



EFOP-2.2.0-16-2016-00002 „Gyermek és ifjúságpszichiátria addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” kiemelt projekt

### MÓDSZERTAN 3.

**A közfinanszírozott szolgáltatások teljesítmény-mérésének jelenleg alkalmazott eszközeinek vizsgálata, eszközökre és indikátorokra vonatkozó javaslatcsomag készítése**

Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Józsa Tamás, Dr. Varga Tamás, Dr. Zombor Erika

2018





## Tartalom

A TANULMÁNY CÉLJA .....	3
MÓDSZEREK.....	3
A szakirodalom-feldolgozás szempontjai, módszertana: .....	3
Strukturált interjúval történő adatgyűjtés: .....	7
A TELJESÍTMÉNYMÉRÉS ÁLTALÁNOS SZEMPONTJAI .....	12
Az indikátorokról általában .....	12
A teljesítményértékelési keretrendszer kialakítása .....	13
TELJESÍTMÉNYMÉRÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZEKTORBAN .....	16
A teljes egészségügyi rendszerek teljesítménymérésére vonatkozó nemzetközi modellek.....	16
Az egészségügy átfogó teljesítményértékelésének legfontosabb eredményei Magyarországon ....	21
TELJESÍTMÉNYMÉRÉS A SZOCIÁLIS SZEKTORBAN .....	39
TELJESÍTMÉNYMÉRÉS A KÖZNEVELÉSI SZEKTORBAN .....	44
Nemzetközi szervezetek indikátorai, rendszerszintű mérések tapasztalatai .....	44
Oktatási információk és teljesítménymérés Magyarországon .....	50
ÖSSZEGZÉS, JAVASLAT .....	63
IRODALOMJEGYZÉK .....	65





## A TANULMÁNY CÉLJA

A VI. alprojekt módszertani feladatrész 3. pontjának megfelelően célunk a módszertani helyzetkép kialakítása. Az **egészségügyi alapellátás, szociális ellátás, pszichiátriai ellátás és köznevelés** területén jelenleg alkalmazott és a jövőben alkalmazható, a szolgáltatások teljesítmény mérésének eszközeire vonatkozó tanulmány elkészítése. Ennek keretében a munkacsoport megvizsgálja a helyi, a lelki egészség fejlesztését, védelmét, a mentális problémák kezelését célzó, közfinanszírozott szolgáltatások teljesítmény-mérésének jelenleg alkalmazott eszközeit.

A tanulmány, a feladat megvalósításához alkalmazott módszerek bemutatásával indul. Ezt követi nemzetközi és hazai irodalomban megtalálható, az egészségügy, köznevelés, szociális szektorok teljesítménymérésére vonatkozó protokollok, majd a teljesítménymérés jelenleg alkalmazott eszközeiről szóló fejezet. A következő részben az irodalmak és szakértői interjúk eredményei alapján, Magyarországon jelenleg működő intézmények, szolgáltatók, ezek adatgyűjtési és adatközlési gyakorlata kerül bemutatásra. A tanulmány összegzéssel, javasolt indikátorok meghatározásával, zárul.

## MÓDSZEREK

A kitűzött célok megvalósításához a nemzetközi és hazai szakirodalmakat tanulmányoztuk át, emellett a közfinanszírozott szolgáltatásokat nyújtó szektorok intézményeinek működéséről információkat szolgáltató interjút hoztunk létre.

### A szakirodalom-feldolgozás szempontjai, módszertana:

A hazai és nemzetközi releváns szakirodalmak feldolgozása során a nemzetközi jó gyakorlatokat és a hazai alkalmazott gyakorlatokat elemeztük.

#### 1. A szakirodalom feldolgozásának célja

A szakirodalmi feldolgozások elsődleges célja a projekt fejlesztési célkitűzéseit megalapozó hazai és nemzetközi gyakorlatok, kapcsolódó eredmények feltárása, leírása, az elmúlt időszak





hazai és nemzetközi eredményeinek összegyűjtése, az eredmények alapján a fejlesztési munkában hasznosítható információk kinyerése és interpretálása logikai szövegek környezetben.

*A szakirodalom-feldolgozás az alábbi témakörhöz kapcsolódott:*

A közfinanszírozott szolgáltatások teljesítmény-mérésének jelenleg alkalmazott eszközeinek vizsgálata.

## 2. A szakirodalmi feldolgozás forrásai

- *Másodlagos források (áttekintő irodalmak):* monográfiák, tanulmánykötetek, tankönyvek, külföldi szakirodalmak közül elsősorban az áttekintő folyóiratok.
- *Elsődleges források:* disszertációk, kutatási beszámolók, folyóiratcikkek és minden olyan dokumentum, amely közvetlenül számol be mérési-kutatási eredményekről, a projektben felhasználható jó gyakorlatokról, módszertani megoldásokról.

## 3. Szűkítő feltétel: a publikációk megjelenésének éve – *hány évre visszamenőleg kerestük a szakirodalmakat?*

A szakirodalmi feldolgozást *visszatekintő (retrospektív)* szemléletben, a központi témakörök egy adott időpontban történő feltárásával végeztük. Elsősorban a legfrissebb szakirodalmakban fellelhető gyakorlatok, eredmények összegyűjtésére törekedtünk, ezért leginkább az utóbbi 10 évben publikált irodalmakat kerestük, de természetesen a felhasználhatónak ítélt korábban készült szakirodalmak eredményeit is beépítettük, amennyiben szükségesnek láttuk.

## 4. A publikációk megjelenésének földrajzi térsége

Földrajzi térségek alapján nem tettünk szűkítést és lehatárolást, az amerikai és az európai publikációk is bekerülhettek az adatbázisba, ha tematikailag illeszkedtek a keresési célokhoz.

## 5. A szakirodalom feltárásának lépései

[1] A szakirodalmi feltárások folyamatát és módszereit mindig meghatározza a szakirodalmi keresések mélységének





igénye. A keresések mélységének meghatározásakor az alábbi szempontokat vettük figyelembe:

- A szakirodalmi keresések mélységét jelentősen meghatározzák a szakirodalmi feldolgozás *céljai*, vagyis az, hogy a kutatás jellege szerint alapvetően szintézisre törekvő tanulmány készítése vagy egy szűkebb tematikájú empirikus vizsgálat megalapozása-e a cél.
- Ugyancsak befolyásolja a keresés mélységét a *kutatás tárgya* is, mert meghatározza, hogy milyen mennyiségű és színvonalú szakirodalom áll rendelkezésre, illetve vannak-e a témához illeszkedő előzmények.

[2] A szakirodalmak feldolgozása során az egyes témakörökhöz illeszkedően törekedtünk arra, hogy a lehető legpontosabban körülhatároljuk és meghatározzuk az elemzés központi témáját, amelynek segítségével meg tudtuk határozni a jelentősebb referáló és tematikus szakfolyóiratokat, amelyek fontos kiindulásként szolgáltak.

[3] A jelentősebb referáló folyóiratok legfrissebb számainak áttekintését követően tovább finomítottuk a hangsúlyokat, konkretizáltuk az érinteni kívánt témaköröket, és a tényleges feldolgozási célokat. Ezekből a folyóiratokból a kulcsszavak is felhasználhatóak voltak.

[4] Következő lépésként összeállítottuk azon kulcsszavak listáját, amelyek a témakörök szempontjából fontosak lehetnek. Ezek alapján végeztük az elsődleges irodalmi kereséseket. A kulcsszavak keresését *feltételek nélkülivé tettük*, vagyis nem határoztunk meg más kulcsszavakhoz történő kapcsolódási igényeket.

[5] Az alábbi keresési adatbázisokban és kulcsszavakkal dolgoztunk:



**Keresési adatbázisok:**

ERIC, Google Scholar, MedLine, Pubmed, Researchgate, Science Direct

**Keresési kulcskifejezések:***(a kifejezésekre angol és magyar nyelven is történt keresés)*

egészségügyi rendszerek, gyermekpszichiátria, lelki egészség, szakellátás, alapellátás, védőnői hálózat, köznevelés, oktatás, közoktatás, iskolai teljesítmény, magántanulói státusz, szociális ellátórendszer, gyermekvédelem, szociális szakellátás, szolgáltatások, teljesítmény, teljesítménymérés, teljesítményértékelés, indikátorok.

[6] A kulcsszavak segítségével áttekintettük a referáló folyóiratok legfrissebb, elsősorban interneten elérhető számait. Ezekből kiemeltük azoknak a tanulmányoknak az adatait (szerző neve, tanulmány címe, megjelenés helye, ideje), amelyeket a tanulmány címe és összefoglaló absztraktja alapján érdekesnek találtunk. A találatok között hazai és nemzetközi publikációk egyaránt jelentős számban szerepeltek. Ezeket előzetes adatbázisba rendeztük.

[7] A témához illeszkedőnek ítélt tanulmányok teljes szövegét letöltöttük, majd a relevanciák szempontjából újból megvizsgáltuk.

[8] A vizsgálatot követően döntöttünk, hogy tartalmaz-e az adott cikk olyan releváns információ(ka)t, amelyek a kutatási célokat is szolgálják. Amennyiben igen, ezek tematikus feldolgozását elvégeztük. Ezen publikációk irodalomjegyzékének áttekintése után további kereséseket is bonyolítottunk a további találatok érdekében.

[9] Az eredmények alapján 37 db szakirodalom került feldolgozásra és elemzésre az alábbi bontásban:





Hazai szakirodalmak (db)	Nemzetközi szakirodalmak (db)	Összesen (db)
26	11	37

10 éven belül megjelent szakirodalmak (db)	10 éven túl megjelent szakirodalmak (db)	Összesen (db)
26	11	37

[10] A tanulmányok megírása. Az adatbázisba került szakirodalmak témakörök szerinti csoportosítását, rendszerezését követően történt az információk értelmezése, valamint az adott témakörhöz kapcsolható lényegkiemelés és logikai illeszkedés bemutatása az elemzés során.

### Strukturált interjúval történő adatgyűjtés:

#### Interjú készítés lépései:

**Első lépés:** a helyi gyermek-és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátó rendszer tagjainak beazonosítása. Ehhez "A gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. Törvény(Gyvt.) 2.§ és 17 § "-t vettük alapul, amely részletesen meghatározza, mely természetes és jogi személyek járhatnak el a gyermekek védelmének érdekében:

*"Az e törvényben szabályozott gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot látják el – a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének*



*megelőzése és megszüntetése érdekében – a törvényben meghatározott alaptevékenység keretében:*

- a) az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a védőnői szolgálat, a házi orvos, a házi gyermekorvos, szakellátás*
- b) a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók, így különösen a családsegítő szolgálat, a családsegítő központ,*
- c) köznevelési intézmények,*
- d) a rendőrség,*
- e) az ügyészség,*
- f) a bíróság,*
- g) a pártfogó felügyelői szolgálat,*
- h) az áldozatsegítés és a kárenyhítés feladatait ellátó szervezetek,*
- i) a menekülteket befogadó állomás, a menekültek átmeneti szállása,*
- j) az egyesületek, az alapítványok és az egyházi jogi személyek,*
- k) a munkaügyi hatóság,*
- l) a javítóintézet,*
- m) a gyermekjogi képviselő".*

**Második lépés:** a helyi ellátók közül az interjúk szereplőinek kiválasztása.

Szemponatok:

- 1.** Az intézmény a jelzőrendszer része legyen. A területen kizárólagosan egyedi feladatot ellátó intézmény esetén (lsd. pl.: alapellátás - sürgősségi gyermekellátás) már csak az együttműködési szándékot vettük figyelembe.
- 2.** Több azonos kategóriába tartozó intézmény esetén fontos szempont volt, hogy az a térségben szakmailag elismert, előremutató, modellértékű tevékenységet végezzen a saját szakterületén.
- 3.** A fenntartó típusa alapján egyházi és állami köznevelési intézményeket is beválasztottunk.







4. Szintén a köznevelés területén az ellátottak életkori sajátosságai alapján is csoportosítottunk, így bölcsőde, óvoda, általános és középiskola is került beválogatásra.

5. Középiskola kategóriában további szempont volt az általános, ill. szakképzés beválogatása is.

**Harmadik lépés:** A félig strukturált interjú kérdéseinek meghatározása.

A konceptualizálásban és az operacionalizálásban a teljes szakmai team részt vett (gyermekpszichiáter, serdülőkorúak addiktológia ellátásában jártas pszichiáter, gyermekpszichiátriai szakápoló, szociális munkás, szociálpedagógus, gyermekpszichológus, pedagógus, szociológus és kommunikációs szakértő). Intézményi szempontból: *Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály és részlegei: Gyermek Ideggondozó, Drogambulancia, Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekklinika, Debreceni Egyetem Politikatudományi és Szociológiai Intézet Szociológia és Szociálpolitika Tanszék*), így minden szakterület hozzájárult az információgyűjtésre legalkalmasabb, releváns interjúkérdések meghatározásához. A szakmai szempontok mellett, a későbbi elemzés szempontjából fontos szociológiai és kommunikációs szempontokat is figyelembe vettünk.

Az interjútervben (*ld. 1. sz. melléklet: interjú*) 7 fődimenziót határoztunk meg, és összesen 25 aldimenzióra kérdeztünk rá.

A fő dimenziók az alábbiak voltak:

- Az intézményben végzett tevékenységek és gyakorlatok átfogó feltérképezése.
- Az intézmény humán erőforrás-gazdálkodása (szaktudás, szakemberek, specializációk).
- Az intézmény kapcsolatrendszere (együttműködések).
- Adatszolgáltatási és információnyújtási kötelezettségek jelenlegi gyakorlata.
- Az intézmények jelenlegi gyakorlatában,





a törvényi előírásoknak megfelelően szolgáltatott statisztikai adatok.

- Az után követési rendszer jellemzői.
- Minden fődimenzió lezáró kérdéssor után rákérdeztünk arra, hogy a kérdezett saját szakmai tapasztalatai alapján milyen fejlesztési javaslatokat tudna megfogalmazni, illetve milyen igények merülnek fel az intézményében, amely javíthatná a szakmai munka eredményességét.
- A kérdéssor végén pedig átfogóan kértünk visszajelzést az esetlegesen el nem hangzott, de a szervezet szempontjából fontos igényekről, fejlesztési javaslatokról.

**Negyedik lépés:** Az összehasonlítható adatfelvétel érdekében az interjúk felvételi szempontjainak egységesítése létrejött a tematikus blokkok pontos ismeretével.

**Ötödik lépés:** Az egységes tematikus szerkezetű, félig strukturált interjúk felvétele. Az interjúk rögzítése. Az interjúk felvételét a kérdőívet is megalkotó team tagok végezték saját szakterületükön, lehetőség szerint 2-2 szakember együtt.

**Hatodik lépés:** Interjúk elemzése: (DE Politikatudományi és Szociológiai Intézet Szociológia és Szociálpolitika Tanszék)

A szakértői mintavétel eredményeként 12 köznevelési, 6 szociális és 6 egészségügyi intézmény (3 alap és 3 szakellátás) vezetőjével vagy képviselőjével készítettünk interjúkat. Az interjúk elsődleges feldolgozása tartalomelemzéssel, kódolós technikával történt: kódolás, tematizációk (kódok beazonosítása), tematizációs tábla, tematizációk csoportosítása (kódcsaládok), kvantitatív összegzés, eredmények értelmezése.

## Az interjúk feldolgozásának és elemzésének módszertana

Az interjúk feldolgozásának módszertana a hagyományos szövegelemzési-tartalomelemzési módszerek közül a társadalomtudományi kutatások során alkalmazott eljárások közül elsősorban a kvantitatív szövegelemzési





technikákra épít, de nem kizárva a kvalitatív elemzési lehetőségeket. Az interjúszövegekben nyíltan megfogalmazott és egyértelműen értelmezhető információk szövegegységek) mellett a szövegek szerkezetét (összefüggéseit, logikáját) is megpróbáltuk feltárni.

A kvantitatív tartalomelemzés során az interjú szövegekben a kutatás szempontjából releváns szavak (kifejezések) gyakoriságára és együttes megjelenésére koncentráltunk. Kiemelt szerepe volt az elemzési egységek kiválasztásának és az interjúkban korábban operacionalizált dimenziók feltárásának, illetve értelmezési minták kiválasztásának. A kódolás és kategóriák kialakítása során az interjúk szövegének több szempont szerinti tagolását követően az előre meghatározott kategóriákba sorolása történt, a szöveg egyes részeinek előzetesen kialakított kategóriákba sorolása a kódolási szakaszt követően zajlott. A kvantitatív elemzés magában foglalta az interjú szövegek előzetesen meghatározott kategóriáinak mennyiségi elemzését, azaz az interjú szövegekben szereplő szavak előfordulási gyakoriságát és azok kapcsolódási sajátosságait. A kategóriák száma lehetőség szerint kellően szűk kellett, hogy legyen a megfelelő adatredukció érdekében.

A kvalitatív elemzés egyrészt a manifeszt, másrészt a nagyobb szövegrészekhez kapcsolódó rejtett (látens) jelentéstartalmak feltárására koncentrált, de a kapcsolatok és összefüggések leírása ebben az esetben is meghatározó volt.

A fentiek alapján elvégzett elemzést követően az interjúkkal szemben megfogalmazott előzetes hipotézisek igazolása (vagy cáfolása) mellett az összefüggések összefoglalása történt.

A közfinanszírozott szolgáltatások szempontjából a feldolgozott szakirodalom mellett az interjúk esetében az intézmények adatgyűjtésének, szolgáltatásának jellemzőire, gyakorlatban használt statisztikai mutatóira koncentráltunk.





## A TELJESÍTMÉNYMÉRÉS ÁLTALÁNOS SZEMPONTJAI

### Az indikátorokról általában

#### Az indikátorok fogalma:

"Az indikátor olyan paraméter vagy érték, amely rámutat, információt vagy leírást nyújt egy jelenség, terület stb. állapotáról, helyzetéről. A jelző számokkal kapcsolatban az egyik legfontosabb szempont az időbeli (keresztmetszeti, hosszmetzeti) vagy a csoportok vagy területek közötti összehasonlíthatóság" (Bukodi 2001).

Az indikátorok üzenet-szerűen, egyéb magyarázat nélkül informálnak, a folyamatok jellemzőinek változását, időbeli lefolyását is képesek detektálni (Új-Zélandi Statisztikai Hivatal, 2007).

Fontos különválasztani a statisztika és az indikátor fogalmát. A statisztika valamely módszertani eljárással, szisztematikus adatgyűjtés eredményét feldolgozva nyújt információt. Az indikátor egy mutatószámszám, amely segítségével valamilyen jelenség írható le. Az indikátor képes a változásokat jelezni, de természetesen a változás mögötti okokat nem. Az indikátorok meghatározásához statisztikai megfigyelésekből származó adatokra van szükség, így az indikátor valójában közvetít a statisztikai megfigyelések és a vizsgált társadalmi-gazdasági jelenség között. Fontos elvárás az indikátorok esetében, hogy azok időben és a különböző csoportok között (keresztmetszetben) összehasonlíthatók legyenek.

A társadalmi indikátorok esetében a tervezés, előrejelzés és értékelés igénye is megjelenik, így elemzésük eredménye maga a vizsgált jelenség megismerése és a társadalmi változók előrejelzése. Indikátorok használatakor a cél az, hogy a vizsgált változók száma ne legyen sok, de ezek a lehető legjellemzőbbek legyenek. A gazdasági-társadalmi jelenségek vizsgálatához használt indikátorok gyakran olyan jelenségekről nyújtanak információkat, melyeket közvetlenül nem lehet mérni, azaz az indikátorokat sok esetben olyan változók mérése során is alkalmazhatjuk, melyeknek nincs közvetlen mércéjük, illetve ha a jelenség értelmezéséhez több mutatóra is szükség van. Ha egy jelenség leírásához több indikátort is





használunk, akkor a következtetések levonása csak az indikátorok együttesének elemzése alapján történhet. (Németh és Simon, 2011).

Az indikátorok értelmezése bizonyos esetekben különös figyelmet követel, például akkor, ha az egyes indikátorok kapcsolódnak egymáshoz. Gondoljunk például az első heroin- vagy alkoholfogyasztás ideje és az egészségügyi rendszerben való megjelenés dátumaira! Ez a két dátum, mely indikátort képez, nem csak önmagukban, hanem együtt is értelmezhetőek, függetlenül az időbeli távolságtól.

Fontos kiemelni azt is, hogy az indikátorok nemcsak valamilyen társadalmi jelenség jellemzésére alkalmazhatók, hanem valamilyen intervenció eredményéről és hatásosságáról is információkat szolgáltathatnak. Ez alapján a döntéshozók meg tudják határozni a prioritásokat.

Az egyes közfinanszírozott ellátások teljesítménymérési indikátorai alkalmasak lehetnek arra, hogy a döntéshozóknak bemutassuk az ellátórendszerek teljesítményét, az általuk végzett tevékenységek volumenét, illetve az ellátórendszereken belül is lehetőséget ad az egyes ellátók, ellátó-helyek teljesítményének összehasonlítására és értékelésére.

## A teljesítményértékelési keretrendszer kialakítása

A teljesítmény mérése a profit-orientált szervezetek esetében ma már elengedhetetlen. A vállalatok nem csak egyszerűen teljesítménymérést, hanem teljesítménymenedzsmentet végeznek, amelynek jól kidolgozott modelljei és módszerei vannak (mint például a TQM, benchmarking, balanced scorecard). A teljesítménymérést a vállalatok a piaci versenyben való helytállás egyik eszközének tekintik. Az állam iszektóban szintén szükség van a teljesítmény mérésre alapvetően azért, hogy biztosítani lehessen a döntések és a közpénzek felhasználásának transzparenciáját és hatékonyságát, valamint növelni lehessen a közszféra teljesítményét. (Mihaiu 2014). Ezekon kívül, a teljesítménymérés a közszféra számára a piaci verseny helyettesítőjének is tekinthető (Moriarty és Kennedy 2002) A teljesítménymérést azonban nem egyszerű feladat megvalósítani.

Az alábbi tényezők okozzák a nehézségeket közszféra esetében:





- 1) A cél (elvárt teljesítmény) definiálása nem mindig egyértelmű (Mihaiu 2014, Moriarty és Kennedy, 2002).

Ez abból adódik, hogy a közszektorban általában komplex feladatokat hajtanak végre, s így nehéz egyértelmű kapcsolatot találni a célok elérése, az eszközök, az egyes szervezeti egységek vagy személyek teljesítménye és az eredmények között. Másrészt a célok sok esetben többdimenziós természetűek, s következésképpen nehéz őket konceptualizálni és nehéz az eredményes megvalósításhoz vezető módszereket meghatározni.

Moriarty és Kennedy (2002) azt is kiemelik, hogy az externália problémája nagyban hozzájárul a célok definiálásának nehézségéhez. (Externália vagy más néven külső gazdasági hatás alatt azokat a jelenségeket értjük, amelyek során a hasznok vagy a költségek a tranzakción kívüli harmadik felet is érintenek, akik nem fizetnek a megszerzett előnyért, vagy nem kapnak kompenzációt az elszenvedett kárért. Attól függően, hogy haszonszerzés történik fizetség nélkül, vagy haszoncsökkenés kompenzáció nélkül beszélünk pozitív, illetve negatív externáliáról.)

Esetünkben akár a köznevelés, akár az egészségügy vagy a szociális szféra kerül szóba, alapvetően pozitív externáliás helyzetekkel találkozunk. Azaz valamely tevékenység kapcsán nem csak a megcélzott „kliens” jut előnyökhöz, hanem harmadik fél is. Például a drogambulancián kezelt fiatal problémájának megoldása nem csak az adott fiatal helyzetén javít, hanem a fiatal családján is, sőt az egész társadalomért. Ilyen esetben az ellátó valós teljesítménye a túlcserélő hatás miatt nagyobb, mint a fiatalra vonatkozó közvetlen teljesítmény. A hatásmérés problematikájával egy másik, a módszertan 2. tanulmány fog részletesebben foglalkozni.

- 2) Nem könnyű megfelelő indikátorokat kialakítani (Mihaiu 2014).

Az indikátorok meghatározása különösen akkor problematikus, ha a célok nem, vagy kevésbé „mérhetőek”, ilyenkor a benchmarking lehet a megfelelő módszer. A benchmarking egy állandó folyamat a legjobb nemzetközi





gyakorlat felkutatására és megismerésére, valamint annak egy adott szervezetbe való beillesztésre. E módszerrel a szervezet jobban hasznosítja lehetőségeit és képességeit, nő a teljesítmény. A benchmarking feltételezi a szervezet tanulási és így módon önfejlesztő képességét. Lényege: egy-egy kiválasztott részfolyamat megtanulása, átvétele a területen lévő legjobb gyakorlat meghonosításával. (Internet 1)

### 3) Nehéz a fogyasztók és azok preferenciáinak azonosítása (Moriarty és Kennedy, 2002).

Általában nem egy fogyasztó azonosítható, hanem egymástól eltérő fogyasztói csoportok. Például a köznevelésben a különböző korosztályú gyerekek külön fogyasztói csoportot képviselnek, de az egészségügyben is. Mivel az egyének preferenciái nagyon eltérőek lehetnek, így rendkívül problematikus az egyéni preferenciák aggregálása (amely mint tudjuk nem is lehetséges, lásd Arrow lehetetlenségi tételét) és így módon az ehhez illeszkedő teljesítménymutatók kidolgozása és alkalmazása. Ennek megfelelően például a fiatalok drogfogyasztók igényeit, preferenciáit „egyként” kezelni nagyon problematikus. Ha nem ismerjük a „kliensek” preferenciáit, akkor az igények kielégítésének mértékét sem tudjuk egyértelműen meghatározni, s így a teljesítmény mérése is nehézségekbe ütközik.

A javasolt indikátorok meghatározásakor tekintetbe vettük, hogy minden szektor esetében több dimenzió mentén jelentkeznek a célok, így többféle indikátorra van szükség. Ugyanakkor igyekeztünk az indikátorok számát még „áttekinthető” mértékben meghatározni, koncentrálna a leglényegesebb teljesítmény-elemekre. Másrészt, követve a nemzetközi trendet, amely szerint elsősorban nem-pénzügyi mutatókkal célszerű a közszeaktor teljesítményét mérni, reál mutatókat javasolunk a teljesítmény mérésére.

A teljes ellátórendszerek teljesítmény-értékelésére vonatkozó irodalmak, a teljesítményértékelés általános, koncepcionális rendszereit mutatják be. Jelen tanulmányunk ennek egy szeletére koncentrálna.

A közfinanszírozott ellátások jelenlegi állapotának felméréséhez, az azonos ellátásokat nyújtó ellátók összehasonlításához fontos, hogy pontos és valid (érvényes) adatok álljanak





rendelkezésre az egyes ellátók által megvalósított tevékenységekről.

A szolgáltatások számos, nagy területet érintenek (egészségügy, köznevelés, szociális ágazat), így nem áll módunkban minden ellátási forma részletes mérési lehetőségeit vizsgálni. Az egészségügyi rendszerre fókuszálva, ill. az egyéb szektorok rendszerszintű vizsgálatára vonatkozó példákon keresztül igyekszünk bemutatni a teljesítménymérés keretrendszerét.

Tanulmányuk szempontjából a teljesítményt mérő indikátorok nagy részével szemben az alábbi követelményeket fogalmazzuk meg:

- 1) Az indikátor tegye lehetővé az időbeli és keresztmetszeti (jelen esetben járások/megyék/települések) közötti összehasonlítást.
- 2) Az indikátor meghatározásához az adatok ténylegesen rendelkezésre álljanak.
- 3) Az indikátor legyen összhangban a nemzetközi gyakorlattal, de tükrözze a magyar rendszer sajátosságait is.

A fenti követelményeket szem előtt tartva – elsősorban az adatok korlátozottsága és a rendszer elemeinek kapcsolódási korlátai miatt – javaslatunk szerint az egyes szektorok teljesítményét külön-külön mérő indikátorokat javasolunk.

## TELJESÍTMÉNYMÉRÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZÉKTORBAN

### A teljes egészségügyi rendszerek teljesítménymérésére vonatkozó nemzetközi modellek

A teljes egészségügyi rendszer működésének, teljesítmény mérésének érdekében már számos modell kialakításával próbálkoztak. Általában két típusba sorolhatóak a modellek. Az első csoport modelljei a célokra fókuszálnak, és az így létrehozott modellek gyakran magukba foglalják az egészséggel, egészségbeli egyenlőtlenségekkel, finanszírozással, minőséggel, fogyasztói elégedettséggel, juttatásbeli és technológiai hatékonysággal, politikai elfogadhatósággal és anyagi fenntarthatósággal kapcsolatos célokat egyaránt. Más elméletek a meglévő és elérhető indikátorok szemszögéből indul ki és ez alapján fogalmazzák meg a teljesítményértékelést, amelyek reflektálhatnak az elérhető mérőeszközök alapján fennálló







konceptuális és technikai egyenlőtlenségére. (Murray & Frenk, 2000).

Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérése egyre több kutatás alapját képezi, egyrészt a különböző országok szintjén, másrészt nemzetközi perspektívában is. (WHO, 2001; Hurst 2002; Hsiao és mtsai, 2004; Smith, 2009). A teljesítménymérés háttérben meghúzódó okok egyrészt a technológiai fejlődés hajtotta költségrobbanás, másrészt azok a problémák, amelyek az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel, illetve az ellátás minőségével kapcsolatosak. Teljesítménymérési kritériumrendszer kifejlesztésére (akár egy, akár több kritérium mérésének okán) olyan szervezetek által került sor ez idáig, mint a Világbank (WB), a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD), vagy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) (Gaál és mtsai, 2012). A teljesítményértékelés általános célkitűzései: a teljesítmény dimenziók (performance dimensions), valamint azok egymással való kapcsolata, illetve az ágazati stratégiákkal és az egészségüggyel kapcsolatos összefüggéseik definiálásra kerüljenek.

Az egészségügy teljesítményének dimenziói azok a jól körülírható és mérhető attribútumok, amelyek az egészség fenntartásával, helyreállításával vagy fejlesztésével állnak összefüggésben.

A teljesítményértékelési rendszer épülhet kész indikátorok átvételére, vagy célul tűzheti ki új definíciók megfogalmazását is. A teljesítményértékelési rendszerben részt vevő indikátorok általános jellemzői:

- az egészségügy valamely fontos területéről szolgáltat információt
- a kiszámításához kellő adatok birtokunkban vannak
- valamely szervezet rendszeresen publikálja jól dokumentált számítási módszertannak megfelelően
- mely módszertan illeszkedik az ugyanazokon az adatokra épülő további, az elemzés során felhasználható mutatók számítási módszertanához
- nemzetközi és magyar adatok is hozzáférhetőek az összehasonlítás elvégzéséhez





Ha egy indikátorra a fenti kritériumok mindegyike teljesül, akkor azt célszerű lehet változatlan formában felhasználni a teljesítményértékelési célokra. (Gyenes és mtsai, 2015)

A *WHO koncepcionális keretrendszere* számol az egészségügyi rendszer végső célkitűzéseivel és úgy értékeli, hogy annak funkcionális elemei köztes célok és intézkedések mentén kapcsolódnak.

A rendszerben szerepet játszó kiemelt rendszerfunkciók az irányítás, az erőforrások, a szolgáltatások, valamint a finanszírozás. Három operatív cél fogalmazható meg:

- 1) **Hatékonyság:** a költségek (elvesztett hasznok) és az eredmények (elért hasznok) közötti kapcsolatot jelzi, összevetve az eredményt (a kibocsátás értékét) a ráfordítással (felhasznált erőforrásokkal).
- 2) **Igazságosság:** az egészségügyi ellátás hasznainak és költségterhének méltányos elosztása a társadalomban (amely alapvetően nem az egyenlő elosztás elvén működik) (Stiglitz 2000).
- 3) **Minőség:** az egészségügyet is a minőségmenedzsment megközelítésmód jellemzi (Gaál et al, 2012, 8. o.). Az ellátás minőségének definícióját alkotó elemei Donabedian (1966) szerint a struktúra (structure, az egészségügyi dimenzió elemei), a folyamat (process, a betegek számára nyújtott ellátás) és az eredmény (outcome, a kapott ellátás kimenetelének minősége a beteg szemszögéből) (Campbell és mtsai, 2000).

A minőség meghatározása nem egyértelmű, a minőségmenedzsment tudományban számos megközelítésmód fejlődött ki. A legismertebb elmélet (Garvin elmélete) szerint a termék minősége is több vonatkozásban értelmezhető (pl. teljesítmény, tulajdonságok, megbízhatóság, tartósság stb.). A szolgáltatások esetében, mint például az egészségügyi szolgáltatások minőség konceptualizálása még nehezebb, hiszen a szolgáltatások nem rendelkeznek a tárgyiasultságból következő tulajdonságokkal, amelyek érzékelhető minőséget kelthetnek a fogyasztóban.

A szolgáltatások minőségét az alábbi dimenziók mentén lehet értelmezni (Foster, 2013):

- a tárgyiasult környezet fizikai megjelenése, berendezések, felhasznált





anyagok, személyzet (például a rendelő megjelenése, bútorozottsága, eszközök stb);

- a szolgáltatás megbízhatósága: a szolgáltató képes az ígért szolgáltatást megfelelően nyújtani;
- a szolgáltató elkötelezettsége abban a tekintetben, hogy segítőkész és gyors a szolgáltatás nyújtásában;
- biztonság: a szolgáltató alkalmazottainak tudás és udvariassága, ami bizalmat kelt az igénybevevőben;
- empátia: egyénre szabott bánásmód a szolgáltató részéről.

*Az egészségügyi ellátás teljesítményértékelésének minőségi dimenzióján leginkább a strukturális feltételeket és a szolgáltatók megbízhatóságát értjük (mennyire tudja megfelelően elvégezni a szolgáltató az ígért szolgáltatást).*

A nemzetközi példák - melyek az egészségügyi rendszer átfogó teljesítményértékelésére vonatkoztak - nagyon sok indikátort tartalmaznak, jelentéseinek hosszát, valamint mutatóinak számát tekintve is jelentős heterogenitással bírnak. A teljesség igénye nélkül például az észt teljesítményértékelés (2009) 54 indikátorral dolgozott az értékelés során, és mindössze 130 oldal terjedelmű. Az észt egészségügyi rendszer teljesítményének indikátorai 8 fő iránya van:

1. Egészségi állapot. (Milyen az észt lakosság egészségi állapota?)
2. Egészségmagatartás és egészségfejlesztés (Életmódbeli tényezők és népegészségügyi beavatkozások)
3. Az egészséget meghatározó tényezők Észtországban
4. Az egészségügyi rendszer válaszkészsége az észtek szükségleteire és elvárásaira.
5. Az egészségügyi ellátórendszer finanszírozása. Finanszírozási formák, forrás allokációs technikák és lefedettség. ?
6. Az egészségügyi ellátórendszer eredményessége és hatékonysága.
7. Az ellátások hozzáférhetősége.





## 8. Az egészségügyi ellátások minősége és a beteg biztonság. ?

A holland teljesítményértékelés jelentése 125 kvantitatív indikátort vesz figyelembe (Gyenes és mtsai, 2015), mely információval szolgál a holland egészségügyi rendszer minőségéről, hozzáférhetőségéről és költségeiről. (Michael, 2014)

Jacobs és mtsai (2006) szerint az egészségügyi szervezetek teljesítménymérését több faktor is nehezíti, amelyek hat csoportba sorolhatóak. Ezek az:

1. egészségügyi elemzés egysége;
2. az egészségügy kibocsájtása és ennek meghatározási módja;
3. az előállított szolgáltatás(ok), termék(ek) értékének meghatározási metodikája;
4. egészségügyi szolgáltatások, termékek előállításához alkalmazott erőforrások;
5. a ráfordítások értékének meghatározási módozata;
6. azon külső faktorok determinálása, amelyek nem az egészségügyi ellátórendszer befolyásába tartoznak, ám hatnak a teljesítményre.

Az egészségügyi rendszerek példáiból összességében véve az mondható el, hogy a teljesítményméréshez több kritériumnak kell megvalósulnia. Először is szükséges meghatározni a rendszer céljait és a célok közötti prioritásokat. A második kiemelő szempont a mérőszámokhoz kötődik, mivel szükséges olyan valid és megbízható mérőszámok determinálása, amellyel a célelérés mértéke kvantifikálhatóvá válik. A harmadik kiemelő szempont pedig az adatgyűjtési rendszer maga, hiszen ez nyújtja azokat az elemzéshez szükséges adatokat, amelyek a mérőszámok sztenderd módszertan alapján történő kalkulálásához és értelmezéséhez is nélkülözhetetlenek.

A WHO (2001) az egészségügyi rendszer határainak kapcsán a WHO egészségdefinióit tekinti alapnak, így alapvetően azok a tevékenységek határozzák meg, amelyek elsődlegesen az egészség-megőrzés, - fenntartás és helyreállítás céljával bírnak, így levonható a következtetés, hogy az egészségügy működéséből származó





legfontosabb nyereség (vagy helytelen működési szisztéma esetén az ebből eredő veszteség) maga az egészség.

## Az egészségügy átfogó teljesítményértékelésének legfontosabb eredményei Magyarországon

Az ÁEEK (korábban GYEMSZI) 2014-es Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése a WHO szempontrendszere mentén hét kérdéskörre keresi a választ. Ezek tartalmazzák

- a lakosság egészségi állapotát és a mortalitási mutatóit;
- az egészségügyi ellátáshoz való hozzájárítás anyagi megterhelési vonulatát;
- az igénybe vett ellátásokkal való elégedettséget az állampolgárok részéről;
- az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést, ezen szolgáltatások minőségét;
- az egészségügyi ellátórendszer forrásgazdálkodásának hatékonyságát és
- a finanszírozásának fenntarthatóságát;
- valamint annak tágabb környezetét, környezeti, társadalmi, egészségmagatartásbeli feltételeit és igazságos vagy igazságtalan működését.

Az eredmények alapján az egészségi állapot mutatói javuló tendenciájúak, de nemzetközi szinten szignifikáns elmaradást mutatnak és fontos országon belüli különbségeket is tartalmaznak. *2014-ben a születéskori várható* élettartam 72,3 év volt a férfiak és 79,4 a nők esetében, amely az EU viszonylatában igen *kedvezőtlen*, hiszen az EU tagállamok rangsorában hazánkban a férfiak a huszonnegyedik, a nők a huszonhatodik helyen találhatóak, amelynek háttérében a két vezető haláloki csoport (egyrészt a keringési rendszer betegségei, másrészt a daganatos betegségek) áll.

Alapvetően az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés megfelelő, ám vannak problémákat előrevetítő mutatók. *Pozitívumként a gyermekek nemzetközi tekintetben is kiemelkedő (99,8%) átoltottsága említendő.* A szakellátási





kapacitások, elsősorban a járóbeteg-szakellátásban erősen koncentráltak. A magánfinanszírozott ellátók esetében elmondható, hogy az összes engedélyezett járóbeteg-kapacitás magasabb a közfinanszírozott ellátás hasonló értékével összevetve, amely növeli a hozzáférés kiegyensúlyozatlanságát ebben a tekintetben.

A jelentésben vizsgált minőségi indikátorok esetében az alacsony kockázatú szülések esetében elvégzett császármetszések kiemelkedő arányát (35,6%) szükséges kiemelni. *A kórházi fertőzések esetében a mikrobiológiai kivizsgáltság nagyobb arányú vizsgálata a hatékonyabb terápia alkalmazását és az antibiotikumrezisztencia további beható vizsgálatát tenné lehetővé.* Összességében kielégítő, ugyanakkor tovább vizsgálendő a sürgősségi kórházi újrafelvételi arány. *Megemlítendő, hogy az iszkémiás stroke-ot és az akut miokardiális infarktust követő egy éven belül bekövetkező elhalálozási arány 26,2%, ami nemzetközi kontextusban közepes érték.*

Az egészségügyi rendszerbeli outputok javítása csak úgy történhet meg, ha a rendelkezésre álló forrásokat hatékonyabban tudja a rendszer felhasználni, kiemelt figyelmet szánva a demográfiai trendekre. Kiemelendő példa az eltartottsági ráta, vagyis a 15 évnél fiatalabb és a 65 évesnél idősebb lakosság aktív korúakhoz viszonyított együttes aránya, amelynek 2050-re várható aránya 72%, az időskori eltartottsági ráta pedig 47,3% lesz.

Az egészségügyi rendszer forrásai szűkösek, habár a teljesítményvolumene ehhez viszonyítva nagy, illetve a kiemelt elemzési indikátorok elemzési eredményei sokszor nem érik el a kívánatos értéket. Megemlítendő azonban, hogy a rendszer teljesítményét a társadalmi, gazdasági és környezeti adottságok szemszögéből kell szemlélni és elemezni.

A környezet-egészségügy (levegő- és vízminőség) viszonylatában mutatott eredmények kielégítőek és pozitív tendenciák mutatkoznak. *Az életmód, ide értve a testmozgást, táplálkozást, dohányzást, alkoholfogyasztást stb. esetében azonban negatív konzekvenciák vonhatóak le, s ezeket nagyban determinálja az iskolai végzettség.*

Nem biztató az az eredmény, mely szerint 2014-ben a lakosság 28%-ának körében volt kimutatható a *relatív jövedelmi szegénység* vagy a *társadalmi kirekesztődés* kockázatának legalább egy faktora, habár az ezt megelőző évi





értéknél 3,6 százalékponttal alacsonyabb. Igazságossági perspektívából szemlélődve probléma a közvetlen egészségügyi kiadások magas szintje, elsősorban az alacsony jövedelmű háztartások esetében. Ráadásul területi különbségek is megállapíthatók, pl. az *Észak-Magyarországi, Észak-Alföldi és Dél-Dunántúli régiók esetében több területen is lemaradás tapasztalható*. Az iskolai végzettség, valamint a társadalmi-gazdasági szempontok alapján tapasztalható különbségek az egyes indikátorok esetében eltérő mértékűek, de mindent összevetve szerepük szignifikáns. (GYEMSZI, 2014)

### Egészségügyi alapellátás teljesítményértékelése

A gyermekek és fiatalok csaknem teljes része kapcsolatba kerül/áll az **alapellátással**, mely az iskolaorvosi és a védőnői hálózat révén a köznevelési intézményekben is képviselteti magát.

*Az alapellátásnak nagyon fontos szerepe lenne a gyerekek mentális problémáinak korai azonosításában, szűrésében, különböző szektorokba való irányításában, gondozásban, követésben. A szolgáltatók közös találkozási pontja lehetne.*

A kanadai addiktológiai és mentális egészséggel foglalkozó kormányzati jelentés szerint (Addiction and Mental Health Collaborative Project Steering Committee, 2015) fontos megállapítás, hogy az alapellátásban részt vevőknek pl. háziorvosoknak számolnia kell a mentális nehézséggel (is) küzdő kliensek megjelenésével.

Számos előnye van annak, hogy a mentális egészségügyi szolgáltatásokat az alapellátásba integrálják (WHO, 2007). Többek között stigmatizáció csökkenése, javulhat a komorbid állapotok kezelése is. A mentális egészség gyakran társul szomatikus egészséget érintő problémával.

A *Primary Health Care (PHC) Indicators Chartbook* jelentés egy 2008-as kanadai tanulmány eredményeit mutatja be, melyben az egészségügyi alapellátás hatékonyságát és teljesítményét mérték fel számos indikátorral. A vizsgálat nagy részébe az alábbi 7 ország került bevonásra: Ausztrália, Kanada, Németország, Hollandia, Új Zéland, Egyesült Királyság és az USA (Sayal és mtsai, 2012).





Számos indikátort vizsgáltak, legfontosabbnak az egészségügyi alapellátás alábbi 3 nagy területét tartották

- *Hozzáférés* (az egészségügyi ellátáshoz)
- „Ajánlott” ellátás

Ide tartoznak, a nem kötelező jellegű ellátások, mint pl.: influenza elleni védőoltások, szűrővizsgálatokon való részvétel: szűrés, egészségmagatartási szokások felmérése (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozás), diabétesz szűrés, magas vérnyomás szűrés stb.

- *Szervezet és szolgáltatásnyújtás*

Ebbe a dimenzióba tartozik a technológiai felszereltség, és a szolgáltató- páciens interakciók mérése. (Sayal és mtsai, 2012).

Magyarországon a házi orvosok teljesítményét mérő indikátorrendszer bevezetésére 2009-ben került sor, amely betekintést nyújt az ellátásba mennyiségi és minőségi szempontokból egyaránt. Kolozsvári és Rurik (2016) tanulmányában 16 felnőtt- és vegyes-, valamint 8 gyermekkorzeti indikátor elemzésére kerül sor, kitérve a házi orvosok munkáján kívüli befolyásoló faktorokra is, mint a betegek elvárásai és a hozzájuk kapcsolódó compliance-ek, a szakellátók működése, a szolgáltatók közötti nem megfelelő kapcsolat, információáramlás alacsony intenzitása, vagy a fejlesztésre szoruló házi orvosi szoftverek.

Magyarországon a házi orvosok és a házi gyermekorvosok indikátoralapú teljesítménymérésének bevezetése az Egészségügyi Minisztérium és a Világbank kezdeményezésére került napirendre 2008-ban, majd 2009-ben indult a tesztidőszak. Elsőként négy indikátort vezettek be a gyermek-, míg 1-et a felnőtt vagy vegyes praxisokban. Ez a finanszírozásra is hatással volt. A teljesítménymérés szabályozását azóta is miniszteri rendeletekben szabályozzák, illetve időszakosan módosítják (Kolozsvári és Rurik, 2016).







Az indikátorrendszer jogi feltételrendszerét a 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet és a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet tartalmazza. Vagyis a háziorvosi szolgáltatás köteles gyógyítási munkát, gondozási feladatokat, preventív és szűrési tevékenységeket ellátni díjazás ellenében. Továbbá a finanszírozó havonta értékeli az indikátorok teljesítésének megvalósulását. Adott személy akkor jogosult teljesítmény díjazásra, ha valamelyik indikátoron sikerült pontot elérnie. A gyógyszerrendeléseket mérő indikátorok kivételével havonta történik az eredmények utáni díjak kifizetése, melynek havi összege 400 millió Ft. A rendszer alapú értékelésben azon háziorvosi szolgálatok vesznek részt, melyek területi ellátási kötelezettségekkel bírnak. A háziorvosi szolgálatok csoportszintű besorolását követően az egyes csoportok fővárosi és megyei bontásban, felnőtt, vegyes, valamint gyermek háziorvosi praxis-kategóriák alapján kerülnek kialakításra (Kőrösi, 2010).

A házi gyermekorvosi praxisok esetében vizsgált indikátorlista a felnőtt háziorvosi praxisokban vizsgáltakhoz képest rövidebb, a következő elemeket tartalmazza:

- „Meningococcus-védőoltás (védőoltás),
- Cholecalciferol készítmény adása (prevenációs tevékenység),
- kizárólag anyatejes táplálásban részesült csecsemők aránya (prevenációs tevékenység),
- szűrővizsgálatok végzése (szűrési tevékenység),
- vaspótló kezelés (gondozás),
- beutalási gyakorlat (definitív tevékenység),
- ügyeleti ellátásban részesültek (definitív tevékenység),
- antibiotikus kezelés (gyógyszerrendelés)" (Kolozsvári & Rurik, 2016, 330. o).

Kolozsvári és Rurik (2016) kutatásukban a Donabedian által meghatározott rendszer alapján vizsgáldtak. Megállapították, hogy bár a háziorvosok nagy része pozitívan fogadta az indikátoralapú teljesítményrendszer bevezetését, a zárt kassza megítélése nem volt népszerű és a finanszírozásról is negatívan





vélekedtek. Megállapításuk szerint elkülönített gyermek- és felnőtt indikátor-kassza lenne indokolt. A pontozásban kialakuló különbségek érintik a gyermek és a vegyes praxisokat is.

## Indikátorjegyzék – Gyermek praxis

	Terület	Célcsoport	Havi átlag/ Együttes érték	Pont	Max. pont	Vizsgált időszak	Forrás
1.	PNEUMOCOCCUS ELLENI VÉDŐOLTÁS	Védőoltás	2 év alatt	14	28	24 hónap	B300
2.	HÁZIORVOS SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉGE	Szűrések	Bejelentkezett biztosítottak	10	20	12 hónap	B300
3.	BEUTALÁSI GYAKORLAT	Definitív tevékenység	Bejelentkezett biztosítottak	10	20	6 hónap	Járóbeteg ellátás Fekvőbeteg
4.	ANTIBIOTIKUMOS KEZELÉS	Gyógyszer- rendelés	Bejelentkezett biztosítottak	16	32	12 hónap	Gyógyszer adat-patikai
	Összesen:			50	100		

A házi gyermekorvosi praxisra vonatkozó indikátorok esetében a védőoltás-hatékonyság mérése a Meningococcus-oltások keresztül történik meg. A Cholecalciferol készítmény adása esetében inkább a kiváltásra fókuszálnak, mintsem a felírásra. A kizárólag anyatejes ellátásban részesülők vizsgálata során elsősorban a gyógyászati célra szánt tápszer felírása mérendő (Kőrösi, 2010).

A szűrővizsgálatok végzése esetében csak a hatéves kor alatti korcsoportban végzett tevékenységet értékelik. (Kolozsvári & Rurik, 2016)



**Feltárt probléma:** 6 és 18 év között az iskolaorvos is (elvileg) elvégzi vizsgálatokat, gyermekorvos a duplikáció okán nem teszi ezt meg.

A házi orvos dönt a szakellátásokba történő továbbküldésről. A beutalási tevékenységek esetében a járó- és fekvőbeteg szakellátás igénybevételének csökkentése a cél (Kőrösi, 2010).

További indikátor azoknak a TAJ számoknak a megjelenési aránya, amelyek járó-, vagy fekvőbeteg szakellátáson jelentek az elmúlt hat hónap alapján egy hónap átlagában. Egy TAJ szám egyszer kerül számításba egy hónapon belül, de a különböző hónapokban ismétlődően is megjelenhet (Kőrösi, 2010).

A beutalási gyakorlat esetében is hiányosak a pontosan meghatározott kompetenciák, szabályozott beteg utak és a használható beutalási protokoll. Az ügyeleti ellátásban részesültek esetében a gyakoriságot mérik, az ügyeleti ellátásban való részvétel gyakran a házi orvos tanácsával is szembemegy. Végül az antibiotikumos kezelés esetében a gyógyszerkiváltást mérik, amelyet a szülők elvárása nagymértékben befolyásol.

Jól megválasztott indikátorok segítségével javulás érhető el az orvoslás minőségében. Ki kell azonban emelni, hogy az indikátorokat és a hozzájuk kapcsolódó anyagi ösztönzők érthetően kommunikált szakmapolitikai célokra alapuljanak. Ehhez folyamatos szakmai egyeztetés szükséges, szakértők, házi orvosok rendszeres bevonásával és folyamatos feedback-kel. Jelenleg nagy hiányosságot jelent az, hogy a gondozás valódi szakmai eredményessége nem szerepel az indikátorok között, amit pótolni szükséges. Fontos továbbá az ellenőrzés során a célértékelésért felelős szoftverekben az adatok felhasználói manipulálásának kiküszöbölése. Az egészségügyi kormányzat sokat foglalkozott az alapellátással, érezhetően növelve annak finanszírozottságát is. Ugyanakkor az új házi orvosi törvény inkább csak kereteket ad és még nem képes megoldani a fennálló problémákat (Kolozsvári & Rurik, 2016).

A gyermek és serdülőkorú mentális problémák nagy száma ellenére nemzetközileg is kevés figyelem fordult az alapellátás mentális egészség szempontú fejlesztésére, kutatására. A szülői szemlélet alapján egy Egyesült Királyságban, Londonban lezajlott vizsgálat célja az volt, hogy minőségi ápolási





mérőrendszert dolgozzanak ki a gyermek- és serdülőkori mentálhigiénés ellátásra az alapellátásban és konszenzust alakítsanak ki e minőségi előírásoknak az alapellátásban betöltött szerepéről (Ford, 2008).

A gyermek- és serdülőkori mentális egészségi problémák gyakoriak az általános egészségügyi ellátásban. A gyermekek és serdülők mintegy 10-20%-a esetében beszélhetünk ilyen jellegű problémákról, amelyek jelentősen befolyásolják a fejlődési folyamatot, mentális egészségük, oktatásuk, kapcsolataik és munkavállalásuk terén (Ford, 2008). Az elmúlt években nemzetközileg is nagy hangsúlyt fektettek az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztésére (pl. Institute of Medicine az USA-ban; National Service Framework for Children az Egyesült Királyságban).

Azonban a mentális problémákkal küzdő gyermekek szülei közül kevesen fejezik ki aggodalmukat a konzultációk során felmerülő problémák miatt, s ezzel nem is foglalkoztak a különböző alapellátási kutatásokban.

Sayal és mtsai (2012) kutatásában 2 és 15 év közötti gyermekek és serdülők szülei vettek részt széles társadalmi spektrumok mentén szelektálva, közülük valamennyien aggódtak gyermekük érzelmi egészségéért és viselkedéséért, ám egyikőjük gyermekét se felügyelte még Gyermek és Serdülő Mentális Egészségügyi Szolgáltatás (Child and Adolescent Mental Health Services, CAMHS) szakembere. A szülők kiválasztása (n az ellátórendszerben való kezdeti megjelenés lehetséges útvonalait tükrözik, hogy elősegítsék az általánosan elfogadható minőségi sztenderdek kidolgozását az elsődleges gondozásban = 34) különböző szempontok mentén történt, amelyek a gyermekek korának széles skáláját és a gyermekek és serdülők mentális egészségében.

A szülők részt vettek 8 *fókuszcsoportos beszélgetésen* vagy interjún, melyet ezt követően csoportokkal vagy félig strukturált interjúk lefolytatásával validáltak, annak érdekében, hogy az ily módon összegyűjtött információkat tisztázzák és további ötleteket szerezzenek arról, hogyan lehet javítani a hozzáférést és a gyermekek ellátásának standardjait, valamint a gyermekek és a serdülők mentális egészségét az alapellátásban. A





minőségi szabványokat egy olyan iteratív megközelítéssel dolgozták ki, amely négy szakaszt tartalmaz.

A második lépésben minőségi szabványokat készítettek, amelyek teljes mértékben képviselték a szülők tapasztalatait és a visszajelzések alapján finomították azokat.

Majd 55 szakember, köztük szülők és önkéntes szervezetek képviselői öt panelen részt vettek a módosított kétlépcsős Delphi tanulmányban, hogy konszenzust alakítsanak ki a minőségi sztenderek fontosságáról. Itt részt vettek az általános orvosok, más közösségi alapú szakemberek, gyermek- és serdülő pszichiáterek, egyéb gyermek- és serdülő mentálhigiénés szakemberek, közegészségügyi és szakpolitikai szakemberek.

Végül a minőségi sztenderek végső változatának *tesztelésében* 52, az alapellátásban részt vevő vett részt.

A szerzők következtetése alapján szükség van olyan minőségi szabványok készítésére, amelyek lehetővé teszik az elsődleges egészségügyi ellátásban részt vevő gyermekek és serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás biztosítását. Az alapellátásban dolgozó szakembereknek tisztában kell lenniük a szülőkkel és az ellátás minőségére vonatkozó kilátásokkal, mivel ezek befolyásolhatják a segítségkereső magatartásokat. Hangsúlyozzák az alapellátásban dolgozók mentális egészséggel kapcsolatos tudását, kommunikációs stílusukat, a mentális problémákkal kapcsolatos attitűdjüket és az ellátórendszer működésének ismeretét (Ford, 2008; Sayal és mtsai, 2012).

### **Házi gyermekorvosi ellátást az alábbi adatgyűjtési és adatközlési gyakorlat jellemzi a felvett interjúk alapján:**

Az interjú felvétele egy tapasztalt, szakmailag elismert, a szakterületén modellértékű tevékenységet végző és együttműködési szándékot mutató háziorvossal történt. Az interjú kérdéskörei az 1. sz. mellékletben megtalálhatóak.

A jogszabályi előírások szerint adatgyűjtési kötelezettsége van a következőkre:

- védőoltások,





- táppénzek,
- beteg otthonában történő megjelenések, rendelőintézeti megjelenések,
- szakrendelésre utaltak száma, f
- ertőző betegek,
- ki- és átjelentkezők.

Kötelező adatszolgáltatásokat végeznek:

- Az ÁNTSZ felé folyamatos adatközlés zajlik a védőoltásokról és a fertőző betegségekről.
- A KSH felé éves adatszolgáltatás során létszámadatokat, betegforgalmi adatokat, kiszűrtek számát közlik.
- Heti jelentésben az NEAK felé a táppénzes adatokat jelentik

A házi orvosok számítógépes adatszolgáltatásának szabályait a 2. számú melléklet tartalmazza (VA”jelű melléklet)

B300-as jelentés, az informatikai programban az ambuláns forgalmat, receptírást, házhoz hívást rögzítik napi szinten.

- Veszélyeztetés esetén a gyermekjóléti intézményrendszer felé közölnek adatokat eseti jelleggel, ennek dokumentációja nem szabályozott.

***Az interjúkból kiderül, hogy sem a köznevelési, sem a szociális és gyermekvédelmi rendszerrel és más egészségügyi ellátókkal sincs kiépült szakmai együttműködés az adatok megosztása terén.***

A B300-as adatkör (ld. 2. sz. melléklet\_ B300-as Tételes betegforgalmi jelentés) fejsorok szerint strukturált az alábbi szerkezetben:

- B300 A betegforgalmi napló tételei (praxis, beteg azonosítása, jelentés időszaka)
- B301 Diagnózisok (diagnózis BNO kódja, ellátás oka)





- B302 Továbbküldési adatok (továbbküldés oka, továbbküldést indokoló diagnózis BNO kódja)
- B303 Vényfelírási adatok BNO, TTT (termék egyedi azonosítója), mennyiség, felírás jogcíme
- B304 Közgyógyellátás adatai
- B308 Szűrések
- B309 Gondozások
- B311 Utalványok (utazási költségtérítéshez)
- B312 OENO (Vizsgálati és beavatkozási kódok)

A B300-as adatok elemzése megerősítheti az alapellátás fontosságát betegellátásban, akár a mentális egészség szempontjából is.

A továbbküldési adatok tanulmányozásával adott területek vagy egy adott praxisoról továbbküldési gyakorlatáról információ nyerhető. Milyen arányban történik továbbküldés mentális zavar miatt (BNO alapú)?

Nem csak a jelentésben szereplő tételek vizsgálhatóak, összehasonlíthatóak önálló adatként, de információt kaphatunk a beteg sorsáról az orvosi diagnózis és vényfelírást követően, a vényfelírás és kiváltás mintázatának értékeléséből a beteg együttműködés mértékéről is (Internet 2).

### **A területi és iskolai védőnők adatgyűjtési és adatközlési jellemzői az interjúk alapján**

A jogszabályban előírt adatok rögzítését végzik a terhes nőkre vonatkozóan: név, személyes adatok, foglalkozás, férj, élettárs, TAJ szám, lakcím, tartózkodási hely, örökletes betegségek, káros szenvedélyek, terhesség alatti elváltozások, veszélyeztetettség. Születés után a csecsemő fejlődési adatai, szűrővizsgálatok, védőoltások meglévő betegségek, gyógyszer szedése, esetleges gyógyszerérzékenysége,

Éves jelentési kötelezettségük van a következő területeken:





- melyik korcsoportban hány veszélyeztetett csecsemő, illetve gyermek él;
- hány gondozott van, ebből szám szerinti gondozott családok száma,
- hány fő a kismama;
- az anyatejes táplálás illetve szoptatás időben hogy alakul; 1 éves kor után hányan szoptatnak;
- szűrővizsgálatokon szám szerint hányan jelennek meg;
- veszélyeztetettek száma, értelmi, érzelmi, érzékszervi elváltozás; testsúlyeltérés; egyénileg követik a gyermek sorsát, hogy hol kezelik tovább betegségek vagy fogyatékoságok esetén.

Kérésre átadják az adatokat más szakmai szervezeteknek: iskolai egészségügy, alapellátás, gyámhivatal, gyermekjóléti szolgálatok számára.

*A védőnők kapcsolatban állnak az adatszolgáltatások terén a köznevelési, valamint a szociális-gyermekvédelmi és egészségügyi rendszerrel is.*

## Egészségügyi Szakellátások teljesítménymérése

### Drogambulanciák adatgyűjtési és adatközlési jellemzői az interjúk alapján

A kötelező adatrögzítéseket végzik: a betegek személyes adatain kívül az első interjú során rögzítik a beküldő intézményt, a jelentkezés módját, a kliens által megnevezett célt, kórelőzményeket, az iskolai végzettséget, szociális körülményeket, a családi állapotot, a szerhasználati szokásokat, a szerhasználat kezdetét, valamint a korábbi kezelésekre, szűrővizsgálatokra vonatkozó adatokat. Önként vállalt adatgyűjtésük nincs.

A kötelező adatközlések:

- OSAP (országos statisztikai adat) (ld. 3. sz. melléklet: OSAP adatlap)
- Nemzeti Népegészségügyi Központ (, korábban Országos Közegészségügyi







Intézet, még korábban a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, NEFI) adatbázisa, tartalma:

- az év folyamán kezelésben megjelent férfiak korcsoport és kábítószer kategória szerinti megoszlásban,
  - az év folyamán kezelésben megjelent nők korcsoport és kábítószer kategória szerinti megoszlásban,
  - első alkalommal kezelésben megjelent férfiak korcsoport és kábítószer kategória szerinti megoszlásban,
  - első alkalommal kezelésben megjelent nők korcsoport és kábítószer kategória szerinti megoszlásban,
  - az év folyamán megjelent kábítószer fogyasztók megoszlása a kábítószer fogyasztás gyakorisága szerint,
  - az első alkalommal kezelésben megjelent kábítószer fogyasztók megoszlása a kábítószer fogyasztás gyakorisága szerint,
  - az év folyamán kezelésben megjelent kábítószer fogyasztók megoszlása a kábítószer fogyasztás módja szerint,
  - az első alkalommal kezelésben megjelent kábítószer fogyasztók megoszlása a kábítószer fogyasztás módja szerint,
  - a férfiak kábítószer fogyasztás miatti halálozása korcsoportok szerint,
  - a nők kábítószer fogyasztás miatti halálozása korcsoportok szerint,
  - kábítószer fogyasztással összefüggő halálozások megoszlása a halál oka szerint,
- TDI (Kezelési Igény Indikátor): – EMMI Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság Egészségfejlesztési és Szűrési





Koordinációs Főosztály, Életmód és HIV/AIDS Fókuszpontok Osztálya. (ld. 4. melléklet: TDI adatlap) tartalmazza:

- kapcsolatfelvétellel kapcsolatos adatok,
- szocio-demográfiai információk,
- a használt kábítószerrel kapcsolatos információk,

Naponta és havi összesítésben jelentik a betegforgalmi adatokat a debreceni drogambulancia esetében a Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Finanszírozási Osztályának.

*Az interjúkból kiderült, hogy az adatgyűjtés és felhasználás terén a köznevelési és szociális-gyermekvédelmi területtel nem épült ki szakmai együttműködés. Egymástól nem igényelnek és nem közölnek adatokat, nincs közös adatbázis.*

### Gyermekpszichiátriai rendszer adatgyűjtési és adatközlési jellemzői az interjúk alapján

**Járóbeteg-szakellátás:** Az egészségügyi ellátással kapcsolatos alapadatokat (személyes adatok) rögzítik az informatikai rendszerben. Az ellátásról készül ambuláns lap, mely tartalmazza a személyes adatokat, röviden összefoglalva: terhességi, szülési, fejlődési, családi, előző betegségek-kezelések, oktatási előzményeket, jelen panaszokat, jelen állapot leírását, diagnózist, terápiás javaslatot, esetleges kontroll időpontját, továbbküldést. Az ambuláns lapot minden esetben megkapja a beteg és az informatikai rendszer és az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (továbbiakban: EESZT) tárolja. Ambuláns lap tartalmi és formai követelményei szakmailag meghatározottak, megfogalmazottak. A Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórházában ez orvosigazgatói utasítása szerint történik. Az összeállítás jogi alapját az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény 136-137 §-ban foglaltak képezik. Ezeket kötelező rögzíteni. *(Az ambuláns lap tartalmi és formai elemeit a 8. sz. melléklet tartalmazza)*

**Fekvőbeteg szakellátás:** az ellátásról zárójelentés készül, tartalmazza a fent leírtakat, ezen kívül a kórházban tapasztaltakat, kórlefolyást, megfigyelés eredményt. Ebből is





kap egy példányt a beteg és az informatikai rendszer és az EESZT elektronikusan tárolja.

Fekvőbeteg ellátásban készül papír alakú kórlap, mely a kezeléssel kapcsolatos egyéb orvosi, pszichológiai, ápolási dokumentációkat, lázlap, dekurzus stb. tartalmazza.

*Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Kórház* járóbeteg rendelésén még vezetnek papír alapú kartont, ebben vannak tesztek, részletes előzmények, pszichoterápiás ülések jegyzőkönyvei, fejlesztési tervek, feljegyzések, rajzok, konzultációk jegyzőkönyvei, külső információk stb. Ezek az egészségügyi dokumentáció részét képezik. *Szociális munkás* is készít feljegyzéseket, kapcsolattartásokról tervet, a megvalósult kapcsolattartásokat dokumentálja és klienshez kapcsolatan az informatikai rendszerben is rögzíti (ez nem képezi az ambuláns lapon megjelenő vagy jelentésre kerülő információk részét, de klienshez kapcsolatan kereshető, követhető).

Az ambuláns lap, kórlap, zárójelentés követelményei szakmai és kórház dokumentációs szempontból meghatározottak.

Más szakmai szervezettek csak hivatalos megkeresésre adnak át adatokat.

**Probléma:** 1-1 klienssel kapcsolatosan nagyszámú információ, adat, állapotával kapcsolatos feljegyzés kerül papír alapú rögzítése. Ennek utólagos áttekintése, bonyolult, időigényes, a dokumentáció gyakran pontatlan.

**Javaslat:** Amennyiben lehetőség lenne digitalizálásra, az informatikai rendszerben összefűzhető lenne egyes klienshez tartozó minden dokumentum.

Éves rendszeresség adatközlés (Debreceni Egyetem Kenézy Gyula. Kórház gyakorlata alapján)

- OSAP – Jelentés a kábítószer fogyasztókról és kezelésükről. Éves jelentés az osztályon kezelt drogbetegekről nemek, korcsoportok, kábítószer fajtái stb. szerinti bontásban az EMMI Országos Tisztviselői Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság felé.
- TDI – Kábítószer fogyasztók kezelési igényeinek indikátora webes felületen keresztül az EMMI Országos Tisztviselői Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság felé. Azonosításra





alkalmatlan, szociális háttér, szerhasználat jellemzői, kezelésre és bekerülésre vonatkozó adatok.

- Pszichiátriai osztályok jelentése. Ellátottsági adatok-foglalkozás, betöltött státusz, óraszámok, forgalmi adatok- nincs diagnózis szerinti bontás.
- Pszichiátriai gondozási feladatot ellátó szolgáltatók (szakrendeléseket nem kérik). Ellátottsági adatok-foglalkozás, betöltött státusz, óraszámok, forgalmi adatok: gondozásba vett betegek, gondozásból törölt betegek (gyógyult, elköltözött, meghalt, felnőtt ellátásba került), nyilvántartott gondozottak, látogatások, kórházba utalt, kórjelzés szerinti felosztás.

*A gondozói jelentés (ld. 5. sz. melléklet) tartalmaz összehasonlítható mutatókat, melyek az ambuláns programok „ellátás típusa” és „továbbküldés típusa” alapján határozhatók meg. Mivel ezen kódok használata nem ellenőrzött, a nagy adminisztrációs teher miatt ezek nem átgondoltan választottak, statisztikailag megbízhatatlanok. A gondozói jelentés csak „gondozói” szakmai kódon szereplő ellátásokról közöl adatokat a „szakrendelés” szakmai kódon szereplő ellátások nem szerepelnek benne. A szakrendelői és gondozói ellátás között finanszírozási különbség nincs, így ennek használata nem megfelelően szabályozott, gyakran követhetetlen akár 1 adott kliens kapcsán is.*

- Éves jelentés az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság felé a zártan (is) működő kórházi ágyak számának alakulásáról.
- Éves beszámoló és fejlesztési terv az orvos-igazgató felé.
- Kockázat- és szabálytalanságkezelés kérdőív a főigazgató felé a Kockázatkezelési Szabályzatában és Szabálytalanságok Kezelésének Eljárásrendjében foglaltaknak megfelelően.
- Éves beszámoló a Debrecen Megyei Jogú Város (DMJV) Család- és Gyermekvédelmi Központja felé:
  - ellátottak száma





- családlátogatások száma
  - kapcsolattartás az ellátottakkal
  - prevenciós tevékenységek
  - milyen típusú terápiákat, milyen számban végzünk
  - beutalás kórházba
  - szabadidő programok, klubok, csoportok
  - gyermekvédelmi jelzések, ennek okai
  - jelzőrendszer tagjai számára szervezett megbeszéléseken való megjelenés
  - milyen szociális és gyermekvédelmi tárgyú szakmai továbbképzésen vett részt
  - javaslatok
- Finanszírozási szempontból a kórház havi jelentése (finanszírozási teljesítmény-jelentés a NEAK felé)

„A szolgáltatóknak a finanszírozás alapjául szolgáló esetekről **elektronikus úton, rejtjelezéssel védett adatátviteli vonalon finanszírozási jelentést** szükséges a NEAK részére benyújtaniuk. A finanszírozási jelentésben az egészségügyi szolgáltató, a közfinanszírozott szervezeti egységén elvégzett valamennyi gyógyító-megelőző ellátásról adatot szolgáltat, azzal, hogy a szolgáltató felel az általa közölt adatok valódiságáért.” (Internet 6)

**Az egészségügyi szektorban, az indikátorokkal kapcsolatosan korábban megfogalmazott követelményeket figyelembe véve és a gyermekpszichiátriai ellátásra koncentrálva az alábbi indikátorokat javasoljuk:**

- 1) Gyermekpszichiáterek száma 1000 18 év alatti gyerekre vonatkoztatva egy adott területen (járásban) (EMMI, KSH,)
- 2) Gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozókban gondozásból törölt kiskorú betegek száma 1000 18 év alatti gyerekre





- vonatkoztatva egy adott területen (járásban) adott év dec. 31-én (EMMI, KSH, NEAK)
- 3) Gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozókban gondozásba vett új kiskorú betegek száma 1000 18 év alatti gyerekre vonatkoztatva egy adott területen (járásban) adott év dec. 31-én (EMMI, KSH, NEAK)
  - 4) Gyermekpszichiátriai fekvőbeteg ágyak száma 1000 18 év alatti gyerekre vonatkoztatva egy adott területen (járásban, megyében?) (EMMI, KSH)
  - 5) Új betegként, addiktológiai/pszichiátriai problémával gyermekpszichiátriai szakellátásban megjelenő gyerekek száma: 1000 18 év alatti gyerekre vonatkoztatva egy adott területen (járásban) belül (EMMI, KSH, NEAK)
  - 6) Pszichiátriai problémával rendelkező és 1 éven belül azonos problémával rehospitalizált 18 éven aluli gyermekek aránya a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban). (EESZT)  
Kockázat: garanciális szabály miatt 60 napig a korábbival megegyező diagnózis kezelt beteg ellátása nem finanszírozott
  - 7) Gyermekpszichiátriai kórképekkel diagnosztizált 18 éven aluliak aránya 1000 18 év alatti gyerekre vetítve egy adott területen (járásban) belül (a gyermek lakhelye szerinti járásokban). Vizsgálható külön fekvőbeteg és szakellátás esetén is.
  - 8) Pszichiátriai problémával (fő vagy kísérőbetegséggént szerepelt) gyermekpszichiátriai BNO kóddal általános gyermekosztályra felvett 18 éven aluliak aránya, 1000 18 év alatti gyerekre vetítve egy adott területen (járásban) belül (a gyermek lakhelye szerinti járásokban).
  - 9) Öngyilkosság következtében elhalálozott 18 év alattiak aránya 1000 18 év alatti gyerekre vetítve egy adott területen (járásban) belül (a gyermek lakhelye szerinti járásokban).

*Kockázat 1,2,3,5 sz. indikátor esetében:*

Az ambuláns informatikai rendszer „ellátás típusa” kódok használata nem ellenőrzött, a nagy adminisztrációs teher miatt ezek nem átgondoltan választottak, statisztikailag megbízhatatlanok. A gondozói jelentés csak „gondozói” szakmai kódon szereplő ellátásokról





közöl adatokat a „szakrendelés” szakmai kódon szereplő ellátások nem szerepelnek benne. A szakrendelői és gondozói ellátás között finanszírozási különbség nincs, így ennek használata nem megfelelően szabályozott, gyakran követhetetlen akár 1 adott kliens kapcsán is.

## TELJESÍTMÉNYMÉRÉS A SZOCIÁLIS SZEKTORBAN

A nemzetközi helyzetet tekintve az angliai 2010-es *Munró-riport* szerint bizonyos protokollok, segédletek megalkotása, módszertani újítása ellenére sem sikerült javítani a gyermekvédelemben dolgozó szociális munkások elemző és döntéshozó készségein.

A szakirodalom szerint ennek oka vélhetően, hogy a szociális munkások szakmai kompetenciái és szakmai autonómiái erőteljesen leépültek az évek során.

A gyermekvédelmi beavatkozások sikerességét leginkább a gondozásban eltöltött idő, és a rendszerbe való visszakerülés alapján becsülhetjük meg. A gyermekvédelmi rendszer működéséről az alábbi adatkörökből tájékozódhatunk. (Rácz és Szikulai, 2016):

- Területi szakszolgálat:
  - Adatok a szakellátásba kerülő ideiglenesen elhelyezettek számáról
  - Adatok a szakellátásba kerülő nevelésbe vettek számáról
  - Adatok a szakellátásból hazakerülő gyermekek számáról
  - Adatok az utógondozottak, ellátottak számáról
  - Adatok a speciális szükségletű és a különleges ellátást igénylő gyermekek számáról
  - Adatok az örökbefogadottak számáról
  - Adatok az otthonteremtési támogatásról
  - Adatok a gyermekek elhelyezéséről





- Adatok a testvérpárok, testvérsorok elhelyezéséről
- Adatok a kiskorúak gyámságáról, vagyonkezeléséről
- Adatok a szakszolgálatnál pedagógusi és nem pedagógusi munkakörben dolgozókról
- Befogadó otthon
  - Adatok a bekerülő gyermekekről
  - Adatok a kikerülő gyermekekről
  - Adatok a speciális szükségletű és a különleges ellátást igénylő gyermekek számáról
- Nevelőszülői hálózat:
  - Kiskorúak gyámságára vonatkozó információk
  - Nevelőszülői tanácsadók
- Gyermekotthonok:
  - Gyermekotthonok számának, forgalmi adatainak, a gondozottak státusának, kormegoszlásának (0-5 hó, 6-11 hó, 12-23 hó, 2 év, 3 év, 4 év feletti), előző tartózkodási helyének, a kikerülők távozási helyének adatai gyermekotthonokban, lakásotthonokban, fogyatékos és tartósan beteg gyermekek számára kialakított gyermekotthonokban, speciális gyermekotthonokban, utógondozó otthonokban.
  - Adatok a gyermekotthonban pedagógusi és nem pedagógusi munkakörben dolgozókról
  - Az otthon alapterületének nagysága, infrastruktúrája, térbeli elosztása
  - Szakemberek száma, munkaköre







- Az otthon megközelíthetősége
- Az otthon külső szakmai erőforrásai
- Az otthon férőhelyeinek száma
- Szakember ellátottság
- Az otthon illeszkedése a területi szakellátásba
- Tizenéves kiskorú terhesek, volt gondozottak gyermekeinek száma
- A szakellátási feladatban résztvevő állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek adatai
- Családdal való kapcsolattartás

## **Lehetséges indikátorok:**

### Nevelőszülői hálózat

- A hálózatban ellátott gyermekek száma az összes ellátotthoz viszonyítva (kiskorúak száma, speciális szükségletű nevelőszülőnél élő gyermekek száma, nevelőszülők és az általuk gondozott gyermekek száma)
- Nevelőszülők életkori megoszlása

### Gyermekotthonok:

- Az állami/civilek által/egyház által fenntartott gyermekotthonokban nevelkedők száma az összes ellátotthoz képest (elmúlt év)
- Az intézményekben ellátott gyermekek összlétszáma
- Civil és egyházi szervezetek nevelőszülőinél/intézményeiben élők száma
- Továbbtanulási adatok intézményenként
- Családba visszakerültek száma intézményenként





## Család és gyermekjóléti szolgálat adatgyűjtési és adatközlési jellemzői az interjúk alapján

Rögzítik a szolgáltatás nyújtóhoz beérkezett jelzések, esetmegbeszélések, szakmaközi megbeszélések, esetkonferenciák számát.

A család és gyermekjóléti munkatársa a "beérkezett jelzésekről és az azok alapján megtett intézkedésekről heti rendszerességgel jelentést készít a család- és gyermekjóléti központnak (Gyvt. 17.§)".

Statisztikai mutatók (belső adatgyűjtés) a 2016 évben induló eljárások kapcsán - az esetmenedzserek szemszögéből, interjúk alapján:

- Családok száma összesen
- Gyermek száma összesen
- ebből a lezárt esetek száma
- védelembe vett gyermek száma
- családba fogadott gyermek száma
- nevelésbe vett gyermekek száma
- ideiglenes hatállyal elhelyezett gyerekek száma
- utógondozott gyermekek száma
- védelembe vételi tárgyalások száma
- védelembe vétel során felülvizsgálati tárgyalások száma
nevelésbe vételi tárgyalások száma
- nevelésbe vétel során felülvizsgálati tárgyalások száma
- megelőző pártfogás alatt álló gyermekek száma
- esetkonferenciák száma

Speciális feladatok ellátásával kapcsolatos számos statisztikai adatot közölnek, a KSH által meghatározott szempontok szerint, a 10. számú mellékletben szereplő jogszabályok alapján.

A következő intézményeknek

- Központi Statisztikai Hivatal,





- Kormányhivatal,
- Települési önkormányzat,

felé van jelentési és adatszolgáltatási kötelezettség,

Többek között a védelembe vételek száma, nevelésbe vétel, nevelésbe vételi tárgyalások száma, védelembe vételek száma, családba való visszahelyezések száma, lezárt esetek száma, utógondozottak száma.

Évente készítik el a KSH által meghatározott szempontok alapján a statisztikát, illetve szintén évente készítik el beszámolókat az Önkormányzat valamint a Kormányhivatal felé.

**A szociális szektorban, az indikátorokkal kapcsolatosan korábban megfogalmazott követelményeket figyelembe véve az alábbi indikátorokat javasoljuk:**

1., *Alapellátásba kerülők aránya:* a 18 év alatti alapellátásba kerülő gyerekek aránya a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban) (EMMI, KSH)

2., *Szakellátásba kerülők aránya:* a 18 év alatti szakellátásba kerülő gyerekek aránya a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban) (EMMI, KSH)

3., *Nevelőszülői hálózatba kerülők aránya:* a 18 év alatti nevelőszülői hálózatba kerülő gyerekek aránya a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban) (EMMI, KSH)

A 2.-3. indikátorból számolható, hogy milyen arányban kerültek gyerekek nevelőszülőkhöz a szakellátásba kerülőkhöz képest

4., *Lakásotthonok relatív szakember ellátottsága:* a lakásotthonokban dolgozók száma 1000 18 év alatti gyerekre vetítve egy adott területen (járáson) belül (EMMI, KSH)

5., *Javítóintézetbe kerülők aránya:* a 18 év alatti javítóintézetbe kerülő gyerekek aránya a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban)

6., *Emelt összegű családi pótlékban részesülők aránya:* a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban).





## TELJESÍTMÉNYMÉRÉS A KÖZNEVELÉSI SZÉKTORBAN

### Nemzetközi szervezetek indikátorai, rendszerszintű mérések tapasztalatai

Az oktatási teljesítmény értékelése és különböző országok teljesítményének összehasonlítása terén – és magyar nézőpontból – az EU tevékenysége meghatározó, az OECD-é fontos, az UNESCO-é pedig figyelmet érdemel.

A három nagy szervezet 1994 óta közösen (is) szervezi az oktatási adatok gyűjtését, és a közös adatbázis (ún. UOE adatbázis) adatait saját indikátor-rendszer kidolgozásához használja. A három (nevesített) nemzetközi szervezet különböző ország-csoportok eltérő problémáival és céljaival foglalkozik, így a helyzetleíró és a változást nyomon követő indikátorai is különbözőek.

A magyar köznevelési rendszer makroszintű teljesítményének jellemzésére – mind az időbeni változások, mind a nemzetközi összehasonlítások tekintetében – támaszkodni lehet és kell azokra az indikátorokra, amelyeket az EU és az OECD dolgozott ki.

A következőkben először az EU, majd az OECD által kidolgozott, és a magyar oktatási rendszer teljesítményének bemutatására is használt mutatószámok lesznek ismertetve.

### Az Európai Unió oktatási indikátorai

Az oktatás a 2000-ben elfogadott első lisszaboni stratégia kulcsfontosságú területe. A Közösség egészének és az egyes tagállamoknak az oktatási teljesítménye a korábbiaknál sokkal nagyobb hangsúlyt kap az Európai Bizottság munkájában.

*A jelenleg használatos indikátorlista 29 mutatót tartalmaz (ld. 9. számú melléklet), melyek fő dimenziói a demográfiai sajátosságok, lemorzsolódás, az oktatásra fordított kiadások (köz és magán), mobilitás, oktatásban való részvétel.*

(Internet 5)

Ezekre építve készítette el a Bizottság a 2004. és 2005. évi munkaanyagát az oktatásra és szakképzésre vonatkozó lisszaboni célok





teljesítésének helyzetéről. Ezen kívül ezek az indikátorok, és számos egyéb indikátor szerepel az Európai Unió csaknem 400 oldalas statisztikai jelentésében, amelyben 2005 júliusában az EU különböző szakintézményei értékelték a közösség és az egyes tagállamok oktatási rendszerének teljesítményét.

Európai Unió az Oktatás és képzés 2010 munkaprogram keretében konkrét célokat fogalmaztak meg a minőség és hatékonyság fejlesztése érdekében, melynek oka, hogy a közösség versenyképességének megőrzése és javítása a tudás alapú gazdaságban elsősorban az egyének és a társadalmak kompetenciáin, alkalmazkodó képességén múlik.

Az indikátorok kiválasztása és fejlesztése soktényezős folyamat, az indikátoroknak számos feltételnek kell megfelelniük: a kitűzött célokhoz való kapcsolódás, oktatáspolitikai szempontból releváns jelenségeket mérjenek, ily módon segítségükkel olyan jelenségeket legyenek képesek vizsgálni, amit a rendelkezésre álló szakpolitikai eszközökkel módosítani lehet. Ez alapján, az „Erőforrások legjobb hasznosítása” és az „Indikátorok és mérőföldkövek” elnevezésű munkacsoport által jóváhagyott indikátorok listája a következő (OFI, 2010):

**Stratégiai célkitűzés:** *"Az Európai Unió oktatási és képzési rendszerei minőségének és hatékonyságának javítása"*

Célkitűzés: *A tanárok és oktatók oktatásának és képzésének fejlesztése*

- A tanárok kormegoszlása korcsoportok szerint (1)
- Népeség száma a 0-15 és a 16-19 éves korcsoportban (2)
- Tanár/diák arány, oktatási szintenként (3)

Célkitűzés: *A tudás alapú társadalom által megkívánt ismeretek fejlesztése*

- A legalább középfokú végzettséget szerzett 22 évesek aránya (4)





- A PISA olvasási skáláján 1-es, illetve az alatti szintet elért tanulók aránya, nemenként (5)
- A PISA olvasási skáláján átlagos eredményt elért tanulók megoszlása (6)
- A PISA matematikai skáláján átlagos teljesítményt elérők megoszlása (7)
- A PISA természettudományos skálán átlagos teljesítményt elérők megoszlása (8)
- Középfokúnál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező felnőttek aránya, akik bármilyen formájú felnőttoktatásban vagy képzésben vettek részt a felmérést megelőző 4 héten, korcsoportonként (9)

Célkitűzés: *A tudományos és műszaki tanulmányokat folytató diákok számának emelése*

- A matematika, a természettudomány és a műszaki tudományok terén beiratkozott felsőoktatási hallgatók összes felsőoktatási hallgatóhoz viszonyított aránya, nemenként (10)
- A matematika, a természettudomány és a műszaki tudományok terén végzett felsőoktatási hallgatók az összes felsőoktatásban végzett hallgatók arányában, nemenként (11)
- A matematika, a természettudomány és a műszaki tudományok terén végzett felsőoktatási hallgatók száma, nemenként (12)
- A 20-29 éves népességben belül a matematika, a természettudomány és a műszaki tudományok terén végzettek aránya 1000 lakosra vetítve, nemenként (13)

**Stratégiai célkitűzés:** *az oktatási és képzési rendszerekhez való hozzáférés biztosítása mindenki számára*

*Nyitott tanulási környezet*

A 25-64 éves, oktatásban, képzésben részt vevő felnőttek aránya az azonos korú népességben (19) /\* strukturális indikátor/





## *A tanulás vonzóbbá tétele*

- Az 1000 munkaóra jutó órák száma a folyamatos szakképzésben /csak vállalatok a folyamatos szakképzési kurzusokkal, nemenként és ágazonként) (20)
- Az 1000 munkaóra jutó órák száma a folyamatos szakképzésben /összes vállalat, nemenként és ágazonként/ (21)
- Részvételi arányok az oktatásban, korévenként, nemenként (22)
- A 18-24 éves legfeljebb alsó középfokú végzettséggel rendelkező és oktatásban, képzésben nem részesülő fiatalok aránya az azonos korú népességben (23)

## **Az OECD indikátorai**

Az OECD oktatási indikátorainak fejlesztése az 1987-es Washingtoni konferenciával vette kezdetét. 1988-tól él az OECD Oktatáskutatói és Innovációs Központjának – CERI-nek – indikátorprogramja. (Angol megnevezése után – Indicators of Education Systems – INES programnak is nevezik.)

Az INES oktatási indikátor programjának eredménye az Education at a Glance, amely oktatási indikátorokat és azok értékelését tartalmazza.

## *Az indikátorok osztályozása*

Az INES olyan mutatók fejlesztésére törekszik, amelyek megfelelnek az oktatáspolitikai logikájának. Az OECD indikátorok **3 csoportba** sorolhatók attól függően, hogy melyik nagy területre vonatkoznak.

- 1. csoport: ide tartoznak azok az indikátorok, amelyek közvetlenül vagy közvetve az oktatási eredmények minőségére (**outcomes**) utalnak.
- 2. csoport: ide tartoznak az oktatáspolitikai különböző szintjein





befolyásolható oktatási feltételek és folyamatok (**policy levels**) indikátorai.

- 3. csoport: a keretfeltételek és korlátozó tényezők (**contexts and constrains**) indikátorai tartoznak.

A 3 tartalmi terület alkotja az indikátorrendszer egyik dimenzióját, a másik dimenzióját az oktatási rendszer szintjei adják. Az INES program **4 szintet** különböztet meg – ezeken a szinteken történik az oktatási folyamatok tervezése, végrehajtása, ellenőrzése, igazgatása – és ezekre vonatkozóan fejlesztenek és közölnek indikátorokat (Hüttl, 2005):

*Rendszerszintű információt gyűjtenek és közölnek, pl.:*

- az oktatásügy makrogazdasági környezetéről
- az oktatási ráfordításokról,
- a teljes tanulónépesség jellemzőiről
- az oktatásban való részvétel volumenéről
- a pedagógusmunkaerő-állomány összetételéről és képesítési feltételeiről
- az oktatással kapcsolatos döntési felelőségek megosztásáról stb.

*Intézményi szintű információt gyűjtenek és közölnek, pl.:*

- az oktatás tárgyi- és személyi feltételeiről
- az iskola szociokulturális közegéről
- az iskolák működésének az igazgatási szerkezetből adódó autonómiájáról
- az iskola légköréről stb.

*Osztályszintű, azaz a tanítás-tanulás folyamatára vonatkozó információt állítanak elő a tanulók és az iskolaigazgatók adatszolgáltatása alapján.*

*Egyénekre vonatkozó információkat gyűjtenek, és ebből különféle szintekre vonatkozó mutatókat állítanak elő:*

- különböző oktatási eredményekről
- a tanulók szocio-kulturális háttéréről







- a tanulók tanulási szokásairól és körülményeiről az iskolában és otthon.

*A három terület és a négy szint által meghatározott 12 cella alkotja az OECD indikátorprogramjának kerettervét.*

Az indikátorprogramnak van egy harmadik dimenziója is, ez az indikátor típusa.

Az OECD 3-féle indikátort használ: **szint-, variabilitás-, és trendmutatókat:**

- a szintmutatók általában volumeneket, átlagokat és rátákat jelentenek
- a variabilitás-mutatók az országokon belül írják le a különbségeket az egyes megfigyelt egységek között
- a trendmutatók az időbeni változás nyomon követését szolgálják.

Az indikátorokat nyilvánosságra hozó „Education at a Glance-ben” vannak állandó, időközönként szereplő és eseti indikátorok, részben az információhoz való hozzáférés gyakoriságának függvényében. 2005-ben 4 fejezetben 28 indikátorról közöl különböző dimenziók szerint bontott táblázatokat. Az adatok forrása főképpen az UNESCO OECD Eurostat (röviden: UOE) adatbázis gyűjtemény, a PISA és a TIMSS-vizsgálatok (Trends in International Mathematics and Science Study, azaz nemzetközi trendvizsgálatok a matematika és természettudományok terén).

Az OECD oktatási indikátor-rendszer programja erős hatást gyakorol a nemzeti oktatáspolitikára. Adatokat szolgáltat az oktatáspolitikai elemzésekhez és összehasonlításokhoz, tárgyyszerűbbé és politikamentesebbé teheti az oktatásról folyó vitákat. (Hüttl A., 2005)





## Oktatási információk és teljesítménymérés Magyarországon

A magyar oktatásstatisztikai adatgyűjtést<sup>1</sup> az elmúlt évtized elején alakították át, számos indikátor nyomán követését tervezik a nemzetközi gyakorlatot is figyelembe véve.

A nemzetközi teljesítménymérések eredményeit itthon hasznosítani kell, kihasználva az adathozzáférést, és ezt kell tenni az épülő magyar adatbázisokra támaszkodva is.

Következtetések, javaslatok a szerző szerint:

- a nemzetközi szervezetekben meghatározott kulcs-indikátorok szerepeljenek egy majdani közszeaktor (meta) adatbázisban
- az iskola-rangsorokat többféle nézőpont szerint „népszerűsíteni”, az egyes dimenziók/csoportok legjobbainak gyakorlatát „Best practice”-ként terjeszteni kell. (Hüttl, 2005)

Emellett Varga (2018) számos közoktatási indikátort jelöl meg. Ezek közül az alábbiak a teljesítménymérés szempontjából is lényegesek, felsorolás szinten:

- **„kontextusindikátorok (contexts and constrains)**
  - tanulók társadalmi-gazdasági háttere
    - a szegénységben, vagy hátránnyal élő óvodás- és iskoláskorúak
      - a speciális nevelési igényű (SNI) tanulók aránya
      - a pszichés fejlődési zavarral élő tanulók aránya
    - a szülők társadalmi háttere
      - a népesség iskolázottsága a 25–50 éves korcsoportban
- **folyamatindikátorok (policy level indikátorok)**

<sup>1</sup> Az adatok forrása a köznevelési intézmények tevékenységére vonatkozóan elrendelt Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) köznevelés-statisztikai adatgyűjtése, melyet a KSH végez.





- hozzáférés és részvétel
  - az óvodáskorú és középiskolás korú népesség részvétele a közoktatásban
    - az óvodáskorú népesség részvétele az óvodai ellátásban
    - a középiskolás korú népesség részvétele a közoktatásban
  - hozzáférés az óvodai, általános iskolai és középiskolai oktatáshoz a lakóhelyen
    - az óvoda és általános iskola nélküli települések aránya
    - az óvoda és általános iskola nélküli településeken élő óvodás- és általános iskoláskorú népesség aránya
    - a középfokú iskola nélküli kistérségek<sup>2</sup> aránya
    - a középfokú iskola nélküli kistérségekben élő 14–17 éves népesség aránya
    - a kizárólag nem állami fenntartású óvodával és általános iskolával rendelkező települések aránya
    - a kizárólag nem állami fenntartású óvodával és általános iskolával rendelkező
  - településeken élő óvodás- és iskoláskorú népesség aránya
    - a kizárólag nem állami fenntartású középfokú iskolával rendelkező járások aránya

<sup>2</sup> A kistérségek 1299/2011. (IX. 1.) Korm. határozat keretében, 2012-ben történő megszűnését és az új területi egység, a járások létrehozását követően a kistérségi megfogalmazás elavulttá vált. Azonban az indikátor adatforrásául a Köznevelés Információs Rendszerének statisztikai adatbázisa, röviden KIR-STAT, valamint a KSH T-STAR adatforrásai szolgáltak, melynek már az új közigazgatási egységeket tartalmazzák





- a kizárólag nem állami fenntartású középfokú iskolával rendelkező kistérségekben élő középiskolás korú népesség aránya
- továbbhaladás és lemorzsolódás
  - az évismétlők aránya a közoktatásban
    - az évismétlő diákok aránya
    - a legalább egyszer vagy többször évet ismételt diákok aránya a 8. és a 10. évfolyamon
  - a középfokú programok kínálata és kereslete
    - a középfokú továbbtanulásra jelentkezett tanulók megoszlása az első helyen történt jelentkezés programtípusa szerint
    - a középfokon továbbtanuló tanulók megoszlása programtípus szerint
    - a középfokra járó 10. évfolyamos tanulók megoszlása programtípus szerint
    - az egy tanévben lemorzsolódó diákok aránya
- tanulási környezet
  - egyenlőség
    - a magántanulók aránya
    - a 30 vagy több igazolatlan órát hiányzók aránya
    - a tanköteles koron túl mulasztás miatt megszünt tanulói jogviszonyok aránya
    - a hátrányos és nem hátrányos helyzetű tanulók programtípus szerinti megoszlása a középfokú oktatásban
    - a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű tanulók aránya a felsőoktatásba  
jelentkezők  
között
    - a hátrányos és  
halmozottan





hátrányos helyzetű tanulók aránya a felsőoktatásba felvettek között

- az integráltan és gyógypedagógiai tanterv szerint oktatott speciális nevelési igényű (SNI) tanulók aránya
- tesztpontszám-különbség a legfeljebb alafokú és a legalább középfokú végzettséggel rendelkező anyák gyermekei között (PISA-felmérés)
  - fizikai környezet
    - az egy számítógépre jutó tanulók száma
    - az internet-hozzáférésű tantermek aránya
    - az interaktív táblával felszerelt tantermek aránya
  - oktatási minőség
    - a heti öt vagy több órában idegen nyelvet tanulók aránya
    - az emelt szintű oktatásban részt vevő tanulók aránya
    - a fejlesztő foglalkozásban részt vevő tanulók aránya
    - a tehetséggondozásban részt vevő tanulók aránya
    - a gyógytestnevelésben részesülő tanulók aránya
- **eredmények (outcome)**
  - belső eredmények
    - átlagos teljesítmény, országos kompetenciamérés adatai alapján, szövegértés és matematika területén
    - a gyengén teljesítő tanulók aránya<sup>3</sup>

<sup>3</sup> „Az Országos kompetenciamérésben tesztpontszáma alapján minden tanulót az összesen nyolc szint egyikére sorolnak (0–7. szint). Gyengén teljesítő tanulónak azt tekintjük, aki a 2. szint alatt teljesít, azaz a 0. vagy az 1.





- a gyengén teljesítők aránya, Országos kompetenciamérés, szövegértés és matematika
- a gyengén teljesítők aránya, PISA-felmérés, szövegértés és matematika
- a jól teljesítő tanulók<sup>4</sup> aránya
  - a jól teljesítők aránya, Országos kompetenciamérés, szövegértés és matematika
  - a jól teljesítők aránya, PISA-felmérés, szövegértés és matematika
- felsőfokú továbbtanulás
  - a legalább egy középfokú nyelvvizsgálóval rendelkezők aránya a felsőoktatásba jelentkezők közül
  - a legalább egy középfokú nyelvvizsgálóval rendelkezők aránya a felsőoktatásba felvettek közül
  - a felvettek aránya a felsőoktatásba jelentkezők közül
  - a felsőoktatásba jelentkezők aránya az adott évben érettségizettek közül
  - a felsőoktatásba felvettek aránya az adott évben érettségizettek közül

szinten van.” Varga J. (szerk, 2018): *A közoktatás indikátorrendszere 2017*. Budapest: MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet. 202. oldal

<sup>4</sup> „Az Országos kompetenciamérésben tesztpontszáma alapján jól teljesítő tanulónak azt tekintjük, aki – a 0–7.-ig terjedő nyolc szint közül – az 5. szint felett teljesít, azaz a 6. vagy a 7. szinten van.” Uo. 220. oldal





## Az Országos Kompetenciamérés és a hozzá kapcsolható indikátorok

Az Országos Kompetenciamérés (továbbiakban: OKM) egy magyar oktatási rendszerre jellemző sajátosság, mely szoros összefüggésben áll a PISA vizsgálatokkal. Elsődleges célja a tanulók tanulmányi teljesítményének mérése, de a méréshez kapcsolódó háttérkérdőív segítségével a tanulói sajátosságok, és azok tanulmányi és nem tanulmányi eredményességre gyakorolt hatásai is mérhetővé válnak. A PISA vizsgálat kitér arra is, hogy a családi háttér milyen mértékben határozza meg a tanulók teljesítményét, míg a jobban teljesítő országokban ennek kisebb hatása van, addig Magyarországon a családi háttér kiemelt szerepet játszik, ugyanis itt az iskola nem tudja ellensúlyozni a családi hátrányokat (Arató & Varga, 2004). A tanulói teljesítményre jó hatást gyakorol az integráló oktatás, mivel azokban az országokban, ahol ilyen típusú oktatási rendszer működik ott a teljesítmények is magasabbak (Benito et al, 2014). Hazánk oktatási rendszerében az integrált oktatás megvalósulása folyamatban van (Csapó et al, 2009).

Az OKM eredményeknek nagymértékű a területi determinizmusa, hiszen azokban a térségeken magasabb Magyarország esetében a szövegértési és matematikai teljesítmény, ahol a gazdaság jobban teljesít, magasabb a diplomások aránya és a hátrányos helyzetű tanulók aránya jóval alacsonyabb. Míg egyes országok közelsége jótékony hatással van a tanulók teljesítményére (Ausztriával határos területek), addig az ország többi határmenti területe perifériás jellegűnek tekinthető, itt a teljesítmények is jóval átlag alattiak. Ezekben a területeken egy-egy kiugró eredményt a megyeszékhelyek, valamint a nagy múltra visszatekintő iskolával rendelkező települések nyújtanak csupán (Garami, 2009, 2014). Habár az Országos Kompetenciaméréshez kapcsolódóan ez idáig nem folytattak az egészségre irányuló vizsgálatot, az adatbázis kiváló lehetőséget nyújt ennek vizsgálatára, mivel a kérdőívek és háttérkérdőívek kitöltése minden évben kötelező a 6., 8. és 10. évfolyamon. Az Országos Kompetenciamérési adatbázisok Az Oktatási Hivataltól hivatalosan elkérhetőek, a háttérkérdőívek és tesztfüzetek pedig önmagukban az Oktatási Hivatal honlapján is elérhetőek (Internet 3)

Az Országos kompetenciamérés tekintetében három különböző adatbázis elkészítésére kerül sor évfolyamonként:





- egy tanulói,
- egy intézményi, valamint egy
- telephelyi adatbázis létrehozása történik meg.

A tanulói adatbázis nyújt lehetőséget a tanulók beható vizsgálatára, az intézményi és telephelyi (tehát amennyiben egy adott telephelyhez több intézmény is tartozik, az intézményi átlagok adják meg a telephelyi átlagokat) adatbázisok elsősorban az intézményeknek és fenntartójuknak nyújt releváns összképet az eredményességről és tanulói összetételről. Az adatbázisok lekérése olyan kutatón keresztül történhet meg, akinek a kutatási területe érinti a köznevelés területét. Az adatbázist elektronikusan szükséges megigényelni, az adatbázisok terjedelmére való tekintettel azonban annak kézbesítése postai úton keresztül történik.

Számos olyan indikátor is megjelenik a háttérkérdőívben, amely a gyermekpopuláció mentális és fizikai egészségi állapotát méri/mutatja. Ilyenek a tanulóra jellemző rendellenességek (mozgásszervi fogyatékoság, látási/hallási/ beszéd/értelmi fogyatékoság, autizmus spektrum zavar, megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenessége). További kérdések vonatkoznak a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenességeire. Ide tartoznak a *„tanulási zavarra vonatkozó kérdések [meghatározott olvasási zavar (diszlexia), az írás kifejezés zavara (diszgráfia), az aritmetikus képességek zavara (diszkalkulia), az iskolai készségek zavara, az iskolai készségek egyéb fejlődési zavara, nem meghatározott fejlődési zavara az iskolai készségeknek, motoros funkciók specifikus fejlődési rendellenességei, kevert specifikus fejlődési zavarok]*; a *figyelemzavarokra vonatkozó kérdések (az aktivitás és a figyelem zavarai, hiperkinetikus magatartászavar, egyéb hiperkinetikus zavar, nem meghatározott hiperkinetikus zavar), valamint a magatartási (magatartásszabályozási) zavarokra vonatkozó kérdések családi körre vonatkozó magatartászavarok, nem szocializált magatartászavar (kortárs csoportba sem beilleszkedettek), szocializált magatartászavar (kortárs csoportba beilleszkedettek), nyílt oppozíciós zavar, egyéb magatartászavar, nem meghatározott magatartászavar, kevert magatartási és emocionális zavar, egyéb kevert magatartási és emocionális zavar, nem*







*meghatározott kevert emocionális és magatartászavar, egyéb magatartási (magatartásszabályozási) zavarok*”. Emellett a tanulási zavarokon túl a tanulási nehézségek mérésére vonatkozó kérdések is olvashatók: a tanuló küzd-e beilleszkedési nehézséggel/ írási nehézséggel/ olvasási nehézséggel/ számolási nehézséggel.

Az adatbázis lehetőséget nyújt a **szociodemográfiai** háttérváltozók mérésére is:

- részesül-e a család kedvezményes vagy ingyenes étkezésben,
- ingyenes tankönyvtámogatásban,
- rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben,
- kap-e a család önkormányzattól támogatást.

Vizsgálja a **családszerkezetet** (milyen családban él a gyermek, kikkel él egy lakásban, hányan élnek együtt, van-e testvére és ha igen, hány és közülük mennyivel él egy háztartásban), a **szocio-ökonómiai** státuszt [mi a szülők legmagasabb iskolai végzettsége, van-e rendszeres munkájuk (ha jelenleg nincs, mikor volt utoljára tartós, rendszeres munkája), hány lakószoba van a lakásban, hány darabbal rendelkezik a család bizonyos eszközökből (mobiltelefon, számítógép, személygépkocsi, fürdőszoba), van-e otthoni internetkapcsolat, milyen közlekedési eszközzel jár iskolába a gyermek]. Ezek által mérhetővé válik a gyermek halmozottan hátrányos helyzetűsége, illetve a családi háttérindexe is.

Mivel az adatbázisok három évfolyamon is nagy létszámú mintán nyújtanak lehetőséget a diákok fizikai és mentális egészségének lekérdésére, kiváló lehetőséget biztosítanak a kérdéskörök beható, országos szintű vizsgálatára, a területi és csoportok közötti különbségek feltárására, amelyek jelentősen hozzájárulhatnak az egészségfejlesztéshez.

- a gyermek hátrányos helyzetű-e (OKM)
- a családi háttérindex (OKM)
- a tanulóra jellemző rendellenességek (OKM)

Az OKM-hez kapcsolódó háttérváltozók fő csoportjai felsorolás szinten:





- „A gyermek halmozottan hátrányos helyzetű-e?
- A családi háttérindex (csh-index)(az Oktatási Hivatal által előre kiszámolt, kész indikátor)
- a tanulóra jellemző rendellenességek
  - A tanuló mozgásszervi fogyatékos-e?
  - A tanuló látási fogyatékos-e (gyengénlátó; vak)?
  - A tanuló hallási fogyatékos-e (nagyothalló; siket)?
  - A tanuló beszéd fogyatékos-e?
  - A tanuló értelmi fogyatékos-e (enyhe (középsúlyos/súlyos)?
  - A tanuló autizmus spektrum zavarral küzd-e?
  - A tanuló küzd a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenességével
  - A tanuló küzd a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenességével
    - Tanulási zavarok:
    - Figyelemzavarok (hiperkinetikus zavarok):
    - Magatartási (magatartásszabályozási) zavarok
    - A tanuló beilleszkedési nehézséggel küzd
    - A tanuló tanulási nehézséggel küzd - írási nehézség
    - A tanuló magatartási nehézséggel küzd
    - A tanuló tanulási nehézséggel küzd - olvasási nehézség
    - A tanuló tanulási nehézséggel küzd - számolási nehézség

#### Az szociodemográfiai háttérváltozók (Internet 4)

#### Az oktatási intézmények adatgyűjtési és adatközlési jellemzői az interjúk alapján

- A rögzített adatokat kötelezően a Köznevelési Információs Rendszer (KIR) adatbázisában tárolják és továbbítják. A rögzített adatok az Oktatási Hivatal felületén is megjelennek. Elsősorban a Köznevelési, Gyermekvédelmi törvény által kötelezően előírt adatokat rögzítik.





- A tanulók adatait a KIR rendszeren keresztül (most KRÉTA rendszer) a Klebelsberg Intézményfenntartó központ (KLIK központ), a tankerület, a minisztérium (EMMI) és a Központi Statisztikai Hivatal KSH felé továbbítják. Az Oktatási Hivatal (OH) és az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) határozza meg, hogy milyen adatokat kell rögzíteni.
- Az egyházi fenntartású intézményeknek jelentési és adatszolgáltatási kötelezettsége van az OH-on kívül a Tiszántúli Református Egyházkerület, mint fenntartó felé.
- Ezen felül a szakközépiskoláknak és szakgimnáziumoknak a Szakképzési Centrum felé is jelentési kötelezettségük van.
- A tanulmányi átlagok, versenyeredmények, felvételi eredményesség és a tehetség gondozói programban résztvevő diákok száma szintén az OH felületén kerül feltöltésre. Az iskolák honlapjára is kerülnek ki adatok, de ezek olyanok, amik bárki számára nyilvánosak és csak szülői beleegyező nyilatkozattal kerülhetnek fel a honlapra.
- Az iskolák jelentik, hogy az adott intézménynek tanulói közül, mennyi az a gyermek, aki Szakértői Bizottság döntése alapján Sajátos Nevelési Igényű (SNI), Beilleszkedési Tanulási Magatartási zavar (BTMN), magántanulói jogviszonnyal rendelkező. Valamint a gyermekvédelmi törvényt alapul véve a Hátrányos Helyzetű, Halmozottan Hátrányos helyzetű (HH, HHH)
- Az általános iskolákban egytől harmadik évfolyamig bemeneti mérések vannak és negyedikben pedig kimeneti mérések, ezeket rögzítik a tanulókról és tárolják az iskolában, továbbküldési kötelezettség nélkül.
- A pedagógiai munkavégzést segítő adatokat tárolják, pl.: bizonyítvány, anyakönyv. A tárolt adatok másik helye az elektronikus napló: órabeírás, tananyagok, érdemjegyek stb. Ennek a megtekintése a szülők számára is lehetséges jelszó segítségével, az elektronikus napló közvetlen interaktív kapcsolatot jelent a szülő és az osztályfőnök között. Az





iskolákban van egy adatbázisa papír alapon is, amit helyben tárolnak. A jogi, adatvédelmi, etikai szabályokat betartják.

- Azokkal a tanulókkal kapcsolatban, akikkel az adott tanévben, az intézményben iskolapszichológus és/vagy gyermek és ifjúságvédelmi felelős foglalkozott, év végi és féléves beszámolót készít a szakember.
- Az Intézmények figyelemmel kísérik a tanulók veszélyeztetettségét. Az oktatási intézmények minden dolgozójának feladata a gyermek és ifjúságvédelem, mivel a legtöbb intézménytől elvették a teljes állású gyermek és ifjúságvédő szakember státuszát. Sok esetben ezt a feladatkört az intézmény egyik pedagógusa látja el, megbízás alapján.

### Járási pedagógiai szakszolgálat, nevelési tanácsadó

A gyermekek személyes adatai, a vizsgálati adatok, pszichológiai, gyógypedagógiai vélemények, kontrollvizsgálatok eredményei, a csatolt orvosi adatok és a gyógytestnevelési beutalók vannak tárolva az intézményben.

- Az integrált nyomon követési rendszer (INYS) felé van adatközlési kötelezettségük. Az elképzelések szerint a jövőben teljesen lekérhetőek lesznek az adatok ezen keresztül.

INYS alkalmas az ellátórendszerbe került gyerekek diagnosztikai és fejlesztési feladatainak dokumentációjára s a papír alapú dokumentáció redukálására. Ez egy olyan adatbázis, amely képes up-to-date információt szolgáltatni az adott intézményben dolgozó szakemberekről (létszám, végzettség, képzettség) és a szakfeladatok szerint igénybe vett szakemberek kapacitásáról. Fontos, hogy a jelenleg papíron és emberi erővel működtetett folyamatok automatizálása megtörténjen, csökkentve az átfutási időt és növelve a megbízhatóságot.

Az INYS rendszer célja a pedagógiai szakszolgálatok által nyújtott közszolgáltatások Gyermek/Tanuló központú megszervezésének támogatása, - információk biztosítása a szakszolgálati ellátáshoz való egyenlő hozzáférés feltételeiről, a szakszolgálati





ellátórendszer eredményességéről, minőségéről. INYR bemutatása (TÁMOP 3.4.2-B, Kern, 2014)

- Az után követés rendszere a szakértői vizsgálatok után előírt kontrollok alkalmával valósul meg, ami az első vizsgálat után 1 év, azután pedig 3 évente kötelező a felülvizsgálat. A korai fejlesztésben résztvevő gyermek intézményi életútja általában folyamatosan kontrollálva van a felülvizsgálatok révén.
- BTMN (Beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség) kategóriába sorolt gyerekeket 18 éves korig követik

Köznevelési intézményekkel egyes, az adott kliensek kapcsán van kapcsolat, szakértői eredményeket a köznevelési intézmények is megkapják.

Kölcsönös együttműködésre alapozó közös adatbázisok nincsenek. Az egészségügyi rendszerrel az adatfelhasználások terén nincs hivatalos kapcsolat (interjú).

A hazai dokumentációelemzésből jól látszik, hogy egyes szakszolgáltatásokban csak a kötelezően előírt, míg másokban sokkal részletesebb adminisztrációra utaló dokumentáció található. Az eltérések okai többfélék lehetnek, a tevékenység nem egyformák, a szolgáltatáshoz kapcsolódó adminisztrációs terhek nagyok (Torda & Nagyné, 2015).

## Megyei Szakértői Bizottság

A szervezet kötelező és önként vállalt adatokat is rögzít a gyermekekkel kapcsolatban. Ilyenek pl. az orvosi diagnózis, az anamnézis űrlap, a teljes pszichológiai, gyógypedagógiai és logopédiai vizsgálati anyag. Ezeket az adatokat a szakértői vizsgálat során a jogszabályoknak és a kialakult protokolloknak megfelelően rögzítik. Az adatok belső felhasználásra kerülnek, de néhány hivatalos szerv betekintési joggal rendelkezik. A rögzített adatokat csak hivatalos megkeresésre adják át.

Az elkészült szakértői véleményeket több helyre kötelező elküldeni: a szülő, a gyámhivatal, a jegyző, a tankerület és a kijelölt oktatási hivatal, köznevelési intézmények részére.



Az interjúkban elmondottak szerint az adatszolgáltatások terén egyirányú hatósági együttműködés jellemző, a szervezet szolgáltat adatokat a szociális-gyermekvédelmi és az oktatási területek (elsősorban) hatóságai számára. Kölcsönös együttműködésre alapozó közös adatbázisok nincsenek. Az egészségügyi rendszerrel az adatfelhasználások terén nincs hivatalos kapcsolat. (7. sz. melléklet: Pedagógiai SNI-s statisztika táblázat)

**A köznevelési szektorban, az indikátorokkal kapcsolatosan korábban megfogalmazott követelményeket figyelembe véve az alábbi indikátorokat javasoljuk:**

- 1., Az OKM tantárgyi eredményei (matematika, szövegértés) egy adott területen az országos átlaghoz viszonyítva (OKM). Vizsgálható egy adott területen, egy adott intézményben, egy adott osztályban, egy adott tankerületben.
- 2., Az iskolát elhagyók aránya a tankötelezettség befejezése után 18 éves korig a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban) (EMMI, KSH).
- 3., SNI, BTMN tanulók aránya: a 18 év alatti SNI, BTMN gyerekek aránya a 18 év alatti korosztályon belül egy adott területen (járásban) (EMMI, OKM, KSH).
- 4., Az évismétlő diákok aránya a 18 év alatti korosztályon belül. Vizsgálható oktatási szint vagy korcsoport szerint, illetve az SNI-s tanulók, a többször ismétlők és a hátrányos helyzetűek között.
5. Az egy tanévben lemorzsolódó diákok aránya a 18 év alatti korosztályban. (Lemorzsolódásnak tekintjük azt a helyzetet, ha egy diáknak a tanév elején tanulói jogviszonya volt, de nem szerzett középfokú végzettséget az adott tanévben és a következő tanév elején pedig nem rendelkezett tanulói jogviszonnal. A programtípust- vagy iskolát váltó diákok ebben az esetben nem tekintendők lemorzsolódónak.)
- 6., A végzettség nélküli iskolaelhagyók aránya a 18 év alatti korosztályban egy adott területen (járásban) (OH)
- 7., Egy adott félévben legalább 30 óra igazolatlan hiányzással rendelkező tanulók aránya a tanulói jogviszonnal rendelkező 18 év





alattiak körében egy adott területen (járásban) (OH)

## ÖSSZEGZÉS, JAVASLAT

Az egészségügyi alap és szakellátás, szociális ellátás, és köznevelés területén alkalmazható, a szolgáltatások teljesítmény mérésének jelenleg alkalmazott eszközeire vonatkozó tanulmány elkészítéséhez a nemzetközi és hazai szakirodalmakat tanulmányoztuk át, emellett a közfinanszírozott szolgáltatásokat nyújtó szektorok intézményeinek működéséről információkat szolgáltató interjút hoztunk létre.

A szolgáltatások számos, nagy területet érintenek (egészségügy, köznevelés, szociális ágazat), így nem állt módunkban minden ellátási forma részletes mérési lehetőségeit vizsgálni. A teljesítménymérés keretrendszerét a különböző szektorok rendszerszintű vizsgálatára vonatkozó példákon keresztül igyekeztünk bemutatni .

Indikátor javaslatainkat szektoronként fogalmazzuk meg

*Az egészségügyi szektorban, az indikátorokkal kapcsolatosan korábban megfogalmazott követelményeket figyelembe véve és a gyermekpszichiátriai ellátásra, a 18 éves korosztály mentális problémáira koncentráltunk.*

*A szociális szektorban javasolt indikátorok zömében az alapellátást, szakellátást, nevelőszülői hálózatot, lakásotthonokat érintik.*

*A köznevelési szektorban javasolt indikátorok esetén az OKM eredményei mellett a speciális igényű tanulókra, évismétlőkre és az iskolából kikerült tanulókra (iskolát elhagyók, lemorzsolódás, végzettség nélküli iskolaelhagyók, igazolatlan hiányzások) koncentráltunk.*

A különböző szektorok képviselőivel felvett szakértői interjúk szerint minden szolgáltató rengeteg adatot rögzít papír alapon vagy digitális formában. Minden szolgáltatónak törvény által előírt adatszolgáltatási kötelezettsége van, általában több intézmény felé. Az adatközlés túlszabályozott és nem átjárható. A szolgáltatók –hasonlóan az ellátáshoz- a kliensekről és szolgáltatásaikról egymástól eltérő csatornákon közölnek adatokat, nincs központi adatbázis, egymás adataihoz nem férnek hozzá. Általában





minden szolgáltató készít saját, (egyedi szabályozása szerint), nem továbbított (főleg papír alapú) dokumentációt, ezek kategorizálása, követhetősége, esetleges statisztikai feldolgozáshoz való hozzáférése szabályozatlan, nem megoldott. Intézmények az adatközlések után (melyek is képet adnának) nem kapnak visszajelzést, nincs visszacsatolás. Ezen adatokat, mutatókat nem építik be munkájuk során, nem értékelik helyi szinten, nem befolyásolja szakmai, módszertani tervek alakításában.

Adatgyűjtés, adatszolgáltatás, kapcsolatok kialakítása, dokumentálása, esetek menedzselése szempontjából a közfinanszírozott szolgáltatások közül a szociális szféra tűnik legátláthatóbbnak, legszervezettebbnek, működőképesebbnek.

*A köznevelés területén a teljesítmény mérésének alapja az Országos Kompetencia felmérés lehet. A mérések rendszeresek és átfogóak, melyek révén a teljesítmény időbeni változása különböző dimenziók szerint vizsgálható.*

Közös digitális adatbázis létrehozása, a jelenleg a különböző szolgáltatóknál keletkező, követhetetlen papír alapú dokumentumok, nagy teljesítményű szkennerekkel való feldolgozása nagy előrelépés lenne a jobb együttműködés és a szolgáltatók hatékonyabb működése szempontjából. A hozzáférhetőséget, jogosultságot nagyon pontosan meg kell határozni, személyre szabni a különböző szektorokban dolgozó szakemberek kompetenciáinak megfelelően. Jogi, adatvédelmi, etikai szabályok jelenleg ennek gátat szabnak. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT rendszer) már részben erre is igyekszik megoldást nyújtani oly módon, hogy az ellátókat és az ellátottakat közelebb hozza egymáshoz, valamint leegyszerűsíti az adatgyűjtést.







## IRODALOMJEGYZÉK

- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.  
[http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=40568.259622](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=40568.259622)
- Arató F. & Varga A. (2004): Együttműködés az együttnevelésért. *Educatio*, 1 (3), 503-508.
- Bacskai K. (2015): Iskolák a társadalom peremén. Alacsony státusú diákokat tanító eredményes tanárok. Szeged: Belvedere Meridionale.
- Balácsi I. & Horváth Zs. (2010): A közoktatás minősége és eredményessége. In: Balázs É., Kocsis M. & Varga I. (szerk.). *Jelentés a magyar közoktatásról 2010*. Budapest: Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, 325-632.
- Benito, R., Alegre, M. A., & González-Balletbò, I. (2014): School Segregation and Its Effects on Educational Equality and Efficiency in 16 OECD Comprehensive School Systems. *Comparative Education Review*, 58(1), 104-134.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., Buetow, S. A. (2000): Defining quality of care. *Soc. Sci. Med.*, 51(11), 1611–1625.
- Csapó B., Fejes J. B., Kinyó L., & Tóth E. (2014). Az iskolai teljesítmények alakulása Magyarországon nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi T. & Tóth I. Gy. (szerk.). *Társadalmi Riport 2014*. Budapest: TÁRKI, 110-136.
- Csapó B., Molnár Gy., & Kinyó L. (2009): A magyar oktatási rendszer szelektivitása a nemzetközi összehasonlító vizsgálatok eredményeinek tükrében. *Iskolakultúra*, 19(3-4), 3-13.
- Domokos T. & Horváth G. Cs. (2011): *Az értékelési szempontok és indikátorok kialakítása*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.





- Domokos T., Fábíán R., Horváth G. Cs., Márványkövi F., Mervó B., & Rácz J. (2012): *A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása.* Elérhető: <http://www.ncsszi.hu/files/1807.file>
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem. Fund Q.*, 44(3 Pt 2), 166–206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
- EMMI (2016): *Módszertani útmutató. A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan.* Elérhető: <http://kk.gov.hu/download/e/60/c0000/A%20gyermek%20b%20%C3%A1ntalmaz%C3%A1s%C3%A1nak%20felismer%C3%A9s%C3%A9re%20%C3%A9s%20megsz%C3%BCntet%C3%A9s%C3%A9re%20ir%C3%A1nyul%C3%B3%20egys%C3%A9ges%20elvek%20%C3%A9s%20m%C3%B3dszertan.pdf>
- Foster, S. T. (2010): *Managing Quality. 4th edition.* New-Jersey: Pearson Prentice-Hall.
- Gaál P., Szigeti Sz., Evetovits T., & Lindeisz, F. (2012): Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérésének koncepcionális kérdései. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 50(1), 7–15. Elérhető: [http://www.weborvos.hu/adat/files/2012\\_szeptember/egsz21.pdf](http://www.weborvos.hu/adat/files/2012_szeptember/egsz21.pdf)
- Garami E. (2014): Kistérségi jellemzők és az oktatás eredményesség. *Educatio*, 23(3), 424-437.
- GYEMSZI (2014): *Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013-15. Vezetői jelentés.* <https://mertek.aEEK.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekelese/jelentes-2013-15>
- Gyenes P., Mihalicza P., & Babarczy B. (2015): Az egészségmonitoring és teljesítmény-értékelési rendszert támogató informatikai eszköz- és módszertani fejlesztés. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 53(3), 1-5.





- Jacobs, R., & Smith, P. C. & Street, A. (2006): *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. New York: Cambridge University Press.
- Ford T. (2008): Practitioner review: how can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 900–914.
- Hüttl A. (2005): *A magyar közigazgatás hatékonysága mérését, illetve annak időbeli alakulása nyomon követését lehetővé tevő adatbázis konkrét megvalósítási terve*. Budapest, Miniszterelnöki Hivatal Társadalom- és Humánpolitikai Helyettes Államtitkárság megbízásából a Közigazgatási rendszer korszerűsítése (7/2/09) 2004. fejezeti előirányzata keretében (kézirat).
- Kolozsvári L. R. & Rurik I. (2016): A házi orvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a házi orvosi indikátorokkal? *Orvosi Hetilap*, 157 (9), 328-335.
- Kolozsvári L. R., & Rurik I. (2016): *Mi a probléma a házi orvosi indikátorokkal? A házi orvosok teljesítményének minőségi értékelése 2016*. Debrecen: Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék.
- Kőrösi L. (2010): *A házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékelő rendszeréről*. Budapest: Országos Egészségbiztosítási Pénztár.
- Mihaiu, D. (2014): Measuring performance in the public sector: between necessity and difficulty. *Studies in Business and Economics*, 9(2) 40-50.
- Moriarty, P., & Kennedy, D. (2002): *Performance measurement in public sector services: problems and potential*. PMA conference paper. Elérhető:





[https://www.researchgate.net/publication/235344462\\_Performance\\_Measurement\\_in\\_public\\_sector\\_services\\_Problems\\_and\\_potential](https://www.researchgate.net/publication/235344462_Performance_Measurement_in_public_sector_services_Problems_and_potential)

- Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000): A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation* 78(6), 717-731. Elérhető: <http://www.who.int/bulletin/archives/78%286%29717.pdf>
- Németh R. & Simon D. (2011): *Társadalomstatisztika*. Elérhető: [http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0010\\_2A\\_21\\_Nemeth\\_Renata-Simon\\_David\\_Tarsadalomstatisztika\\_magyar\\_es\\_angol\\_nyelven/index.html](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0010_2A_21_Nemeth_Renata-Simon_David_Tarsadalomstatisztika_magyar_es_angol_nyelven/index.html)
- OFI (2010): *Oktatás és képzés 2010. Összefoglaló az „erőforrások legjobb hasznosítása” és az „indikátorok és mérőszámok” elnevezésű munkacsoportok eddig elért eredményeiről*. Elérhető: <http://ofi.hu/en/tudastar/oktatas-kepzes-2010-090617-5>
- Rác A., & Szikulai I. (2016): Evaluációs modellek és indikátorok a gyermekvédelmi szakellátásban. Lakásotthoni és gyermekotthoni ellátás általános modellje. In: Rác A. (szerk.): *Gyermek- és ifjúságvédelmi tanulmányok. Indikátorok és evaluációs modellek a gyermekvédelmi szakellátásban*. Budapest: Rubeus Egyesület, 40-74.
- Sayal, K., Amarasinghe, M., Robotham, M, Coope, C., Ashworth, M., Day, C., Tylee, A., & Simonoff, E. (2012): Quality standards for child and adolescent mental health in primary care. *BMC Family Practice*, 13 (51), 1-8.
- Stiglitz, J. E. (2000): *A kormányzati szektor közgazdaságtana*. Budapest: KJK Kerszöv Kiadó.
- Szombathelyi Sz. (2016): Bizonyítékalapú policy és gyakorlat kihívásai a gyermekvédelemben. In: Rác A. (szerk.): *Gyermek- és ifjúságvédelmi tanulmányok. Indikátorok és evaluációs modellek a gyermekvédelmi szakellátásban*. Budapest: Rubeus Egyesület, 8-39.
- Széll K. (2015): Az iskolai eredményesség a hátrányos helyzet tükrében. *Educatio*, 24(1), 140-148.





- Torda Á., & Nagyné R. I. (2015): *Alapprotokoll a pedagógiai szakszolgálati tevékenységekhez*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Új-Zélandi Statisztikai Hivatal (2007): *Az indikátor fogalma és kiválasztásának kritériumai*. [www.stats.govt.nz/analytical-reports/linked-indicators/default.htm](http://www.stats.govt.nz/analytical-reports/linked-indicators/default.htm)
- Varga J. (szerk, 2018): *A közoktatás indikátorrendszere 2017*. Budapest: MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet.
- *Internet 1*: Medical Online szerkesztőség (2010): *Benchmarking: Optimalizálás, realizálás, költséghatékonyság*; 2010 április 21. Medical Online, link: [http://medicalonline.hu/a\\_marketing\\_lehetosegei/cikk/benchmarking](http://medicalonline.hu/a_marketing_lehetosegei/cikk/benchmarking)
- *Internet 2*: Jeskó József, Salfer Balázs, Komáromi Tamás: A B300-as tételes betegforgalmi jelentésben lévő elemzési lehetőségek; Healthware Tanácsadó Kft. link: [http://www.healthware.hu/files/public/HW\\_IME\\_B300\\_ELEMZESI\\_LEHETOSEGE\\_K\\_20170623.pdf](http://www.healthware.hu/files/public/HW_IME_B300_ELEMZESI_LEHETOSEGE_K_20170623.pdf)
- *Internet 3*:  
<https://www.oktatas.hu/kereses?search=orsz%C3%A1gos+kompetenciam%C3%A9r%C3%A9s&itemNo=1>.
- *Internet 4*: Oktatási Hivatal (2018): *Országos kompetenciamérés 2017*; Országos jelentés  
Link: [https://www.oktatas.hu/pub\\_bin/dload/kozoktatas/meresek/orszmer2018/Orszagos\\_jelentes\\_2017.pdf](https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/meresek/orszmer2018/Orszagos_jelentes_2017.pdf)

Internet 5: Európai Bizottság

(2007): *Az oktatásra és képzésre vonatkozó lisszaboni célkitűzések tekintetében elért haladás nyomon követésére szolgáló mutatók és referenciaértékek összefüggő keretrendszere*





link: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0061&from=HU>

- Internet 6: NEAK (2018): *Az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatás díjának elszámolása*; link: [http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalok/gyogyito\\_megeleozo\\_ellatas/taj\\_ekoztatok/egbiztalap\\_fin\\_szolg\\_dij\\_elszam.html#A%20FINANSZ%C3%8DROZ%C3%81SI%20TELJES%C3%8DTM%C3%89NY-JELENT%C3%89S](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/gyogyito_megeleozo_ellatas/taj_ekoztatok/egbiztalap_fin_szolg_dij_elszam.html#A%20FINANSZ%C3%8DROZ%C3%81SI%20TELJES%C3%8DTM%C3%89NY-JELENT%C3%89S)





**9. számú melléklet:**

**AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉGEK BIZOTTSÁGA**

**Brüsszel, 21.2.2007 COM(2007) 61 végleges A**

**BIZOTTSÁG KÖZLEMÉNYE Az oktatásra és képzésre vonatkozó lisszaboni célkitűzések tekintetében elért haladás nyomán követésére szolgáló mutatók és referenciaértékek összefüggő keretrendszere**

**MELLÉKLET**

**AZ OKTATÁS ÉS KÉPZÉS TERÉN EDDIG ELÉRT HALADÁS NYOMON KÖVETÉSÉHEZ**

**HASZNÁLT 29 MUTATÓ JEGYZÉKE (2003-2006)**

(Az oktatásra vonatkozó 5 referenciaérték mérésére szolgáló mutatókat félkövér betű jelöli)

1. Tanárok életkora (az 50 éven felüli tanárok százaléka az általános és középiskolában)
2. Fiatalok száma
3. A diákok aránya az oktatói személyzethez képest
4. Középiskolai végzettség
5. az olvasási készség terén alacsonyan teljesítő diákok aránya (PISA)
6. A 15 évesek olvasás terén mutatott teljesítménye (PISA)
7. A 15 évesek matematika terén mutatott teljesítménye (PISA)
8. A 15 évesek természettudományok terén mutatott teljesítménye (PISA)
9. Az alacsonyan képzett emberek részvétele az oktatásban és képzésben
10. Az MST (matematika, a természet- és műszaki tudományok) programokra beiratkozott hallgatók aránya az összes hallgatóhoz képest
11. Az MST terén diplomát szerzett hallgatók aránya az összes diplomához képest
12. MST-diplomások összesített száma  
(növekedés)
13. MST-diplomások száma/ 1000 fő
14. Oktatásra fordított közkiadás





15. Oktatási intézményekre fordított magánkiadás
16. A folyamatos szakképzésre fordított vállalati kiadás
17. Oktatási intézményekre fordított összesített kiadás diákonként, vásárlóerő paritásban kifejezve
18. Oktatási intézményekre fordított összesített kiadás diákonként, a GDP arányában
19. Részvétel az élethosszig tartó tanulásban a 25-64 korcsoportba tartozóknál, valamennyi, alacsony végzettségű
20. Részvétel a folyamatos szakképzésben, valamennyi vállalkozás
21. Részvétel a folyamatos szakképzésben, képzési vállalkozások
22. Részvételi arány az oktatásban, 15-24 éves korcsoport
23. Az iskolából lemorzsolódók aránya a 18-24 éves korcsoportban
24. A diákok eloszlása a tanult idegen nyelvek száma szerint
25. Az egy diák által tanult idegen nyelvek átlagos száma
26. A tanárok és oktatók belső/külső mobilitása, Erasmus+Leonardo
27. Az Erasmus-diákok és Leonardo-gyakornokok belső/külső mobilitása
28. A felsőoktatásban résztvevő külföldi hallgatók százaléka az összes hallgató arányában, nemzetiség szerint
29. A külföldön tanuló, származási országból származó hallgatók aránya







## 10. számú melléklet:

### *Család és gyermekjóléti szolgálat adatgyűjtési és adatközlést szabályzó jogszabályok*

- **1997. évi XXXI. törvény** a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (a továbbiakban Gyvt.)
- **1993. évi III. törvény** a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (a továbbiakban: Szt.),
- **1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet** a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (a továbbiakban: Szakmai rendelet)
- **149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet** a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról (a továbbiakban: Gyer.)
- **15/1998. (IV. 30.) NM rendelet** a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (továbbiakban: NM rendelet)
- **235/1997. (XII. 17.) Korm. rendelet** a gyámhatóságok, a területi gyermekvédelmi szakszolgálatok, a gyermekjóléti szolgálatok és a személyes gondoskodást nyújtó szervek és személyek által kezelt személyes adatokról.
- **415/2015. (XII. 23.) Korm. rendelet** a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi igénybevevői nyilvántartásról és az országos jelentési rendszerről.

