

Egészségügyi finanszírozási,
menedzsment és minőségbiztosítási
alapismeretek

Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek

Szerkesztette: Dr. Boncz Imre

Szerzők:

Dr. ÁGOSTON István (Pécs)
Dr. BONCZ Imre PhD, Habil (Pécs)
Dr. GÁBOR Katalin PhD (Szeged)
Dr. ILLEI György PhD (Pécs)
Dr. KRISZBACHER Ildikó PhD, Habil (Pécs)
SÁNDORNÉ SZABÓ Iringó (Szeged)
Dr. SEBESTYÉN Andor PhD (Pécs)

Egyetemi tankönyv



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
UNIVERSITY OF PÉCS



Medicina • Budapest, 2011

© Dr. Boncz Imre, 2011

© szerzők

Jelen jegyzet a TÁMOP 4.1.2-08/1/A-2009-0061 pályázat támogatásával készült.

Kézirat lezárva: 2011. január 31.

MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT



A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Felelős szerkesztő: Valovics Andrea

Műszaki szerkesztő: Tihanyi József

Az ábrákat rajzolta: Olgyai Gézőné

Terjedelem: 28 (A/5 ív)

Azonossági szám: 3584

Lektorálta:

Dr. GULÁCSI László PhD, Habil
egyetemi tanár
Budapesti Corvinus Egyetem
Közgazdaságtudományi Kar

Szerkesztette:

Dr. BONCZ Imre PhD, Habil

Tartalomjegyzék

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	13
AZ EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁS ALAPJAI (BONCZ IMRE)	15
EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK NEMZETKÖZI VONATKOZÁSAI	15
Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítás	15
Beveridge-féle állami egészségügyi szolgálat	16
Erős öngondoskodásra épülő rendszer (magánbiztosítás)	17
Szemaskó-féle szocialista egészségügyi rendszer	18
FORRÁSÁRAMLÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREKBEN.	19
Forrásteremtés.	19
Forrásgyűjtés	19
Forrásallokáció	20
Szolgáltatók finanszírozása	20
FINANSZÍROZÁSI TECHNIKÁK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.	20
Fix előirányzatú rendszerek (bázisfinanszírozás)	21
Teljesítmény elvű finanszírozás.	22
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER SZABÁLYOZÁSI KÖRNYEZETE (ÁGOSTON I., BONCZ I.)	26
Kapacitásszabályozás.	26
Működési engedélyek.	34
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER FELÉPÍTÉSE	36
Az ellátórendszer felépítése	36
Az igazgatási rendszer felépítése	39
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER FINANSZÍROZÁSA (BONCZ I, SEBESTYÉN A.)	43
A háziorvosi ellátás finanszírozása.	44
Járóbeteg-szakellátás	46
Aktív fekvőbeteg-szakellátás	49
Krónikus fekvőbeteg-szakellátás	56
Teljesítményvolumen-korlát.	57
IRODALOM.	58
TESZTKÉRDÉSEK (BONCZ I., SEBESTYÉN A.)	61
PÉLDATÁR	64
AZ EGÉSZSÉGÜGYI MENEDZSMENT ALAPJAI (GÁBOR KATALIN)	67
VEZETÉS ÉS MENEDZSMENT.	67
A vezetéstudomány fejlődése	70
A szervezeti struktúra elmélete (Fayol)	70

Vezetői tulajdonságokon alapuló elméletek	70
A döntésben való részvétel mértékén alapuló vezetési elméletek	71
Személyiségközpontú vezetési modellek	72
A kontingencia elvén alapuló vezetési modellek	73
A vezetés rendszerelméleti megközelítése	78
A menedzsmentelméletek fejlődése	79
Tudományos menedzsment	80
Klasszikus szervezés	82
Emberi (humán) kapcsolatok – human relations	84
A viselkedéstudomány	85
Az emberi- (humán-) erőforrás-menedzsment	90
MOTIVÁCIÓ – MOTIVÁLÁS	92
Motivációs elméletek	92
Taylor monisztikus (egyetlen alapelve visszavezető) elmélete	92
Maslow szükségletek hierarchiája elmélete	93
Alderfer „létezés–kapcsolat–fejlődés” elmélete	94
McClelland teljesítmény–hatalom–kapcsolat modellje	94
Herzberg motivációs–hygiénias elmélete, a kéttényezős modell	95
Argyris pszichológiai energia elmélete	95
Vroom elvárás teóriája	96
A Skinner-féle pozitív megerősítés elmélete	98
Az egyenlő elbánás – méltányosság elmélete	99
McGregor X- és Y-elmélete	99
Likert partícipatív (részt vevő) menedzsment elmélete	100
A motivációs elmélet történelmi fejlődése	100
A munkaerő-kiváltás mint a motiválás egyik eszköze	101
A KONFLIKTUS	102
A konfliktusok felosztása	103
A konfliktusok forrásai	103
A konfliktus esélyét növelő helyzetek	104
A konfliktuskezelés módjai	104
A TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉS	106
A teljesítményértékelés céljai	106
A teljesítményértékelés előfeltételei	106
A jó teljesítményértékelési rendszer jellemzői	107
A teljesítményproblémák kezelése	107
A teljesítményértékelés előnyei	108
VÁLLALKOZÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN	108
A SWOT analízis	110
A vállalkozás stratégiája	111
Az üzleti terv	112
Vállalkozási jogviszony – vállalkozási formák	112

Egyéni vállalkozás	103
Gazdasági társaságok.	103
Nonprofit szervezetek	115
Az egészségügyi vállalkozás működtetéséhez szükséges engedély és szerződések	116
A stratégia ellenőrzése	118
IRODALOM.	118
TESZTKÉRDÉSEK (GÁBOR KATALIN)	121
MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYI GYAKORLATBAN (ILLEI GYÖRGY).	133
A BÁNÁSMÓD ÉS ELÉGEDETTSÉG VIZSGÁLATA	133
Az elégedettség elméleti háttere, fogalmi meghatározottsága.	133
Kérdőív-tervezés	136
Kliensek elégedetlenségének megelőzése	137
Folyamatábrázolási modell (flow process model)	137
Az igénykielégítés folyamata: a szolgáltatás és fogyasztás kettőssége	138
A DÖNTÉS	140
A döntési folyamat	142
A stratégiai döntés	145
Etikai kérdések a döntéshozatalban	146
A hatástalan döntés okai.	147
A FEGYELMEZÉS	148
A fegyelmezés alapfogalmai.	148
Fegyelmi eljárás.	150
A SZERVEZET	152
A szervezet jellemzői, célja, környezete	153
Szervezeti struktúrák és formák	155
Lineáris szervezet.	157
Funkcionális szervezet.	158
Divizionális szervezetek	158
Összetett egydimenziós társasági formák (holding, konszern)	160
Többdimenziós szervezeti formák (mátrix, tenzor, team)	161
CSOPORTOK, TEAMEK SZERVEZÉSE ÉS MUNKÁJA	163
A csoport fejlődésének folyamata.	164
Kommunikáció	165
A team munka jellemzői.	166
KARRIER, KARRIERÉPÍTÉS	167
KÖLTSÉGVETÉS ÉS KONTROLLING	171
A költségvetés tervezése	171
Költségvetési típusok.	173
A kontrolling	174
MUNKAHELYI STRESSZ ÉS KEZELÉSE	176

EMBERIERŐFORRÁS-MENEDZSMENT	180
Az emberi tőke	180
A munkaerő tervezése	183
Alkalmazásra való alkalmasság kiválasztásának módjai	186
A VÁLTOZÁS ÉS VÁLTOZTATÁS KÉRDÉSEI	187
A változtatás dinamikája	188
A változtatással szembeni ellenállás	189
A változtatás érdekében használt stratégiák	191
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY JOGI KÖRNYEZETÉNEK FŐBB ELEMEI	192
Folyamatos egészségügyi ellátás	192
Az egészségügyi törvény vázlatos ismertetése	194
Az egészségügyi tevékenység végzésének jogszabályi háttere	202
IRODALOM.	205
TESZTKÉRDÉSEK (KRISZBACHER ILDIKÓ)	208
AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS ALAPJAI (SÁNDORNÉ SZABÓ IRINGÓ).	237
A MINŐSÉGÜGY FOGALOMRENDSZERE	237
A minőség meghatározása.	237
A minőség fogalma az egészségügyben	238
A legfontosabb minőségmenedzsment alapfogalmak	239
Az egészségügyi tevékenység minőségének mérése és értékelése	241
Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók minőségügyi rendszerei	243
A SZAKMAI TEVÉKENYSÉG MINŐSÉGÉNEK KÉRDÉSE, SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.	243
Az egészségügyi szolgáltatás sajátosságai	244
Az egészségügyi ellátás minőségének szempontjai.	245
Az egészségügyi ellátás minőségének összetevői.	246
Az egészségügyi ellátás minőségének dimenziói.	249
Az egészségügyi ellátás szakmai minőségének alapjai	251
A bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás.	251
A klinikai audit lényege	251
A MINŐSÉGÜGY JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK KÖLTSÉGEIRE VETÍTVE	252
MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.	255
ISO 9000 szabványsorozat.	256
Az ISO 9001:2000 (MSZ EN ISO 9001:2001) általános ismertetése	258
Az ISO 9001:2000 rendszer kiépítése	261
Total Quality Management – teljes körű minőségmenedzsment	263
EFQM – Kiválóság Modell	264
Standard alapú minőségirányítási rendszer.	266
A minőségügyi rendszerek összehasonlítása	266
Az ISO 9000 és a TQM összehasonlítása	266

Az ISO 9000 és az EFQM összehasonlítása	266
Integrált irányítási rendszerek	267
A MINŐSÉG JAVÍTÁSÁNAK, FEJLESZTÉSÉNEK	
MÓDSZEREI, TECHNIKÁI	269
A munkahelyi rend folyamatos fenntartása – 5S módszer	269
Brainstorming (ötletroham).	270
Pareto-elemzés (Pareto-diagram)	271
Ok-okozati diagram (Ishikawa-diagram, halszákladiagram)	272
Radardiagram (csillagdiagram, radartérkép)	274
Folyamatábra	275
PDCA-kör (Deming–Shewhart-ciklus)	275
IRODALOM.	276
TESZTKÉRDÉSEK (KRISZBACHER ILDIKÓ)	278
Megoldókulcs	295
Név- és tárgymutató	309

Rövidítések jegyzéke

ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
BT	betéti társaság
CMI	Case-mix index (eset-összetételi index)
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	evidence based medicine
EFQM	European Foundation for Quality Management
EMAFT	előre meghatározott alaplíjjal finanszírozott teljesítmény
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
EU	Európai Unió
HBCS	homogén betegcsoportok
HMO	Health Maintenance Organization
ICD	International Classification of Diseases
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
ISO	International Organisation for Standardisation
KFT	korlátolt felelősségű társaság
KKT	közkereseti társaság
MEES	Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OENO	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
PPO	Preferred Provider Organization
PPP	Purchasing power parity
QALY	Quality adjusted life years
RACP	risk adjusted capitation payment
SNH	standardizált naphányados
RET	Regionális Egészségügyi Tanács
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (GYELV: Erősségek, Gyengeségek, Lehetőségek, Fenyegetések)
RT	részvénytársaság
TAJ	társadalombiztosítási azonosító jel
TEÁOR	tevékenységi körök egységes ágazati osztályozási rendszere
TQM	Total Quality Management
TEK	területi ellátási kötelezettség
TVK	teljesítmény-volumen korlát
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

Az egészségügyi minőségbiztosítás alapjai

(Sándorné Szabó Iringó)

A minőségügy fogalomrendszere

A fejezet a minőségmenedzsment alapfogalmaival foglalkozik. Célja, hogy az olvasók megismerjék azokat a kifejezéseket, amelyek a minőségüggyel kapcsolatosak, illetve megértsék az egyes fogalmak jelentését.

A minőség meghatározása

A minőség általában nem fogalmazható meg egyértelműen, egzaktul. Megfigyelhető, hogy egyre gyakrabban használjuk a magyar köznyelvben a minőség kifejezést. A mindennapokban, ha a minőségről beszélünk, elsősorban saját benyomásaink, tapasztalataink, értékrendszerünk alapján kialakult véleményünket fogalmazzuk meg az adott dologgal (termékkel vagy szolgáltatással) kapcsolatban. A laikusoktól, szakemberektől, üzletemberektől arra a kérdésre, hogy „mit jelent számukra a minőség?”, gyakorlatilag ahány embert kérdeznénk meg, más-más ismérvet, tényezőt sorolnának fel, eltérő válaszokat adnának pl. egy autóval, háztartási géppel, kozmetikummal, éttermi fogyasztással, mobiltelefon-szolgáltatással stb. kapcsolatban.

A hétköznapokban a minőség pl. alkalmasság, megbízhatóság, kényelem, tartósság, jó szervízhálózat, környezetbarát termék, alacsony fogyasztás, jó hírnév, márka, divat, megfelelő paraméterek, gyors kiszolgálás, udvariasság, esztétikai megjelenés, tetszetős csomagolás, megfelelés a jogszabályoknak, szabványnak, megfelelő ár, határidőre történő szállítás stb. jelentésekkel bír.

A minőségmenedzsment úttörőitől, a kiváló elméktől származó legismertebb minőség-definíciók a következők:

Philip C. Crosby: „megfelelés a követelményeknek”

W. E. Deming: „az egyformaság és megbízhatóság előre látható szintje alacsony költségek mellett és a piacnak megfelelően.” A minőség a termék egész élettartama alatt múlja felül a vásárló igényeit.

A. V. Feigenbaum: „a teljes vevői megalégedettség”

J. M. Juran: „ami megfelelően használható”

Taguchi: „a minőség a tervezés érdeme”

Shiba: a minőség négy szintjét határozza meg:

1. szint: megfelelés a szabványnak, előírásoknak,

2. szint: megfelelés a vevők ismert igényeinek,
3. szint: megfelelő ár/költség viszony,
4. szint: a szervezetek a felhasználó látens, ki nem mondott igényét célozzák meg.

Ezek a minőségszintek egymásra építkeznek, s a köztük lévő átjárhatóságot a folyamatos javítás teremti meg. Egyes szervezetek csupán az első szint elérésére képesek, de önmagában a negyedik szint teljesítése sem lehetséges. A versenyképes szervezetek rendelkeznek azzal a képességgel, hogy elérjék a negyedik szintet.

A minőséget meghatározza az ISO 9000:2005 szabvány is, mely a következőképpen szól: „a minőség annak mértéke, hogy mennyire teljesíti a saját jellemzők összessége a követelményeket”. A szabvány megjegyzi, hogy a minőség a hétköznapi nyelvben elterjedt módon a kiváló, jó, gyenge, rossz kifejezésekkel is jellemezhető. Ebben az értelmezésben a *saját jellemzők* alatt a minőség fogalmába beletartozik a például egy termék színe, mérete, tartóssága, súlya stb., de az ára nem, mivel az *hozzárendelt jellemző*. A követelmény – a szabvány értelmezése szerint – kinyilvánított igény vagy elvárás, amely magától értetődő és kötelező.

A minőség fogalma az egészségügyben

Az általános megfogalmazásnál olvasható meghatározások alapján a minőséget az egészségügyi szférában is nehéz leegyszerűsítve, objektíven definiálni. A minőséggel kapcsolatos elvárások, törekvések azonban nem új keletűek a gyógyítás, az egészségügy területén.

Számos erőfeszítés történt az egészségügyben egy használható, egységes meghatározás megalkotására. Néhány példa ezekből:

Donabedian: „Az egészségügyi ellátás minősége a megvalósult ellátás és előre kitűzött cél/kritériumok egyezése”. A minőség a normatív viselkedéssel való egyezés foka vagy a normatív viselkedéstől való eltérés foka. (*Bálint-Zékány*)

Lee és Jones: „A minőség a modern orvostudomány vívmányainak az egész társadalom javára való felhasználása. Az ellátás minősége a korszerű orvostudomány összes szükséges szolgáltatásának az összes ember szükségleteinek a kielégítésére történő felhasználása.”

Berwick: „A minőség az a fokozat/szint, amilyen mértékben az általunk kívánt célt elértük.”

Leebov: „Helyes dolgokat következetesen, helyesen csinálni a beteg javára a lehető legjobb eredmény és a betegelégedettség elérése, a tehetséges személyzet megtartása és a gazdaságosság biztosítása érdekében.”

Brook és Koseoff: „A minőség meghatározott tevékenységek elvégzése olyan módon, hogy javítsa az egészségi állapotot, vagy legalábbis megelőzze az egészségi állapot romlását, ami a betegség miatt bekövetkezett volna.” A fenti meghatározás alkalmazása során az egészségügyi ellátás minőségének két komponense van:

- megfelelő beavatkozás megválasztása,
- a lehető legjobb eredményhez vezető beavatkozás elvégzése.

A WHO megfogalmazása szerint:

„Kiváló minőségű az az egészségügyi ellátás, amely tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások figyelembevételével megfelel a jótékony hatás maximalizálása és az egészségkárosító kockázat minimalizálása iránt támasztott elvárásoknak.”

Hajdúszoboszlón, az 1995-ben rendezett konszenzuskonferencián fogalmazták meg a ma is elfogadottnak tartott meghatározást:

„Az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan *értékítélet*, mely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított, *elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki*. A megvalósulás mértéke minden egyes komponens tekintetében az erre jellemző mutatóval írható le.”

A legfontosabb minőségmenedzsment alapfogalmak

A minőséggel kapcsolatos törekvések, tevékenységek fejlődésével számos szakkifejezés vált jól ismertté.

Az egészségügyi ellátás minőségével kapcsolatos szakirodalmakat áttekintve legkorábban a *minőségellenőrzés* fogalma jelent meg. A *minőségellenőrzés (quality control)* fogalma az ipari tömegtermelés kialakulásához fűződik. Alapját az az elv képezi, hogy az előzőleg megállapított minőségi követelmények állandóan érvényesüljenek. Célja a hiba megállapítása.

A minőségellenőrzés: „a szakmai standardoktól vagy a standardok rendszerétől, protokolloktól, irányelvektől való eltérés ellenőrzése.”

A minőségellenőrzés lényege az egészségügyben, hogy nem az utólagos ellenőrzésen van a hangsúly, hanem biztosítja az eleve jó minőségű áru és szolgáltatás kikerülését, az ellátási folyamat bármelyik lépésében alkalmazható.

A *minőségbiztosítás (quality assurance)* a minőségellenőrzésnél tágabb fogalom, mely során megméri az adott szolgáltatás minőségét és a rögzített minőségi célokhoz viszonyítják, és megteszik a szükséges intézkedéseket, ha nem megfelelő a minőség szintje.

Akkor beszélünk *egészségügyi minőségbiztosításról*, ha az egészségügyi szolgáltatás minőségének ellenőrzéséhez csatlakozik egy folyamatosan működő visszacsatoló rendszer, amely a minőségtől való eltérést azonnal jelzi és beindítja a korrigáló mechanizmusokat, azonosítja a hibákért felelőssé tehető tényezőket, személyeket, és a hibákat előidéző faktort kiküszöböli. A hibák okainak felszámolása után ellenőrző mechanizmusokat épít be, azaz gondoskodik arról, hogy az eltérés nem ismétlődjön meg az adott ponton.

Az MSZ EN ISO 9000:2000 szabvány szerint a minőségbiztosítás egy „tervezett és rendszerezetten végzett tevékenység, amelyet a minőségügyi rendszerben hajtanak végre, és szükség esetén igazolnak, hogy megfelelő biztosítékot adjanak arra, hogy a termék vagy szolgáltatás megfelel a minőségre vonatkozó követelményeknek.” Tehát a minőségbiztosítás arra összpontosít, hogy bizalmat keltsen azzal kapcsolatban, hogy a minőséggel összefüggő követelmények teljesülni fognak.

Az egészségügy területén a minőségbiztosítás egy folyamat, melynek végső célja minden egészségügyi tevékenység eredményének javítása, az egészség, funkcionális képesség, páciens/gondozott jóllét és vevő megelégedettség szempontjából.

A *minőségfejlesztés (quality improvement)* egyesíti az összes minőségbiztosítási tevékenységet. A fogyasztó szükségleteinek kielégítésére és az egészségügyi ellátás állandó fejlődésére koncentrál. Olyan folyamatos tevékenységek összessége, melyek objektíven tervezik és szisztematikusan értékelik a páciens/gondozott ápolásának, ill. ellátásának, gondozásának minőségét, a lehetőségek figyelembevételével fejlesztik a páciensnek/gondozottnak nyújtott ápolást és ellátást, és megoldják a felderített hibákat, illetve hiányosságokat.

Manapság általános, s így az egészségügyi ellátást nyújtókkal szemben is követelmény, hogy folyamatosan végezzék a minőségfejlesztést.

A *folyamatos minőségfejlesztés (continuous quality improvement)* fogalma azt takarja, hogy a minőségfejlesztés nemcsak alkalmi tevékenység, hanem a szervezet olyan felépítéssel rendelkezik, amelyben a minőségbiztosítás mellett, biztosítja a minőség folyamatos elemzését, és az minőségelemzés eredményeként nyert ismeretek felhasználásával folyamatosan végzi a minőségfejlesztést. Olyan minőségfejlesztési tevékenység, melynek során a teljes rendszer vagy annak egy részének fejlesztése a cél, kiemelten a minőségi problémák megelőzése a problémás vagy potenciálisan problémás folyamatok azonosítása, tökéletesítése és új minőségelemek bevezetése.

Minőségirányítás vagy *minőségmenedzsment (quality management)* alatt olyan összehangolt tevékenységeket értünk, melyek egy szervezet vezetésére és szabályozására vonatkoznak a minőség szempontjából. Tulajdonképpen egy vezetési tevékenység, mely általában meghatározza a minőségpolitikát, minőség-célkitűzéseket és az ezzel kapcsolatos feladatköröket, megvalósítja a minőségcélokat a minőségtervezés, minőségszabályozás, minőségbiztosítás, és a minőségfejlesztés segítségével. A *minőségpolitika* az adott szervezett felső vezetésének a minőségi célkitűzésekről kinyilvánított szándéka, irányvonala. (A minőségpolitika általában összhangban van a szervezet általános politikájával, és keretet ad a minőségcélok kitűzéséhez.) A *minőségcél* a minőséggel kapcsolatos valami, amire törekszenek, vagy amit el akarnak érni. A *minőségtervezés*, mint az előzőekben olvashattuk a meghatározásban, részét képezi a minőségirányításnak. A minőségirányítás tevékenységein belül a minőségcélok kitűzésére, valamint a szükséges működési folyamatok és a velük kapcsolatos erőforrások meghatározására összpontosít, annak érdekében, hogy a minőségcélokat elérjék. A *minőségszabályozás* a minőségirányítás azon része, mely a magától értetődő vagy kötelező minőségi követelmények teljesítésére fókuszál.

Minőségirányítási rendszer (MIR) vagy minőségügyi rendszer a minőségirányítás megvalósításához szükséges szervezeti felépítés (struktúra), feladatkörök, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége. Tulajdonképpen egy irányítási rendszer egy szervezet vezetésére és szabályozására, a minőség szempontjából. A minőségügyi rendszer magában foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének ellenőrzését, értékelését, szükség szerinti tanúsítását és a folyamatos fejlesztést.

A minőségirányítási rendszer segítségével történik meg a minőség betervezése és beépítése a rendszer teljességébe, termékbe, szolgáltatásba, a vevő elégedettségébe.

Az egyik minőségügyi rendszer, a szabványos ISO 9000:2000 rendszer, melyről egy későbbi fejezetben lesz részletesebben szó.

Teljes körű minőségirányítás, teljes körű minőségmenedzsment (TQM – Total Quality Management) egy másik meghatározó jelentőséggel bíró minőségügyi rendszer. A TQM olyan vezetési filozófia, szervezeti gyakorlat, módszer és rendszer, amely a szervezet stratégiájának és célkitűzéseinek megvalósítása érdekében a leghatékonyabban használja fel a rendelkezésre álló humán és anyagi erőforrásokat. Egyik jellemzője, hogy a fókuszban a folyamatos minőségfejlesztés foglal helyet és nem csupán a minőség biztosítása. „A TQM olyan általános vezetési és irányítási rendszer, amelynek a középpontjában a vevő áll, és amely a termékek és szolgáltatások minőségének állandó javításával egyre magasabb szinten akarja kielégíteni a vevők igényeit.” A TQM a szervezet összes tagjának aktív részvételére alapszik, lelkesíti, motiválja a munkatársakat a minőségi célok elérése érdekében. Bővebben a minőségügyi rendszerekkel foglalkozó fejezetben kerül tárgyalásra.

Az egészségügyi tevékenység minőségének mérése és értékelése

A minőséggel kapcsolatos nomenklatúrák áttekintése kapcsán ki kell térni a minőség fejlesztésében alapvető jelentőséggel bíró, az egyes tevékenységek mérésével, értékelésével kapcsolatos kifejezésekre.

Az egészségügyi ellátás minőségének mérésével, értékelésével kapcsolatos alapfogalmak: kritérium, standard, indikátor, protokoll.

Kritérium: a minőség fontos mérhető megnyilvánulása, a termék vagy szolgáltatás elvárt szintje, megkívánt minőségét kifejező, mérhető megnyilvánulása vagy/illetve annak pontos leírása, amely szerint a tevékenység vizsgálható, hogy minként valósult meg *az előírásoknak megfelelően*.

Az egészségügyi ellátás minőségét akkor lehet tervezni és folyamatosan fejleszteni, ha előzőleg meghatározzák a jó színvonalú ellátás kritériumait. A kritériumok megadhatók a struktúrára, folyamatra vagy eredményre – outcome-ra vonatkoztatva. A kritérium egy skálát fog át, s ezen a skálán megjelölt pont, a standard érték az, ami elválasztja az elfogadhatót az elfogadhatatlantól.

A jó kritérium sajátosságai:

- releváns – azaz a kritérium a fejleszteni kívánt területhez kapcsolódik;
- érthető – azaz egyértelműen értelmezhető, minden dolgozó számára tartalmazza a saját munkájához tartozó információkat;
- mérhető – pontosan mérhető a rendelkezésre álló eszközökkel;
- illeszkedő – a valós szervezeti működéshez illeszkedik;
- elérhető – az adott szervezet lehetőségeit tárja fel.

Egy kritérium akkor lesz megbízható, ha kialakítása tudományos bizonyítékokra épülő szakmai irányelvek és gondosan, kritikusan értékelt szakirodalom alapján történik.

Standard: szakmai alapon nyugvó kijelentések, melyek a szervezet elérni kívánt állapotát írják le. Megmutatják, hogyan képzelik el a szakemberek az egészségügyi intézmény működését. Kötelező részfolyamatok, tevékenységek vagy feltételrendszer (pl. személyi vagy tárgyi), melyeket szigorúan be kell tartani, ahhoz, hogy az eljárás sikeres és eredményes legyen. Kifejezhető számszerűen (numerikus standard) vagy szövegesen (leíró standard) is.

A standard a kritérium mérési skáláján megjelölt pont, amely a minőség elfogadható minimumát jelzi, és amelyen túl lévő értékek a minőséget jónak nyilvánítják. Fontos, hogy a standardokat jól be lehessen azonosítani.

A leíró standard előre megfogalmazott elvárások (pl. szakmai irányelvek) összessége, melynek teljesítése szükséges feltétel a kívánt minőség eléréséhez.

A numerikus standard, az események százaléka, amelynek az adott kritérium alapján teljesülése szükséges. A numerikus standard megvalósulási szintje az indikátorral mérhető.

A szakmai standardok országos vagy helyi irányelvek alapján kerülnek kidolgozásra vagy átvételre.

Indikátor: az indikátor fogalmát a standard értelmezésével kapcsolatban feltétlenül definiálni kell. Az indikátor az egészségügyi ellátás során előforduló események mennyiségi mérőszáma, mutatószám, amely felhasználható az ellátás minősége, a lakosság egészségi állapota és az egészségügyi ellátórendszer mérésére, értékelésére és javítására. A minőségi indikátorok viszonyszámok, többnyire megoszlási viszonyszámok, és azt fejezik ki, hogy a bekövetkezett események gyakorisága mennyire elégti ki valamely standardot vagy minőségi célt.

Az indikátor nem ad közvetlen választ a lehetséges problémákra, hanem egy figyelemfelhívás, jelzés egy adott terület tekintetében, ahol a tapasztalt eltérések okainak feltárása, további részletes elemzések elvégzése válik szükségessé.

Protokoll: nagyon szigorúan, mereven megfogalmazott irányelv. A protokollokat teljes részletességükben követni kell, és az egészségügyi ellátás valamely kisebb területére vonatkoznak.

Szakmai protokollok: meghatározott betegségcsoportban és ellátási szinten, egy betegség vagy állapot – az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott preventív, diagnosztikai, terápiás, ápolási, gondozási és rehabilitációs – ellátási folyama-

tával kapcsolatos tevékenységek rendszerezett listája, amely alapját képezi az egészségügyi szolgáltatások szakmai ellenőrzésének és finanszírozásának, továbbá melynek célja az ellátás biztonságának és egyenletes színvonalának biztosítása. Ilyen szakmai protokoll például az ápolás területére kiadott „A terminális állapotú dagasztos felnőtt és gyermek betegek hospice és palliatív ellátásáról” szülő protokoll. A védőnői ellátással kapcsolatban is több szakmai protokoll létezik, ilyen pl. „Az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról”.

Szakmai irányelv: az elérhető szakmai bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett döntési ajánlások sorozata, adott betegcsoport különböző ellátási módozatainak meghatározása, melynek célja, hogy javítsa az egészségügyi ellátás minőségét, hatékonyságát, eredményességét, valamint segítse az orvost és a beteget a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában.

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók minőségügyi rendszerei

Minőségügyi audit: rendszerezett és független vizsgálat annak meghatározására, hogy a minőséggel kapcsolatos tevékenységek és eredmények megfelelnek-e a tervezettnek, és a minőségügyi intézkedéseket hatásosan megvalósították-e.

Tanúsítás: a szervezet által felkért, külső, független szervezet (tanúsító szervezet) által végzett „harmadik fél” általi audit, melynek során a tanúsító szervezet értékeli és kinyilvánítja, hogy a tanúsított szervezet megfelel a tanúsítási eljárás alapját képező követelményeknek (pl. ISO 9001:2000, MEES), kielégít bizonyos elvárásokat. Önkéntes program, amelyben az egészségügyi intézményeknek meg kell felelniük bizonyos standardoknak.

Akkreditáció: a tanúsításhoz hasonlóan ez is önkéntes eljárás, melynek eredményként egy adott intézmény minőségét szakmailag és általánosan is elismerik.

Az akkreditálás egy folyamat, amely során egy szervezet vagy hivatal értékeli és ad hivatalos elismerést arról, hogy valamely egészségügyi szolgáltató szervezet vagy intézmény felkészült bizonyos tevékenységek (vizsgálat, tanúsítás, ellenőrzés, egészségügyi szolgáltatás stb.) meghatározott feltételek szerinti végzésére.

A szakmai tevékenység minőségének kérdése, szerepe az egészségügyben

A fejezet azt mutatja be, hogy mi a jelentősége a minőségnek az egészségügyi ellátás szempontjából. Segít megérteni, hogy milyen sajátosságai vannak az egészségügyi szolgáltatásoknak, és ebből kifolyólag milyen szempontok mentén bonthatjuk elemeire, vizsgálhatjuk a minőséget. A szakmai minőség kérdésével kapcsolatban a

bizonyítékokon alapuló ellátás és a szakmai gyakorlat fejlesztését szolgáló klinikai audit lényegi elemei is bemutatásra kerülnek.

A minőség az egészségügy terén nagy múltra tekint vissza és mindenkor nagyon lényeges kérdés volt. Jelen fejezet ugyan nem foglalkozik a minőségügy történetének részletes tárgyalásával, de a jobb megértés végett célszerű a kezdetekről néhány állomást kiemelni.

Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos első írásos minőségbiztosítási törekvésekről, i.e. 1700-ból származó feljegyzések szolgálnak a babiloni birodalomból. *Hamurabi* babiloni király törvénygyűjteménye arról rendelkezik, hogy milyen büntetést érdemel az orvos, aki rossz minőségű egészségügyi ellátást nyújt és ezzel betege egészségében kárt okoz. Egyiptomban szintén hasonló büntetéssel sújtották a nem megfelelő ellátást nyújtó orvost, de istenként tisztelték azt a gyógyítót, aki jó minőséggel teljesített.

Az orvoslásról szóló források mellett az ápolás területén az első céltudatos minőséggel kapcsolatos megfogalmazások *Florance Nightingale* nevéhez fűződnek, aki XIX. század közepén tevékenykedett az angolok krími háborújában. Munkájának eredményeként jelentősen javult a betegek kórházi ápolása. A fertőzések ellen alkalmazott védekezés nyomán a katonák halálozási aránya 42%-ról 2%-ra csökkent. 1859-ben kiadott művében, a „Notes on Nursing”-ben, előírja az ápolás standardjait. A világon elsőként tudatosan alkalmazott nozokomiális infékciónak *Semmelweis Ignác* tevékenységéhez kapcsolódik (1847), bár ő akkoriban nem ezt a terminust használta.

Az 1900-as évek elejétől indul el az egészségügyi minőségbiztosítás igazi fejlődése az Amerikai Egyesült Államokban. *Dr. E. A. Codman* bostoni sebész és munkatársai kezdeményezésére 1917-ben az Amerikai Sebészek Szakmai Kollégiuma létrehozta a kórházi standardizáció programját. Erőfeszítései alapját képezik a kórházi akkreditációnak, mely a kórházak minősítését szolgálja, az előírt standardoknak való megfelelés vizsgálatával.

Az 1960-as években *Avedis Donabedian* definiálta először az egészségügyi minőségbiztosítást és kidolgozta a dimenzióit. Ettől az időszaktól kezdve egyre több országban indultak az egészségügyi minőségbiztosítással összefüggő kezdeményezések.

Magyarországon az egészségügyi ágazat minőségbiztosításával, minőségmenedzsmentjével a 1990-es évek elején kezdtek el foglalkozni.

Az egészségügyi szolgáltatás sajátosságai

Az egészségügyi szolgáltatások nagyon változatosak és az összetett emberi vonatkozások sem elhanyagolhatók a minőség megítélése szempontjából.

Az egészségügyi tevékenység, szolgáltatás számos sajátossággal jellemezhető. Ide sorolhatjuk az egészségügyi ellátás *heterogenitását*, valamint azt a tényt, hogy az

egészségügyi szolgáltatásokat *nem lehet tárolni, elraktározni, készletezni, hanem azonnal fel kell használni. Nem halasztható el az igénybevétele, keletkezése, azaz maga a szolgáltatás egybeesik a fogyasztással, tehát egymástól elválaszthatatlan, valamint a szolgáltatások a fogyasztó magánszférájában zajlanak. A szolgáltatás nem fizikai természetű, azaz megfoghatatlan, nem tudjuk, hogy mit veszünk, azaz nincs áruminta, és az eredmény is csak nehezen mérhető, nincs abszolút mértéke. A nem fizikai természetéből adódik, hogy a szolgáltatást először át kell élni egy új páciens esetén, anélkül, hogy bármilyen összehasonlítási lehetőség lenne (pl. gyermekszülés, vakbélműtét stb.).*

A szolgáltatás végén a beteg *nem „selejtezhető le”*. A szolgáltatás *minősége ingadozik. Az egészségügyben, ha egy szolgáltatás megtörtént, akkor nem lehet semmissé tenni, csupán a beavatkozást ismételhettük meg.*

Az ellátás minősége nagymértékben függ a szolgáltatást nyújtó és igénybevevő egyén természetétől, az emberek közti kapcsolatoktól (a beteg és ellátó), a szolgáltatás körülményeitől.

Az egészségügyi ellátás minőségének szempontjai

Az egészségügyi ellátás speciális jellegéből adódóan a minőséget kiterjedten értelmezhetjük, több szempontból vizsgálhatjuk: pl. a páciens, a társadalom, az ellátást végző szakemberek, a menedzsment, a finanszírozók szemszögéből.

A páciens nézőpontjából az egészségügyi szolgáltatás minősége azon mérhető le, hogy a szolgáltatásban részesülő beteg mennyire érzi, hogy azt kapja, amire szüksége van. A betegek az ellátást általában a szolgáltatás eredményessége, a dolgozókkal való személyes kapcsolat és a strukturális jellemzők, vagyis a páciens által érzékelt fizikai környezet alapján ítélik meg. Egy fekvőbeteg a kórházi tartózkodás alatt fontosnak tartja pl. a kényelmes, kellemes környezetet, a szoba komfortját, a kulturált beteglátogatási rendet, a korrekt tájékoztatást, a partnerként való kezelést, az egyes vizsgálatok fájdalommentességét, a rövid várakozási időt stb. A 23. ábra a beteg szempontja szerinti minőséget az ellátás elviselhetősége és az ellátás eredménye dimenziójában szemlélteti.

		az ellátás menete mennyire elviselhető	
		korlátozó, kényelmetlen, fájdalmas	elviselhető, esetleg kényelmes
páciens ellátás utáni állapota	nem javul, esetleg rosszabbodik	minőség abszolút rossz	
	javul		magas szintű minőség

23. ábra. A betegek szempontja szerinti minőségi összetevők
Forrás: Gergely-Szóts 2001, p.92.

A *társadalom* szempontjából az egészségügyi ellátás minőségét egyrészt mellékhatásai – elsősorban veszélyessége, környezetszennyező hatásai – határozzák meg, de ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatások által kielégített szükségletek biztosítják a társadalom újatermelését; így ez elsőrendű társadalmi érdek. A minőség definíciója a társadalom szempontjából a következő: „a szervezet képes a vonzáskörébe tartozó népességének egészségi állapotát fenntartani, ... a finanszírozási rendszer által megszabott költségek keretei között, a környezet veszélyeztetése nélkül.”

Az ellátást végző *szakemberek* (orvosok, szakdolgozók, nővérek) szerint az ellátás minőségi, ha megfelel a szakma által meghatározott követelményeknek, valamint a beteg érdekeit szolgáló technológiák és eljárások kiválasztása és kivitelezése helyes módon történik. Alapvető minőségi cél, hogy a lehető legkedvezőbb változást éri el a páciens egészségi állapotában.

A *menedzsment* szintén mást emel ki a minőséggel kapcsolatban. A menedzsment célja, hogy a rendelkezésre álló erőforrásokat a leghatékonyabban és legproduktívabban hasznosítsa a páciens szükségleteinek kielégítése céljából az érvényes jogszabályok és irányelvek korlátai között. Az intézmény vezetése szempontjából tehát az ellátás gazdaságossága a lényeges, azaz minőségi és csak jogos szolgáltatásnyújtás, magas bevételek és alacsony kiadások mellett.

A *finanszírozók* nézőpontjából lényeges, hogy a rendelkezésre álló pénzből, befizetésekből (pl. tb. járulék, önkéntes egészségbiztosítási befizetések) megfelelő minőségű, minél szélesebb körben elérhető egészségügyi szolgáltatásokat finanszírozzanak, mindezt a lehető leggazdaságosabban, alacsony kiadásokkal. A finanszírozó (pl. OEP) tudni szeretné pontosan, hogy az ellátás során az egyes intézmények, milyen kockázatot jelentenek a betegre nézve, hiszen ez az ellátás költségeit is jelentősen befolyásolja.

Az egészségügyi ellátás minőségének összetevői

Szakmai szinten az egészségügyi szolgáltatást nyújtók a világon mindenütt, így hazánkban is, mindenkor arra törekedtek, hogy a lehető legmagasabb szintű ellátást nyújtsák.

Az egészségügyi ellátás minőségével kapcsolatban számos elvárás fogalmazódott meg. Az előzőekben ismertetett definíciók alapján nehéz értékelni, objektíven mérni a minőséget, ezért kell felbontani a minőséget különböző értékelhető komponensre. Az egészségügyi ellátás minősége számos összetevőből áll, és az egyes komponens fontosságát befolyásolja, hogy az egészségügyi ellátás mely szereplőjének szempontjából vizsgáljuk.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO, 1989) Minőségügyi Munkacsoportjának véleménye szerint a minőségnek legalább négy komponense van: *teljesítmény* (technikai minőség), *felhasznált erőforrások* (közgazdasági hatékonyság), *betegelégedettség*, *rizikómenedzsment–kockázatmenedzsment* (az egészségügyi szolgáltatással oko-

zott sérülés, sérelem vagy betegség meghatározása és elkerülése). Am az egészségügyi szolgáltatás minőségének ennél jóval több komponense létezik. Ilyen például: a *hatásosság*, *eredményesség*, *hatékonyság*. A *hatásosság* az egészségügyi beavatkozások (terápiák, műtétek, gyógyszerek stb.), az orvostechnika alkalmazásának azon képessége, ereje, lehetősége, hogy a kívánt eredményt ideális, azaz kísérleti körülmények között elérjük. A hatásosság segítségével egy egészségügyi intézmény értékelni tudja a feltételrendszer meglétét, valamint, hogy képes-e elérni a kedvező eredményeket.

Az *eredményesség* (szokásos körülmények közötti hatásosság) megmutatja az összességében, ténylegesen elért eredményeket. A napi rutinban a korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások és a páciensek sokfélesége miatt, az egészségügyi ellátás nem ideális, kísérleti körülmények között történik. Ebből adódik, hogy a szokásos körülmények között megvalósult eredmények kevésbé kedvezőek, mint azok, amelyek ideális feltételek mellett érhetők el.

A *hatékonyság* maga az elért hatás. A hatékonyság tulajdonképpen az egészségügyi ellátás eredményességének viszonya a költségekhez, a felhasznált erőforrásokhoz (munkaerő, munkaidő, eszközök, pénz stb.) képest. Akkor hatékony egy egészségügyi beavatkozás, ha az adott eredményt (azonos kórkép esetén) kevesebb ráfordítással, olcsóbban képes előállítani, mint egy másik egészségügyi tevékenység.

Az egészségügyi szolgáltatások minőségével kapcsolatban elvárás még a *hozzáférhetőség*, mely azt fejezi ki, hogy mennyire érvényesül a megközelíthetőség, illetve a könnyű kapcsolatteremtés. Egy egészségügyi szolgáltatás akkor hozzáférhető, ha időben, az aktuális egészségi állapottal összhangban történő igénybevételét nem korlátozzák földrajzi, időbeli és pénzügyi megfontolások, ha akadálytalanul lehet beszélni egy egészségügyi szakemberrel, illetve van a nap bármely szakában hívható telefonszám, illetve internetelérhetőség.

Lényeges minőségi szempont az *esélyegyenlőség*, *méltányosság* is. Méltányos az, ha az egyének egyenlő eséllyel férnek hozzá a szükségleteik által megkívánt szolgáltatásokhoz, tekintet nélkül a társadalmi ranglétrán elfoglalt helyükre. Az esélyegyenlőség fogalmához tartozik az is, hogy mindenki jövedelmével arányosan viselje az egészségügyi rendszer működtetésével járó anyagi terheket (pl. egészségbiztosítási járulék). Gyakorlati szempontból lényeges, hogy azonos súlyosságú kórkép esetén a betegeket ugyanolyan ellátás, egyforma bánásmód illesse meg. Például sérülhet az esélyegyenlőség, ha egy beteg úgy érzi, hogy kezelése, ellátása a többi klienshez képest nem volt megfelelő, nem részesült olyan figyelmes foglalkozásban, mint mások stb.

Minőségi komponens az egészségügyi ellátás *megfelelősége* is, azaz, ha egy páciens egészségi állapotában a várt javulás (pl. a panaszok enyhülése, önellátás képességének javulása stb.) meghaladja a várt kockázatokat, veszélyeket, negatív következményeket (pl. a vizsgálatok okozta kellemetlenség, fájdalom, félelem), mégpedig oly mértékben, hogy a beavatkozást érdemes elvégezni.

A *tudományos-technikai minőség* megmutatja, hogy az egészségügyi ellátás során milyen mértékben alkalmazzák a korszerű, rendelkezésre álló orvosi ismeret-

teket és modern technológiákat. Ez az egyik legáltalánosabb összetevője az egészségügyi ellátás minőségének. Minden minőségfejlesztési törekvés tartalmazza. Ám a minőséget nem csupán a legmagasabb szakmai technológia biztosítása eredményezi.

Egy másik minőségi összetevő, hogy legyen *elfogadható* az adott egészségügyi szolgáltatás, azaz feleljenek meg a beteg, az ellátók és a közösség elvárásainak. Fontos, hogy az ellátás legyen *átfogó*, holisztikus megközelítésű, *folyamatos* és *dokumentált*.

A *hitelesség* szintén fontos paraméter, azaz a tisztesség, szavahihetőség, megbízhatóság, becsületesség és személyes jó hírnév. A páciensek döntését egy egészségügyi szolgáltatás igénybevétele esetén (házánkban ez leginkább az egyes szakorvosi vagy egyéb egészségügyi magánszolgáltatások esetében értendő) jelentősen befolyásolja, hogy egy kórháznak vagy egy szakorvosnak, ápolónak vagy védőnőnek milyen a jó hírneve. A *megbízhatóság*, azt a képességet jelenti, hogy a megígért szolgáltatást megbízhatóan és pontosan teljesítik. Például ha egy védőnő 10 órára egyeztet le egy családlátogatást, akkor abban az időpontban valóban látogassa meg a gondozottját.

A *szakértelem*, *kompetencia*, *hozzáértés* lényeges elvárások egy egészségügyi szolgáltatással kapcsolatban. A hozzáértés a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges jártasság, gyakorlat és tudás összessége. Például egy beteg szempontjából lényeges kérdés, hogy egy ápoló fellépése azt sugallja, hogy valóban tudja, mit csinál.

Az ellátás során érvényesülő emberi kapcsolatok terén lényeges szerepe van a *kommunikációnak*. A kommunikáció odafigyelést jelent a páciensekre, illetve a betegeket közérthetően és folyamatosan kell tájékoztatni, kellő érdeklődést mutatva panaszaik, problémáik iránt. Például az orvosi tájékoztató lehetőleg ne tartalmazzon a laikusok számára érthetetlen szakkifejezéseket.

Az *udvariasság*, a másik ember tisztelete, előzékenység és barátságos viselkedés, tapintatosság az egészségügyi intézmények dolgozói részéről jelentősen befolyásolhatja az ellátás eredményességét. A *megértés*, az egyén feltétel nélküli elfogadása, *érzékenység* a szükségleteinek kielégítésére, az együttérzés, *empátia* lényeges az ellátás minőségének megítélésében.

Az egészségügyi szolgáltatások komponensei között lényeges a *biztonság*, mely magában foglalja a fizikális biztonságot és az információk, adatok bizalmas kezelését. A biztonság kérdéskörébe tartozik még az orvosi műhibák és tévedések kérdése is. Egy egészségügyi intézmény minőségügyi feladatai között elengedhetetlen, hogy ezek kizárására, illetve társadalmilag elfogadható mérték alá csökkentésére törekedjen.

További minőségi összetevők a kézzelfogható tényezők, mint a *fizikális körülmények* (pl. berendezések, tisztaság stb.), valamint az egészségügyi dolgozók, a többi páciens és a kommunikációs anyagok *megjelenése*.

A jó minőségű egészségügyi ellátáshoz hozzá tartozik az egészségügyi ellátást végző *dolgozók elégedettsége* is, mivel a kiegyensúlyozottság, harmónia és jó kedv, motiváció jelentősen növelik az eredményes munkavégzést.

A fentiekben felsorolt tényezők jelentősen befolyásolják a betegek elégedettségét, mely a minőség fontos komponense, hiszen az egészségügyi szolgáltatások, tevékenységek teljes egészében a páciensekért vannak.

Az egészségügyi ellátás minőségének dimenziói

Donabedian, amerikai orvos, az egészségügyi minőségmenedzsment nagy úttörője, 1966-ban kiadott művében az egészségügyi ellátás minőségét három dimenzióban értelmezi, mégpedig: a struktúra, a folyamat és az eredmény kategóriák szempontjából.

Hopkins továbbfejlesztette Donabedian modelljét, mely a 24. ábrán látható.

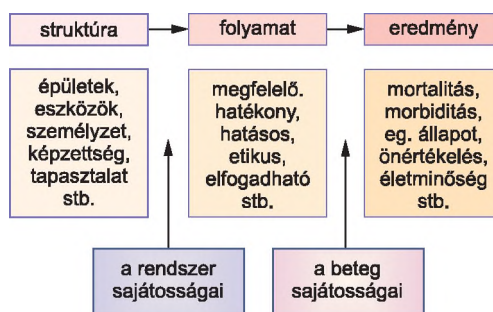
Szerinte az egészségügyi ellátás minőségének értékelése során az előbbi dimenziók mellett, még figyelembe kell venni az egészségügyi rendszer és a beteg sajátosságait is.

A továbbiakban tekintsük át a továbbfejlesztett Donabedian-modell egyes tényezőit.

A struktúra minősége: a modellben a struktúra gyűjtőnév alatt megtaláljuk az egészségügyi rendszer tárgyi, emberi és szellemi erőforrásainak összességét. Magában foglalja a gazdasági feltételeket, menedzsmentet, épületeket, eszközöket, egészségügyi műszereket, információs rendszert, a megfelelően képzett, tapasztalt szakembereket és kiegészítő személyzetet, valamint azok elkötelezettségét és etikai magatartását. Ezen kategóriához sorolhatjuk még az egészségügyi ellátást nyújtók tevékenységeinek végzésére vonatkozó előírásokat, s azokat a szabályrendszereket, melyeket a minőség javítása érdekében készítettek el.

A struktúrával kapcsolatos személyi és tárgyi követelmények meghatározása általában könnyű feladat, teljesülésük mérése is kivitelezhető. A struktúrához sorolt előírások meghatározása azonban már nagyobb körültekintést igényel.

Az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén vizsgálható a struktúra minősége. Azonban, ha belegondolunk, önmagában igen kevés, ha csak arra koncentrálnunk, hogy milyen a struktúrája például egy kórháznak. Attól, hogy kiváló egy fekvőbeteg-ellátó intézmény, orvosi rendelő vagy egy védőnői tanácsadó felszereltsége, ott még folyhat kevésbé jó minőségű ellátás, tehát szükséges a folyamat és az eredmény minősége is a szolgáltatás értékeléséhez.



24. ábra. Az egészségügyi ellátás dimenziói
(Forrás: Somogyiné Vári Éva p. 10. alapján)

Hazánkban miniszteri rendelet szabályozza az egészségügyi intézményekre vonatkozó minimumfeltételeket. 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.

A folyamat minősége: az egészségügyi ellátás folyamata magába foglalja az egészségügyi szolgáltatás főfolyamatait, azaz mindent, ami a pácienssel, a páciensért történik, mint pl. preventív, diagnosztikus, terápiás, ápolási, gondozási, rehabilitációs eljárások összessége, a beteg felvétele, informálása. Tehát ide tartoznak az ellátás időtartama alatt megválasztott, kivitelezett – vagy elmulasztott – intézkedések. Az egészségügyi intézményekben folyó munka minősége azonban nem csak a lehető legmagasabb szakmai színvonalú ellátásban nyilvánul meg, hanem az etikus, konfliktusmentes, értelmes kórházi munkát elősegítő környezetben is. Erre a területre esik a menedzsmentfolyamatok, így a tervezés, szervezés és irányítás és vezetés, jelentős hányada. A támogató folyamatok közé sorolhatók például az áruszállítás, illetve árumozgatás, információtovábbítás, a beteg elhelyezése, betegélelmezés és szállítása, a látogatási idő, a csendes pihenő, ami a beteg szempontjából rendkívül fontos tényező, a takarítás. A minőség értékelése gyakran a folyamat értékeléséhez kapcsolódik mint a folyamat valamely standard (elvárható szintű minőség) teljesítésének fokára utaló kritérium segítségével történő elemzése. A jó folyamat azonban önmagában nem tudja biztosítani az elvárt eredményt.

Az eredmény minősége: az eredmény kategóriája a nyújtott teljesítmények megítélésének legfontosabb alapja. Az eredmény a kliens azon aktuális vagy jövőbeli egészségi állapotában bekövetkező változásokra, a páciensek, és az ellátást nyújtók elégedettségére vonatkozik, amely az egészségügyi beavatkozásoknak, ellátásoknak, intézkedéseknek következménye. Az eredmény megítélése során figyelembe veszik még a morbiditási és mortalitási adatokat is. Az eredmény minőségének a mérése nehéz, mivel a kitűzött célt, a beteg állapotának megítélését általában csak szubjektív módon, leszámítva a statisztikai adatokat, tudjuk meghatározni.

Amennyiben a beteg állapotában, egészségében nem következik pozitív változás, akkor az egészségügyi beavatkozás, ellátás „értelmetlen”, „felesleges” volt, mindazok ellenére, hogy például kiváló volt a struktúra és a folyamat minősége. Tehát önmagában az eredmény minősége sem vizsgálható.

Donabedian modelljét kiegészítve az egészségügyi ellátás minőségét még meghatározzák az *egészségügyi rendszer sajátosságai*, mint például a hozzáférhetőség pénzügyi, földrajzi és időbeni szempontjai stb.

Az ellátás minőségének elemzése szempontjából fontos a *beteg egyes sajátosságainak* a figyelembevétele. Ilyenek például: az életkor, nem, társadalmi-gazdasági körülmények, a betegség súlyossága, a társbetegségek, a beteg egészségkultúrája, együttműködési készsége stb.

Az egészségügyi ellátás szakmai minőségének alapjai

A *szakmai minőség* nagyon lényeges az egészségügyi ellátás tekintetében. A minőségügy csak papírmunka, dokumentációs teher, ha nem társul hozzá a szakmai minőség javítása.

A szakmai minőség fejlesztéséhez nélkülözhetetlenek a bizonyítékokon alapuló szakmai standardok, vagyis a szakmai irányelvek és protokollok. A szakmai irányelvek és protokollokkal szemben támasztott elvárások a következők:

- alapuljanak tudományos bizonyítékokon (gyorsabb megoldás, pl. ha adaptálnak egy nemzetközi bizonyítékokon alapuló irányelvet);
- a tapasztalati bizonyítékokat is vegyék figyelembe (pl. morbiditás, mortalitás, demográfiai adatok);
- alkalmazhatóak legyenek az ellátási környezetükben;
- a beteg preferenciáin alapuljon (pl. egészségkultúra, elvárások, szociális viszonyok, anyagi helyzet, együttműködés stb.);
- legyenek finanszírozhatóak.

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás

A *bizonyítékokon alapuló egészségügyi* (orvosi és ápolási/gondozási tevékenység) *ellátás* egyaránt szolgálja a hatásosságot, hatékonyságot, eredményességet, költséghatékonyságot és a kockázatok csökkenését.

A minőségfejlesztés szempontjából fontos, hogy csak olyan diagnosztikus, terápiás, prevenciós eljárásokat alkalmazzanak az egészségügyben, amelyek a tudomány mindenkori állásának megfelelnek. *Bizonyítékon alapuló orvoslásnak és ápolásnak* (*evidence-based-medicine*) nevezzük azt a folyamatot, amikor a gyógyító-megelőző, ápolási-gondozási ellátás során hozott döntések az elérhető legjobb bizonyítékon, tudományos tényeken alapulnak.

A bizonyítékon alapuló egészségügyi ellátás során a gyakorlatban folyamatosan és következetesen támaszkodnak a klinikai kutatások eredményeire.

A szakma szabályainak betartása, a szakmai protokollokat és irányelveket alkalmazni, valamint az alkalmazásukat folyamatosan értékelni kell, a szakmai ellátás minőségének fejlesztése végett. Ezt a célt szolgálja a klinikai audit.

A klinikai audit lényege

A klinika audit az evidenciákon alapuló szakmai szabályok gyakorlati alkalmazásának értékelésére szolgál. Egy meghatározás szerint a klinikai audit az egészségügyi szakemberek (pl. orvosok, védőnők, ápolók, gyógytornászok, dietetikusok stb.) tevékenységének és az egészségügyi ellátás rendszeres és kritikus elemzése, amely kiter-

jed a diagnosztikai és terápiás eljárásokra, az erőforrások felhasználásra, valamint az eredményre és a beteg életminőségére.

A klinikai audit egy eszköz, lehetőség arra, hogy az egészségügyi ellátás minőségét javíthassuk, hogy kialakítsuk a legjobb gyakorlatot. A klinikai audit elsősorban a szakmai kérdésekre fókuszál.

A klinikai audit jellegét tekintve lehet *belső* (intézményen belül, saját dolgozók által végzett) és *külső* (külső szervezet, szakértői csoport, egészségügyi hatóság (ÁNTSZ) vagy biztosító (OEP) által végzett) audit.

A klinikai audit egy minőségbiztosítási tevékenység, mely szerves része az egészségügyi dolgozók mindennapi munkájának.

A minőségügy jelentősége az egészségügyi szolgáltatások költségeire vetítve

Jelen fejezet az egészségügyi minőségbiztosítás, minőségfejlesztés költségeivel foglalkozik. Rávilágít arra, hogy milyen kiadások kapcsolódnak a minőségügyi tevékenységhez, ezek hogyan csoportosíthatók. Érthetővé válik, hogy tulajdonképpen nem a minőség fejlesztése a költséges, hanem a nem megfelelő ellátás, a rossz minőség növeli meg a kiadásokat.

A minőségügy egyik szakértője, *Crosby* szerint: „Mindig az az olcsó, ha a munkát már elsőre is jól végezzük el.”

Minden egészségügyi szervezet szempontjából a gazdaságosság is egy fontos, minőséget meghatározó tényező. Gazdálkodó szervezetek lévén az egészségügyi intézmények, szolgáltatók esetében is követelmény, hogy a minőség előállítása a lehető leggazdaságosabban történjen, azaz a rendelkezésre álló szűkös erőforrások optimális felhasználásával biztosítsa a kliensek minőségi ellátását.

Lényeges a gazdálkodás szempontjából a minőséggel összefüggő költségek kérdése, ugyanis a kiadások jelentős részét képezik az úgynevezett *minőségköltségek*.

A minőséggel kapcsolatos költségek számszerűsítésével, értelmezésével többen is foglalkoztak. *Crosby* 1979-ben megjelent világhírű műve is ezt a témakört érinti, címe: „A minőség ingyen van”.

Egy definíció szerint: a *minőségköltség* nem más, mint a gyenge minőség megelőzésének, a jó minőség biztosításának és ellenőrzésének, valamint mindazon további költségcsökkentésnek együttes összege, amelyek a hibák miatt merülnek fel.

Feigenbaum megállapította, hogy a minőség előállítása jóval olcsóbb, mint a minőséghibák javítására fordított kiadások összege. Az ipari környezetben végzett felmérések, tanulmányok alapján a minőségügyi költségek kitehetik a teljes költségek 20–40%-át is.

Az egészségügyben *Berwick* és munkatársai (1991-ben) szerint, a minőség költsége a teljes kiadások akár 50%-át is elérhetik.

A minőség költségeinek többféle osztályozása létezik. Az egyik legelfogadottabb felosztás szerint a költségek négy csoportba sorolhatók:

- hibamegelőzési költségek,
- minőségellenőrzési, értékelési költségek,
- belső hibaköltségek,
- külső hibaköltségek.

A *hibamegelőzési költségek* tulajdonképpen befektetési költségek, minden olyan intézkedést tartalmaznak, amelyeknek célja a nem teljesítés (azaz az előírásoknak való nem megfelelés) megelőzése, a páciensek szükségleteinek azonosítása. Ide tartoznak például – minőségtervezési költségek, a minőségjellemzők megállapításának költségei, a dolgozók oktatása és tréningje (annak érdekében, hogy elkerüljék a munka közben vétett hibákat), minőségmonitorozási – és jelentési rendszer kialakítása, a minőség dokumentációjának a megtervezése és bevezetése, a minőségjavító, fejlesztő programok, a minőségmenedzsment rendszer működtetése.

A *minőségértékelés költségeit* az egészségügyi szolgáltatás minőségszíntjének megtartására fordítják. Ilyenek például a minőség auditok költségei, külső jóváhagyások, engedélyezés és tanúsítás áttekintése, felülvizsgálata, az eszközök kalibrációja, berendezések karbantartása, dolgozók tevékenységének megítélése, a dokumentáció felülvizsgálata és szolgáltatások vizsgálata.

Hibaköltségek általában a minőségkövetelmények be nem tartásából következnek. A *belső hibaköltségek* mindazok a költségek, veszteségek, amelyek abból keletkeznek, hogy a munka eredményének minősége elmarad a kitűzött mértéktől, ám mivel a hibákat kijavítják, a páciensnek nyújtott szolgáltatás minősége már jó. Ilyen költség például mindenfajta selejt, anyaghiány, szükségtelen, ismételt elvégzett ellátások, beavatkozások, vizsgálatok, várakozási idő okozta veszteség az erőforrások felhasználásában, újraellenőrzés, javítás, hibaelhárítás és hibaelemzés, páciensek reklamációi stb.

A belső költségek csökkenthetők azáltal, hogy a szolgáltatási folyamatban résztvevők kapcsolatrendszerét szabályozzák, mivel a veszteségek legalább egyharmada ott keletkezik.

A *külső hibaköltségek* abban az esetben merülnek fel, ha az egészségügyi ellátás, a munka minősége nem megfelelő, nem éri el a kitűzött standardot, és a hiba, probléma a végső fogyasztónál, azaz a páciensnél, illetve a finanszírozónál lesz nyilvánvaló. Tehát ezek a költségek a szolgáltatók későbbi többletköltségeit jelentik.

Ezen költségek közé tartoznak például (*Suver* és munkatársai közleménye szerint) a betegek reklamációira, panaszaira való reagálás, a felelősségbiztosítási költségek, műhibák miatt keletkezett költségek, a jó hírnév, presztízs elvesztése.

Ezen költségek azonosítása nagyon fontos, mert csak így lehetséges a hatékony kiadáscsökkentés. *Harrington* szerint a teljes minőségköltségek 30%-át a külső hiba-

költségek, 45%-át a belső hibaköltségek képezik, 20% a minőségértékelés, felmérés költsége, és csupán 5% a hibamegelőzésre fordított kiadás. Tehát, ha a preventív költségeket növelik, akkor elérhető, hogy csökkenni fognak az értékelési és a hibaköltségek is.

A nem megfelelő, vagyis „rossz” minőségnek a költségei, más szempontú csoportosítás szerint, feloszthatók látható és rejtett kiadásokra, illetve közvetlen és közvetett kiadásokra.

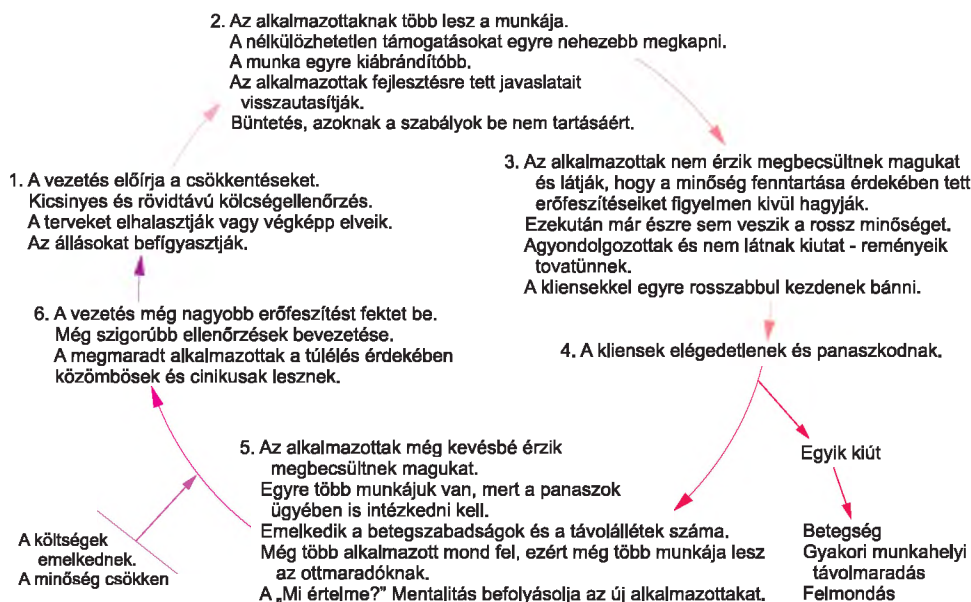
A látható költségek: betegpanaszok, elszámolási hibák, felesleges, pontatlan vizsgálati eredmények, lejárt szavatosságú gyógyszerek, eszközök.

Rejtett költségek: szakmai egységesség hiánya, hibásan működő vagy működésen kívüli eszközök, berendezések, pontatlan vagy hiányos dokumentáció, elégedetlen betegek, információ hiány (jogszabályok, események, eredmények), hosszú várakozási idő, rossz hírnév.

A rossz minőség következményeit az alábbi, 25. ábra mutatja:

A jó minőség következményei:

Alacsonyabb költségek, magasabb produktivitás, elégedett betegek, jó hírnév és megítélés. A felfelé irányuló minőségspirál további eredménye: elégedettebb dolgozók, (növekvő öntudat, energia és kreativitás felszabadítása, kevesebb munkaerő-torborzási költség, kevesebb ráfordítás a munkahelyi távollétek és táppénzes napok miatt kieső munkaerő pótlására) és a növekvő belső motiváció (a minőség javítása



25. ábra. A rossz minőség következményei

Forrás: Ovretveit 1999, p.166.

íránt nagyobb az érdeklődés, a megtakarításokból és a nagyobb bevételekből a minőség fejlesztésére magasabb összeget lehet fordítani).

A minőségköltések azonosítása nehéz. Bizonyos költségek elkülöníthetők a többi költségtől, de mások viszont nem. Például egy minőségügyi rendszer kiépítésével kapcsolatban egy külső tanácsadó cég szolgáltatásaiért fizetett összeg egyértelműen jelentkezik a kiadási oldalon a minőségügyi költségek között, ám a belső munkatársak munkaidőben történő minőségfejlesztési tevékenységének költsége már rejtve marad.

Minőségügyi rendszerek az egészségügyben

A fejezet a minőségmegvalósítás legelterjedtebb eszközével, a minőségügyi rendszerrel foglalkozik. Ismerteti az ISO 9001 szabvány alapelvét, a szabvány sajátosságait és a rendszer kiépítésének lépéseit. Szintén tárgyalásra kerül a TQM – teljes körű minőségirányítás is, ami tulajdonképpen a szervezet képességeinek kialakítása, vezetési módszer és minőségkultúra. Bemutatja az alapelveit: a vevőközpontúságot, a folyamatos fejlesztést, a teljes körű részvételt és a közös tanulást, és a vezetés jelentőségét. Szó lesz a legkorszerűbb TQM szemléletű modellről, az EFQM-alapú kiválósági modellről is, mely az elmúlt években az egészségügyi intézmények körében is elterjedőben van. A hazai minőségügy fejlődésében nagy előrelépést jelentő integrált minőségügyi rendszerekkel kapcsolatos alapvető ismervek is bemutatásra kerülnek.

Ha egy egészségügyi szervezet működésében az összes érdekelt szereplő elvárásai teljesülnek, akkor ebből az következik, hogy az adott szervezet jó minőséget állít elő. A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban olyan törekvések indultak, amelyeknek középpontjában az egészségügyi ellátás folyamatos fejlesztése áll.

A minőség biztosításának egyik módja, ha az ellátó a szervezetén belül, minőségügyi rendszert alakít ki, valósít meg és fejleszt. A *minőségügyi rendszer* valójában a minőségirányítás megvalósításához szükséges szervezeti felépítés (struktúra), feladatkörök, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége.

Egy jól működő minőségügyi rendszer bizalmat kelt a vevők (pl. páciensek, gondozottak, betegek) körében és a szervezeten belül is, és segíti elérni a betegek elégedettségét.

A *minőségügyi rendszer* magába foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének ellenőrzését, értékelését, szükség szerint tanúsítását és a folyamatos minőségfejlesztést.

Az *egészségügyi minőségügyi rendszerek célja*, hogy javítsa a lakosság egészségi állapotát, a lehetséges legkisebb kockázattal, mindezt a rendelkezésre álló erőforrások optimális, hatékony felhasználása mellett.

Egy adott szervezet számára a minőségügyi rendszer számos haszna közül megemlíthetünk néhányat:

- olyan minőségű terméket vagy szolgáltatást képes létrehozni, mely megfelel a vevők/páciensek elvárásoknak, valamint a versenyképesség fenntartható és növelhető a piacon;
- a folyamatok szabályozottabbak;
- az irányítás és a munkavégzés hatékonysága nő;
- a szervezeten belüli információáramlás javul,
- a hibák megelőzése a minőségkötségek csökkentését eredményezi;
- elősegíti a folyamatos fejlesztést a működés minden területén.

Egy egészségügyi intézmény, amikor dönt a minőség fejlesztésének szükségességéről, az első kérdés, amire választ kell adni, hogy mit akar megvalósítani ezen a téren, és milyen lehetőségek, módszerek állnak rendelkezésre. A modellek, minőségügyi rendszerek mellett elengedhetetlen feltétel a menedzsment és a dolgozók elkötelezettsége a minőség fejlesztésének szempontjából, illetve az, hogy milyen anyagi erőforrások és tényezők érhetők el. Mindezek mellett figyelembe kell venni, hogy milyenek az adott intézmény adottságai, lehetőségei, a várható kilátások, nehézségek és egyéb befolyásoló tényezők.

Azzal kapcsolatban, hogy melyik módszer, lehetőség, modell választása a legjobb (pl. ISO, MEES, TQM stb.), az elmúlt évtizedekben számos vita folyt. Azonban, *Gulácsi* szerint, figyelembe kell venni egy fontos dolgot: nem modellekben kell gondolkodni és minőségirányítási rendszereket kell kiépíteni, hanem ezeket eszközként kell felhasználni a fő cél, a minőségfejlesztés megvalósítása érdekében.

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 1999.01.01-től kötelezővé tette a belső minőségügyi rendszer működtetését az egészségügyi intézményekben. Az egészségügyi ellátás minőségének biztosítása és fejlesztése során fontos az egységes normarendszer kialakítása, amelyek az egészségügyi gyakorlati munka, a finanszírozás, az ellenőrzések és minőségtanúsítások alapját képezi.

A továbbiakban bemutatásra kerülnek az egyes minőségügyi rendszerek.

ISO 9000 szabványsorozat

A *szabványok* dokumentált, közmegegyezésen alapuló technikai specifikációk, illetve más természetű kritériumok, amelyek általánosan illetve ismételten alkalmazható szabályként, irányelvként előírásként, útmutatásként vagy a jellemzők megfogalmazásaként használhatók annak érdekében, hogy a tevékenységek, termékek, folyamatok, szolgáltatások és azok eredménye egyenletesen megfeleljen a szervezet céljainak.

A szabványosítás egyik legfontosabb célja a minőség védelme.

A minőséggel kapcsolatos szabványosítás az amerikai hadiipar, majd az úrkutatás, gépkocsigyártás területéről indult el. Ezt követően Nagy-Britanniában a szabvá-

nyokat a katonai területről kiterjesztették polgári területekre is. Az 1979-ben kiadott, brit BS 5750 szabvány volt az első, minőségirányítási rendszerekre vonatkozó szabvány, mely alapul szolgált az ISO 9000 szabványsorozatnak.

Az ISO 9000 standardokat először 1987-ben adta ki a Nemzetközi Szabványügyi Szervezet (*International Organisation for Standardisation, ISO*). Az ISO 1947 óta működő szervezet, nemzetközi szabványokat fejleszt, nemzetközi konszenzus alapján. Leginkább elterjedt szabványsorozata az: ISO 9000, melyet azzal a céllal alkottak meg, hogy a világon egységes minőségügyi szabványok legyenek. Ezt követően 1994-ben és 2000-ben végrehajtották a standardok módosítását, revízióját. Napjainkban az ISO-nak több mint 150 tagországa van, és ez a szabványrendszer (elsősorban Európában) a legelterjedtebb és a legszélesebb körben használatos minőségügyi rendszer.

Az Európai Közösség által kezdeményezett szabványharmonizáció eredményeként hazánkban kialakult az MSZ EN ISO 9000 jelzésű szabványsorozat. A jelzések értelmezése:

- MSZ: Magyar Szabvány
- EN: Európai Szabvány
- ISO 9000: minőségirányítási szabványcsalád
- 9001: Minőségügyi, minőségirányítási rendszer. Követelmények (a szabvány tartalma)
- 2000: A megjelenés, módosítás, helyesbítés éve.

Az ISO szabványcsalád elemei:

ISO 9000:2000 (MSZ EN ISO 9000:2001), minőségirányítási rendszer, Alapok és szótár; ISO 9001:2000 (MSZ EN ISO 9001:2001) minőségirányítási rendszer, Követelmények; ISO 9004:2000 (MSZ EN ISO 9004:2001) minőségirányítási rendszer, Útmutató a működési fejlesztéshez;

ISO 19011 Útmutatás a minőségmenedzsment és környezetközpontú menedzsment rendszerek auditjához.

2008-ban megjelent az új minőségirányítási szabványrendszer, az ISO 9001:2008, mely megtartotta az ISO 2000-ben kiadott felépítését, csupán apró módosításokat tartalmaz. Célja, hogy az érthetőség javuljon, illetve a környezetközpontú szabványnál növekedjen a kompatibilitása.

Az ISO szabványok követelményeket fogalmaznak meg a tevékenységek teljes spektrumára vonatkozóan. Alkalmazásuk filozófiája, hogy a szervezet folyamatai reprodukálhatóan és ellenőrizhetően menjenek végbe.

Magyarországon 1993-ban modellértékű volt a Zala Megyei Kórház minőségbiztosítási rendszerfejlesztési tevékenysége, melynek eredményeként Európában is elsőként az egészségügyi intézmények közül, ISO 9001:1994 mintára alakították ki a kórház minőségügyi rendszerét, melyet 1995-ben tanúsítottak is. Ez volt az ISO alapú minőségügyi rendszerek kiépítésének kezdete hazánkban.

Az iparból átvett minőségügyi rendszerek kialakítása után azonban nem javult automatikusan az egészségügyi intézmények szakmai tevékenységének minősége. Ennek hátterében az állt, hogy az auditálás nem egységes szakmai kritériumrendszer és standardok mentén történt. A tanúsítás megszerzése nem vonta magával a dolgozók szemléletváltását, nem tudták mindannyian átérezni a minőségi munka jelentőségét, azaz nem alakult ki automatikusan a belső hajtóerő a folyamatos fejlődés irányába.

Az ISO 9000:1994-es szabvány céljainak középpontjában az állt, hogy a termék kezelésének minden fázisában *előzze meg a nem megfelelőséget*. Fókuszában a dokumentált szabályozás, vagyis az állandóság és a fegyelmezett, végrehajtott alkalmazott állt. Az ISO 9000:1994 szabványcsalád nem tudta kezelni a szolgáltató szektor igényeit, nem kezelte súlyponti kérdésként a vevő elvárásait, a vevő igényeit, és túlzott dokumentációs igényét gyakran nehezményezték. Az ISO 9000:2000 már jobban alkalmazható a szolgáltatások területére és megfelelőbb az egészségügyi intézmények igényeinek is, mivel hangsúlyt fektet a folyamat fejlesztésére, a PDCA ciklust alkalmazza. Jellemző, hogy lényeges figyelmet szentel eredmények értékelésére és rugalmasabb a dokumentációs rendszert igényel. Lényeges terület a vevő elégedettsége és a vevőkkel való kommunikáció is. A vevői megelégedettség elérését a szervezet folyamatos javításával, vagyis a változással akarja megvalósítani. Tehát dinamikát visz az ISO 9000-be, hiszen a minőségfenntartás helyébe a minőségfejlesztés került. Alapelveként érvényesíti a TQM alapelveit, és lehetővé teszi integrált irányítási rendszerek kialakítását.

Külön, specifikusan az egészségügy területére alkalmazható ISO-szabvány nem létezik, ezért jelentkezett igényként a szabványoknak megfelelően kialakított minőségügyi rendszereket működtető intézmények részéről, hogy legyen az ISO-szabványoknak egységes egészségügyi értelmezése. Ezért a szaktárca (Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium – ESZCSM) 2003-ban, az auditálási tapasztalatokat figyelembe véve, az egészségügyi és minőségügyi szakemberek együttműködésével, elkészítette az „Ajánlás az ISO 9001:2000 szabvány alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben” című segítő anyagot.

Az ajánlás szerkezetében követi az ISO 9001:2000 szabványt. Felülvizsgálatát évenként végzik, mely az egészségügyi szolgáltatók igényeinek minél jobb megfelelést szolgálja.

Az ISO 9001:2000 (MSZ EN ISO 9001:2001) általános ismertetése

Az ISO 9001 célja, hogy meghatározza a minőségirányítási rendszer azon *minimális követelményeit*, amelyek teljesítése a vevő megelégedettségének eléréséhez szükségesek.

Az ISO 9001 nyolc minőségirányítási *alapelvet* tartalmaz, melyek megkönnyítik a minőségcélok elérését. Ezek a következők:

Vevőközpontúság: a szervezetek a vevőiktől függnnek, ezért meg kell érteniük, pontosan ismerniük kell a jelenlegi és jövőben jelentkező vevői igényeket, teljesíteniük kell a vevő követelményeit, és így igyekezniük kell teljesíteni, illetve felülmúlni a vevők elvárásait.

Erős vezetés: a vezetésnek össze kell hangolnia a szervezet céljait egységes egészszé. A vezetésnek kell létrehozni és fenntartani olyan belső munkahelyi környezetet, melyben a munkatársak teljes mértékben azonosulni tudnak a szervezet céljaival, és maximálisan részt tudnak venni a szervezet céljainak elérésében.

A munkatársak részvétele, bevonása: ahhoz, hogy egy szervezet elérje céljait, működésének minden szintjén a legfontosabb erejét, részét a munkatársak jelentik. A humán erőforrás teljes mértékű bevonásával válik lehetővé képességeik kihasználása a szervezet javára.

Folyamatszemléletű, folyamatalapú megközelítés: a kívánt eredmények sokkal hatékonyabban elérhetők, ha a tevékenységeket és a hozzájuk tartozó erőforrásokat folyamatként irányítják.

Rendszerszemlélet, rendszer-megközelítés az irányításban: a szervezet eredményességét és hatékonyságát javítja, ha az egymással összefüggő és kölcsönhatásban lévő folyamatokat rendszerként azonosítják, értik meg és irányítják.

Folyamatos fejlődés, javítás: a szervezet állandó fő célja a szervezet működésének átfogó, folyamatos fejlesztése.

Tényeken alapuló döntéshozatal: az eredményes, hatékony döntések az adatok és egyéb információk elemzésén alapulnak.

Kölcsönös előnyös kapcsolatok a beszállítókkal, alvállalkozókkal: a szervezet és annak beszállítói kölcsönösen függnnek egymástól, és kölcsönösen előnyös kapcsolatok, együttműködésük minkét fél számára előnyös, hiszen fokozza mindkettejük értékteremtő képességét.

Az ISO 9001:2000 szabványnak nyolc fejezete van, ezekből a 4. fejezet foglalkozik azokkal a *követelményekkel*, amelyek a *minőségirányítási rendszer kialakításával* kapcsolatosak. Ennek értelmében a szervezetnek létre kell hoznia, dokumentálnia kell, be kell vezetnie, fenn kell tartania és folyamatosan fejlesztenie kell a minőségügyi rendszert.

A szabvány előírásai tartalmazzák a dokumentálás követelményeit is. Az egészségügyi intézményekben is ki kell dolgozni a *minőségügyi-rendszer dokumentációját*. Ennek, egy kórház esetében, általában 4-5 szintje van, melyek felülről lefelé haladva a következők:

- minőségpolitika, minőségcélok: mely a vezetés nyilatkozata a minőséggel kapcsolatos álláspontjáról;
- minőségügyi vagy minőségirányítási kézikönyv: melyben rögzítik a követelményeket, felelősségeket, hatásköröket;

- eljárásleírások kézikönyve: melyekben az egyes végrehajtási folyamatokat szabályozzák;
- munkautasítások: a szolgáltatások részletes szabályozása,
- bizonylatok, űrlapok, feljegyzések, nyilvántartások: az adatok, információk rögzítésének, nyilvántartásának, kezelésének szabályozása.

Alapelv a dokumentumrendszer kialakításában, hogy a működés biztosítsa a reprodukálható teljesítést, és mindenki, aki részt vesz a folyamatokban, mindig azonos és érvényes dokumentumokkal dolgozzon.

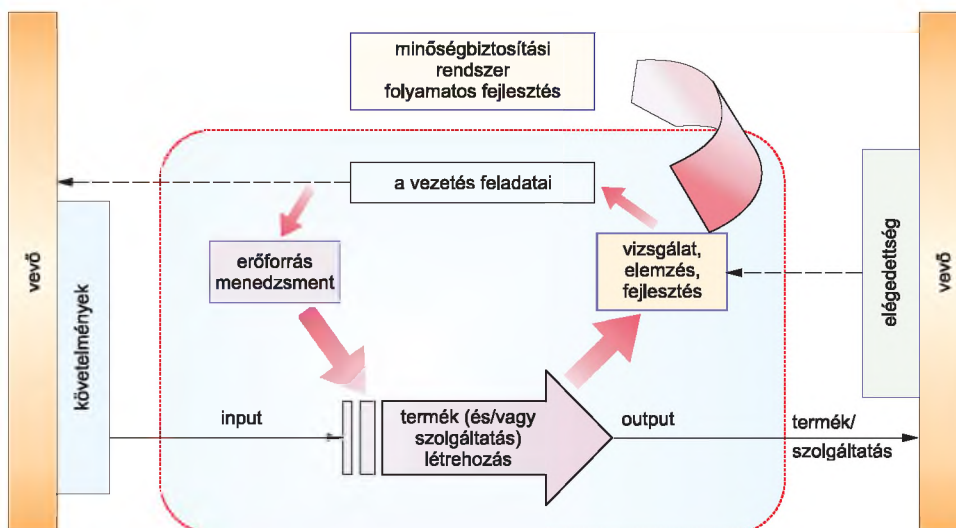
Tehát a jó és hatékony minőségügyi rendszerhez megfelelő, naprakész, teljes körű, jóváhagyott, hozzáférhető, visszakereshető, azonosítható és ellenőrzött dokumentáció tartozik.

Az ISO 9001:2000 további érdemi részeit képező fejezetek a következők:

- vezetés felelőssége,
- erőforrás-gazdálkodás,
- termék/szolgáltatás előállítás,
- mérés, elemzés, fejlesztés.

A 26. ábrán az ISO 9000:2000 szabvány szerinti modell látható.

Az ISO 9001:2000 kiépítése az egészségügyi intézményekben általában nem önállóan történik. Rendszerint egy külső tanácsadó szolgáltatásait veszik igénybe. A gyakorlati bevezetés után, ha megfelelően működik, egy független tanúsító céggel felülvizsgáltatják. Ennek a vizsgálatnak az eredményéről készül egy tanúsítvány. A tanúsítvány igazolja, hogy pl. a kórház az ISO 9001:2000 rendszer követelményei szerint működik, azaz a páciensek biztosak lehetnek abban, hogy a nyújtott egészségügyi szolgáltatás minősége egyenletes.



26. ábra. Az ISO 9000:2000 szabványrendszer

Az ISO 9001:2000 rendszer kiépítése

1. Előkészítés

A céljainak meghatározása, ismertetése, a projekt indítása.

Minőségügyi szervezet felállítása: minőségügyi vezető vagy megbízott, minőségtanács.

Oktatás: a minőségügyi vezető és esetleg néhány, a rendszerben kulcsfeladatra szánt dolgozó képzése.

Helyzetfelmérés, értékelés, önértékelés, amelynek során megvizsgálják: az intézmény vezetési, döntési, működési és fejlesztési folyamatait, a dokumentumok és adatok kezelését, az erőforrásokat, az információáramlás folyamatait, az előállítási folyamatokat, az ellenőrzési és visszacsatolási folyamatokat.

Célszerű megvizsgálni a szervezeti kultúrát is, ami információt adhat a rendszer bevezetéséhez szükséges emberi tényezőkről is. A helyzetfelméréshez, de különösen a kapott adatok értékeléséhez szükség van külső szemre – vagyis szakértő tanácsadóra – is.

2. Tervezés

A minőségpolitika és a minőségcélok megfogalmazása.

A rendszer megtervezése:

- a kulcsfolyamatok meghatározása,
- a folyamatok közötti kapcsolatok meghatározása.

Minőségügyi kézikönyv

3. Bevezetés – a rendszer kiépítése és bevezetése

- felelőségek, hatáskörök meghatározása,
- a minőségirányítás alapjainak oktatása minden dolgozó számára,
- a minőségügyi rendszer bevezetésében felelősök és szerepet játszóknak további képzése,
- a folyamatleírások kidolgozása,
- a dokumentáció elkészítése,
- a rendszer működtetése,
- belső audit a rendszer megfelelőségének és hatásosságának ellenőrzésére, valamint a szükséges módosítások elvégzésére.

4. Tanúsítás

A független fél írásos nyilatkozata a minőségirányítási rendszer ISO 9001 követelmény szabványnak való megfelelőségéről.

Az egészségügyi tárca *szakmai irányelvet* adott ki, mely iránymutatást ad az egészségügyi szolgáltató szervezeteknek a belső minőségügyi rendszer kialakításához és fejlesztéséhez. Ez a belső minőségügyi rendszer minimum követelménye egyben, mely szerint a kiépítéshez és működtetéshez a következő tényezők szüksé-

gések: a vezetők elkötelezettsége; gondoskodás a humán erőforrásokról; gondoskodás a tárgyi és pénzügyi feltételekről; szolgáltatási folyamatok tervezése, működtetése, értékelése és fejlesztése; a belső minőségügyi rendszer folyamatos, indikátorokon alapuló értékelése.

Az ISO 9001-es minőségügyi rendszer kialakítása sok előnyt jelent, de ezek mellett hátrányokkal is járhat. Ezek közül a leglényegesebbek a következők:

Az ISO 9001 előnyei:

- megteremti a „rendet” a szervezetben,
- a belső szabályozáshoz egyértelmű szabványokat jelöl ki,
- kikényszeríti a nyilvánosságot és a dokumentációt,
- a rögtönzött működést szabályozott és kiszámítható keretek közé kényszeríti,
- elterjeszti a mérhetőségen alapuló döntést (PDCA),
- folyamatos fejlesztést követel meg az intézménytől,
- azonos szabványt alkalmazó szervezetek között egyszerűbb a szakmai párbeszéd; kialakul a közös nyelv a folyamat és az elvárások tekintetében,
- nemzetközileg elismert tanúsítás szerezhető,
- nemzetközi összehasonlításra is alkalmas,
- jól integrálható más irányítási rendszerekkel, standardrendszerekkel (pl. MEES).

Az ISO 9001 hátrányai:

- nyelvezete, értelmezése az egészségügy számára nehéz,
- mivel nem egészségügy-specifikus az egészségügyi dolgozók nem érzik a jelentőségét, nem azonosulnak vele, nem elkötelezettek, nem értik,
- ha gépiesen alkalmazzák, csak a külső elvárásoknak felelhet meg,
- viszonylag költséges a felkészítés és az ismétlődő tanúsítás,
- a tanúsító szervezetek auditorai gyakran nem egészségügyi dolgozók, így a szakmai szempontok értelmezése eltérő,
- a különböző tanúsító szervezetek által kiadott tanúsítvány nem hasonlíthatóak össze,
- állandó dokumentációs kényszer – papírmunka.

A szabványos minőségirányítási rendszer magában nem képes csodákra, nem garancia a jó minőségre és a szervezet üzleti sikerességére. A ISO 9001:2000 tanúsítása egy egészségügyi intézményben bizonyítja ugyan a kliensek, páciensek felé a vevői igényeknek való megfelelést, megteremti a keretet az egyenletes szolgáltatásminőség eléréshez, a vevőkkel való kommunikációt és kapcsolatot, az irányítási feladatok rendszerezett, pontos, dokumentált információkkal való ellátását, de nem nyújt komoly versenyképességet.

Az ISO alkalmazása megnyitja az utat a TQM, a teljes körű minőségirányítási rendszer kiépítése felé.

Total Quality Management – teljes körű minőségmenedzsment

A TQM az egyik legjelentősebb vezetési irányzat, egy olyan menedzsment módszer, mely hosszú távú üzleti siker elérését szolgálja.

Gyökerei Japánba nyúlnak vissza, és az Amerikai Egyesült Államokban az 1980-as évek közepén fogalmazták meg az alapelveit. A TQM az ISO szabvány mellett a minőségfejlesztés legfontosabb módszere.

A TQM felülről, vezetői szintről kiindulva építkezik. Átfogja az egész szervezet működését, struktúráját, nemcsak a folyamatokra terjed ki, hanem a vezetésre, irányításra, minden részlegre, minden tevékenységre és az erőforrásokra is, minden alkalmazottra, minden szinten.

A TQM legfontosabb *alapelvei* a vevőközpontúság, a folyamatok javítás és fejlesztése, a teljes elkötelezettség, melyek jelentése a következő:

1. *Vevőközpontúság*: a szervezet sikerének alapja, hogy a vevők igényeit, szükségleteit, elvárásait alaposan meg kell érteni, és mindenkor, minden alkalommal ki kell elégíteni. Tehát a „vevő a király”. A minőségirányítás középpontjában a külső és a belső vevők állnak. A *külső vevők*, azok, akik nem tagjai a szervezetnek, de kapcsolatba kerülnek valamilyen módon a szervezet által előállított termékkel vagy szolgáltatással (pl. betegek, azok hozzátartozói, a társadalom stb.). A *belső vevők* a szervezetben belüli egyének, dolgozók, akiknek munkája egymásra épül.

2. *Folyamatok javítása és fejlesztés*: a TQM a minőség javítását megelőzéssel és nem hibakereséssel, illetve a folyamatok állandó javításával éri el. A folyamatos fejlesztés alapelve a PDCA-elv, melyről a későbbi fejezetben lesz még szó. Lényege, hogy a folyamatos javítás eredményeként jobb minőség érhető el és egyre magasabb minőségszínvonalra lehet jutni.

3. *Teljes körű részvétel, elkötelezettség és felhatalmazás*: a TQM szervezetek mozgatórugója a vezetők részvétele és elkötelezettsége, valamint alapkövetelmény a dolgozók teljes körű részvétele. A vezetés hasznosítja a szervezet valamennyi alkalmazottjának képességét, tudását, tehetségét, véleményét, ötleteit, kritikáját, hatékonyan gazdálkodik az emberi erőforrásokkal, a folyamatos fejlesztés és a vevők igényeinek kielégítése, a piaci előny elérése érdekében. Ez csak úgy érhető el, ha a TQM megvalósításában mindenki részt vesz, elkötelezett és képes a felelősség vállalására. Továbbá lényeges, hogy minden dolgozó ismerje a szervezet küldetését, jövőképét, s annak megvalósításában aktívan tevékenykedjen.

A TQM tárgyalásával foglalkozó óriási szakirodalom közül *Bálint* az alábbi két *alapelvet* sorolja még a legfontosabbak közé: közös tanulás és vezetés.

4. *Közös tanulás – tanuló szervezetté válás*: a TQM-et alkalmazó szervezetekben fontos, hogy állandóan és mindenki tanuljon. Ez nem csupán a munkavállalók oktatását, átképzését vagy továbbképzését jelenti, hanem a vezetés folyamatos tanulását is. Fontos az egyes szervezetek, intézmények közötti közös tanulás is, hiszen a jó tapasztalatok, a tudás megosztásával gyorsabban lehet a minőség megvalósításának

jó gyakorlati megoldásait bevezetni. (Ezen alapul a benchmarking, amely egy korszerű fejlesztési eszköz.)

5. *Vezetés:* a TQM egy vezetési filozófia ezért lényeges, hogy kompetens és elkötelezett felső vezetés irányítsa a tevékenységeket.

Az öt alapelv megvalósításában kulcselem az ember, s ezért csak az emberi erőforrás motiválásával, csoportmunkával, oktatással és képzéssel érhetők a célok.

A TQM várható *előnyei* a következők:

A szervezet, ismervé a vevők igényeit, szükségleteit, elvárásait, arra fog törekedni, hogy azokat egyre magasabb szinten elégítse ki. Ennek érdekében partneri kapcsolatot alakít ki a vevőkkel. A vevők elégedetlensége csökkenni fog, és a racionalizált folyamatok eredményeként hatékonyabb lesz a működés. Az egyes területek közötti kommunikáció és együttműködés javul. A dolgozók belső motivációja biztosítja a fejlődés fő hajtóerejét. A folyamatos fejlődésnek köszönhetően növekszik a profit.

Mivel TQM rendszereknek nincs szabvány szerinti tanúsítása, az intézményi tevékenységek kiválóságának megítélésében fontos szerepe van az önértékelésnek és a különböző minőség díjaknak (pl. Deming-díj, Malcolm Baldrige-díj, IIASA-SHIBA-díj, Európai Minőségi Díj, EFQM, Magyar Nemzeti Minőség-díj). A legelterjedtebb az EFQM – Kiválóság Modell.

EFQM – Kiválóság Modell

Amennyiben egy cég vagy egészségügyi intézmény már bevezette az ISO 9001 minőségügyi rendszert, megkezdheti a fejlesztést a TQM, illetve az EFQM alkalmazása irányába.

Bár egyes szakirodalmak az EFQM-et a legnagyobb minőségügyi rendszernek tekintik, *Kovács* szerint az EFQM-modell nem minőségügyi rendszermodell, nem egyfajta TQM és az ISO szerinti auditot sem tudja felváltani. Az EFQM egy eszköz a kiváló működés eléréséhez.

Az EFQM egy önértékelési típusú modell. Európában 1991-ben az ipar minőségfejlesztési szempontjainak megfelelően hozták létre az EFQM (*European Foundation for Quality Management*) Üzleti Kiválóság Modellt, majd 1999-ben adták ki az EFQM Kiválóság Modellt, az Európai Minőségi Díjat. Az EFQM Kiválósági Modell kontinensünkön a legszélesebb körben alkalmazott menedzsment-keretrendszer. A modell előnye, hogy az egészségügy területén, bárhol alkalmazható, így több országban, az egészségügyi intézményekben is kiterjedten használják. E modellel teljesen megegyezik a hazai Nemzeti Minőségi Díj modellje is.

Az EFQM modell alapjaiban szorosan kapcsolódik a tudományos tényeken, evidenciákon alapuló egészségügyi gyakorlathoz. A korrekt módon tájékoztatott betegek magas szintű részvétele a betegellátási folyamatokban, illetve a tudományos bizonyítékokon alapuló egészségügyi gyakorlat alapfeltételei egy jó minőségű egészségügynek.

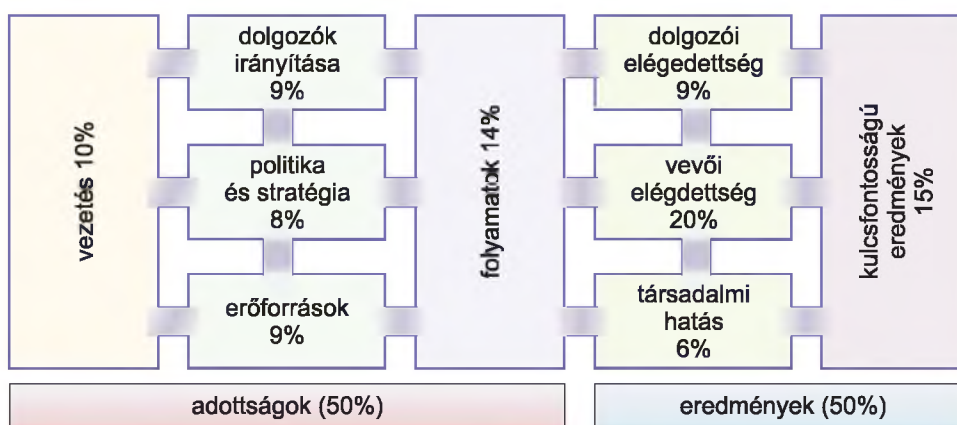
Az EFQM (ld. 27. ábra) egy komplex vezetési modell, mely olyan emberek, szervezetek vezetési eszköze, a kiváló működés elérését segítő módszere, akik nyitottak a változásra. A gyakorlati alkalmazás azonban nagyon sok időt, munkát, költséget és nem utolsósorban eltökéltséget kívánó folyamat.

Az intézményeknek kilenc fő kritérium és harminckét alkritérium mentén, részletes elemzést kell készíteni. A modell két egyenlő fontos részre osztható, mégpedig adottságokra és eredményekre. Az adottságok értékelése a hogyan kérdésre, az eredmények értékelése pedig a mit kérdésre ad választ és arra, hogy hol tartanak. Az értékelés során a válaszoknak pontértéke van: maximum 1000 pontot lehet elérni. Mindkét csoportban 500-500 pont adható. A 9 kritérium közül a vevők elégedettsége a legmagasabb értékű: 200 pont. A Kiválóságért járó fődíj összpontszáma: minimum 700-750 pont.

Felmérések szerint az ISO minőségügyi rendszert elkötelezetten alkalmazó intézmények az EFQM pontrendszerében elsősorban 150-200 pontot tudnak elérni. Tehát egy jól működő, jól szervezett egészségügyi intézmény esetében is hatalmas fejlődési lehetőség létezik, melynek eredményeként elérheti a kiválóságot.

Az EFQM Kiválóság Modell a TQM filozófiájára épül és önértékelésen alapul. Alkalmazása két fő lépésben történik: 1. önfelmérés, önértékelés, 2. díjfelülvizsgálat. Az önfelmérés, önértékelés team-munkával történik és az adott intézmény minden tevékenységére és területére kiterjed. Az önfelmérés eredményeit eljuttatják az EFQM-hez, illetve a nemzeti díjjal foglalkozó intézményhez. A díj megpályázása az önértékelés mellett külső, független szakértőkből álló felmérést jelent.

Az EFQM a vezetés részéről teljes elkötelezettséget vár el, illetve *nyolc alapelvnek* az elfogadását, melyek a következők: eredményorientáltság; vevőközpontúság; a vezetés és célok következetessége; a folyamatokon és tényeken alapuló irányítás; emberek fejlesztése és bevonása; folyamatos tanulás, innováció és fejlődés; partnerkapcsolatok fejlesztése; a közösségért érzett felelősség.



27. ábra. Az EFQM modell fő kritériumai és ezek kapcsolata

Forrás: Gulácsi–Topár, 2002

Az EFQM kritériumrendszere hozzásegíti az intézményeket ahhoz, hogy meghatározó fontosságú teljesítménymutatók (minőségi indikátorok) segítségével egy-egyben lássák a vezetés és a folyamat eredményeit. A fejlesztésre szoruló területek láthatóvá válnak és egyszerűbb lesz a stratégiai tervezés is.

Az Európai Unió döntés értelmében 2006-tól a közszolgálati intézmények (egészségügy, oktatás stb.) számára javasolják, hogy az EFQM Kiválóság Modell alapján történjen a minőségügyi rendszerek kiépítése.

Magyarországon is több kórházban alkalmazzák az EFQM önértékelési modellt a minőségügyi rendszer működésének segítésére, támogatására.

A hazai egészségügyi minőségügy nagy úttörői közül, a Zala Megyei Kórház 2006-ban a közszolgáltatói kategóriában lett a Nemzeti Minőségi Díj első nyertese az egészségügyi szolgáltatók között.

Standard alapú minőségirányítási rendszer

A MEES az ISO szabványból hiányzó szakma specifikus elemeket tartalmazza. Az Egészségügyi Minisztérium adta ki a KES – Kórházi Ellátási Standardokat, a JES – Járóbeteg-ellátási Standardokat, a HES – Háziorvosi Ellátási Standardokat, a VES – Védőnői Ellátási Standardokat. Ezek összegzéséből született a MEES 1.0 szakmai követelményrendszer 2007-ben, amely tartalmazza a teljes Magyar Egészségügyi Ellátási Standardokat.

Sok egészségügyi intézmény az ISO 9001 szabvány szerinti rendszere mellé beépítette a MEES-t. De vannak olyan intézmények, amelyek csak az ISO vagy csak a MEES tanúsítvánnyal rendelkeznek.

A minőségügyi rendszerek összehasonlítása

Az ISO 9000 és a TQM összehasonlítása

Az ISO 9000 szabványrendszer és az EFQM alapelveinek összehasonlításából (ld. 28. ábra) kitűnik, hogy egymást kiegészítő viszonyban vannak. Az EFQM bevezetéséhez elengedhetetlen feltétel egy jól működő ISO rendszer, azonban az EFQM túlmegy az ISO szabvány követelményein. A legnagyobb különbség az alapelvek alkalmazásában van. Az ISO 9000 szabványrendszer követelményeket ad meg, előíró jellegű, szigorú protokollokat a minőségmenedzsment követelmények teljesítésére, a folyamat szabályozására összpontosít, hogy folyamatosan megfelelő eredményt lehessen elérni. Lehetővé teszi a tanúsítvány, a külső elismerés megszerzését. A Kiválósági Modell nem tartalmaz univerzálisan használható előírásokat, tág teret biztosít a változatosságnak, a kreativitásnak. Kritériumrendszerével lehetővé teszi a szervezet működésének összehasonlító kiértékelését.

15. táblázat

Az ISO és a TQM rendszer összehasonlítása

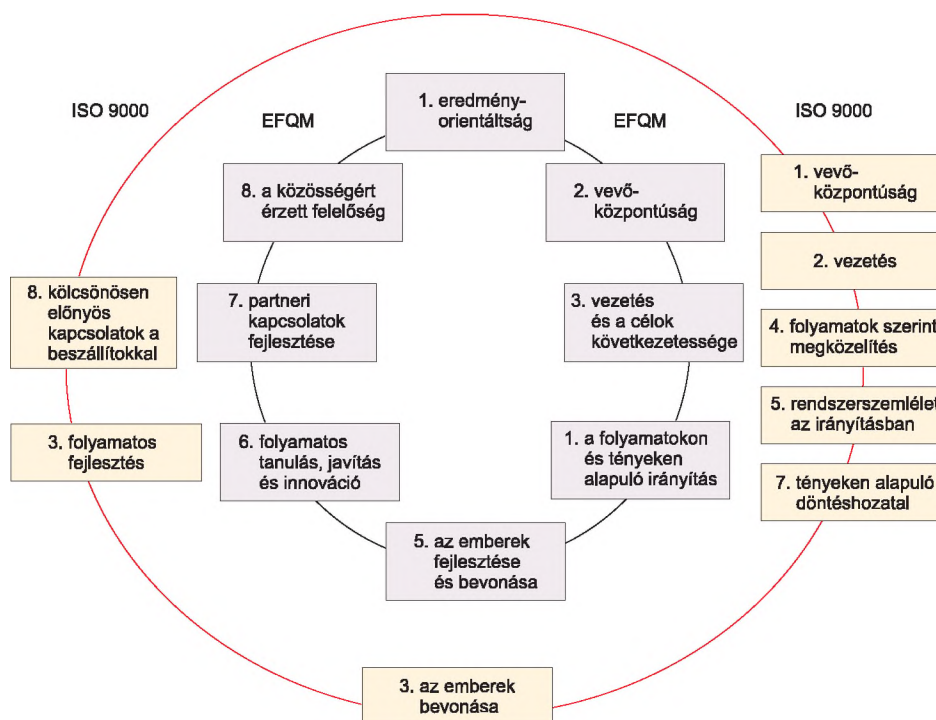
Forrás: Gergely-Szöts, 2001. p. 66.

	ISO 9000	TQM
Célja	Minőségbiztosítás, azaz a szolgáltatás minőségének fenntartása, hogy az üzleti partnerek bizalmát megnyerje	Folyamatos minőségfejlesztés
Bevezetése	Harmadik fél általi tanúsítás bizonyítja a rendszer sikeres bevezetését	Nem törekszik „befejezett” állapotra, rendszeres önértékeléssel ellenőrzi a rendszer fejlesztését
Minőségértelmezése	A szervezet által nyújtott szolgáltatás minőségére ügyel	A szervezeten belüli relációkban is értelmezi a minőséget, a „belső fogyasztó – belső szolgáltató” viszony segítségével
Humán erőforrás	Megköveteli, hogy a szolgáltatásban résztvevőket képezzék ki a munkájukkal kapcsolatos tevékenységek végzésére, és a képzést dokumentáltan igazolják	Az emberi erőforrás fejlesztését az egyszerű képzésnél tágabban értelmezi, és a vezetőség feladatának tartja az alkalmazottak sokirányú fejlesztését
Dokumentáció	A feladatok és a felelőségek jól meghatározott dokumentációs rendszerben való tételes rögzítését követeli meg	Az eljárások szabályozása mellett az egyéni felelősség vállalása számít a szervezeti hierarchia minden szintjén
Problémamegoldás	Nem beszél róla, elsősorban a hibák javításának eszköze	A minőségfejlesztés érdekében akkor is központi fontosságú, ha hibát nem észlelnek

Integrált irányítási rendszerek

Az ISO 9001:2000 szabvány szerinti definíció alapján: az *integrált irányítási rendszer* a szervezet vezetésére és szabályozására szolgáló, egymással kapcsolatban vagy kölcsönhatásban álló, minőséget, környezetvédelmet, pénzügyi egyensúlyt, szakma-specifikus tevékenységet, a vevői követelmények teljesítését segítő irányításhoz és a vevői elégedettség eléréséhez szükséges irányítási rendszerelemek összessége, amely komplex politika és célok megfogalmazásában, valamint a célok elérésében is megnyilvánul.

Az egészségügyben működő *integrált irányítási rendszer* olyan egységes rendszer, amely elősegíti az egészségügyi szolgáltatások célkitűzéseinek sikerét. Az intézmények szabályozására kialakított, egymással összhangban lévő, egymást kiegészítő és



28. ábra. Az EFQM és az ISO 9000 alapelveinek érintkezési pontja
 Forrás: Bálint, 2001. p.172.

támogató elemek összessége, mely fokozza az egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevők elégedettségét.

A hazai egészségügyben az ISO alapú minőségügyi rendszer vált elterjedté, mely jó alap a továbbfejlődésre, az integrált rendszerek irányába.

Integrálható rendszerek az egészségügyben pl. a TQM, EFQM, az ISO 14001 – a Környezetközpontú Irányítási Rendszer, MEBIR – a munkahelyi egészségvédelem és biztonság irányítási rendszer, MEES – Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok, HACCP-rendszer – élelmiszerbiztonsági rendszer stb.

Nincs előírás azzal kapcsolatban, hogyan valósuljon meg az integrált rendszer, hiszen ezt minden esetben az adott intézmény adottságai, sajátosságai és gyakorlata fogja befolyásolni.

Jelenleg az irányítási rendszerek egyesítésének nincs egységesen elfogadott irányelve, mivel kevés gyakorlati tapasztalat áll még rendelkezésre.

A hazai egészségügyben a nemzetközileg is elvárható szintű minőség megvalósítása iránti törekvések jelen vannak. Mára a kórházak jelentős része rendelkezik valamilyen tanúsítással. A jó minőségügyi rendszer nem önállóan létezik, hanem a működés szerves része, azonos a jól működő vezetéssel és folyamatos fejlesztéssel. A minőség, ezáltal a rendszer működésének az eredménye, természetes velejárója, nem csupán egy elérendő cél.

A minőség javításának, fejlesztésének módszerei, technikái

A minőségügyi rendszerek megkövetelik a folyamatos fejlesztést.

A minőségügy fejlődése nyomán számos minőségfejlesztési módszer, eszköz, technika látott napvilágot, melyeket az egészségügyi szolgáltatásokban is sikeresen lehet alkalmazni. Egy részük konkrét elemzést, mérést, értékelést tesznek lehetővé, mások segítik a problémamegoldási folyamatot, és vannak olyanok is, melyek a minőség szemléletet formálják, mely fokozza a megvalósítás sikerét.

Az alábbiakban néhány szélesebb körben elterjedt eszköz bemutatása következik, a teljesség igénye nélkül.

A munkahelyi rend folyamatos fenntartása – 5S módszer

A japánok által kifejlesztett munkahelyi rend és fegyelem megteremtésére és fenntartására, a munkakultúra minőségének fejlesztésére alkalmas módszer, igen eredményesen képes befolyásolni egy termék vagy szolgáltatás (pl. egy egészségügyi intézményben a takarítási tevékenységet) minőségét.

A módszer abból indul ki, hogy áttekinthető, rendezett, tiszta, minőségi munkafeltételek képezik az alapját bármely minőségirányítási rendszer bevezetésének és működtetésének.

A minőségfejlesztő módszer lényegét öt lépésben határozták meg, melyeket a következő öt, japánul S betűvel kezdődő szóban foglaltak össze:

1. *Seri*: a szükséges dolgok kiválasztása, meghatározása, osztályozása (azaz csak a szükséges tárgyak legyenek a kéznél, a többit rakjuk el).
2. *Seiton*: a (szükséges dolgok, tárgyak) helyes elrendezése.
Az új rendet, a változtatásokat ilyenkor feltűnő, ideiglenes pl. piros címkével jelölik, majd ha az elrendezés a gyakorlatban is jónak bizonyul, a jelölést véglegesítik.
3. *Seiso*: takarítás, tisztaság (azaz teremtsünk rendet és tisztaságot a munkakörnyezetben).
4. *Seiketsu*: az előző 3S folyamat alkalmazása és felügyelete (személyes tisztaság és ápoltság).
5. *Shitsuke*: korrekt, elvárt (munkahelyi) magatartás, jó morál, szervezeti értékek becsülése (azaz fegyelem, kövessük az eljárásokat).

A módszer felügyelete az adott korhízi osztály dolgozóinak csoportos önellenőrzésére és értékelésére alapszik. Az önellenőrzés egy munkahely-specifikus ellenőrző lap segítségével történik. Az ellenőrző lap kérdései alapján pontozzák az eredményeket. Az egyes tényezők értékelése 1-5-ig terjedő skálán történik a következők szerint:

1=nem megfelelő, elfogadhatatlan; 2=elfogadható, de rossznak minősíthető; 3=közepes színvonalú; 4=jó színvonalú; 5=korszerű, kedvező, kiváló.

Ezekből a pontokból átlagot számítanak az 5S egyes elemeire és a teljes munkahelyre vonatkozóan is. Az értékelés négyfokozatú: 2,50 alatt gyenge, 2,51-3,50 elfogadható, 3,51-4,50 jó, 4,51-től kiváló. Az értékelés során kapott pontok alapján beazonosíthatók azok a területek, ahol még szükség van javító intézkedésekre. A kidolgozott intézkedések nyomán észlelhető változásokat egy következő önellenőrzés és értékelés során vizsgálják meg.

Az 5S módszer előnyei, a bevezetést követően viszonylag rövid idő (2–3 hét) eltéve látványos eredményeket hoz, a dolgozókat rendre, fegyelemre szoktatja.

Brainstorming (ötletroham)

A *brainstorming* – angol szó jelentése ötletroham, ötletbörze – egy olyan eljárás, melynek a lényege, hogy kötetlen beszélgetés, vita során alkotó, építő, kreatív ötleteket, megoldásokat igyekeznek kapni egy adott témában, pl. egy hiba okainak feltárásában.

Az utóbbi időben tapasztalható gyors változások szükségessé tették, hogy a sokszor egy ember számára átláthatatlanul bonyolult problémák esetében a helyes megoldásra ne kelljen sok időt várni. Az 1950-ben *Alex Osborn* által kifejlesztett klasszikus brainstorming módszer egy ötletgeneráló csoportos technika, mely a problémák okainak feltárását, megoldását segíti, melyet már többször továbbfejlesztettek.

A lebonyolításához általában egy 5-10-15 főből álló csoport, valamint egy levezető, moderátor is szükséges. Meg lehet határozni időkorlátot is, pl. 15–20 percet. A csoport szereplők összetétele jó, ha szakmai szempontból heterogén.

Két formája ismert:

- strukturált: a szereplők előre meghatározott sorrendben mondják el ötleteiket,
- nem strukturált: a szereplők akkor közlik ötleteiket, amikor az eszükbe jut.

16. táblázat

5S pontozás (részlet)

Kategória	Szemponatok, kérdések	Pontszám	Adható pontszám
	1. Csakis szükséges tárgyak vannak az asztalokon, polcokon?	5	
SEIRI	2. Egyértelműen ki vannak-e jelölve a tárolás helyek, és ahol szükséges, a közlekedési utak?	5	
Osztályozás	3. A jelzések, címkék logikusak és szisztematikusak-e?	3	
	Csakis szükséges anyag, alkatrész, szerszám, mérőeszköz van a munkahelyeken?	5	
	1Σ		18

A brainstorming menete:

1. Előkészítés: tájékoztatni kell a csoporttagokat a problémával kapcsolatosan. Fontos, hogy minden szereplő értse és elfogadja a brainstorming kérdéseket.
2. Brainstorming: a levezető ismerteti a szabályokat. A moderátor gondoskodik a felszabadult légkörről, hogy mindenki szabadon elmondhassa gondolatát, figyelve arra, hogy a munkát ne befolyásolják az egyéni érdekek. Lényeges szempont, hogy a szereplők által kimondott ötleteket nem lehet kritizálni, bírálni, minősíteni. Egy-egy új ötlet nyomán lehet asszociálni újabb ötletekre, az a jó, ha záporoznak az ötletek. Lényeges, hogy próbáljanak meg rövid idő alatt a lehető legtöbb ötletet generálni. Tehát az ötletek számossága és nem a minősége a fontos, ugyanis tapasztalatok szerint az összegyűjtött ötletek 8–10%-a használható fel a problémák megoldására valamilyen formában. A moderátor minden ötletet pontosan rögzít.
3. Értékelés: a moderátor osztályozza az ötleteket, a használhatatlanokat kiválogatja. A hasonló megfogalmazásokat eltávolítják. Az ötleteket a csapattagok megvitatják, megvizsgálják.
4. Megoldás: a használható ötletek kiválasztása.

Előnyei között szerepel, hogy egyszerű alkalmazni és kombinálható más módszerekkel. A nyitott gondolkodás, a fantázia szabad szárnyalásának segítségével ki lehet mozdulni az egysíkú, berögzült metódusokból, „mindig így szoktuk csinálni!”, rövid idő alatt lehet új ötleteket összegyűjteni. Erősíti a csoporton belüli együttműködést.

Hátrányai lehetnek az ötletrohamnak, hogy a legjobb szakemberek összehívására nincs mód, illetve egyes szereplők státusa, viselkedése, presztízse zavarhatja a résztvevőket a szabad véleménynyilvánítás terén, illetve a munka időkorlátja is akadályozhatja az eredményességet. Napjainkban az egyik legnépszerűbb, leggyakrabban alkalmazott technika a minőséggel kapcsolatos és egyéb problémák megoldására.

Pareto-elemzés (Pareto-diagram)

A Pareto-elv (29. ábra) vagy más néven 80/20 törvény, azt mondja, hogy „a problémák 80%-át az okok 20%-a váltja ki.” Például: „egy üzletben az áruk 20%-a, hozzá a forgalom 80%-át”. A módszert V. Pareto, olasz közgazdász-matematikus fogalmazta meg a XIX. században, mely jól alkalmazható a minőségfejlesztés terén a problémák prioritási sorrendjének feltárására és a hibák, problémák fő okainak elemzésére.

„A minőségmenedzsment gyakorlatában a hibaelemzés elsődleges feladata, hogy az összes lehetséges hibafajta, hibacsoport, hibahely, hibaok, tényező közül azonosítsa ezt a kritikus 1/3-ot.” (Kövesi-Topár)

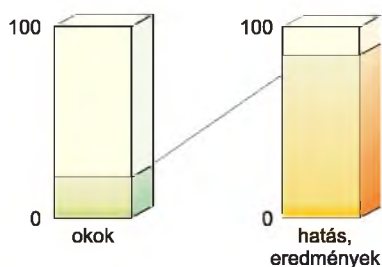
A Pareto-diagram (30. ábra) valójában egy hisztogram, egy nagyság szerint csökkenő sorrendbe rendezett oszlopdiagram.

A diagram segítségével először a vízszintes tengelyen a problémát kiváltó okokat tüntetik fel. A függőleges tengelyen a következmények valamilyen mértékét, valamilyen mérhető tényezőt ábrázolnak, mint például: okozott kár, pénzügyi veszteség nagysága, a hibák száma, a betegek elégedetlenségének mértéke (pl. panaszok száma) stb.

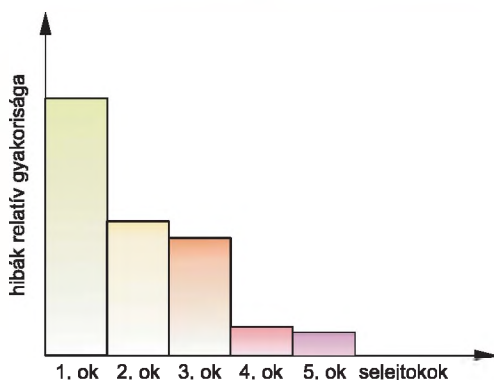
A Pareto-diagram tehát megadja, hogy milyen sorrendben foglalkozzunk az egyes hibákkal, problémákkal, melyik kritikus okra vagy okokra koncentráljuk a korlátozottan rendelkezésre álló erőforrásainkat, erőfeszítéseinket, melyeknek kiküszöbölése minimális munkával a lehető legnagyobb eredményt hozza. A diagram azt is megmutatja, hogy melyek azok a problémák, amelyek nem lényegesek, későbbre halasztható a megoldásuk. A minőségfejlesztési intézkedések előtti és utáni állapotok összehasonlításával megtudható, hogy milyen mértékű javulás következett be az egyes problémák terén.

Ok-okozati diagram (Ishikawa-diagram, halszákladiagram)

A módszer megalkotója *K. Ishikawa*, japán szakemberről kapta elnevezését. A minőségfejlesztés terén a problémák megoldásában gyakran alkalmazzák az



29. ábra. Pareto-szabály
Forrás: Gulácsi 2000, p.181.



30. ábra. A Pareto-diagram használata a hibák és okaik ábrázolására
Forrás: Dimény 2008. p. 160.

ok-okozati összefüggések elemzésére (számos előnye miatt). Az elemzés kiindulópontja, hogy egy hiba addig fordulhat elő, amíg az összes lehetséges okot fel nem derítik. A halszálkadiagram segítségével megtalálható a probléma gyökere.

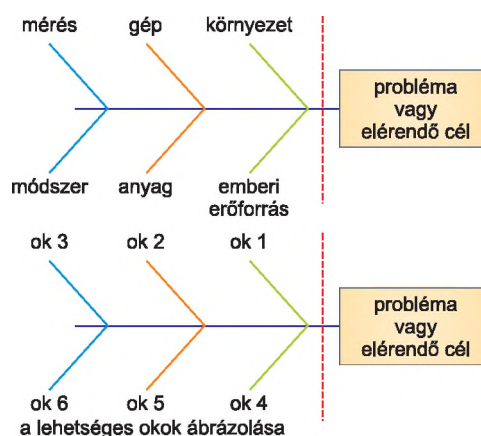
Számos előnye van, melyek közül a leglényegesebbek:

- A jól áttekinthető ábra az egész problémakört bemutatja.
- Feltárja a sokszor észrevétlen kapcsolatokat az okok között.
- Segítség ad a probléma eredetének kiderítésére.
- Gyorsan elsajátítható.

A diagram készítése rendszerint egy team feladata. Ötletbörze segítségével összegyűjtik a fő okokat, majd azok csoportosítása történik ok-csoportonként.

A 31. ábra jobb oldalán kerül feltüntetésre az okozat vagy cél, majd az innen kiinduló vízszintes vonal mentén ágaznak el ferde vonalak, melyekre a lehetséges ok-csoportokat írják. A diagram ezután újra elágazik, hiszen keressük a fő okok al-okait és azoknak is az okait, és így tovább, megkapva az okok többszintes elrendezését. Az Ishikawa-diagramnak tükröznie kell tehát az okok hierarchikus szintjeit és az okszerkezetet.

Az okok megállapításában gyakran alkalmaznak előzetesen kialakított besorolásokat, fő ok-csoportokat. Az angol elnevezések alapján a következők lehetnek: 4M, 5M, 9M elnevezésűek. A *4M tartalma*: ember, (*Man*), gépek, berendezések (*Machine*), anyagok (*Material*), módszer, technológia (*Method*); az *5M* kiegészül a menedzsmenttel (*Management*); a *9M* még további négy okcsoportot tartalmaz: karbantartás (*Maintenance*), pénz (*Money*), környezet (*Milieu*), motiváció (*Motivation*). Lényeges szempont, hogy az előzetes besorolás úgy történjen, hogy az egyes fő-okcsoportok legyenek minél inkább függetlenek egymástól.



31. ábra. Ok-okozati diagramok
Forrás: Gergely-Szöts, p.219.

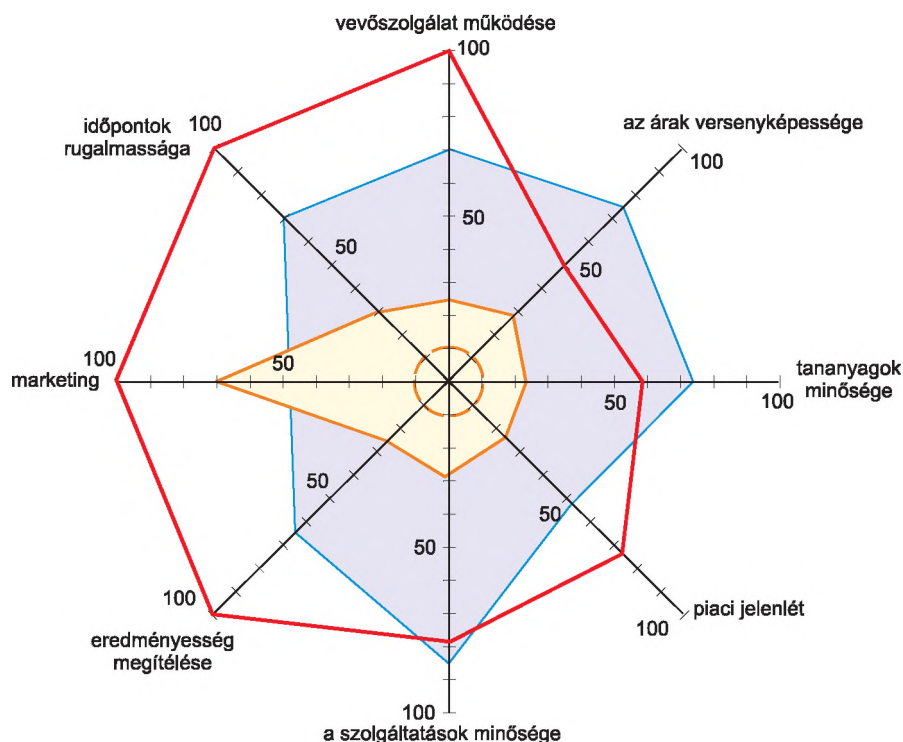
Radardiagram (csillagdiagram, radartérkép)

Ez a diagramtípus egy jó szemléltető eszköz. A radardiagram (32. ábra) segítségével egyszerre több termék vagy szolgáltatás több mutatóját értékelhetjük. Ezen eszközzel 4 vagy akár 8 jellemző tényleges értékét mérhetjük meg a tervezett, kívánt értékhez viszonyítva.

A módszer rendszerint egy 3-10 főt magába foglaló szakértői team által kialakított értékelési szempontrendszerre épül. A csoport meghatározhatja az egyes tényezőkhöz tartozó elérni kívánt célértékeket. A szempontok, jellemzők teljesítésének értékelése egy skálán történik, ami általában egy 100 fokozatú skála. Az egyes értékelendő tényezőknek van egy értékhatára, azaz egy minimum és maximum értéke. Akkor megfelelő a mutató értéke, ha eléri a célértéket.

A minőségmenedzsmentben jól használható az egyes intézmények szolgáltatásainak összehasonlítására, mely lehetőséget biztosít például a versenyképesség elemzésére. Természetesen az egyes tényezők külön-külön is értékelhetők.

Alkalmazható még termékek és szolgáltatások egyes mutatóik értékeinek egy adott időszakon belüli összehasonlítására.



32. ábra. Radardiagram
Forrás: Bálint 2006, p. 245.

Folyamatábra

A folyamatábra egy munkafolyamat eseményeinek egymásutánosságát írja le, részletesen, kis lépésekre bontva a tevékenységeket és ábrázolja, vizuálisan megjeleníti azokat egységes jelekkel. A folyamatábra grafikusán szemlélteti a teljes folyamatot, áttekinthetővé teszi a folyamatlépéseket, segíti a hibamentes megvalósítást, összehasonlíthatóvá válik a valós és a kívánt ideális folyamat. Segítségével feltárható, hogy logikus-e az egymást követő folyamatlépések láncolata, a fölösleges lépések vagy csatlakozási pontok, a folyamat összetettsége. Használható még a folyamat során adódó információáramlási, kommunikációs zavarok feltérképezésére, a folyamat határainak beazonosítására.

A folyamatábrát legjobb egy team segítségével elkészíteni, hiszen egy folyamat javításával kapcsolatban a résztvevőknek egyet kell érteni abban, hogy milyen módon zajlik le a folyamat. Első lépésben felvázolják a legfontosabb lépéseket, majd elkészítik a végleges ábrát, számítógépes program segítségével.

A folyamatábra alkalmas módszer a problémák azonosítására illetve a megoldási alternatívák keresésére egyaránt, amennyiben hűen és pontosan tükrözi a folyamatot.

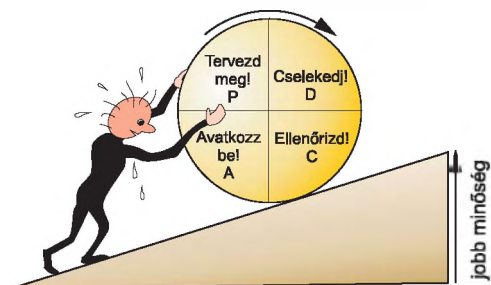
PDCA-kör (Deming–Shewhart-ciklus)

Ahhoz, hogy minőséget tudjuk létrehozni, folyamatosan fejlesztés szükséges.

A PDCA-elv a folyamatos fejlesztés alapmodellje (ld. 33. ábra). A modellt először *Shewhart* fejlesztette ki, melyet *Deming* használt, és azóta továbbfejlesztették többször. Négy lépésből tevődik össze: P – plan: tervezd, D – do: csináld, C – check: ellenőrizd, A – act: avatkozz be.

Tömören megfogalmazva azt jelenti, hogy tanuljunk a múltban elkövetett hibáinkból, és csináljuk a jövőben jobban, mint előzőleg azt tettük, és ezt ismétljük ciklusosan a mindennapokban.

A modell segítségével bármely tevékenység lebontható a fent említett négy alaplépésre. Ha egy szervezet valamely folyamata javításra szorul, jó problémamegoldó



33. ábra. PDCA-ciklus
Forrás: Bálint 2006. p.40.

módszer a PDCA-ciklus. Bármely folyamat vagy tevékenység fejleszthető, ha körültekintően és alaposan megtervezzük a javítást. A PDCA-körfolyamat tehát a *tervezéssel* indul: (P – plan). Át kell gondolni a szervezet működésével kapcsolatos összes területet, folyamatot, meg kell érteni a jelenlegi gyakorlatot, és az eltérések okait fel kell deríteni. Ki kell tűzni a célokat és azok elérésének módját is. Megtervezzük a folyamatokat, azt is, hogy ki, mit, mikor és hol tesz. Fel kell ismerni, hogy hol van lehetőség a folyamatok javítására.

A következőkben a tervek *végrehajtása, cselekvés* (D – do) következik, melynek során megvalósulnak az előzőleg meghatározott tervek. A megvalósítás során folyamatos adatgyűjtést kell végezni ahhoz, hogy ki tudjuk választani a javító intézkedéseket, módszereket.

A végrehajtást az *ellenőrzési* (C – check) fázis követi, ahol azt elemezzük és ellenőrizzük, hogy a kell és a van között találunk-e különbséget, azaz összevetjük, hogy a tervezett célok és a tényleges eredmények mennyire felelnek meg egymásnak. Megvizsgáljuk, hogy a javított folyamatok vagy tevékenység eredménye jobb minőségű lett-e.

A kör befejező eleme a *visszacsatolás, beavatkozás* (A – act). Itt beavatkozunk, és módosítjuk a folyamatot, majd alkalmazzuk, bevezetjük a tökéletesített, fejlesztett módozatot, gyakorlatot.

A körfolyamat itt újra a tervezéssel folytatódik csupán azzal a lényeges különbséggel, hogy minden ciklus végére egyre magasabb színvonalú minőséget érünk el.

Irodalom

1. Anwar Mustafa- Barta Tamás – Tóth Tihamér: Minőségmenedzsment I-II., Szókratész Külgazdasági Akadémia, 2005.
2. Balázs Péter: Általános és egészségügyi menedzsment, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest 2006, p. 281-288.
3. Bálint Julianna: Minőség –tanuljuk, tanítsuk, valósítsuk meg és fejlesszük tovább, Terc Budapest, 2006.
4. Belicza Éva – Zékány Zsuzsanna: A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben, EMIKK füzetek 17. szám Debrecen, 1998.
5. Belicza É, Takács E, Boncz I. Indikátorok az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. Kórház, 2003, 10(10): 20-22.
6. Boncz Imre – Horváth Boldizsár: Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai, Pécsi Tudományegyetem, EFK, 2001.
7. Csath Magdolna: Minőségstratégia –TQM, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2005.
8. Dézsán Imre: Minőségbiztosítás. A minőségirányítás alapjai, Tankönyvmester kiadó, Budapest, 2007.
9. Dennis Lock: Minőségmenedzsment, Panem, Budapest, 1998.
10. Dimény Gábor: Minőségirányítási rendszerek, Scientia Kiadó, Kolozsvár, 2008

11. Gergely Tamás- Szóts Miklós: Minőség az egészségügyben, Medicina Könyvkiadó, 2001.
12. Gődény Sándor: Egészségügyi szolgáltatások minősége – a beteg szemével, www.eski.hu/civiltajekoztatás/cikk , 2005.09.02.
13. Gődény Sándor: A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben, Pro Die Kiadó, Budapest, 2007.
14. Gődény Sándor: A minőség problémái az egészségügyben, Beszámoló a DEMIN IX. Konferenciáról, Minőség és megbízhatóság, 2009. 4.szám, p. 226-230.
15. Gulácsi László: Minőségfejlesztés az egészségügyben, Medicina Könyvkiadó 2000.
16. Gulácsi László- Topár József: minőségfejlesztési- vezetési rendszerek, modellek, Egészségügyi Menedzsment, 2002. május-június p. 28-31.
17. Gulácsi L, Makai P, Péter T, Jakobsen Á, Boncz I. Minőség és minőségfejlesztés az egészségügyben 2005: 103 magyarországi kórház felmérése alapján. Orvostovábbképző Szemle, 2006, 13(12): 13-22.
18. Gutassy Attila: Menedzsmentrendszerek auditálása, TÜV Rheinland InterCert, Budapest, 2003.
19. Hajnal Miklós Pál: Út a betegellátás biztonságához. Integrált minőségirányítási rendszer, Kórház, 2004. 10. p. 44-45.
20. Heather Marr – Hannie Giebing: A minőség biztosítása az ápolásban, Semmelweis Kiadó, Budapest 1996.
21. Horváthné Dobos Éva: Minőség-költség az egészségügyben, Egészségügyi Menedzsment, 1999. október, p. 67-74.
22. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium: Ajánlás az ISO 9001:2000 szabvány alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben, Egészségügyi Közlöny, 2003. 13. szám, p. 2209-2278.
23. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a bizonyítékon alapuló szakmai irányelv fejlesztéshez, Egészségügyi Közlöny, 2004. 3. szám.
24. Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről, Egészségügyi Közlöny LVIII évfolyam. 3. szám, 2008. február 21. p. 1632-1634.
25. Egészségügyi Minisztérium, Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv (1.0 változat), Egészségügyi Közlöny, LVII. évfolyam, 4. szám, 2007. február 21.
26. Kalapács János: Minőségirányítási minőségtechnikák, X-level, 2001.
27. Kovács Katalin: Az EFQM Kiválósági Modell, in. Az ápolás menedzselése: Minőség – minőségfejlesztés az ápolásban, Workshop, Szeged, 2000., p.139-174.
28. Kövesi János – Topár József: A minőségmenedzsment alapjai, Typotex, Budapest, 2006.
29. Makai P, Wagner C, Klazinga N, Boncz I, Gulácsi L. Quality management and patient safety; survey results from 102 Hungarian hospitals. Health Policy, 2009; 90(2-3):175-80.
30. Ovretveit John: Minőség szemlélet az egészségügyben. Bevezetés az egészségügyi szolgáltatások minőségügyi módszertanába, Medicina 1999.

31. Sebestyén A, Boncz I, Sandor J, Nyarady J. Effect of surgical delay on early mortality in patients with femoral neck fracture. *Int Orthop*, 2008, 32(3):375-9.
32. Sembery Péter: Minőségirányítás, Szent István Egyetemi Kiadó, Gödöllő 2005.
33. Somogyiné Vári Éva: Minőség és betegelégedettség a szakellátásban, *Nővér* 2004. 17 évf. 2. szám, p.9-15.
34. Takács E, Belicza É, Boncz I. Az NHS indikátorrendszerének tanulságai a hazai fejlesztés szempontjából. *Egészségügyi Menedzsment*, 2003, 5(6): 53-59.
35. Topár József: A Total Quality Management vezetési alapelvei, *Egészségügyi Menedzsment*, 2004. március-április, p. 45-51.
36. Zöldi Péter: A kiválóság útján, *Kórház*, 2008. 6. szám, p.24-25.

A tananyag elsajátításának ellenőrzéséhez segítséget nyújtanak a <http://tamop.etk.pte.hu/adatbazis2/> címen elérhető kérdések.

Tesztkérdések (Kriszbacher Ildikó)

A minőségügy fogalomrendszere

1. Igaz/hamis állítás
A minőséget az ISO 9000:2005 szabvány úgy határozza meg, mint annak a mértéke, hogy mennyire teljesíti a saját jellemzők összessége a követelményeket.
2. Egy termék saját jellemzője
 - a. az ára
 - b. a vele kapcsolatban kinyilvánított igény vagy elvárás
 - c. színe, mérete, tartóssága.
3. Mi nem nevezhető az egészségügyi ellátás minőségi komponensének?
 - a. a megfelelő beavatkozás megválasztása
 - b. a megvalósult ellátás és az előre kitűzött cél közti különbség nagysága
 - c. a lehető legjobb eredményhez vezető beavatkozás elvégzése.
4. Igaz/hamis állítás
A WHO megfogalmazása szerint kiváló minőségű az az egészségügyi ellátás, amelyik a tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások figyelembevételével megfelel az egészségkárosító kockázat optimalizálása iránt támasztott elvárásoknak.
5. A minőségmenedzsment mely alapfogalmára utal a következő definíció?
Az előzőleg megállapított minőségi követelmények állandó érvényesülésének biztosítása mellett célja a hiba megállapítása.