

A háziorvosok teljesítményének minőségi értékelése

Mi a probléma a háziorvosi indikátorokkal?

Kolozsvári László Róbert dr. ■ Rurik Imre dr.

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

Magyarországon a háziorvosi indikátorrendszert 2009-ben vezették be és azóta folyamatosan fejlesztik. A rendszer bizonyos számszerű elvárások alapján többletfinanszírozást ad a mérőszámokban jobban teljesítő háziorvosoknak. A szerzők a jelenleg használatos 16 felnőtt- és vegyes, valamint a 8 gyermekkorzeti indikátort elemzik, és rámutatnak azokra a tényezőkre, amelyek a háziorvosok munkáján kívül a mérőszámokat befolyásolják. A legfontosabbak: a betegek elvárásai, compliance-ük, a szakellátók tevékenysége, a szolgáltatók közötti nem megfelelő információáramlás és a nem megfelelő háziorvosi szoftver, amelynek fejlesztése szükséges. A szerzők véleménye szerint az anyagi motiváció szintjét is a jelenlegi többszörösére kellene emelni, a jelentési rendszer megváltoztatása mellett. Javasolják, hogy a szakmapolitikai és finanszírozói elvárások megfogalmazásával szakmai grémiumok alakítsák ki az indikátorokat, amelyeket fontosnak tartanak a hazai alapellátás színvonalának emeléséhez. *Orv. Hetil.*, 2016, 157(9), 328–335.

Kulcsszavak: alapellátás, finanszírozás, indikátorok, minőség, teljesítményértékelés

Quality evaluation of primary care service performance

What are the problems with the recent Hungarian primary care indicators?

The Hungarian primary care quality indicator system has been introduced in 2009, and has been continuously developed since then. The system offers extra financing for family physicians who are achieving the expected levels of indicators. There are currently 16 indicators for adult and mixed practices and 8 indicators are used in paediatric care. Authors analysed the influencing factors of the indicators other than those related to the performance of family physicians. Expectations and compliance of patients, quality of outpatient (ambulatory) care services, insufficient flow of information, inadequate primary care softwares which need to be updated could be considered as the most important factors. The level of financial motivations should also be significantly increased besides changes in the reporting system. It is recommended, that decision makers in health policy and financing have to declare clearly their expectations, and professional bodies should find the proper solution. These indicators could contribute properly to the improvement of the quality of primary care services in Hungary.

Keywords: financing, indicators, performance evaluation, primary care, quality evaluation

Kolozsvári, L. R., Rurik, I. [Quality evaluation of primary care service performance. What are the problems with the recent Hungarian primary care indicators?]. *Orv. Hetil.*, 2016, 157(9), 328–335.

(Beérkezett: 2015. december 12.; elfogadva: 2016. január 7.)

Rövidítések

AMI = akut myocardialis infarctus; CABG = coronary artery bypass grafting; COPD = chronic obstructive pulmonary disease; DOT = Days of Treatment; HEDIS = Healthcare Effectiveness Data and Information Set; HgbA_{1c} = hemoglobin-A-1c; ICPC = International Classification of Primary Care; IOM = Institute of Medicine; ISO = International Standards Organization;

zation; ISZB = ischaemiás szívbetegségek; NHS = National Health Service; OECD = Organization for Economic Co-operation and Development; OEP = Országos Egészségbiztosítási Pénztár; PTCA = percutaneous transluminal coronary angioplasty; QOF = Quality and Outcomes Framework; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

Minőség az alapellátásban

Az orvosi ellátás minőségének meghatározása nem könnyű feladat, a minőség elemei néha szubjektívek lehetnek, általában pontosan nem mérhetők. A betegellátás minőségének javítása évtizedek óta fontos téma a világ legtöbb országának egészségügyében [1]. A minőségnek nincs általánosan elfogadott definíciója az egészségügyi rendszerekre vonatkozóan, a legtöbb szerző által használt megközelítés *Donabedian* klasszikus modelljén alapul, amely alapvetően a szerkezet (*structure*), a folyamat (*process*) és az eredmény (*outcome*) dimenziókat értékeli [2–5].

A *struktúra* dimenzió utal az egészségügyi szolgáltatás tulajdonságaira (például személyi, tárgyi feltételek), a *folyamat* a betegek számára nyújtott ellátásra (például szűrés, gyógyszerfelírások), az *eredmény* pedig arra, hogy milyen a kapott ellátás kimenetele a betegekre nézve (például betegelégedettség, mortalitás) [6].

A betegellátás minősége multidimenzionális, mást jelenthet a társadalom különböző szereplőinek, így mást a betegek, az egészségügyi dolgozók, a politikusok számára, és meghatározható populációs és egyéni szinten is [4, 7].

Az elmúlt években több szervezet különféleképpen határozta meg a minőséget befolyásoló területeket. Nemzeti szinten a WHO hat fő területet definiált és javasolt feltérképezni az ellátás minőségének megállapítására, illetve javítására:

1. Ellátáshoz való hozzáférés (*access*): időben és térben megfelelő és olyan elrendezésben nyújtják, ahol a képességek és elérhető források megfelelnek az egészségügyi ellátás iránti igényeknek.
2. Eredményesség (*effectiveness*): bizonyítékokon alapul és javítja az egyének és a lakosság egészségi állapotát.
3. Hatékonyság (*efficiency*): az erőforrások maximálisan ki vannak használva, minimális veszteség mellett.
4. Méltányosság (*equity*): az ellátás minősége mindenki számára azonos, nemre, származásra, korra, etnikumra, földrajzi elhelyezkedésre vagy szocioökonómiai státuszra való tekintet nélkül.
5. Betegközpontú (*patient-centered*) és a betegelégedettséget is (*patient's experience*) figyelembe veszi.
6. Biztonságosság (*safety*): a szolgáltatást igénybe vevők számára minimalizálja a lehetséges kockázatokat és károsodásokat.

A felsorolt területek egyben minőségjavítási beavatkozási pontokként is szolgálhatnak [8]. Az OECD a lehetséges területek közül a hatékonyságot, a betegelégedettséget és a biztonságosságot állította előtérbe [9]. Az Egyesült Államokban az IOM (*Institute of Medicine*) a jó minőségű ellátást biztonságosnak, hatékonynak, betegközpontúnak, hatásosnak, idejében elvégzettnek és méltányosnak írta le [10]. Az Egyesült Királyságban az NHS (*National Health Service*) a minőség mérését még ennél is több területen tartja fontosnak [11].

A minőségi indikátorokat kezdetben a kórházi ellátás értékelésére és a minőség javítására használták. Mivel az orvos–beteg találkozások jelentős hányada az alapellátásban zajlik, így felmerült az igény az alapellátási minőségi indikátorok kifejlesztésére, megalkotására és alkalmazására [5]. Azonban szakmai körökben a mai napig is vita van arról, hogy az indikátorok egyáltalán meghatározhatják-e a minőséget [12]. Ugyanakkor az orvosi ellátás minősége javítható lehet folyamatos továbbképző programokkal, a bizonyítékokon alapuló orvoslás gyakorlati alkalmazásával, szakmai útmutatók megalkotásával és a mindennapi gyakorlatban megkövetelt használatával.

Az alapellátás minőségének javítását szolgálhatják a házi orvosoktól független külső tényezők és a házi orvosok által befolyásolható elemek egyaránt. A lehetséges külső szabályzók: szakfelügyelet működtetése, jogi szabályozás, kötelező protokollok/ellátási folyamatleírás, szakmai szervezetek kontrollja. A minőség értékelhető és javítható lehet a családorvosi praxis szintjén is, a munka minőségét javíthatja az egyéni szakmai motiváció, audit végzése, minőségbiztosítási rendszerek (például ISO) működtetése, kutatásban való részvétel, anyagi ösztönzők és indikátorok is [2–7]. Az alapellátás minőségét javíthatja az egészségügyi rendszeren belüli szerepének erősítése is, ez azonban nem mindig jár alacsonyabb költségekkel [13].

Az indikátor fogalma

Az indikátorokat sokan, sokféleképpen definiálták. Az indikátorok egyértelműen meghatározott és mérhető tételek, amelyek az ellátás minőségének értékelésére is alkalmasak lehetnek [6]. A magyar jogi szabályozás az alapellátási indikátorokat a szolgáltatók által végzett, azon „prevenációs, gyógyító, gondozási és gyógyszerrendelési tevékenységek mennyiségi mérőszámaként” határozta meg, amelyek alapján a szolgáltató díjazásban részesülhet [14, 15].

A magyarországi házi orvosok indikátorrendszer: a házi orvosok indikátoralapú teljesítményértékelése

Hazánkban a házi orvosok és házi gyermekorvosok (a továbbiakban: a házi orvosok) indikátoralapú teljesítményértékelésének bevezetése 2008-ban az Egészségügyi Minisztérium, illetve a Világbank kezdeményezésére került napirendre. A rendszer kidolgozásához megvizsgálták és figyelembe vették a nemzetközi példákat: az OECD, amerikai HEDIS (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set*) és az egyesült királyságbeli QOF (*Quality and Outcomes Framework*) indikátorait [16].

A tesztidőszak 2009 első fél évében indult, a házi orvosok finanszírozását még nem befolyásolva. Ennek eredményeit és tapasztalatait felhasználták az indikátor-célér-

tékek meghatározásához, 4 indikátort vezettek be a gyermek-, 11-et a felnőtt- és vegyes praxisokban [16].

Az indikátorrendszer a későbbiekben a finanszírozást is befolyásolta, a szabályozó kormányrendelet két alkalommal is módosult a próbaidőszakban: 2010. januártól havonta kapták meg a mutatókat a szolgáltatók, 2010 júliusától pedig az indikátorok alapján juttatásban részesültek, ha az indikátorok legalább 25%-ában pontot értek el [8, 11].

2011. áprilistól miniszteri rendelet határozta meg a szakmai alapokat (a 15 felnőtt- és vegyes, 6 gyermekindikátorra 15 pontot lehetett elérni) [17].

2012. áprilistól a kifizetés havi gyakorisággal történt (15 felnőtt- és vegyes, 8 gyermekindikátor).

2014. áprilistól a COPD indikátorral egészültek ki a felnőtt- és vegyes indikátorok (FV) [18–20].

A 2014. áprilistől alkalmazott felnőtt- és vegyes praxis indikátorokat (FV) az 1. táblázat, a gyermekkörzetekét (GY) a 2. táblázat sorolja fel.

A körzetenként elérhető pontszám mindkét körzetti-pusban 16 pont (1 pont/FV indikátor, 2 pont/GY indikátor). Csak a területi ellátási kötelezettségű körzetek részesülnek finanszírozásban: az egyes szolgáltatók elért pontszámait összeadják, majd a szolgáltatók elért pont-

1. táblázat | Felnőtt- és vegyes praxisok (FV) indikátorai

Felnőtt- és vegyes praxisok indikátorai (terület)	
FV1	Influenza elleni védőoltás (védőoltások)
FV2	Mammográfia (szűrések)
FV3	Magasvérnyomás-betegség gondozása 1. – gyógyszerkiváltás (gondozás)
FV4	Magasvérnyomás-betegség gondozása 2. – gyógyszerkiváltás (gondozás)
FV5	Magasvérnyomás-betegség gondozása 3. – szérumkreatinin (gondozás)
FV6	Vérzsírvizsgálat diabetes mellitusban és/vagy magasvérnyomás-betegségben szenvedők körében (gondozás)
FV7	Ischaemiás szívbetegség gondozása – béta-blokkolókat szedése (gondozás)
FV8	Diabetes gondozása 1. – HgbA _{1c} (gondozás)
FV9	Diabetisgondozás 2. – szemészet (gondozás)
FV10	COPD-s betegek gondozása
FV11	Beutalási gyakorlat (definitív tevékenység)
FV12	Antibiotikus kezelés (gyógyszerrendelés)
FV13	Gyógyszerindikátor 1. – savtermelés zavarával járó betegségek gyógyszerei (gyógyszerrendelés)
FV14	Gyógyszerindikátor 2. – vércukorszint-csökkentő gyógyszerek, kivéve inzulinok (gyógyszerrendelés)
FV15	Gyógyszerindikátor 3. – a renin-angiotenzin rendszerre ható készítmények (gyógyszerrendelés)
FV16	Gyógyszerindikátor 4. – lipidszintet módosító anyagok (gyógyszerrendelés)

2. táblázat | Gyermekpraxisok (GY) indikátorai

Gyermekpraxisok indikátorai (terület)	
GY1	Meningococcus-védőoltás (védőoltás)
GY2	Cholecalciferolkészítmény adása (prevenációs tevékenység)
GY3	Kizárólag anyatejes táplálásban részesült csecsemők aránya (prevenációs tevékenység)
GY4	Szűrővizsgálatok végzése (szűrési tevékenység)
GY5	Vaspoótló kezelés (gondozás)
GY6	Beutalási gyakorlat (definitív tevékenység)
GY7	Ügyeleti ellátásban részesültek (definitív tevékenység)
GY8	Antibiotikus kezelés (gyógyszerrendelés)

értékeinek arányában osztják szét. A finanszírozás tehát zárt kasszából történik, amelynek összege 400 millió forint/hónap [14, 15, 18–20].

Az adatokat a házi orvosok által havonta az OEP-nek megküldött úgynevezett B300-as, tételes betegforgalmi jelentésekből, a járóbeteg-szakellátás és fekvőbeteg-ellátás forgalmi adataiból, valamint a gyógyszerárak kiváltási adataiból nyerik. Ennek indoklása, hogy ahol csak lehetséges, ott ne csak a házi orvos saját jelentései legyenek az adatforrások, hanem egyéb szakterületek adatai is, így csökkenthető az „adatmanipuláció” veszélye [19, 20].

Közleményünk célja bemutatni a hazai házi orvosok indikátoralapú teljesítményértékelő rendszerével kapcsolatban felmerülő problémákat, elsősorban a házi orvosok szemszögéből.

Eredmények és problémák

Az indikátorrendszer kidolgozása, bevezetése

Az alapellátásban bevezetett indikátorok kifejlesztése többféle módon történhet, például szisztematikus, bizonyítékokon alapuló (*evidence-based*) módszerrel [5]. A magyar házi orvosi indikátorok kifejlesztésének folyamatáról nem találtunk adatokat, azonban a jogalkotói szándék és a hivatalos terminológia szerint minőségi indikátoroknak nevezik őket [17, 18, 21]. Az indikátoralapú teljesítményértékelésben való részvétel nem önkéntes, kidolgozását az OEP végezte, szakmai szervezetek és grémiumok bevonása nélkül.

Az indikátorok kiválasztása

A hazai indikátorok a minőség klasszikus, *Donabedian* szerinti dimenziói közül csupán az ellátás folyamatára (*process*) vonatkoznak és nincsenek struktúrát (*structure*) és eredményeket (*outcome*) értékelő indikátorok [2].

Az indikátoralapú teljesítményértékelő rendszer olyan elemeket is „mér”, amelyekre a házi orvosnak sem direkt, sem indirekt ráhatása sincs (például gyógyszerkiváltás, védőoltás felvételére való hajlandóság, mammográfiás

vizsgálaton való megjelenés, tehát az úgynevezett *beteg-compliance* elemei is).

Néhány elem mérése nem teljes körű, hiszen a szemé-
zeti vizsgálatra nemcsak a háziorvos utalhatja be a dia-
beteses beteget. A legnagyobb problémát ott látják,
hogy a terápiás célértékek elérése (*outcome*) egyáltalán
nem szerepel, pedig orvosi szempontból ez lenne a leg-
fontosabb.

A jelenlegi indikátorok ezenkívül nem mérik az ered-
ményességet, betegelégedettséget és a biztonságosságot,
amelyek az ellátás minőségének alapvető dimenziói [6–
11].

A finanszírozással kapcsolatos problémák

Bár a háziorvosok többsége pozitívan fogadta az indiká-
toralapú teljesítményértékelő rendszer bevezetését,
ugyanakkor negatívan értékelte a zárt kassza miatt. Mi-
nél több szolgáltató teljesít jól, annál kevesebb jut a fi-
nanszírozásból egy praxisnak, mert ugyanaz az összeg
többfelé oszlik.

Finanszírozási szempontból elkülönített gyermek- és
felnőttindikátor-„kassza” lenne indokolt. Bár az elméle-
tileg megszerezhető maximális pontszám (16 pont) min-
den praxistípusban ugyanannyi, de az indikátorok által
értékelt területek és a gyermek- és felnőttellátás szakma-
specifikus különbségei miatt a közös kassza hol az egyik,
hol a másik praxistípus számára jelent anyagi hátrányt
[14, 19, 20, 22].

A vegyes körzetekben a gyermekek ellátása után a há-
ziorvos nem részesül többletfinanszírozásban a gyer-
mekindikátorok alapján, holott főként hátrányos helyze-
tű területeken, munkájuk jelentős részét a gyermekek
ellátása teszi ki. Több vegyes körzetben akár egy önálló
gyermekpraxis létszámának megfelelő számú, 18 éven
aluli „bejelentett biztosított” is lehet.

Az indikátorok leírása és értékelésük kritikája

Felnőtt- és vegyes praxisok

FV1. Influenza elleni védőoltás (védőoltások)
Egyetlen védőoltást vizsgál, a teljes oltási tevékenységet
nem. („Az indikátor azt mutatja meg, hogy a háziorvosi
szolgálatokhoz bejelentkezett biztosítottak milyen arány-
ban kaptak védőoltást.”)

– Nem csupán a háziorvos befolyásolja az oltásban ré-
szesülők számát: jelentős lehet a média befolyásoló hatá-
sa, korábbi tapasztalatok esetleges mellékhatásokkal vagy
mások tapasztalatai.

FV2. Mammográfia (szűrések)

Az adatok forrása: a járóbeteg-szakellátási adatok, a szer-
ződött mammográfiai állomásokon az illető háziorvos-
hoz bejelentkezettek megjelenési aránya.

Ehhez nincs pontos és naprakész hozzáférése a házi-
orvosi informatikai rendszereknek (például lekérdezés

lehetősége, esetleg figyelmeztetés a háziorvosi szoftver
által). Így a háziorvosnak nincs lehetősége a szűrővizsgá-
latokon való részvétel fontosságát ismertetni a beteggel a
rendelésen, ahogyan más országokban történik.

- A legtöbb helyen a női daganatok szűrésén való rész-
vételre ösztönzés hatékonyabb lehet a védőnők általi
megkeresés révén, főleg férfi háziorvosok körzetében.
- Nagyban befolyásolhatja a mammográfiai vizsgálat
helyszínének elérhetősége (általában megyeszékhelye-
ken), az indikátorok célértékei megyénként csupán
város–nem város alapján vannak meghatározva.
- Javasolt lenne egyéb népegészségügyi célú szűrőprog-
ramok átszűrtségének javításába (például méhnyak-
szűrés) a háziorvosok bevonása.

FV3. Magasvérnyomás-betegség gondozása 1. – gyógyszer- kiváltás (gondozás)

40–54 év között

A hypertoniás betegek számát a legalább 4-szer gyógy-
szert kiváltó biztosítottak száma alapján határozták meg,
nem a kezeléssel elért vérnyomásértékek alapján.

- A magasvérnyomás-betegség gondozásának egyéb ele-
meit nem veszik figyelembe.
- Csak a támogatottvény-kiváltásokat veszik figyelembe,
a támogatás nélkül maradt, korábban a beteg által
megkedvelt készítményekkel történő gondozást nem.

FV4. Magasvérnyomás-betegség gondozása 2. – gyógyszer- kiváltás (gondozás)

55–69 év között

Lásd: FV3!

FV5. Magasvérnyomás-betegség gondozása 3. – szérumkre- atinin (gondozás)

A hypertoniás betegek száma: a legalább 4-szer hyperto-
nia kezelésére szolgáló gyógyszert kiváltók száma. Szé-
rumkreatinin-vizsgálat elvégzése.

- A laboradatokhoz a háziorvosnak sokszor nincs hoz-
záférése, a betegek gyakran nem juttatják el máshol
készült laborleletüket a háziorvosnak.

FV6. Vércsírvizsgálat diabetes mellitusban és/vagy ma- gasvérnyomás-betegségben szenvedők körében (gondozás)

A háziorvosnak nincs adata az antidiabetikumok kiváltá-
sáról, sem a laborvizsgálat megtörténtéről más intéz-
ményben, például diabetesgondozó (betegcompliance).
Az újabban a háziorvosoknak biztosított betegútkövetés
rutinszerű lekérdezése nem várható el.

- Laboratóriumi eredményt és annak a terápia általi be-
folyásolását nem veszi figyelembe, csupán a vizsgálat
megtörténtének tényét.

FV7. Ischaemiás szívbetegség gondozása – béta-blokkoló- szedése (gondozás)

Az akut myocardialis infarctuson (AMI) átesett ISZB-s
vagy CABG/PTCA beavatkozáson átesett betegek
gyógyszereit a kardiológus állítja be, nem a háziorvos.

- Újabban egyre több irodalmi adat megkérdőjelezi a béta-blokkolók szükségességét [23].
- A beteg nem váltja ki a felírt gyógyszereit (beteg-compliance).

FV8. Diabetes gondozása 1. – HgbA_{1c} (gondozás)

A háziornosnak nincs közvetlen hozzáférése a diabetes-gondozóban történt laborvizsgálatok eredményéhez, azt sem látja, hogy a vizsgálat megtörtént-e.

FV9. Diabetesgondozás 2. – szemészet (gondozás)

Szemészetre általában nem szükséges beutaló, a háziornos nem mindig tud szemészeti vizsgálat megtörténtéről, különösen akkor, ha ez magánszolgáltatónál történik.

- A lelettel sem találkozik mindig a háziornos, illetve nincs mindig szemészeti konzekvenciája az esetleg leírt retinopathiának sem.
- A rosszabb glykaemiás indexű betegek nagyobb valószínűséggel vesznek részt évente HgbA_{1c}- és szemészeti vizsgálaton, tehát az indikátorok azokat a háziornosokat jutalmazták és mutatják hatékonyabbnak, akiknek a betegek rosszabb állapotban vannak, ahol a terápiás tevékenység kevésbé hatékony [24].

FV10. COPD-s betegek gondozása (gondozás)

A COPD diagnózisát a járóbeteg-szakellátásban (tüdőgondozó) állapítják meg, a visszarendelés gyakorisága a helyi sajátosságoktól is függ, kevésbé a háziornostól.

- A tüdőgyógyász rendeli/végzi el a légzésfunkciós vizsgálatot. (Az utóbbi évek eszközvásárlási támogatása során sok háziornos szerzett be spirometriás készüléket, ezek használatát nem veszik figyelembe.)
- COPD diagnózis: legalább háromszor ki kell váltani a betegnek a COPD kezelésére szolgáló gyógyszert (betegcompliance, outcome).

FV11. Beutalási gyakorlat (definitív tevékenység)

A betegek igényei sokszor nagyban befolyásolják a háziornos beutalási szokásait, általában nincsenek is pontos irányelvek meghatározva a beutalási kritériumokkal kapcsolatban.

- A háziornos nem motivált anyagilag, gyenge, nem szabályozott a kapuőr funkció.
- A szakrendelésre utalás sokszor a beteg kifejezett igényeként jelenik meg, amit a háziornos nem tud/mer megakadályozni.

FV12. Antibiotikumos kezelés (gyógyszerrendelés)

Kiváltást vizsgál – betegcompliance.

- Betegek igényei nagyban befolyásolják.
- Hiányoznak az alapellátásban használható irányelvek.

FV13. Gyógyszerindikátor 1. – savtermelés zavarával járó betegségek gyógyszerei (gyógyszerrendelés)

FV14. Gyógyszerindikátor 2. – vércukorszint-csökkentő gyógyszerek, kivéve inzulinok (gyógyszerrendelés)

FV15. Gyógyszerindikátor 3. – a renin-angiotenzin rendszerre ható készítmények (gyógyszerrendelés)

FV16. Gyógyszerindikátor 4. – lipidszintet módosító anyagok (gyógyszerrendelés)

Nem veszik figyelembe a terápia hatékonyságát, illetve a célértékeket (outcome).

- A patikákban kiváltott, nem pedig a felírt gyógyszerek alapján számolnak DOT-ot (Days of Treatment).
- Betegcompliance, így a betegek igényei is befolyásolják (például gyakori a megszokott, de drágább originális készítmény preferálása az olcsóbb generikus termék helyett).
- Az indikátor-célérték meghatározása és számítása bonyolult, nehezen követhető, a legtöbb háziornosi szoftver nem nyújt segítséget ezekkel az indikátorokkal kapcsolatban.

Gyermekpraxisok

GY1. Meningococcus-védőoltás (védőoltás)

„Az indikátor azt mutatja meg, hogy a háziornosi szolgálatokhoz bejelentkezett biztosítottak milyen arányban kaptak védőoltást.” – Erre azonban csupán a meningococcus elleni átoltottsági arányból következtet.

- Önkéntes a védőoltás, drága az oltóanyag, végső soron a szülők (és anyagi lehetőségeik) dönthetnek.

GY2. Cholecalciferolkészítmény adása (prevenációs tevékenység)

Felírása szakmailag kötelező, azonban az indikátor kiváltást vizsgál az orvos általi felírás helyett.

GY3. Kizárólag anyatejes táplálásban részesült csecsemők aránya (prevenációs tevékenység)

- Anyai tényezők nagymértékben befolyásolják (például compliance, van-e egyáltalán elegendő teje, másik kisgyermek a családban).
- A csecsemők szükségletei, igényei is módosíthatják az anyatejes táplálásban részesült csecsemők arányát, amelyek az orvos vagy a szülők által nem befolyásolhatók. Ilyen például az anyatejes táplálás helyett speciális gyógyászati célra szánt tápszer (például hipoallergén) felírása 6 hónaposnál fiatalabb csecsemők részére.

GY4. Szűrővizsgálatok végzése (szűrési tevékenység)

Csak a hatéves kor alatti korcsoportban végzett szűrési tevékenységet értékeli.

GY5. Vaspótló kezelés (gondozás)

A 10–18 éves kor közötti bejelentkezett lányok körében vizsgálja a vaspótló készítmény szedésének arányát.

- Gyanú esetén laboratóriumi vizsgálat végzendő, a vaspótló kezelés indikációját ennek eredménye adja.

- Sok körzetben megfelelő, egészséges, vegyes táplálkozás mellett alig van anaemiás beteg, ezért nem szükséges vaspótló kezelés.

GY6. Beutalási gyakorlat (definitív tevékenység)

Ezen a területen is pontosan meghatározott kompetenciákra, szabályozott betegutakra és használható beutalási protokollokra lenne szükség.

GY7. Ügyeleti ellátásban részesültek (definitív tevékenység)

A kisgyerekes szülők többször igénylik gyermekük számára probléma esetén az azonnali ellátást (például lázas gyermek), hétköznapokon ügyeleti időben nem várnak másnapig, még a háziorvos tanácsa ellenére sem.

GY8. Antibiotikumos kezelés (gyógyszerrendelés)

Gyógyszerkiváltást mér, a szülők elvárása nagyban befolyásolja.

- Hiányzik az alapellátók részére készült, antibiotikum-felírásra vonatkozó irányelv.

Szükségesek-e az indikátorok az alapellátásban?

Az indikátorok használata ellen és mellette számos érvet lehet felhozni. Ellenük szóló érvek közül az orvoslás hollisztikus szemléletének elvesztése, bizonyos részeknek az egészségből való kiragadása hangzik el a leggyakrabban. Mellettük szól, hogy objektív mérőeszközök, és összehasonlíthatóvá válhat az alapellátás szereplőinek teljesítménye. A magyar alapellátásban is szükség van indikátorrendszerre, ahogyan más európai országokban is működik, sokszor 100-nál is több indikátorral [25, 26]. A hazai rendszer a legtöbb háziorvos részéről pozitív fogadtatásra talált, azonban az anyagi ösztönzés jelenlegi mértéke nem éri el azt a szintet, ami a szolgáltatókat valóban motiválná. Erre nemzetközi ajánlások szerint is legalább 10%, de inkább még nagyobb többletjövedelemre lenne szükség, a jelenlegi 3–4% helyett. Az irodalomban különféle vélemények vannak a megfelelő anyagi motiváció mértékével kapcsolatban, nincs olyan arány, amely minden országra vonatkozatható lenne, de a legtöbben legalább 5–10%-os bevételnövekedést tartanak megfelelőnek [27–31].

A jól kiválasztott indikátorok elősegíthetik az orvoslás minőségének javítását. Az indikátoroknak és a hozzájuk kapcsolt anyagi ösztönzőknek világosan kommunikált szakmapolitikai célokon kell alapulniuk. Kialakításuk szakmai egyeztetést igényelne, de ilyen a jelenleg használatosak bevezetését nem előzte meg. Az indikátorokat alapellátási tapasztalattal és gyakorlattal rendelkező (epidemiológiai és klinikai) szakértőknek kellene fejleszteniük, háziorvosok rendszeres bevonásával, a visszajelzések is figyelembe véve. Valóban a háziorvos munkájának minőségét kellene mérni, az egyéb befolyásoló tényezők (például betegcompliance, szakellátás által végzett viz-

gálatok, szakellátásban indikált kezelések) lehetőség szerinti kiszűrésével.

A jelenlegi rendszer nagy hiányossága, hogy a mérhető „célértékek” elérése, tehát a gondozás valódi szakmai eredményessége nem szerepel az indikátorok között, és ez arra is visszavezethető, hogy az OEP nem érezte kötelességének, hogy a háziorvosoknak jó minőségű, számukra ingyenes szoftvert biztosítson, opcionálisan, beleértve annak frissítését, amire szinte minden esetben az OEP finanszírozási változásai miatt van szükség. Ez jelentős fölényt ad az informatikai szolgáltatóknak, akik ezzel vissza is élnek. Egyes becslések szerint ez éves szinten közel 1 milliárd forint kiadást jelent a háziorvosoknak [32]. Országos szinten továbbra is megoldatlan az egészségügyi ellátók közötti elektronikus kommunikáció, beleértve a laboratóriumi leleteket is. A napjainkban futó sok fejlesztési projekt közül valamelyik talán ad megoldást erre, ha a szakmapolitikai célok láthatóvá és világosan megfogalmazottá válnak.

A célértékelést is regisztráló szoftverben az adatok felhasználói manipulálását is meg kell előzni, hiszen ez képezné a többletfinanszírozás alapját.

A „célfelhasználók” véleménye, visszajelzése segíthet a rendszer jobbá tételében, a finomításában, vitaindító, gondolatébresztő lehet.

Az indikátorok által mért legtöbb területen hiányoznak a pontos, használható irányelvek, szakmai protokollok, ez a beutalási gyakorlat rendszerére is igaz.

A megfelelő indikátor kiválasztása azért is fontos, mert míg az ösztönzött területek minősége javulhat, addig a nem ösztönzöttek elhanyagolódnak. A valid és megbízható adatok nem nélkülözhetők a minőségjavító kezdeményezésekhez, az egészségügyi rendszer kutatásaihoz és egészségpolitikai döntésekhez, bár az ilyen adatok nemcsak nálunk, hanem más országokban is hiányoznak az alapellátásból [28, 29].

A betegelégedettség és betegek elvárásainak figyelembevétele jelenleg Magyarországon az alapellátás minőségjavításának kihasználatlan lehetősége.

Ugyancsak időszerű lenne a háziorvosi jelentési rendszer egyidejű reformja és olyan konzekvencia nélküli, de időt rabló tevékenységek, mint például a tajsám online ellenőrzésének elhagyása. Jelenleg nagyon sok adatot továbbbítanak a háziorvosok az OEP-nek, azonban ezekből ritkán születik epidemiológiai vagy egészségpolitikai elemzés. Érdemes lenne nálunk is bevezetni az orvoshoz fordulás okát is kódoló ICPC rendszert, amely már több országban is bevált, és bevezetését pozitívan fogadták a háziorvosok [33].

Az utóbbi években az egészségügyi kormányzat kétségkívül többet foglalkozott az alapellátással, érezhetően – de így sem elegendő mértékben – növelte finanszírozását is. Az új háziorvosi törvény [34] inkább csak kereteket ad és nem old meg régóta megoldásra váró problémákat [35].

Jelen munkánk nem törekszik teljes körű javaslatlételre, inkább a szakmai munkacsoportban való együttgon-

dolgozás fontosságára hívja fel a figyelmet, ahol a finanszírozó és az egészségpolitika által megfogalmazott világos kérdésekre kellene a „szakmának” választ keresnie a közös cél érdekében, amely a magyar alapellátás minőségének javítása.

Anyagi támogatás: A szerzők a közleménnyel kapcsolatos kutatómunkájukért és a közlemény megírásáért anyagi támogatásban nem részesültek.

Szerzői munkamegosztás: K. L. R.: Szakirodalmi anyaggyűjtés, irodalomkutatás, szövegírás. R. I.: Irodalomkutatás, szövegírás, végső szerkesztés. A kézirat végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] *Rurik, I., Kalabay, L.*: Primary healthcare in the developing part of Europe: changes and development in the former Eastern Bloc countries that joined the European Union following 2004. *Med. Sci. Monit.*, 2009, 15(7), PH78–84.
- [2] *Donabedian, A.*: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem. Fund Q.*, 1966, 44(3 Pt 2), 166–206.
- [3] *Campbell, S. M., Roland, M. O., Buetow, S. A.*: Defining quality of care. *Soc. Sci. Med.*, 2000, 51(11), 1611–1625.
- [4] *Grol, R.*: Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit and patient satisfaction. *JAMA*, 2001, 286(20), 2578–2585.
- [5] *Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., et al.*: Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Br. Med. J.*, 2003, 326(7393), 816–819.
- [6] *Raleigh, V. S., Foot, C.*: Getting the measure of quality. Opportunities and challenges. The King's Fund, London, 2010.
- [7] *Goodwin, N., Dixon, A., Pool, T., et al.*: Improving the quality of care in general practice. Report of an independent inquiry commissioned by The King's Fund. The King's Fund, London, 2011.
- [8] Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2006.
- [9] *Kelley, E., Jeremy, H.*: Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, 2006.
- [10] *Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine*: Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy Press, Washington, 2001.
- [11] *Leatherman, S., Sutherland, K.*: The Quest for Quality: Refining the NHS reforms. A policy analysis and chartbook. The fourth in The Nuffield Trust series examining the impact of the quality reform agenda, 1998–2008. The Nuffield Trust, London, 2008.
- [12] *Gódné, S., Kincses, Gy.*: The circumstances justifying the effective healthcare in health sector. In: Gódné, S. (ed.): Development of clinical effectiveness in health care. [A hatékony egészségügyi ellátást indokoló körülmények az egészségügyben. In: Gódné S. (szerk.): A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben.] Pro Die Kiadó, Budapest, 2007. [Hungarian]
- [13] *Kringos, D. S., Boerma, W., van der Zee, J., et al.*: Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff.*, 2013, 32(4), 686–694.
- [14] Decree No. 11/2011 (III. 30.) of the Ministry of National Resources on the indicator-based performance evaluation of family doctors and on regulation of medication prescription. [11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól.] http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=137366.253268 [Hungarian]
- [15] Government Decree No. 43/1999 (III. 3.) on the detailed rules for the financing of health services from the Health Insurance Fund. [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 [Hungarian]
- [16] *National Health Insurance Fund*: Indicator-based performance evaluation of family doctors. [Országos Egészségbiztosítási Pénztár: A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése.] http://www.oep.hu/data/cms983769/HAZIORVOSI_INDIKATOROK.pdf?query=indik%C3%A1tor%20alap%C3%BA [Hungarian]
- [17] *National Health Insurance Fund*: Indicator-based performance evaluation of family doctors from 1st of April 2011. [Országos Egészségbiztosítási Pénztár: A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése 2011. április 1-jétől.] http://www.oep.hu/data/cms1001906/HAZIORVOSI_INDIKATOROK_20110401.pdf [Hungarian]
- [18] *National Health Insurance Fund*: Indicator-based performance evaluation of family doctors from 1st of April 2012. [Országos Egészségbiztosítási Pénztár: A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése 2012. április 1-jétől.] http://www.oep.hu/data/cms1001907/HAZIORVOSOK_INDIKATOR_ALAPU_TELJESITMENY_20120401.pdf [Hungarian]
- [19] *National Health Insurance Fund*: Indicator-based performance evaluation of family doctors from April 2014. [Országos Egészségbiztosítási Pénztár: A háziorvosi szolgálatok indikátor alapú teljesítményértékelése 2014. áprilistól.] http://www.oep.hu/data/cms1002602/HAZIORVOSOK_INDIKATOR_ALAPU_TELJESITMENY_201404.pdf [Hungarian]
- [20] *National Health Insurance Fund*: Indicator-based performance evaluation of family doctors from September 2014. [Országos Egészségbiztosítási Pénztár: A háziorvosi szolgálatok indikátor alapú teljesítményértékelése 2014. szeptembertől.] http://www.oep.hu/data/cms1001883/HAZIORVOSOK_INDIKATOR_ALAPU_TELJESITMENY_201409.pdf [Hungarian]
- [21] *State Audit Office of Hungary*: Report of the General Accounting Office on monitoring the operation and financial casemaps of primary care. [Állami Számvevőszék: Jelentés a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről.] <http://www.asz.hu/jelentes/1126/jelentes-a-haziorvosi-ellatas-mukodesenek-es-penzugyi-feltetelrendszerenek-ellenorzese-rol/1126j000.pdf> [Hungarian]
- [22] Statement by the Association of Primary Care Paediatricians. [Házi Gyermekorvosok Egyesülete nyilatkozata.] <http://www.hgye.hu/wp-content/uploads/Indik%C3%A1torok-H%C3%A1zi-gyermekorvosok-01.17.pdf> [Hungarian]
- [23] *Bangalore, S., Makani, H., Radford, M., et al.*: Clinical outcomes with beta-blockers for myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials. *Am. J. Med.*, 2014, 127(10), 939–953.
- [24] *Nagy, A.*: Public health importance of T2DM complications/comorbidities, prevention possibilities. PhD thesis, University of Debrecen, Doctoral School of Health Sciences. [A 2-es típusú diabétesz szövődmények népegészségügyi jelentősége és megelőzésük lehetőségei. PhD-értekezés, Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola.] Debrecen, 2015. <http://hdl.handle.net/2437/207719> [Hungarian]
- [25] *Kolozsvári, L. R., Orozco-Beltran, D., Rurik, I.*: Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten. Primaria*, 2014, 46(5), 261–266.

- [26] *Kolozsvári, L. R.*: Methods and indicators for the evaluation of the quality in primary care. PhD thesis, University of Debrecen, Doctoral School of Health Sciences. [Az alapellátás minőségét vizsgáló módszerek és indikátorok lehetséges alkalmazásai. PhD-értekezés, Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola.] Debrecen, 2014. <http://hdl.handle.net/2437/195930> [Hungarian]
- [27] *Steel, N., Willems, S.*: Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. *Qual. Prim. Care*, 2010, *18*(2), 117–125.
- [28] *Kirschner, K., Braspenning, J., Akkermans, R. P., et al.*: Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. *Fam. Pract.*, 2013, *30*(2), 161–171.
- [29] *Busato, A., Blend, H., Chmiel, C., et al.*: Improving the quality of morbidity indicators in electronic health records in Swiss primary care. *Swiss Med. Wkly*, 2012, *142*, w13611.
- [30] *Kidd, M.* (ed.): The contribution of family medicine to improving health systems. A guidebook from the World Organization of Family Doctors. Radcliffe Publishing, London, 2013.
- [31] *Rosenthal, M. B., Fernandopulle, R., Song, H. R., et al.*: Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Aff.*, 2004, *23*(2), 127–141.
- [32] *Rurik, I.*: Primary care on a baseline level 1. [Alapellátás: alapkörökön 1.] *Medicus Anonymus*, 2013, *21*(1–2), 4–5. [Hungarian]
- [33] *Heselmans, A., Aertgeerts, B., Donceel, P., et al.*: Family physicians' perceptions and use of electronic clinical decision support during the first year of implementation. *J. Med. Syst.*, 2012, *36*(6), 3677–3684.
- [34] Act CXXIII of 2015 on the Hungarian Primary Health Care. [2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.] http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=176686.296131 [Hungarian]
- [35] *Rurik, I.*: Problems and seeking for solutions in family medicine. [Gondok és útkeresés a háziorvoslásban.] *Orv. Hetil.*, 2009, *150*(34), 1615–1622. [Hungarian]

(Rurik Imre dr.,
Debrecen, Móricz Zs. krt. 22., 4032
e-mail: Rurik.Imre@sph.unideb.hu)

A rendezvények és kongresszusok híryanagának leadása

a lap megjelenése előtt legalább 40 nappal lehetséges, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.
Kérjük megrendelőink szíves megértését.

A híryanagokat a következő címre kérjük:
Orvosi Hetilap titkársága: Budai.Edit@akkrt.hu
Akadémiai Kiadó Zrt.