgálatban való részvételre. A válaszadási arány alacsonynak bizonyult, így az Emberi Erőforrások Minisztériumának Egészségpolitikai Főosztálya külön kérte az intézményeket a felmérés második fázisában való részvételre, amely 2014. októbertől decemberig került megvalósításra. Az Egészségpolitikai Főosztály támogató levelének köszönhetően a válaszadási arány a második fázis végére 81 kórház részvételével 71,7%-ra nőtt. A résztvevő kórházak ágyszáma

51.246 volt (amely az összes hazai kórházi ágyszám 73,7%-a) és az éves betegforgalom 2013-ra vonatkozóan 1.757.843 fő volt (amely az összes hazai kórházi betegforgalom 73,3%-a).

Az első célkitűzés megvalósítása érdekében az adatok frissítésére vonatkozóan egy másik kórházi felmérésre került sor 2017. május és június között, amelyben a kérdések nagyon hasonlóak voltak a három évvel ezelőtti vizsgálatéhoz. Azonban a korábbi felmérés visszajelzései és eredményei alapján bizonyos kérdéseket módosítottunk és néhány új kérdéssel kiegészítettük a kérdőívet annak érdekében, hogy pontosabb információkhoz juthassunk. Például, amennyiben a kórháznak volt ISO 9001 vagy MEES tanúsítása, akkor rákérdeztünk arra, hogy melyik szervezet adta ki a tanúsítást. A kérdések a 2016. december 31.-i állapotra kérdeztek rá, viszont egy fontos eltérés volt az előző felméréshez képest, hogy a 2016-ra vonatkozó felmérésben csak az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) kórházai vettek részt, mivel csak az ÁEEK-től sikerült olyan engedélyt beszerezni, hogy a felmérést követően ellenőrzést végezhesünk az érintett kórházakban (iktatott levél száma: AEEK/002523/2017). Az ellenőrzés kivitelezésének lehetősége azért volt fontos, mivel több hazai szakember megkérdőjelezte a 2013-ra vonatkozó országos kórházi felmérésből nyert adatok megbízhatóságát, mi pedig az eredményeink megbízhatóságának növelése érdekében ki akartuk zárni ezt a hibalehetőséget. Az online felmérést az EvaSys programmal végeztük amelyben 98 kórházból 90 töltötte ki a kérdőívet (91,8% válaszadási arány). A résztvevő kórházak ágyszáma 54.322 volt (amely az összes ÁEEK-hez tartozó kórházi ágyszám 93,4%-a) és az éves betegforgalom 2016-ra vonatkozóan 1.712.957 fő volt (amely az összes ÁEEK-hez tartozó kórházi betegforgalom 73,3%-a).

3.2 ADATFELDOLGOZÁS

Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2009-es felmérésének eredeti adatbázisa 165 magyar kórház választát tartalmazta, azonban ezeknek a tulajdonságai nem voltak homogének, így a továbbiakban ismertetett adattisztítási és adatfeldolgozási módszert alkalmaztuk.

Első körben, az összes nem általános kórházat kizártuk a vizsgálatból. Magyarországon akkor tekintünk egy kórházat általános kórháznak, ha működtet belgyógyászati, gyermekgyógyászati, sebészeti és szülészeti osztályokat. Azokat a kórházakat is kizártuk a vizsgálatból, amelyek tagkórházként beolvadtak más nagyobb intézménybe, így nincs önálló vezetésük. Mivel néhány egyetemi egészségügyi szolgáltató klinikai szinten küldte el a válaszokat, így ezek is kizárásra kerültek. Végezetül, a DUQuE (Deepening our understanding of quality improvement in Europe) kutatás protokollját adaptálva csak azokat a kórházakat vontuk be a vizsgálatba, ahol az ágyak összesített száma meghaladta a 130-at. A kizárások után az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2009-es Kórházi Ágyszám és Betegforgalmi Kimutatása alapján megvizsgáltuk, hogy a válaszadási arány megfelelő volt-e.

Az adattisztítás és adatfeldolgozás után a vizsgálatban maradt kórházakat ISO 9001:2008 és MEES tanúsításuk alapján négy csoportra bontottuk. Az első csoportba tartoztak azok a kórházak, akiknek nem volt egyik tanúsítása sem, a második csoportba tartoztak azok a kórházak, akiknek csak ISO 9001:2008 tanúsítása volt, a harmadikba, akiknek csak MEES tanúsítása volt, és a negyedik csoportba, akik mind a két tanúsítással rendelkeztek.

Mivel nem volt az összes kérdőív modulja releváns a kutatásunk szempontjából, így az eredeti 14-ből csak négyet dolgoztunk fel: minőségirányítás, betegbiztonság, betegjog és humán erőforrás menedzsment.

Érdemes megjegyezni, hogy a humán erőforrás menedzsment nem ugyanazt takarja, mint a „humán erőforrás” a MeSH (Medical Subject Headings) szótárban, mivel a kérdések nem a kereslet, kínálat, eloszlás, toborzás és személyzet alkalmazását érintették, hanem azt, hogy a vezetés hogyan biztosítja a munkatársai számára az egészséges munkakörnyezetet. Mind a betegbiztonság és mind a betegjog összhangban állt a MeSH-ben megfogalmazott definíciókkal. A MeSH-ben nem szerepel a minőségirányítás definíciója, a kérdőívünkben ez a dimenzió a minőségtervezéssel, a minőség ellenőrzéssel, a minőségbiztosítással és a minőség fejlesztéssel kapcsolatos tevékenységekre kérdezett rá.

Abból adódóan, hogy néhány kérdésnél csak „igen” és „nem” válaszokat lehetett adni, míg más kérdés esetén több válaszlehetőség volt, így a válaszokat dichotomizáltuk. Ez azt jelenti, hogy az összes negatív választ 0-ra, míg az összes pozitív választ 1-re kódoltuk. Az összes kórház esetén a pontokat dimenzióként összeadtuk, és a százalékos értéket a lehetséges maximum pontból számoltuk ki.

A 2013-as országos kórházi felmérésben a kórházak ugyancsak nem voltak egységesek a tulajdonságaikat tekintve, így ebből adódóan egy hasonló stratégia mentén zártuk ki a nem általános kórházakat, amelyeknél az összesített ágyszám nem volt több mint 130. Egy egyetemi egészségügyi szolgáltatót is ki kellett zárni, mivel klinikai szinten adott választ, továbbá egy kórház is kizárásra került, mivel részt vett a BELLA akkreditációs standard fejlesztésében és így a működését már befolyásolhatták a standardok ismerete. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2013-as Kórházi Ágyszám és Betegforgalmi Kimutatása segítségével néztük meg, hogy a válaszadási arány a kizárást követően megfelelő volt-e.

Hasonlóan, mint a 2009-es felmérés adatbázisánál, a minőségügyi és a betegellátás kérdései az összes pozitív és negatív válasz aggregálását követően

dichotomizálásra kerültek. A minőségügyi felelős személy választát a minőségmenedzsmentről és a klinikai auditról külön kezeltük. Az előbbi 7 és 35 közötti értéket vehetett fel, míg az utóbbi 3 és 15 közötti értéket. Ezt követően az összes dimenzió esetén kiszámoltuk a lehetséges maximum pontot. Mivel a 2013-as felmérésben volt egy olyan válaszlehetőség, hogy „Nem tudok/nem akarok a kérdésre válaszolni” így sok esetben a kórházak ezt a válaszlehetőséget jelölték be, illetve néhány esetben a kérdésekre nem válaszoltak. Ennek a problémának az orvoslására alakítottuk ki azt a szabályt, hogy dimenzióként a kérdésekre adott válaszok aránya nem lehet kevesebb, mint 90%. Amennyiben ez a feltétel nem teljesült, akkor az adott dimenzió és adott kórház esetén az adatot figyelmen kívül hagytuk a statisztikai elemzés során.

Az intézmények forintban (HUF) számolt adósságát használtuk fel a kórház anyagi helyzetének értékelésére, amelyhez a szükséges adatokat a Magyar Állam Kincstár (MÁK) biztosította az összes általános kórházra 2013 utolsó hónapjára vonatkozóan. A különböző kórházi méretekből adódóan az egy ágyra eső adósságot és az egy beteg elbocsátásra eső adósságot vizsgáltuk külön-külön.

Az ÁEEK-től sikerült beszerezni azoknak a kórházaknak a listáját, akik részt vettek az országos BELLA akkreditáció felkészítő projektjében. Ez volt az alapja annak, hogy a 2013-as felmérésben résztvevő kórházakat két részre bontsuk, nevezetesen azon csoportra, akik részt vettek a projektben, és azokra, akik nem.

3.3 STATISZTIKAI VIZSGÁLATOK

A 2009-es és a 2013-as adatbázis statisztikai feldolgozásához hasonló módszertant alkalmaztunk. Mindkét esetben Cronbach alfa-t használtunk a dimenziók belső megbízhatóságának értékelésére, és Kolmogorov-Smirnov próbát használtunk a dimenziók normalitásának meghatározására. Spearman-féle korrelációt alkalmaztunk a dimenziók közötti lehetséges kapcsolat feltárására. A 2009-es elemzés esetén Kruskal-Wallis próbát használtunk annak vizsgálatára, hogy volt-e statisztikailag szignifikáns különbség a kialakított csoportok között és négyzetet számoltunk a hatás erősségének elemzésére. A 2013-as elemzésben Mann-Whitney U próbát és független t-próbát alkalmaztunk annak függvényében, hogy az adatok normális eloszlásúak voltak, vagy sem.

Az adatok normalitását akkor utasítottuk el, ha a P értéke kisebb volt, mint 0,01. A hatás erősségét akkor tekintettük alacsonynak, ha $\eta^2 < 0,06$, közepesnek, ha $0,06 \leq \eta^2 < 0,14$ és nagynak, ha $\eta^2 \geq 0,14$. A dimenziók belső megbízhatóságát nem találtuk megfelelőnek, ha a Cronbach alfa értéke $\alpha < 0,6$, megkérdőjelezhető volt, ha az $0,6 \leq \alpha < 0,7$, és megfelelő volt, ha $\alpha \geq 0,7$. Az összes többi számolás esetén akkor tekintettük szignifikánsnak az eredményt, ha a P értéke $< 0,05$. Az összes statisztikai elemzés az SPSS 22 programcsomaggal lett kivitelezve (SPSS for Windows, Version 22.0, IBM Inc., Released 2013. Armonk, NY, USA).

A 2016-ra vonatkozó elemzés esetén csak leíró statisztikát alkalmaztunk a legfontosabb eredmények illusztrálására.

4. EREDMÉNYEK

4.1 A MAGYAR KÓRHÁZAKBAN HASZNÁLT MINŐSÉGÜGYI MODELLEK

A korábbiakban leírtaknak megfelelően a 2016-ra vonatkozó országos kórházi felmérésben 90 kórház töltötte ki a kérdőívet. Mivel az összes kórház fenntartója az ÁEEK volt, így ebben a felmérésben egyetlen egyetemi egészségügyi szolgáltató vagy magánkórház sem vett részt. Ez azt jelenti, hogy a kapott eredményeket csak óvatosan lehet általánosítani az összes magyar egészségügyi fekvőbeteg ellátó intézményre. A felmérés kérdései között külön kitértünk arra, hogy milyen tanúsítással rendelkezik az adott kórház, és hogy milyen kiválósági díjakat nyert el.

A 2016-ra vonatkozó kórházi felmérés adatai alapján a legelterjedtebb tanúsítás az ISO 9001 - Minőségirányítási Rendszerek 68,9%-al, míg a második leggyakoribb a Hazard Analysis and Critical Control Points tanúsítás (46,5%), a harmadik a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (37,8%) és végül az ISO 14001 - Környezetközpontú Irányítási Rendszerek használata (21,1%) volt. Csak néhány kórház esetében volt fellelhető az EN 15224 – Egészségügyi Szolgáltatások, Minőségirányítási Rendszerek tanúsítása (2,2%), a 15189 – Orvosi Laboratóriumok akkreditációja (3,3%), az OHSAS 18001 – Munkahelyi Egészségvédelem és Biztonság Irányítási Rendszerének tanúsítása (3,3%), az ExcellenCert tanúsítása (1,1%) vagy az ISO 27001 – Információbiztonsági Irányítási Rendszerek tanúsítása (1,1%). Egyetlen kórház sem jelezte, hogy lenne ISO 26000 – Teljesítményértékelés, Társadalmi Felelősségvállalás, ISO 57001 – Energiairányítási Rendszer vagy ISO 22001 – Élelmiszerbiztonsági Irányítási Rendszerek tanúsítása.

A díjak közül az Emberi Erőforrások Minisztériuma (10%) és a Házipatika (5,6%) által nyújtott Év Kórháza Díja tűnik a leggyakrabban elnyert díjnak,

továbbá a kórházak 4,4%-a nyerte el az IIASA-Shiba díjat és a 3,3%-a valamilyen regionális díjat.

4.2 A MINŐSÉGÜGGYEL KAPCSOLATOS TEVÉKENYSÉGEK ÖSSZEFÜGGÉSE AZ ISO 9001:2008-EL ÖNMAGÁBAN VAGY A MEES-EL KOMBINÁLVA

A vizsgálat követelményeinek nem eleget tevő kórházak kizárása után az eredeti 2009-es adatbázisból 55 általános kórház adatait tudtuk felhasználni az elemzéshez. Ez a vizsgált kórházsám az országosan 130 ágynál nagyobb ágyszámmal rendelkező kórházak ($n=74$) 74,3%-át alkották az adott évben Magyarországon. Ezek közül 16-nak nem volt tanúsítása, 19-nek csak ISO 9001:2008 tanúsítása volt, 2-nek csak MEES tanúsítása, és 18-nak volt egyszerre ISO 9001:2008 és MEES tanúsítása is. Az alacsony mintaszám miatt, a két kórházat, ahol csak MEES tanúsítás volt kizártuk a további vizsgálatból.

A Cronbach alfa megfelelő belső megbízhatóságot mutatott a betegbiztonság és a humán erőforrás menedzsment dimenzióinál, viszont az összesített érték esetén az alfa értéke megkérdőjelezhető volt, míg a minőségmenedzsment és betegjog esetén ez az érték az elfogadható szint alatt volt.

A Spearman-féle korrelációs mátrix pozitív szignifikáns kapcsolatot talált a minőségmenedzsment és a humán erőforrás menedzsment között, a betegbiztonság és a betegjog között, és a betegbiztonság és a humán erőforrás menedzsment között. Viszont minden esetben a korreláció erőssége alacsony volt. Ez azt jelenti, hogy a dimenziók között nincs jelentős kapcsolat, és külön lehet elemezni őket.

Az összes dimenzió esetén a legmagasabb medián értéket azok a kórházak szerezték, akiknek egyszerre volt ISO 9001:2008 és MEES tanúsítása. Mindezek mellett azok a kórházak, akiknek csak ISO 9001:2008 tanúsítása volt, jobb medián értéket értek el minőségmenedzsment, humán erőforrás

menedzsment és összesített pontérték terén, mint azok a kórházak, ahol nincs semmilyen tanúsítás.

Az összehasonlító statisztika eredményei alapján az ISO 9001:2008 és MEES tanúsítással rendelkező kórházak, valamint a csak ISO 9001:2008 tanúsítással rendelkező kórházak szignifikánsan jobb eredményt értek el minőségmenedzsment, humán erőforrás menedzsment és összesített pontérték terén, mint azok a kórházak, ahol nincs tanúsítás.

4.3 EGY AKKREDITÁCIÓS PROGRAMRA VALÓ JELENTKEZÉS KÖRÜLMÉNYEINEK VIZSGÁLATA A MAGYAR KÓRHÁZAK KÖRÉBEN

A kizárásos kritériumok következtében 44 általános kórház maradt a 2013-as adatbázisból. Ezek a kórházak az összes magyar általános kórház (n=60) 73.3%-át alkották az adott évben. Ebből 14 kórház vett részt a BELLA akkreditáció felkészítő projektjében. Mivel a maradék 30 nem vett részt ebben a projektben, így az elemzésben ezeket használtuk az összehasonlítás alapjául.

A 90%-os válaszadási kritérium miatt 34 választ kizártunk a dimenziók szintjén. A Kolmogorov-Smirnov próba eredményei alapján az adatok normalitása dimenzióként és a projektben való részvételként eltérő volt.

A Cronbach alfa értékek alapján megfelelő volt a belső megbízhatóság a minőségmenedzsment, dekubitusz megelőzés, és a minőségügyi felelős véleményének dimenziói esetén. Viszont a Cronbach alfa értéke megkérdőjelezhető volt a biztonságos sebészet dimenziójánál és a megfelelőség szintje alatt volt a betegtájékoztató és a betegazonosítás, a belső szabályozás és az infekció kontroll dimenzióinál.

A korrelációs mátrix pozitív irányú szignifikáns kapcsolatot talált a minőségmenedzsment és a belső szabályozás között, az infekció kontroll és a dekubitusz megelőzés között, a belső szabályozás és a minőségügyért felelős véleménye a klinikai auditról dimenziói között, és végül a

minőségmenedzsmentről és a klinikai auditról alkotott vélemények között is. Mivel az ezek között lévő kapcsolat erőssége közepes, így nem kell attól tartani, hogy ezeknél a dimenzióknál van egy közös magyarázó tényező, így ezeket egymástól függetlenül lehet elemezni.

Amikor a felkészítő projektben résztvevő kórházak válaszát összevetettük a nem részt vevő kórházak válaszaival az összehasonlító elemzés során egyetlen egy dimenzió terén sem találtunk szignifikáns eltérést.

Annak ellenére, hogy a kórházi adósság átlaga – mind az egy ágyra számított és mind az egy beteg elbocsátásra számított érték esetén – alacsonyabb volt a felkészítő projektben résztvevő kórházak esetén a nem résztvevőkhöz képest, a különbség nem volt statisztikailag szignifikáns.

5. MEGBESZÉLÉS

5.1 AZ EREDMÉNYEK KÖVETKEZMÉNYEI

A 2016-ra vonatkozó kórházi felmérésből kiderült, hogy a leggyakrabban használt minőségügyi modell az ISO 9001 – Minőségirányítási Rendszerek. Viszont az eredményekből az is világossá vált, hogy az ISO 9001 és MEES tanúsítás megléte terén enyhe csökkenő trend figyelhető meg 2014-2016 időintervallum vonatkozásában. Feltételezhető, hogy ez az EN 15224 megjelenésével és a BELLA akkreditációval összefüggésbe hozható TÁMOP projektekkel magyarázható. Ez a tény rámutat arra, hogy a magyar kórházakat már nem lehet a minőségügyi modellek tekintetében homogénnek tekinteni, amely feltehetően hozzá fog járulni a minőségüggyel és a betegellátással kapcsolatos tevékenységek varianciájának a növekedéséhez, továbbá nehezebb lesz kvantitatív jellegű vizsgálatokat végezni a jövőben, mivel az összes minőségügyi modellt figyelembe kell venni a statisztikai elemzések során.

Mivel az ISO 9001:2008 önmagában és egészségügy-specifikus standardokkal együtt is jobb eredményt ért el a minőségmenedzsment és a humán erőforrás menedzsment terén, így feltételezhető, hogy az ISO 9001:2008 valóban kapcsolatban áll ezekkel a tevékenységekkel. A MARQuIS (Methods Of Assessing Response To Quality Improvement Strategies) kutatási projekt egyik vizsgálatában a minőségmenedzsment a menedzsment aldimenziója volt, valamint az ISO 9001-et csak az akkreditációval együtt vizsgálták, amely során azt elemezték, hogy van-e kapcsolat a menedzsmenti tevékenységekkel. Ez azt jelenti, hogy a most bemutatott kutatás az első olyan vizsgálat, amely direkt pozitív kapcsolatot talált az ISO 9001 és a minőségmenedzsmenti tevékenységek között a kórházi ellátáson belül.

Ugyan pozitív kapcsolatot találtunk az ISO 9001:2008 és a humán erőforrás menedzsment között, a közöttük lévő ok-okozati összefüggés nem egyértelmű. Bár az ISO 9001:2008-nak vannak követelményei a humán erőforrást illetően, viszont ez nem foglalja magába a kiégés megelőzését a beosztottak körében, a rendszeres dolgozói elégedettséget, vagy az egészségmegőrzésre vonatkozó tevékenységeket a munkatársak számára. Összességében nehéz eldönteni, hogy az ISO 9001 indirekt módon támogatja ezeket a tevékenységeket, vagy azok a szervezetek, ahol proaktívak a humán erőforrás menedzsment terén, egyben nyitottabbak az ISO 9001 bevezetésében is.

Egy másik MARQuIS vizsgálatához hasonlóan nem találtunk statisztikailag szignifikáns kapcsolatot az ISO 9001:2008 és a betegbiztonsági tevékenységek között. Ez azzal magyarázható, hogy az ISO 9001 nem tartalmaz egészségügy-specifikus követelményeket.

Összhangban egy MARQuIS vizsgálattal, a betegjogok és az ISO 9001:2008 között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot, amelyből azt a következtetést

lehet levonni, hogy az ISO 9001 és más minőségügyi modellek általánosságban nincsenek kapcsolatban a betegjogi tevékenységekkel.

Amikor az ISO 9001:2008-at a MEES-el kombináltuk, nem találtunk szignifikánsan jobb eredményeket. Az egyik magyarázata lehet ennek, hogy a MEES követelményei bizonyos esetekben nem eléggé konkrétak és a standardok nem kellően relevánsak. Egy másik lehetséges magyarázat, hogy a standardok megfelelőek, viszont számos korlát akadályozza meg ezek bevezetését. Ilyen korlát lehet a résztvevő munkatársak alacsony kezdeményező készsége, a csapatmunka hiánya, a hiányos csoportmegbeszélések, a szervezés hiánya, az egymást váltó rezidensek, a hiányos erőforrások vagy a túl sok változás a szervezeten belül. Érdekes azt is megemlíteni, hogy már 2009-ben komoly munkaerőhiány volt a magyar kórházakban. Ugyan nincs meggyőző bizonyíték arról, hogy mely tényezők játszhattak jelentős szerepet ebben a kérdésben, viszont amennyiben ezek a korlátok valóban jelentős negatív hatást gyakoroltak, akkor az egészségügy-specifikus standardok bevezetése nem fog automatikusan jobb vagy biztonságosabb ellátáshoz vezetni.

A legjobb eredményt azok a kórházak érték el, akik több minőségügyi modellt működtettek párhuzamosan. Ez az eredmény összhangban van a DUQuE kutatási projekt eredményeivel. Viszont ezek az előnyök csak a medián értékeknél voltak jellemzőek, és nem találtunk szignifikáns eltérést azokhoz a kórházakhoz képest, akiknek csak ISO 9001:2008 tanúsítása volt. Ez megkérdőjelezheti azt a feltevést, hogy több minőségügyi modell bevezetése mindig a legjobb eredményt hozza. Mi több, ha két tanúsítás megszerzése valóban jobb eredménnyel párosulna, akkor sem lenne egyértelmű, hogy ez az ISO 9001:2008 és a MEES egymást kiegészítő jellegéből adódik, vagy azok a kórházi vezetők, akik nyitottabbak több minőségügyi modell működtetésében, egyben elkötelezettebbek a minőségi ellátás iránt is.

Hasonlóan, mint a MARQuIS és DUQuE projekteknel, ezt a választ a jelenlegi kutatás nem tudja megválaszolni.

A BELLA akkreditációra vonatkozó eredmények konklúziói egyértelműek. Mivel nem találtunk statisztikailag szignifikáns előnyt a felkészítő projektben résztvevő kórházak körében, így amennyiben az akkreditáció elérhető lesz a magyar kórházak számára, a jövőben megjelenő lehetséges különbséget majd ezzel a minőségügyi modellel lehet magyarázni. Továbbá, azt a feltételezést, hogy a kórházak csak anyagi okok miatt jelentkeztek az EU-s projekthez megkérdőjelezheti az az eredmény, hogy a felkészítő projektre jelentkező kórházak körében alacsonyabb volt a kórházi adósság mértéke, mint, akik mellőzték a részvételt.

A 2013-as adatbázisból származó elemzés eredményei megkérdőjelezik azt a felvetést, hogy van egy külső független tényező, amely megmagyarázná egyszerre az akkreditációra való nyitottságot és a jobb minőségű ellátást. Mivel nem találtunk statisztikailag szignifikáns eltérést a két általános kórházi csoport között, így kijelenthetjük, hogy az akkreditáció nem egy olyan módszer, amivel azokat a kórházakat választják ki, akik már jobban teljesítenek, hanem egy eszköz, amely hozzájárulhat a kórházi tevékenységek javulásához. Ennek egyértelmű konklúziója, hogy a korábbi kórházak körében kivitelezett kvantitatív kutatásokban azonosított előnyök valóban az akkreditációra vezethetők vissza.

5.2 ERŐSSÉGEK ÉS KORLÁTOK

A 71,6%-os válaszadási arány a 2009-es felmérés elemzése esetén és a 73,3%-os válaszadási arány a 2013-as felmérés elemzésénél kifejezetten kedvezőnek tekinthető. A 2016-ra vonatkozó felméréssel ellentétben, ezekben az években az eredmények konklúzióit az összes magyar általános közkórházra lehet általánosítani. Ugyan kevesebb kórház vett részt mind a két elemzésben, mint

a MARQuIS (71) és a DUQuE (73) projektekben, azonban az al csoportoknál lévő egyenletes eloszlás mind a két magyar felmérésnél optimális volt keresztmetszeti vizsgálatok kivitelezésére. Továbbá, mivel mind a két felmérés csak egy országban lett kivitelezve, így nem kellett figyelembe venni olyan zavaró tényezőket, mint a különböző finanszírozási módszerek vagy az eltérő egészségpolitikai prioritások.

Viszont egyetlen egy magánkórház sem vett részt a két vizsgálatban. Ez arra vezethető vissza, hogy (i) nincs sok magánkórház Magyarországon, (ii) leginkább speciális ellátást nyújtanak és (iii) ritkán vesznek részt tudományos vagy állami felmérésekben. Ebből adódóan, az eredményeket nem lehet a magánkórházak esetében értelmezni.

A 2009-es felmérés az Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) prioritásait vette figyelembe, amelyből adódóan az elemzett témakörök szakmai szempontból relevánsak és az adott időben fontosak. Több kérdést megváltoztattunk a 2013-as felmérésben, amelyre azért volt szükség, hogy bizonyos témakörökben pontosabb információkhoz juthassunk. A legnagyobb korlátja mind a két felmérésnek az, hogy kérdőíveket eredetileg országos jelentések elkészítéséhez készítették, nem pedig kutatási célra. Ebből adódóan a kérdőív fejlesztése során kimaradtak olyan lépések, amelyek szükségesek egy megfelelően validált kérdőívhez. Az alacsony Cronbach alfa érték bizonyos dimenzióknál mind a két vizsgálat során erre vezethető vissza. Ennek ellenére fontos kiemelni, hogy számos dimenzió esetén megfelelő volt a belső megbízhatóság mértéke.

A MARQuIS és a DUQuE projekt olyan kérdéseket használt, amelyek tükrözik a PDCA (tervezés, cselekvés, ellenőrzés, beavatkozás) ciklus négy fázisát. Ezzel szemben, mivel a mi kutatásunkban dichotomizálásra kerültek a válaszok, így a statisztikai elemzés során csak azt vizsgáltuk, hogy „mit” végez a szervezet, nem azt hogy „hogyan”.

A 2009-es felmérés nem vizsgálta azt a kérdést, hogy a kórházaknak mióta van ISO 9001 és MEES tanúsítása, illetve hogy melyik szervezettől kapták meg ezeket. Egy másik probléma volt, hogy a Magyarországon működő tanúsító cégek nagy része nem magyarországi hatóságtól kapja az ehhez szükséges akkreditációját, amely ahhoz vezethet, hogy az ISO standardokat a különböző tanúsító cégek máshogy értelmezhetik.

A 2013-as országos kórházi felmérés kérdéseinél az a válasz szerepelt, hogy „Nem tudok/nem akarok a kérdésre válaszolni”. Ez a válasz egyrészt magakadályozta, hogy a kórházak hamis választ adjanak, ugyanakkor ez azt is eredményezte, hogy nem az összes kérdésre válaszoltak egy adott dimenzió belül. Ez utóbbi mérsékelte a statisztikai elemzésből levonható konklúziók bizonyítóerejét, azonban a megbízhatóbb adatok használatát fontosabbnak tartottuk, mint a nagyobb mintaszámot; így ez a válaszlehetőség összességében több előnnyel bírt, mint hátránnyal.

Ugyan számos korlát került ismertetésre, viszont ha figyelembe vesszük az erősségeket és a vizsgálatokban alkalmazott kvantitatív módszereket, akkor kijelenthetjük, hogy ezek a korlátok nem csökkentik az értekezés eredményeinek súlyát.

5.3 JAVASLATOK A MAGYAR EGÉSZSÉGPOLITIKAI DÖNTÉSHOZÓK SZÁMÁRA

Számos tényezőt kell figyelembe venni, amikor a legjobb megoldást próbáljuk megfogalmazni a minőségügyi modellek használatával kapcsolatosan a magyar kórházi ellátáson belül. Az első és legfontosabb tényező, hogy nem egyértelmű, hogy melyik minőségügyi modellel a legjobb az ágazat számára. A MARQuIS kutatási projektben azt az eredményt kapták, hogy az akkreditált kórházak jobb eredményt értek el menedzsment, klinikai gyakorlat és betegbiztonság terén, mint azok a kórházak, akiknek tanúsításuk van, viszont

az ISO tanúsítással rendelkező kórházak jobb eredményt értek el betegközpontúság és határon átnyúló betegközpontúság terén. Ezen túl még nem született olyan kutatás, amely a két minőségügyi modellt összehasonlította volna olyan egészségügyi kimenetek terén, mint a halálozás, ápolási napok száma, betegelégedettség vagy dolgozói elégedettség. Ebből adódóan jelenleg nem áll rendelkezésre kellő bizonyíték, hogy az egyik minőségügyi modellt jobbnak tekinthessük, mint a másikat.

Egy másik fontos tényező, amelyet érdemes figyelembe venni, hogy Magyarország nem vett részt sem a MARQuIS, sem a DUQuE kutatási projektekben. Ebből adódóan nem egyértelmű, hogy az európai szintű megállapítások mennyire érvényesek Magyarországon. A következő dolgokat kell figyelembe venni, amikor a minőségmenedzsmentet vizsgáljuk a magyar kórházak körében: (i) az ISO tanúsítás már kettő évtizede jelen van, (ii) a legutóbbi adat alapján a kórházak 68,9%-ának van ISO 9001 tanúsítása és (iii) komoly humán erőforrás hiány van az egészségügyben.

Annak ellenére, hogy a BELLA akkreditáció felkészítő projektjét 2015. novemberben befejezték, a mai napig nem elérhető a BELLA akkreditáció az egészségügyi szolgáltatók számára. Mivel még nincs hivatalos állásfoglalás a BELLA akkreditáció jövőjét illetően, így számos forgatókönyvet kell figyelembe venni, amikor javaslatokat fogalmazunk meg az egészségpolitikai döntéshozók felé a témát illetően.

Amennyiben a döntéshozók támogatják a BELLA akkreditációt, akkor a kezdeti sikerektől függően két kimenet lehetséges. (i) Amennyiben kellő számú kórház jelentkezik a BELLA akkreditációra és bebizonyosodik, hogy az ellátás folyamatára és kimenetére pozitív hatást gyakorol, akkor ez azt fogja eredményezni, hogy az egészségügy-specifikus minőségügyi modellek használata tovább fog darabolódni a kórházak körében. (ii) Amennyiben túl kevés kórház fog jelentkezni az akkreditációra, vagy a várt előnyök nem

teljesülnek, akkor az egészségpolitikai döntéshozóknak aktív lépést kell tenniük és egy másik megoldást kell találniuk egy hatékony egészségügy-specifikus minőségügyi modell bevezetése érdekében.

Amennyiben a döntéshozók nem támogatják a BELLA akkreditációt, akkor további tényezőket is figyelembe kell venni. Annak ellenére, hogy az EN 15224-nek van egészségügy-specifikus követelménye, mivel európai szinten fejlesztették, így nem kizárt, hogy nem kellően részletes a magyar kórházi ellátásban lévő minőségügyi problémák megoldására. Továbbá, figyelembe véve a kutatásunk eredményét, mely szerint a MEES nem állt kapcsolatban a betegbiztonsággal.

Amennyiben az értekezésben bemutatott eredményeket összegezzük, akkor négy fő irányt lehet az egészségpolitikai döntéshozók számára megfontolásra javasolni:

1. A MEES átdolgozása és integrálása az MSZ EN ISO 9001:2015 standardokkal: Ez azért lehet előnyös, mert már számos magyar kórháznak van ISO 9001 és MEES tanúsítása. Ehhez a gyors megoldáshoz a MEES tanúsítást adó szervezetek auditorainak együttesen kellene az elmúlt évtized tapasztalatait összegezni. Egy ilyen projekt kivitelezése állami támogatást igényelne, viszont viszonylag rövid idő alatt meg lehetne valósítani.

2. A MEES átdolgozása és integrálása az MSZ EN 15224:2017 standardokkal: Az előzőhöz képest, ez aktívabb beavatkozást igényelne, mivel nem sok kórháznak van jelenleg EN 15224 tanúsítása. Viszont az EN 15224-et nemzetközi szinten elismerik, így hozzájárulhat a határon átnyúló betegközpontú ellátás javításához.

3. A BELLA akkreditáció meglévő standardjainak integrálása az MSZ EN ISO 9001:2015 standardokkal: A BELLA akkreditációnak jól kifejtett és releváns standardjai vannak, amelyek nagy hangsúlyt fektetnek a

betegbiztonságra. Amennyiben az akkreditálási folyamatot elutasítják, a standardokat még fel lehetne használni és úgy módosítani, hogy kompatibilis legyen az ISO 9001 standardjaival. Mivel a standardok már elérhetőek, így ennek a tervnek a megvalósítása minimális erőbefektetéssel járna.

4. A BELLA akkreditáció meglévő standardjainak integrálása az MSZ EN 15224:2017 standardokkal: A BELLA akkreditáció eredeti célkitűzése volt, hogy jelentkezzen az ISQua akkreditáció megszerzésére, és így nemzetközi elismerést szerezzen. Viszont egy teljes program hiányában ez a cél nem elérhető. Ebből adódóan érdemes lenne az akkreditációs standardokat integrálni az EN 15224-el.

Mindegyik javaslatnak megvan a maga erőssége és korlátja, így a végleges döntés meghozatala előtt fontos az óvatos mérlegelés. Attól függetlenül, hogy mely javaslatot támogatják az egészségpolitikai döntéshozók, fontos leszögezni, hogy ezek mindössze a magas minőségű kórházi ellátás elérésének egyik lehetséges eszközei. Annak érdekében, hogy teljes körű ellátást nyújtsanak a kórházak, fontos (i) a bizonyítékon alapuló gyógyítás ellenőrzése és bevezetése klinikai auditokon keresztül, (ii) a Teljes Körű Minőségmenedzsment (TQM) elvével összhangban az összes munkatárs bevonása a folyamatos minőségfejlesztésben, (iii) és a felső vezetés számára egy olyan környezetet biztosítani, amely támogatja a magas minőségű ellátás kultúráját a teljes szervezeten belül.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az európai kórházakban leggyakrabban használt minőségügyi modellek az ISO tanúsítások, az EFQM kiválósági modell, a vizitációs modell és az akkreditáció. Annak ellenére, hogy az ISO 9001-et széles körben használják a gyakorlatban, a legtöbb kutatás eddig az akkreditáció hatásának vizsgálatára irányult. Összességében számos előnye van mind az akkreditációnak, mind az ISO 9001-nek. Ennek ellenére nem volt ismert, hogy az ISO 9001 mennyire eredményes az egészségügy-specifikus standardokkal kiegészítve illetve azok nélkül, továbbá hogy milyen tényezők járulhatnak hozzá ahhoz, hogy a kórházak belépjenek egy akkreditációs programba. Az értekezésben bemutatott elemzések ezekre a kérdésekre kerestek választ. Az első vizsgálathoz az Egészségbiztosítási Felügyelet 2009-re vonatkozó felmérését, míg a másodikban a 2013-ra vonatkozó országos kórházi felmérést és a Magyar Állam Kincstár adatbázisait használtuk fel. A két statisztikai elemzésbe 53 illetve 44 magyarországi általános kórházat vontunk be. Eredményeink szerint azok a kórházak, amelyek az ISO 9001-et használták önmagában, vagy a MEES-el kombinálva, szignifikánsan jobb eredményt értek el minőségirányítás és humán erőforrás menedzsment terén, mint azok a kórházak, amelyek nem rendelkeztek semmilyen tanúsítvánnyal. Viszont nem találtunk szignifikáns különbséget azon kórházak között, amelyek mind a két tanúsítvánnyal, vagy csak ISO 9001-el rendelkeztek. Ez alapján az egészségpolitikai döntéshozóknak mérlegelniük kellene az ISO 9001 és/vagy az EN 15224 támogatását, továbbá egy integrált minőségügyi modell kialakítását is az egészségügyben. A BELLA akkreditációs program felkészítő projektjében résztvevő és abból kimaradó kórházak között semmilyen téren nem találtunk szignifikáns különbséget. Ezért, amennyiben a BELLA akkreditációs program elindul, akkor az akkreditált és nem akkreditált kórházak közötti különbséget ezzel a minőségügyi modellel lehet majd magyarázni.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretném hálás köszönetet kifejezni témavezetőmnnek, Dr. Gődény Sándornak, hogy folyamatosan támogatott és iránymutatást adott a PhD tanulmányaim alatt. Hálás vagyok az Egészségtudományok Doktori Iskola vezetőjének, Prof. Dr. Ádány Rózának, hogy támogatta a doktori tanulmányaimat és az értekezés megírását. Szeretném továbbá megköszönni Dr. Sándor Jánosnak, Dr. Margitai Barnabásnak, Dr. Dózsa Csabának, Bárdos-Csenteri Orsolyának és Gáll Tibornak, hogy az értekezésem alapjául szolgáló két kézirat elkészítésében segítettek. Köszönöm Dr. Nagy Attilának, hogy a statisztikai jellegű kérdésekre mindig választ adott, valamint köszönöm Dr. Bíró Klárának, hogy az értekezés véglegesítésében segített. Szeretném megköszönni a már megszűnt Egészségbiztosítási Felügyelet munkatársainak, hogy a 2009-es felmérést elvégezték. Hálásan köszönöm a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetnek, hogy engedélyezték a 2013-as felmérést a kórházakban. Köszönöm a Magyar Kórházszövetségnek és az Európai Minőségügyi Szervezet Magyar Nemzeti Bizottságát, hogy támogatták ezt a kutatást. Továbbá köszönöm az Emberi Erőforrások Minisztérium Egészségpolitikai Főosztályának, hogy elsőként támogatták, majd segítették a 2013-as felmérés kivitelezését. Végezetül szeretném megköszönni a kórházi vezetőknek, hogy részt vettek a 2009-es és 2013-as felmérésben és az összes kórházi dolgozónak, akik aktívan részt vettek a kérdőívek kitöltésében. Hálás vagyok anyukámnak, apukámnak, nővéremnek és sógoromnak, hogy folyamatosan támogattak a munkám során.

A kutatások elvégzését és az értekezés elkészítését a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg.



Nyilvántartási szám: DEENK/243/2018.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Dombrádi Viktor
Neptun kód: L8GP1C
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola
MTMT azonosító: 10045670

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Dombrádi, V.**, Margitai, B., Dózsa, C., Csenteri, O. K., Sándor, J., Gáll, T., Gődény, S.:
Investigation of the conditions affecting the joining of Hungarian hospitals to an accreditation programme: a crosssectional study.
BMJ Open. 8, 1-9, 2018.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019232>
IF: 2.369 (2016)
2. **Dombrádi, V.**, Csenteri, O. K., Sándor, J., Gődény, S.: Association between the application of ISO 9001:2008 alone or in combination with health-specific standards and quality-related activities in Hungarian hospitals.
Int. J. Qual. Health Care. 20 (2), 283-289, 2017.
IF: 2.342 (2016)





További közlemények

3. Bíró, K., **Dombrádi, V.**, Jani, A., Boruzs, K., Gray, M.: Creating a common language: defining individualized, personalized and precision prevention in public health.
J. Public Health. fdy066, -, 2018.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdy066>
IF: 2.125 (2016)
4. Gray, M., Lagerberg, T., **Dombrádi, V.**: Equity and Value in 'Precision Medicine'.
The New Bioethics 23 (1), 87-94, 2017.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/20502877.2017.1314891>
5. **Dombrádi, V.**, Gődény, S., Dózsa, C.: Tanúsítások, klaszterek és heveny szívinfarktust követő 30 napon belüli halálozások aránya a magyar kórházi ellátásban: egy előzetes vizsgálat eredményei.
Interdiszcipl. Magy. Eü. 15 (7), 45-49, 2016.
6. **Dombrádi, V.**, Gődény, S., Margitai, B., Gáll, T.: Külső értékelő rendszerek használata a magyar kórházi ellátásban: egy országos felmérés eredményei.
Interdiszcipl. Magy. Eü. 14 (5), 11-15, 2015.
7. Gődény, S., **Dombrádi, V.**: Kórházak minőségügyi rendszerének múltja és jövője Magyarországon.
Minős. Megbizh. 48 (1), 7-13, 2014.
8. **Dombrádi, V.**, Gődény, S.: Nemzetközi kitekintés: A DUQuE és QUASER projekt legújabb kutatási eredményei.
Magy. Minős. 23 (8-9), 4-9, 2014.
9. **Dombrádi, V.**, Gődény, S.: A kórházak minőségügyi rendszereivel foglalkozó Európai Unió kutatások.
Interdiszcipl. magy. eü. 12 (6), 27-32, 2013.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 6,836

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közlemények): 4,711

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományos ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2018.06.01.

