

Az egészségügy minőségének konceptuális értelmezései

Ónodi-Szűcs Zoltán dr.¹ ■ Sándor János dr.²
Vincze Szilvia dr.¹ ■ Kósa Karolina dr.³

¹Debreceni Egyetem, Kancellária, Debrecen

²Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészség- és Járványtani Intézet, Debrecen

³Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

A tanulmány áttekinti az egészségügyi ellátás minőségének értékelését és fejlesztését a 20. század második felétől kezdve. *Donabedian* 1966-ban megjelent korszakos közleménye a struktúra, a folyamat és a kimenet három dimenzióját különítette el, amelyekbe az egészségügyi minőséggel kapcsolatos témák mindegyike besorolható, megalapítva ezzel az egészségügyi minőséggel kapcsolatos, mára jelentőssé vált kutatási területet. *Donabedian* követően az USA-ban és Európában is lendületet kapott az egészségügy minőségének vizsgálata, amelynek konceptuális alapjai tovább bővültek az Egészségügyi Világszervezet által bevezetett 'egészségrendszer' fogalommal, valamint az OECD által végzett releváns fejlesztések, elsősorban a 2006-tól folyó „Egészségügyi minőségindikátorok” projektben végzett munka nyomán. További előrelépést jelentett az egyes országok egészségügyi minőségének, elsősorban a kimenet dimenziójába tartozó, betegségek és országok közti összehasonlítást is lehetővé tevő kvantitatív indikátorok (például betegségteher) megjelenése és elterjedése. Az egészségügyi minőségnek az OECD által 2015-ben közzétett, nemzetközileg elterjedten használatos koncepciója szerint annak alapvető jellemzői az eredményesség, a biztonság és a betegközpontúság, amelyek a leginkább növelik a kívánt kimenet („egészség”) bekövetkeztét. A nemzetközi fejlesztőmunkából azonban hazánk sajnálatosan kimaradt, aminek lenyomataként az eredményesség és a biztonság mellől – amely a hazai értelmezés szerint is az egészségügyi minőség jellemzője – hiányzik a betegközpontúság, ami hátránnyként jelentkezik nemcsak abban a tekintetben, hogy nincsenek ilyen jellegű, az OECD keretrendszerébe illeszkedő hazai indikátorok, hanem úgy is, hogy a magánellátáshoz képest a társadalombiztosítás által finanszírozott ellátóknál a betegközpontúság nem szerepel a minőség követendő szempontjai közt. A hazai intézmények egy része által követett betegelégedettség a betegközpontúság komplex értelmezésének csak egyetlen, és nem is a legfontosabb indikátora. A jövőbeli kihívások közé tartozik a hazai egészségügyben a minőség értelmezésének kibővítése és nyomon követésének átgondolása a korszerű nemzetközi irányelvek szerint, mivel az egészségügyi rendszer vonatkozásában bármilyen kimenet csak akkor értelmezhető megfelelően, ha azt is lehet tudni, hogy az az ellátottaknak milyen mértékű megelégedést nyújtva került előállításra. *Orv Hetil.* 2025; 166(48): 1887–1897.

Kulcsszavak: egészségrendszer, betegellátás, egészségügyi minőség

Conceptual interpretations of healthcare quality

The study reviews the development of the concept of healthcare quality starting from its foundations in the second half of the 20th century. *Donabedian's* landmark publication in 1966 distinguished three dimensions – structure, process, outcome – into which all topics of healthcare quality can be allocated. *Donabedian's* groundwork expanded into an important field of research both in the United States and Europe. The conceptual foundations were further enriched by the introduction of the health system concept of the World Health Organization, and by the “Health Care Quality Indicators” project launched by the OECD in 2006. The development of quantitative indicators of healthcare quality, primarily those related to outcomes such as burden of disease enabled comparisons between diseases and across countries. The core characteristics of health care quality, showing the strongest relation to the desired outcome (“health”) according to the updated concept of the OECD are effectiveness, safety, and patient-centeredness. Hungary did not participate in the OECD project on healthcare quality development, and patient-centeredness has not been included among the characteristics of healthcare quality in the country as opposed to effectiveness and safety. This is a disadvantage in healthcare financed by social insurance not only in terms of relevant indicators not being monitored but also in comparison to private providers of healthcare which are expressly patient-centered. Patient satisfaction monitored by some Hungarian institutions represents only one and not even the most important indicator of the complex concept of patient-centeredness. One of the future challenges for the Hungarian

healthcare system is the development and international alignment of the concept of healthcare quality, since any outcome of a healthcare system can only be interpreted in light of the extent to which it ensured subjectively positive experiences for patients.

Keywords: health system, patient care, quality of healthcare

Ónodi-Szűcs Z, Sándor J, Vincze Sz, Kósa K. [Conceptual interpretations of healthcare quality]. Orv Hetil. 2025; 166(48): 1887–1897.

(Beérkezett: 2025. október 8.; elfogadva: 2025. október 17.)

Rövidítések

AHRQ = (Agency for Healthcare Research and Quality) Egészségügyi Kutatási és Minőségi Ügynökség; DALY = (disability-adjusted life years) rokkantsággal korrigált elveszített életevek; EFOP = Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program; ENSZ = Egyesült Nemzetek Szervezete; EVSZ = Egészségügyi Világszervezet; GDP = (gross domestic product) bruttó hazai termék; HALY = (health-adjusted life years) egészséggel korrigált életevek; HCQI = (Health Care Quality Indicators) Egészségügyi minőségindikátorok; HDI = (Human Development Index) Humán Fejlődési Index; IOM = (Institute of Medicine) Orvostudományi Intézet (USA); MEES = Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok; OECD = (Organisation for Economic Co-operation and Development) Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet; PaRIS = (Patient-Reported Indicator Surveys) betegek által jelentett indikátorfelmérések; PE = (patient experience) betegélmény; PREM = (patient-reported experience measures) a beteg által jelentett tapasztalati mutatók; PROM = (patient-reported outcome measures) beteg által jelentett kimeneteli mutatók; PROMIS = (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System) betegek által jelentett eredmények mérési információs rendszere; QALY = (quality-adjusted life years) életminőséggel korrigált életevek; UNDP = (UN Development Programme) az ENSZ Fejlesztési Programja; VEKOP = Versenyképes Közép-Magyarország Operatív Program; YLD = (years lost due to disability) rokkantsággal megélt életevek; YLL = (years of life lost) elvesztett életevek

Az egészségügy minőségének Donabedian-féle koncepciója

Az orvoslás 20. században bekövetkezett fellendülése és az egészségügyi ellátásnak a fejlett társadalmakban széles körűvé vált hozzáférhetősége [1] a 2. világháború után prioritási témává tette az egészségügyi ellátás minőségének kérdését. *Avedis Donabedian* örmény származású amerikai orvos, az egészségügyi szolgáltatások kutatásának egyik megalapítója 1966-ban jelentette meg klasszikussá vált közleményét „Evaluating the quality of medical care” (Az orvosi ellátás minőségének értékelése) [2] címmel a témáról, melynek megtermékenyítő hatását jól jellemzi, hogy a megjelenése óta eltelt közel hat évtizedben több mint 9000 idézetet kapott, és olvasottsága okán 2005-ben a szaklap változtatás nélkül újra közölte

az eredeti cikket [3]. Ebben *Donabedian* utalt a minőség meghatározásának nehézségeire, amelyek abból adódnak, hogy a minőség az adott ellátórendszer és azon társadalom értékeit és céljait tükrözi, amelybe ágyazva működik. Ebből fakadóan nem lehetséges egyetlen átfogó ismérvet meghatározni, amellyel az orvosi ellátás minősége mindenki számára elfogadhatóan jellemezhető. *Donabedian* az egészségügy minőségének értékelését az ellátást három különböző szempontból kiindulva – struktúra, folyamat és kimenet – javasolta vizsgálni.

A kimenet szempontjából vizsgálhatók mindazok a változások, amelyeket az ellátás eredményez a betegek kezelést követő, elbocsátási állapotában: gyógyulás, funkció helyreállítása, túlélés vagy esetleg halálozás. Ezek látszólag egyértelmű indikátorokkal jellemezhetők, amelyek meghatározása azonban a kórállapotoktól függően változik (például a túlélés mint kimenet nem megfelelő indikátora a tonsillektomiának; a sebgyógyulás nem informál a funkcionalitás javulásáról nagyobb műtétek után; a gyógyulás nem is értelmezhető krónikus betegségek esetén). A kimeneti indikátorokkal kapcsolatosan további problémaként merül fel a gyógyulást (vagy állapotromlást) befolyásoló okok jelentős halmaza, amelyek egy része kontrollálható az ellátás keretében, más része nem, ami miatt nem szükségszerűen egyértelmű, hogy a kimenet és az ellátás során történtek közt milyen mértékű az ok-okozati összefüggés. Mérési nehézségek merülnek fel az olyan jellegű kimeneteknél, amelyek a betegek mentális állapotát, elégedettségét vagy az ellátás során szerzett tapasztalatait jellemzik.

Ezért *Donabedian* javasolta az ellátás folyamatainak vizsgálatát is, amelynek keretében elemezhető a beteginterjú, a fizikális vizsgálat és a diagnosztikai tesztek kivitelezésének megfelelősége, az elvégzett vizsgálatok hiányosságai vagy redundanciája, a diagnosztikus és terápiás eljárások kompetens kivitelezése, az ellátási folyamatok összehangolása, az elvégzendő beavatkozások elfogadhatósága a beteg számára stb. Idetartoznak az ellátók és ellátottak találkozásai is, amelyek fontossága alábecsülhető a kimenetekhez képest az ellátó szempontjából, de ezek nemritkán fontosabbak az ellátottaknak, mint a kvantifikálható állapotváltozás.

Az ellátás minősége vizsgálható aszerint is, hogy az milyen szintereken, milyen eszközökkel és egyéb erőfor-

rásokkal történik. Idesorolhatók mindazon személyi, tárgyi és intézményi erőforrások, továbbá adminisztratív és egyéb folyamatok, amelyek az ellátás alapját képezik. A struktúra szempontjából vizsgálható a helyiségek és felszerelések megfelelősége, az ellátást végző személyek képzettségei és szervezeti működése, az adminisztratív és pénzügyi folyamatok és azok szervezetsége. Ezen elemzési szempont előnye, hogy többnyire konkrét és könnyen elérhető adatokkal dolgozhat, de hátránya, hogy a struktúra és a folyamat vagy a struktúra és a kimenet közti összefüggések nem nyilvánvalók.

Donabedian az információszerzés négy különféle módszerét különböztette meg. Az orvosi ellátást rögzítő dokumentumok kézenfekvő adatforrások a társadalombiztosítás keretében működő ellátóhelyek esetében, de nehezen érhetők el és/vagy hiányosak a magánellátásban, illetve bármilyen ilyen jellegű irat esetében kérdéses a rögzített adatok teljessége és pontossága. Az információszerzés másik módja lehet az ellátási folyamat közvetlen megfigyelése, ez azonban ismert módon befolyásolja a megfigyelt személy működését a szokásoshoz képest (Hawthorne-hatás: külső szemlélő által megfigyelt egyén, tudva, hogy figyelik, módosítja, rendszerint javítja a viselkedését) [4]. Harmadik módszer lehet a viselkedés és vélemények tanulmányozása, amelyhez kérdőíves felmérések formájában lehet adatokat szerezni. Negyediként az orvos is minősítheti az ellátást akkor, amikor ő maga orvosi kezelésben részesül.

Donabedian különbséget tett empirikus és normatív mérési standardok közt, amelyek definiálhatók kategorikus (például rossz-megfelelő-jó-nagyon jó) vagy numerikus (például 0–100 között) skálán, és kitért a mérésrel kapcsolatos módszertani nehézségekre is (validitás, megbízhatóság, torzítás). Korszakos cikke elsőként részletezte az egészségügyi ellátás minőségének fogalmát, szempontjait és mérési lehetőségeit, felhívta a figyelmet arra, hogy az ellátás minőségének vizsgálatakor szükséges túllépni az ellátástechnikai megközelítésen.

Donabedian későbbi közleményeiben tovább bővítette a minőség elemzésének szempontjait, és hét jellemzőben határozta meg a minőség „pilléreit” [5]. Ezek a következők: 1) hatásosság (efficacy): az ellátás ideális kapacitása az egészségi állapot javítására; 2) eredményesség (effectiveness): az ellátás tényleges, gyakorlatban megvalósuló kapacitása az egészségi állapot javítására; 3) hatékonyság (efficiency): kapacitás a legnagyobb mértékű egészségnyereség előállítására a legkisebb költséggel; 4) maximális kedvezőség (optimality): a költség és haszon legelőnyösebb egyensúlya; 5) elfogadhatóság (acceptability): a beteg elvárásainak való megfelelés a hozzáférhetőség, az orvos-beteg kapcsolat, a kényelmi szempontok, valamint az ellátás eredményessége és költsége tekintetében; 6) jogosultság (legitimacy): az előző szempontok mindegyikének tekintetében megfelelés a társas elvárásoknak; 7) egyenlőség (equity): egyenlőség az ellátás elosztásában és az egészségre gyakorolt hatásaiiban. Donabedian elsőként mutatott rá, hogy a minőség

vizsgálata során a betegek egyéni és társadalmi preferenciáit is figyelembe kell venni.

Donabedian munkássága nyomán az USA-ban 1970-ben megalakult a máig működő Institute of Medicine (IOM), amelynek egyik fő feladata az egészségügyi ellátás minőségével kapcsolatos tudományos kutatás lett [6]. 1989-ben a szövetségi kormány ügynökséget hozott létre az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntéshozást támogató kutatásokra (jelenleg: Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ), majd ezt követően az egészségügyi ellátás minőségével kapcsolatos kérdések fontosságának növekedése nyomán további szervezetek és rendszerek jöttek létre az USA-ban [7].

Az egészségi állapotot jellemző indikátorok fejlesztése

A 20. század utolsó évtizedében néhány jelentős nemzetközi fejlemény nagymértékben hatott az egészségügyi ellátással kapcsolatos kutatásokra. Amartya Sen közgazdász – 1998-ban Nobel-díjat kapott – elmélete, amely a fejlődést az emberek alapvető szabadságjogainak kiterjesztéseként értelmezte [8], nagy hatást gyakorolt az ENSZ Fejlesztési Programjára (UN Development Programme – UNDP). Ennek megnyilvánulásaként az UNDP 1990-ben első ízben közzétett globális beszámolójában (Human Development Report) bevezette és a tagországokra meghatározta a Humán Fejlődési Index (Human Development Index – HDI) változót, amelyet az egy főre eső, vásárlóerő-egyenértékre korrigált bruttó hazai termék (gross domestic product – GDP) mellett a születéskor várható élettartam és a felnőttek iskolázottságának mértékét jellemző írástudás mutatóiból kalkuláltak [9]. Ez a mutató nemzetközi szinten is megemelte az emberi egészség jelentőségét, mert azt a globális fejlődés egyik kulcstényezőjeként határozta meg, és ennek kapcsán tovább nőtt az igény az egységes módszertan szerint számított, nemzetközileg összehasonlítható további egészségindikátorok előállítására.

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) 1990-től elkezdte ilyen egészségindikátorok fejlesztését, aminek eredményeként Murray és Lopez vezetésével kifejlesztették az általános betegségteher mutatót [10], amelynek mértékegységét a „rokkantsággal korrigált életevek” (disability-adjusted life years – DALY) adják [11]. A DALY számítása egyéb, pontosan definiált halálozási és megbetegedési mutatókon alapszik (rokkantsággal megélt életevek – years lost due to disability [YLD]; elvesztett életevek – years of life lost [YLL]). Ezek mellett később egyéb, a morbiditást betegcsoportonként és nemzetközileg összevethetően jellemző mutatók kidolgozására is sor került (például quality-adjusted life years – QALY; health-adjusted life years – HALY) [12]. DALY-ban kimutatott nemzetközi betegségteher-számítások először 1993-ban jelentek meg a Világbank megrendelésére annak éves riportjában (World Development

Report, 1993) [13], majd az EVSZ 2000-ben publikált globális egészségriportjában (World Health Report, 2000) [14].

Az egészségrendszerek dimenziói

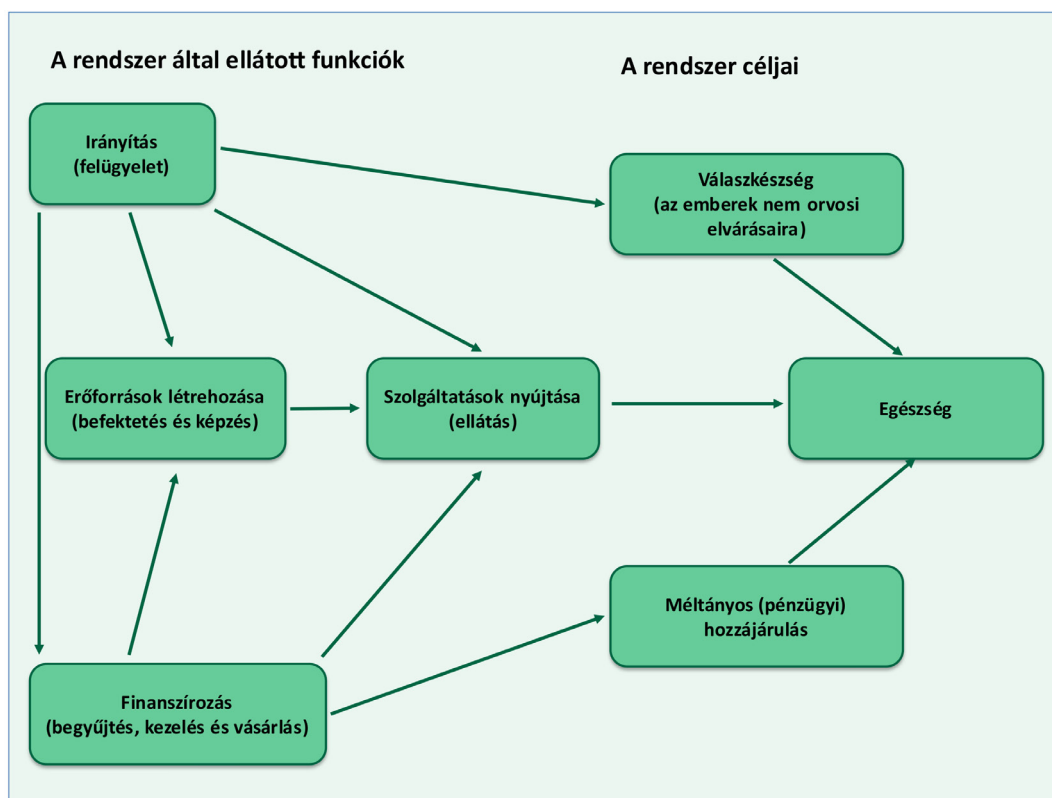
A 2000-ben megjelent EVSZ-riport nemcsak azért volt kulcsfontosságú, mert először tartalmazott DALY-adatokat (habár az EVSZ előzetesen 1995-től minden évben megjelentetett globális egészségriportokat), hanem azért is, mert az egészségügyi kutatások nemzetközi színterén konceptuális előrelépést jelentett. A riport ugyanis az egészségügyi ellátás (healthcare) fogalmát kitágítva bevezette az egészségrendszerek (health systems) fogalmát, idesorolva minden olyan tevékenységet, amelynek elsődleges célja az egészség fejlesztése, helyreállítása vagy fenntartása („all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health”). A riport az egészségrendszerek végső céljaként az egészséget határozta meg (ellátási mutatók helyett), és anélkül, hogy ilyen rendszerek optimális felépítésére vagy részeire javaslatot tett volna, felhívta a figyelmet arra, hogy az egészségrendszer (nemcsak az egészségügyi ellátás) összesített teljesítményét kell mérni, amelynek három legfontosabb célja a jó egészség (good health), a válaszreakció (responsiveness – az ellátottak elvárásainak való megfelelés), valamint a méltányosság (fairness), amelybe a költségviselés méltányossága is beleértendő.

Az EVSZ 2000. évi riportja könnyen áttekinthető ábrában foglalta össze az egészségrendszer feladatai és céljai közti kapcsolatokat (1. ábra) [14].

Az egészségügyi minőség OECD-keretmodellje

A riport hatását és az egészségrendszerek iránti növekvő nemzetközi érdeklődést tükrözte, hogy a következő évben, 2001-ben az USA releváns intézménye, az IOM nagyszabású dokumentumot publikált [15] az egészségügy elvárt és ténylegesen nyújtott minősége közti szakadék áthidalásának szükségességéről, hat célt meghatározva, melyek részleges átfedést mutattak a Donabedian által meghatározott 7 pillérrel (ld. fentebb, illetve 1. táblázat) [5, 6, 16–18].

Ugyancsak 2001-ben a legfejlettebb országokat tömörítő Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) projektet indított „Egészségügyi minőségindikátorok” (Health Care Quality Indicators – HCQI) címmel, amelynek célja egy, az egészségügyben mérhető dimenziókat és az ezekhez tartozó indikátorokat tartalmazó keretrendszer kidolgozása volt [19] (Magyarország 1996-tól tagja volt az OECD-nek, de a HCQI-projektben nem vett részt [16]). Ez a fejlesztőmunka számos forrásra támaszkodott, egyebek közt Donabedian munkásságára; az IOM 2001-es anya-



1. ábra | Az egészségrendszer céljai és feladatai közti kapcsolatrendszer

1. táblázat | Az egészségügyi ellátás minőségének fő jellemzői különböző rendszerekben [5, 6, 16–18]

		Donabedian (1990) [5]	IOM (2009) [6]	OECD (2006) [16]	OECD (2015) [17]	EVSZ (2018) [18]	Eü. tv. Magyar- ország (1997)
Az egészségügyi minőség alapvető dimen- ziói	Eredményesség	X	X	X	X	X	X
	Biztonság		X	X	X	X	X
	Válaszkészség	Betegek elvárásai	Beteg- központú	Beteg- központúság	Beteg- központúság	Ember- központú	
Aldimenziók (az alapvető dimenziók- hoz kapcsolódva)	Elfogadhatóság	X					
	Megfelelőség	X					
	Folytonosság						
	Időszerezés		X			X	
	Elégedettség						
	Egészségjavulás	X					X
	Egyéb			Költség		Integrált	
Eü. rendszerek teljesítményének egyéb dimenziói	Hatékonyág	X	X	X		X	X
	Hozzáférés			X			
	Egyenlőség (Méltányosság)		X	X		X	

EVSZ = Egészségügyi Világszervezet; IOM = Orvostudományi Intézet (USA); OECD = Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet

gára [15], amely a biztonságot (safety) és a betegköz-
pontúságot (patient-centeredness) is ellátási célként defi-
niálta (1. táblázat) [5, 6, 16–18]; az EVSZ releváns
dokumentumaira, köztük az egészségrendszer fogalmát
megalapozó 2000-es riportra, és arra a 2002-ben megje-
lent titkársági beszámolóra, amely a betegbiztonságot
(patient safety) beemelte az egészségügyi minőség fogal-
mába [20] közgyűlési határozat formájában is [21].

A folyamatokra és kimenetekre összpontosító munka
egy keretmodellt eredményezett, amelynek publikációjá-
ra 2006-ban került sor (2. ábra) [16, 22]. Az OECD
keretmodellje az egészségügyi rendszert (healthcare sys-
tem) az egészségrendszeren (health system) belül defini-
álta, meghatározva az ennek tervezésétől az egészségig
mint végső kimenetig vezető alapelveket és dimenziókat.
Az egészségügyi ellátás teljesítményének 6 jellemzőjén
túl (1. táblázat) [5, 6, 16–18] az ellátás 5 dimenzióját
különítették el (eredményesség – effectiveness, bizton-
ság – safety, betegközpontúság – patient-centeredness,
hozzáférés – access, költségek – cost, ld. 2. ábra), ame-
lyek jobbról balra haladva nagyjából megfeleltethetők a
Donabedian-féle struktúra, folyamat, kimenet dimenzi-
óknak. Balról az első 3 dimenzió tartalmazza a minőség
alapvető jellemzőit (eredményesség, biztonság, beteg-
központúság), amelyek leginkább növelik a kívánt kime-
net („egészség”) előállításának bekövetkeztét. Az oszlo-
pokban megjelenített dimenziók a sorokban feltüntetett
egészségügyi ellátási szükségleteket elégítik ki. Az ábrá-
ban szürkével jelzett cellák az OECD által prioritásként
meghatározott elemeket jelzik.

Az OECD-modell által meghatározott minőségdi-
menziók közül a válaszkészség (responsiveness) – beteg-
központúság (patient-centeredness) volt az az elem,

amely közvetlenül reflektált arra, hogy ezt az EVSZ
2000-es egészségriportja rendszerszintű célként hatá-
rozta meg (1. ábra).

A HCQI 2006-os indulását követő évtizedes nemzet-
közi tapasztalatokat figyelembe véve 2015-ben meg-
történt a keretrendszer revíziója [17], amely megtartotta
a keretmodell 4 × 3-as minőségmátrixát (az ellátási
szükséglet 4 típusa, a minőség 3 dimenziója, 3. ábra), és
a betegközpontúságot két aldimenzióra bontotta: beteg-
élmények (patient experiences) és integrált ellátás (integ-
rated care). Ez tovább növelte a minőség ezen aldimen-
zióinak fontosságát, megteremtve a lehetőséget spe-
cifikus indikátorok kidolgozására betegek által szolgálta-
tott információk alapján is.

Az egészségrendszer teljesítménymérésének fontos-
ságát tovább növelték az ENSZ által 2015-ben közzétett
Fenntartható Fejlődési Célok (Sustainable Development
Goals), amelyek többsége (17 cél közül 11) közvetlenül
a globális népesség egészségi állapotának vagy meghatá-
rozó tényezőinek javítását tűzte ki célul [23].

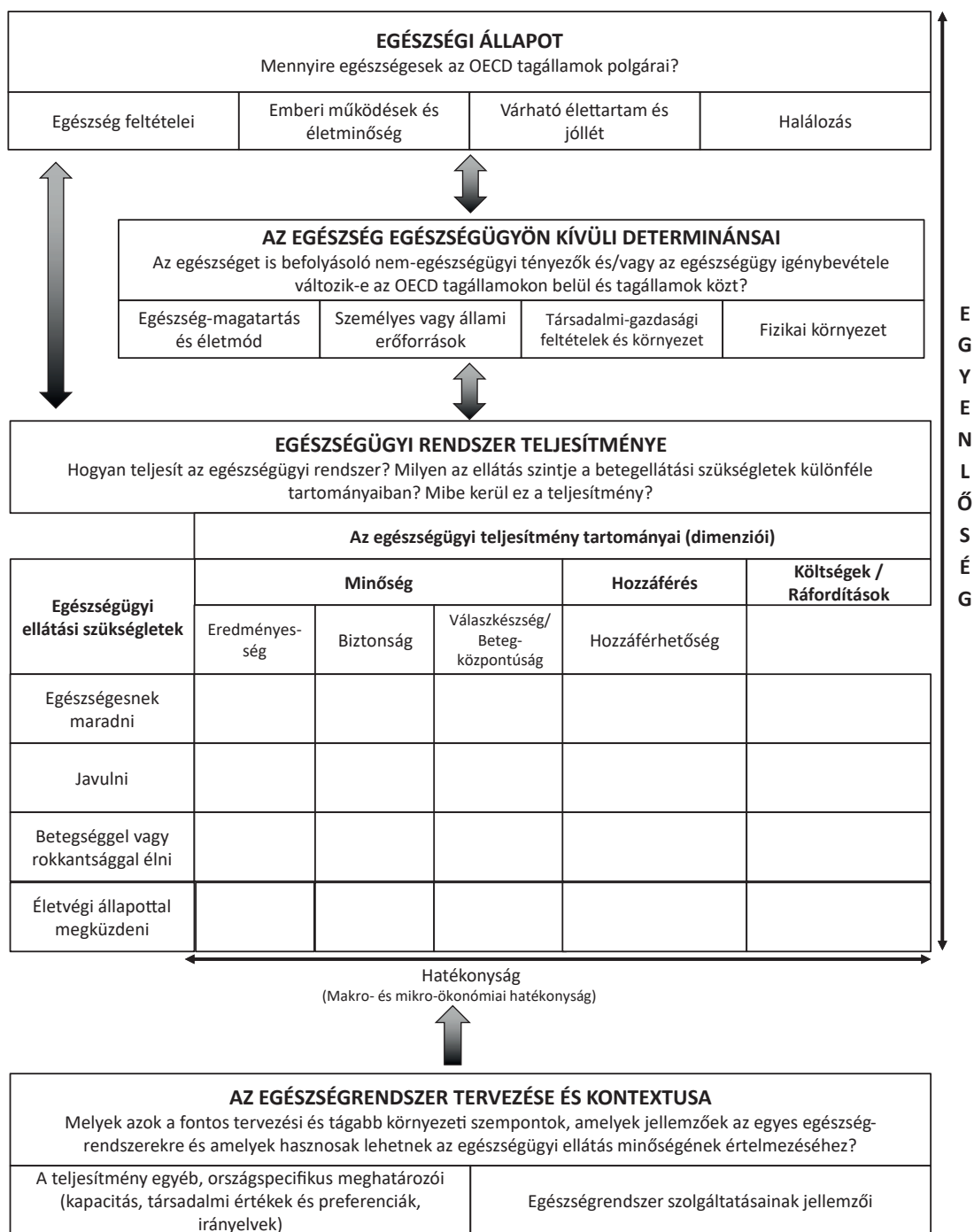
Az OECD HCQI-projektje a keretmodell kidolgozá-
sával párhuzamosan az egyes dimenziókat jellemző indi-
kátorokra is javaslatot tett. Ennek nyomán az OECD
2000-ben egységesített, kezdetben csak egészségügyi
költségszámításokat nyilvántartó adatbázisa [24] fokoza-
tosan bővült az ellátás és az egészségi állapot különféle
jellemzőit és az egészségkockázati tényezőket leíró indi-
kátorokkal, melyek száma 2013-ra 70-re nőtt.

Az OECD manapság 11 nagy témakörben gyűjti és
teszi közzé online formában, bárki számára elérhetően a
tagországok egészségrendszereit, köztük az egészség-
ügyi ellátás minőségét és kimeneteit jellemző adatokat
(OECD Health Statistics) [25]. Ezek közül egy téma-

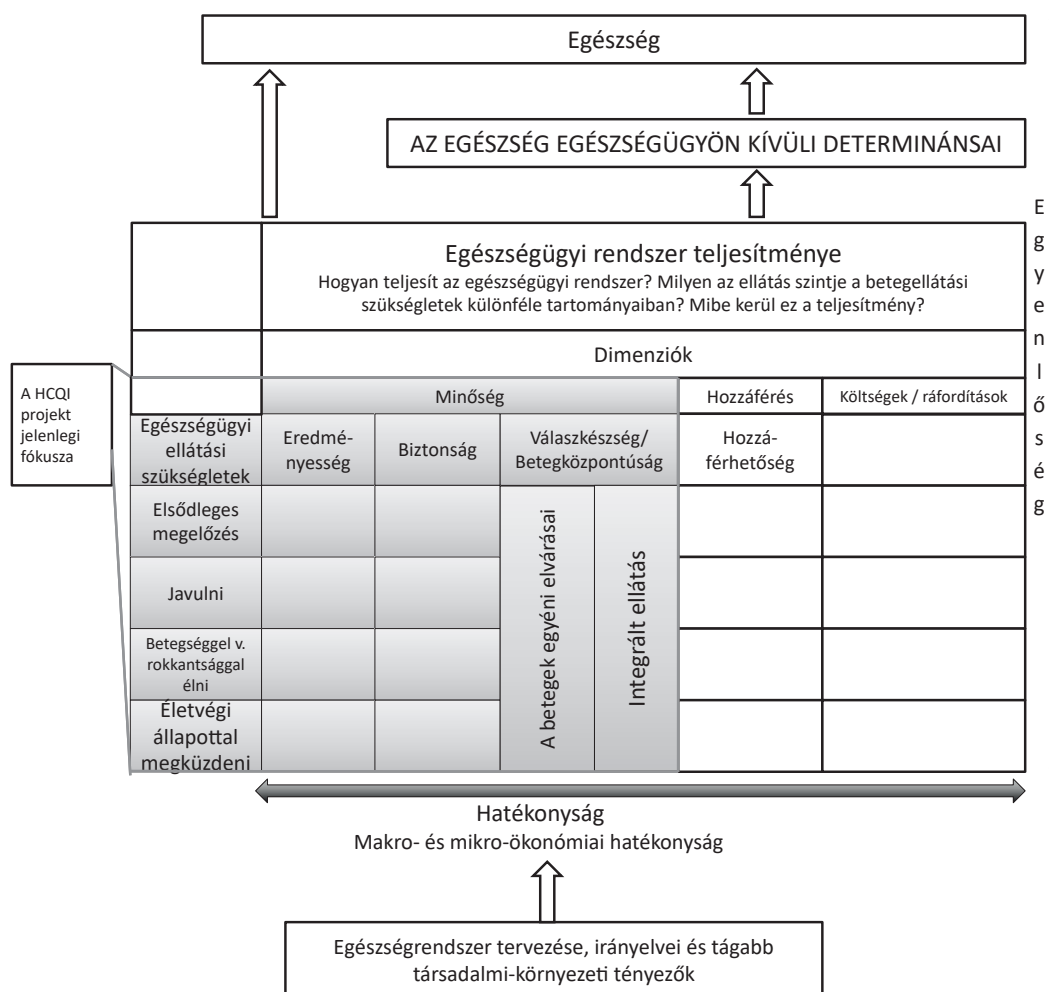
kört képez az egészségügyi minőség és kimenetek (healthcare quality and outcomes), amelyhez 10 indikátorcsoportot határoztak meg, lehetővé téve adott ellátás eredményességének, biztonságának és betegközpontúságának (vagyis minőségének) értékelését. Az indikátorok évi és országonkénti bontásban, kor és nem szerint is vizsgálhatók. Ezen túlmenően az OECD 2003 óta két-évente összegző riportokat is publikál a tagországok egészségrendszereinek teljesítményéről (OECD Health at a Glance) [26].

Az Egészségügyi Világszervezet ellátásiminőség-koncepciója

Az EVSZ 1948-as alapító okiratában alapvető emberi jogként határozta meg az elérhető legjobb egészséget [27]. Ennek megfelelően szélesre tágítva határozta meg az alapellátás fogalmát, mint amelynek a közösségek minden főbb egészségi problémáját kezelnie kell, egészségfejlesztési, megelőző, gyógyító és rehabilitatív ellátásokat nyújtva, az egészség főbb determinánsait is biz-



2. ábra | Az OECD által a HCQI-projekt keretében kidolgozott keretmodell (2006)



3. ábra

Az egészségügyi rendszer teljesítménymérésének revideált OECD-keretmodellje (2015)

HCQI = Egészségügyi minőségindikátorok; OECD = Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet

tosítva, általános egészségbiztosítás keretében [28]. Az egészségügyi ellátás minőségének fő szempontjait az EVSZ 2018. évi kiadványa az OECD keretrendszerében foglaltakkal azonosan határozta meg (eredményesség, biztonság, betegközpon-túság). A 2000-ben bevezetett egészségrendszer-konceptciónak [14] megfelelően azonban az ellátási minőség szempontjait nemcsak az egészségügyi, hanem más, az egészség „előállításához” hozzájáruló ellátásokra is vonatkoztatja, a minőség-minőség-fejlesztés vonatkozásában megfogalmazott irányelvei pedig elsősorban ágazati döntési és stratégiai szempontokat fogalmaznak meg [18].

A betegközpon-túság mint minőségdimenzió mérése

Az egészségügyi ellátás minőségével kapcsolatos kérdések fontosságát közvetett módon folyamatosan növeli az a tény, hogy – különösen a magánegészségügy bővülésével – az ellátás szolgáltatásjellege erősödik [29], amit tovább fokoz az ellátást igénybe vevők tájékozottságának

az internet és okoseszközök által támogatott növekedése, ami pedig hatással van az ellátással kapcsolatos bizon-talomra [30]. Mindezen folyamatok erősítik a betegközpon-túság mint ellátási minőségdimenzió mérésének szükségességét, amely a szakirodalomban több mint két évtizede vizsgálatok tárgya. A betegközpon-túság mérésére szolgáló egyik, több évtizede használatos mutató a betegelégedettség (patient satisfaction), amely az ellátással kapcsolatos, előzetes várakozásoknak való megfelelést jellemzi [31, 32]. Mérésének elmélete és gyakorlata sokat merített a marketingkutatásokból; jellemzően zárt kérdéseket tartalmazó kérdőívekkel történik, és több fejlett országban az ellátási minőség vizsgálatának kötelező eleme. A betegelégedettség mérésével kapcsolatban azonban több módszertani probléma is felmerült: egyrészt nagyarányú betegelégedettség-torzításokat tartalmazhat, és rendszerint túlbecsüli az ellátás minőségét; a nagyarányú elégedettség vagy nem válaszolás pedig nem segíti a minőség fejlesztését [33].

A betegközpon-túságot jellemző indikátorok fejlesztését az EVSZ is szükségesnek tartotta [34], az IOM

(USA) pedig a betegközpontú ellátás 6 jellemzőjének meghatározásával számos módszertani fejlesztés alapját teremtette meg, egyebek közt a betegelégedettség (patient satisfaction) vonatkozásában is [35, 36].

Számos fejlett ország használ különféle – betegelégedettség és betegélmények típusú – mutatókat a betegközpontúság mérésére, az OECD azonban az előzőt (betegelégedettség) nem alkalmazza. A fentebb már említett 2015-ös keretmodell-revízió során a „responsiveness/patient-centeredness” dimenzióhoz 14, ún. „patient experience” (PE-) indikátort dolgoztak ki, amelyek az egyes betegek által az ellátás során megtapasztalt interakciók elemeit tükrözik [37].

A betegközpontúságot jellemző indikátorok továbbfejlesztésének igényére reagálva az OECD 2017-ben Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) néven kezdeményezést indított a betegektől szerezhető információgyűjtés további bővítésére, amely nemcsak a betegek ellátásban szerzett tapasztalataira, hanem az ellátási kimenetek betegek általi értékelésére vonatkozóan is tervezett adatokat gyűjteni. Ennek eredményeként a betegek által jelentett tapasztalati (patient-reported experience measures – PREM) mutatók mellett alkalmazásra kerültek a betegek véleménye szerinti kimeneti (patient-reported outcome measures – PROM [38]) mutatók is [39].

Az OECD adatbázisában jelenleg az „egészség” átfogó témához rendelt 11 témakör közül egy témakör képviseli a minőséget („egészségügyi minőség és kimenetek”), amelybe 10 indikátorcsoport tartozik [40]. Ezek egyike a „betegélmények” (patient experiences) indikátorcsoport, amelybe jelenleg 11 mutató tartozik (például költségek miatt elmulasztott orvosi vizit, kezelés vagy gyógyszerkiváltás; az orvos elég időt tölt-e a beteggel a vizit során; érthető-e az orvosi magyarázat; stb.). Egy másik témakörben (a megítélesztően hasonló elnevezésű „patient-reported experiences”) pedig az előzőekhez hasonló 8 mutató hangsúlyozottan a mentális betegek ellátásban szerzett élményeinek követését teszi lehetővé.

A PROMIS-kezdeményezés eredményeként kidolgozott indikátorok alkalmazásával 2023–2024 folyamán 19 országban (Magyarország nem vett részt) nagyszabású felmérésre került sor (Patient-Reported Indicator Surveys – PaRIS), amelyben több mint százezer, 45 éven felüli, krónikus betegséggel élő személytől gyűjtöttek az alapellátásban szerzett információkat 5 kimeneti és 5 betegtapasztalati indikátor alkalmazásával. A PaRIS-felmérés 2025-ben megjelent eredményei szerint [41] kisebb egészségügyi ráfordítások mellett is elérhető pozitív ellátási élmények; a nők által jelentett kimenetek és élmények kedvezőtlenebbek a férfiakhoz képest; az alapellátási portálok nehezen használhatók, főleg alacsonyabb iskolázottságúak számára; és a kedvezőtlen ellátási tapasztalatok csökkentik az egészségügyi ellátórendszerbe vetett bizalmat.

Az egészségügyi ellátás minőségi jellemzőinek hazai rendszere

Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítására vonatkozó kötelezettséget Magyarországon az 1997. évi CLIV. törvény (Eü. tv.) alapozta meg, amelynek V. fejezete tárgyalja az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményeit e szolgáltatások megfelelő minőségének, továbbá a szolgáltatásokat igénybe vevő és nyújtó személyek jogainak biztosítása céljából. A 107. és 119. §-ban írottak alapján a minőség hazai alapelvei a hatásság, hatékonyság, általában a biztonság és konkrétan a személyi jogbiztonság ellátottak és ellátók részére, bizonyítékokon alapuló ellátás, a legnagyobb mértékű állapotjavulás az erőforrások optimális felhasználásával. Ezen alapelveknek a nemzetközi rendszerekben foglaltakkal való összehasonlítását az 1. táblázat [5, 6, 16–18] mutatja be. A törvény máig ható hiányossága, hogy nem használja az egészségrendszer fogalmát, továbbá nem különíti el egyértelműen az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi szolgáltatások, a betegellátó rendszer és szolgáltatások, illetve a népegészségügyi szolgáltatások közti különbséget, és alapvető ellentmondást vezet be azzal, hogy a 3. § a) pontjában betegként határozza meg az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személyt, a 3. § c) pontjában pedig olyan tágon határozza meg az egészségügyi szolgáltatások mibenlétét, hogy abban a nem betegek által igénybe vehető szolgáltatások is benne vannak. A törvény nem definiálja a betegellátás fogalmát, pedig használja azt, és a gyakorlatban (például az adatszolgáltatások tekintetében) is mindenki számára világos, hogy betegellátás a valóságban létezik, és nem azonos az egészségügyi ellátással.

Az Eü. tv. megjelenését megelőző évben, 1996-ban az ország csatlakozott az OECD-hez, lehetővé téve az OECD-ben folyó egészségügyi projektekbe való bekapcsolódást. Ezt a lehetőséget azonban az ország nem használta ki, amint azt a minőségfejlesztés további hazai története is mutatja. Az Eü. tv. megjelenését követően elkezdődött az egészségügyi ellátás különböző szegmenseire vonatkoztatott standardok kidolgozása, majd a törvény megjelenése után 10 évvel ezeket egységesítve jelent meg 2006-ban a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) 1.0 verziója kézikönyvként [42], 2007-ben kodifikálva [43]. A MEES tartalmazta a háziorvosi, védőnői, járóbeteg- és kórházi ellátások folyamatábráit és az ezekben nyújtott szolgáltatások minőségi értékelésére szolgáló követelményeket, de nem hivatkozott nemzetközi referenciákra, nem fogalmazott meg konceptuális alapokat, nem határozta meg az ellátási szintek egymáshoz és az ellátási igényekhez való viszonyát, sőt a magyar Eü. tv.-ben leírt minőség fogalmát vagy minőségcélokat sem nyomatékosította. A standardok ezért indikátorok random halmazának benyomását keltik, egyértelműen folyamatorientált értékrendet tükrözve.

A MEES 1.0 után folytatódott a minőségügyi fejlesztés, 2011-re kidolgoztak egy Egészségügyi Minőségfejlesztési és Betegbiztonsági Stratégiát, amelyet azonban az egészségügyi ágazati vezetés nem kodifikált. A következő fontosabb fejlemény az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó, 2013-ban közzétett jogszabály volt [44], amely azonban visszautalva az Eü. tv.-re, nem definiálta az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének mibenlétét és ennek fő szempontjait, hanem annak meghatározását az akkori Állami Egészségügyi Ellátó Központ keretében létrehozandó Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoport feladatává tette, kétéves értékelési ciklust előírva. E feladat teljesítésével kapcsolatban számos elméleti és gyakorlati probléma merült fel [45]. Az értékelés mindezek ellenére elkészült, „A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013–2015 jelentés” létezik, azonban nem publikus, jelszóval védett az Országos Kórházi Főigazgatóság portálján [46]. A jelentésről napvilágot látott másfél oldalas összefoglaló alapján az indikátorok témakörei nincsenek összhangban az OECD keretmodelljével, a témakörök konceptuális tartalma nem világos, az ellátórendszerben azonosított problémák részleteiről semmit nem lehet megtudni [47], illetve nem érhető el információ arról, hogy 2015 óta készült-e újabb teljesítményértékelés.

Az egészségügyi minőség nyomon követése és fejlesztése tekintetében előrelépési lehetőséget jelentett a 2017-ben indított EFOP-1.8.0.-VEKOP-17. számú projekt (Egészségügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése), amelynek Betegbiztonsági alprojektje betegbiztonsági stratégiai koncepció megalkotását kapta feladatul, melynek céljai és összefoglalója alapján is a hazai szakértők az OECD-keretmodellben meghatározott minőségnek a „biztonság” (safety) dimenziójára helyezték a hangsúlyt; a válaszkészség vagy betegközpontúság kifejezések nem szerepelnek az eredménytermékben [48].

2019-ben megjelent a MEES 2.0 verziója, az előzővel azonosan a háziiorvosi, védőnői, járóbeteg- és fekvőbeteg-intézmények által nyújtott szolgáltatások minőségi értékelésére. Az előző verzióhoz hasonlóan ebben sincsenek konceptuális alapok és átfogó célok, sőt az sem derül ki, hogy az EFOP-1.8.0. számú projekt Betegbiztonsági alprojektjének eredményeit beépítették-e a MEES 2.0-ba.

A 2021-ben megjelent, 2021–2027 közti időszakra vonatkozó egészségügyi ágazati stratégia 2.3.2. Jövőkép és célok fejezetében elsőként szerepel, hogy a nyújtott ellátások minőségének mérése ösztönözheti az egészségügyi rendszer eredményesebb működését, de ennek részleteiről a stratégia nem ad iránymutatást; a tényleges prioritásnak vélhető célokat a hatékony ellátási struktúra, a valós költségeken alapuló finanszírozás és a hatékony kórházi gazdálkodás (adósságmentes gazdálkodás) tartalmazza [49].

Az egészségügyi ellátás minőségi jellemzőinek összehasonlítása

A fentiekben részletezett koncepciókat érdemes összehasonlítani annak érdekében, hogy az egészségügy minőségével kapcsolatos hazai értelmezést nemzetközi összevetésben is górcső alá lehessen vetni. Az összehasonlításnál a fentebb már írottak alapján tekintettel kell lenni arra, hogy az egészségügyi ellátás minőségének definíciója kontextustól és elméleti keretektől függően változik, továbbá azt, hogy a minőséggel való foglalkozás az ellátási problémák elkerülését (quality assurance and accountability) vagy a minőség fejlesztését (quality improvement) szolgálja. Ezt az összehasonlítást mutatja be az 1. táblázat [5, 6, 16–18], amelyből látható, hogy az elmúlt két évtizedben a nemzetközi szakmai szervezetek által következetesen meghatározott három alapvető minőségdimenzió közül – a minőség értelmezési különbségeitől függetlenül – az eredményesség (effectiveness) és a biztonság (safety) dimenzió a hazai értelmezés szerint is számonkérendő, de a betegközpontúság (patient-centeredness) feltűnően hiányzik. A betegközpontúságot jellemző indikátorok olyan tudományos igényű hazai klinikai vizsgálatokból is hiányoznak (például aneurysmák elektív műtete sztentgraftbeültetéssel [50], implantátum beültetése arckoponya-rekonstrukció céljából [51], idős betegek humerustöréseinek műtéti megoldása [52]), amelyeknél a beavatkozás jellege miatt vélelmezhető a betegélmények (patient experiences) nagy fokú diverzitása, amely az orvos-beteg kapcsolatot, az adherenciát és a kimenetet is betegenként eltérően befolyásolhatja. Ezt a hiányt tovább nyomatékosítja, hogy a hazai magánegészségügyi ellátásban egyre több cég hangsúlyozza az ellátás ezen jellemzőjét [53].

2025-ben – véleményünk szerint – megérett az idő arra, hogy egyrészt a szakmapolitika stratégiai döntést hozzon a hazai egészségrendszer alkotóelemeiről, kiválasztva a betegellátást a rendszer egyéb dimenzióitól (például népegészségügy), másrészt átvegye a fejlett országok egészségügyi (beteg)ellátásának minőségjellemzőit az OECD-től – amelynek hazánk egyébként közel három évtizede tagja –, és ezzel együtt elindítsa azt a fejlesztő munkát, amely az egészségügyi (beteg)ellátás minőségét ténylegesen monitorozni tudja. A hatékonyságra (efficiency) vonatkozó bármilyen költségmutató ugyanis értelmezhetetlen anélkül, hogy ismernénk a szakemberek mellett az ellátottak véleményét is arról, hogy adott egészségnyereség az ellátottaknak milyen élményt adva került előállításra.

Anyagi támogatás: A közleménnyel kapcsolatos kutatómunka és a közlemény megírása nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: Ó.-Sz. Z.: A téma felvetése, a koncepció kialakítása, a kézirat írása, véleményezése.

S. J.: A koncepció kidolgozása, szakmai véleményezés.
V. Sz.: A hazai jogszabályok, szakmai véleményezés.
K. K.: A téma felvetése, kialakítása, a kézirat írása, véleményezése, a munkamegosztás szervezése. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönik *Somogyi Gergő*-nek az ábrák elkészítéséhez és a kézirat formázásához nyújtott segítségét.

Irodalom

- [1] Institute of Medicine. Evidence-based medicine and the changing nature of healthcare: 2007 IOM Annual Meeting Summary. National Academies Press, Washington, DC, 2008.
- [2] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966; 44(3 Suppl): 166–206.
- [3] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 2005; 83: 691–729.
- [4] McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol.* 2014; 67: 267–277.
- [5] Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990; 114: 1115–1118.
- [6] Institute of Medicine (US). Informing the future: critical issues in health. Fifth edition. National Academies Press, Washington, DC, 2009.
- [7] Marjoua Y, Bozic KJ. Brief history of quality movement in US healthcare. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2012; 5: 265–273.
- [8] Sen A. Development as freedom. [A fejlődés mint szabadság.] Európa Könyvkiadó; Budapest, 2003. [Hungarian]
- [9] UNDP. Human Development Report: Published for the United Nations Development Programme. Available from: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr1990encompletenostats.pdf> [accessed: Oct 1, 2025].
- [10] Murray CJ, Lopez AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990 – Summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bull World Health Organ.* 1994; 72: 495–509.
- [11] Mathers CD. History of global burden of disease assessment at the World Health Organization. *Arch Public Health* 2020; 78: 77.
- [12] Gold MR, Stevenson D, Fryback DG. HALYs and QALYs and DALYs, Oh My: similarities and differences in summary measures of population Health. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 115–134.
- [13] World Development Report 1993. Investing in health. Oxford University Press, Washington, DC, 1993. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/468831468340807129/pdf/121830REPLACEMENT0WDR01993.pdf> [accessed: Oct 1, 2025].
- [14] WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/whr-2000.pdf?sfvrsn=95d8b803_1&download=true [accessed: Oct 1, 2025].
- [15] Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press (US), Washington, DC, 2001.
- [16] Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers No. 23. 2006; 9 March. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2006/03/health-care-quality-indicators-project_g17a17b5/440134737301.pdf [accessed: Oct 1, 2025].
- [17] Carinci F, Van Gool K, Mainz J, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Health Care* 2015; 27: 137–146.
- [18] World Health Organization. Handbook for national quality policy and strategy. WHO, Geneva, 2018. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?sequence=1> [accessed: Oct 1, 2025].
- [19] Matthe S, Epstein AM, Leatherman S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: History and background. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(Suppl 1): 1–4.
- [20] World Health Organization. Quality of care: patient safety. A55/13 Report by the Secretariat. 23 March, 2002. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78467/ea5513.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [accessed: Oct 1, 2025].
- [21] World Health Organization. Quality of care: patient safety. WHA55.18. 17 May, 2002. Available from: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1&ua=1 [accessed: Oct 1, 2025].
- [22] Arah OA, Westert GP, Hurst J, et al. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(Suppl 1): 5–13.
- [23] United Nations. Sustainable Development Goals. Available from: <https://sdgs.un.org/goals> [accessed: Oct 1, 2025].
- [24] Organisation for Economic Co-operation and Development. A system of health accounts. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2000/05/a-system-of-health-accounts_g1gh21a2/9789264181809-en.pdf [accessed: Oct 1, 2025].
- [25] Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics. Available from: <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html> [accessed: Oct 1, 2025].
- [26] Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance_19991312.html [accessed: Oct 1, 2025].
- [27] World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution> [accessed: Oct 1, 2025].
- [28] Primary health care. Report of the International Conference on primary health care. Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. WHO, Geneva, 1978. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1> [accessed: Oct 1, 2025].
- [29] Kravitz R. From the editors' desk: medicine as a service industry. *J Gen Internal Med.* 2010; 25: 279.
- [30] Conradsen S, Vardinghus-Nielsen H, Skirbekk H. Patient knowledge and trust in health care. A theoretical discussion on the relationship between patients' knowledge and their trust in health care personnel in high modernity. *Health Care Anal.* 2024; 32: 73–87.
- [31] Crow R, Gage H, Hampson S, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002; 6: 1–244.
- [32] Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care. Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med.* 1988; 27: 637–644.
- [33] Dunsch F, Evans DK, Macis M, et al. Bias in patient satisfaction surveys: a threat to measuring healthcare quality. *BMJ Glob Health* 2018; 3(2): e000694.
- [34] Larson E, Sharma J, Bohren MA, et al. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ.* 2019; 97: 563–569.

- [35] Sinaiko AD, Szumigalski K, Eastman D, et al. Delivery of patient centered care in the US health care system: What is standing in its way? Robert Wood Jonhston Foudnation, August 2019. Available from: https://academyhealth.org/sites/default/files/deliverypatientcenteredcare_august2019.pdf [accessed: Oct 1, 2025].
- [36] Tzelepis F, Sanson-Fisher RW, Zucca AC, et al. Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient Prefer Adherence* 2015; 9: 831–835.
- [37] Friedel AL, Siegel S, Kirstein CF, et al. Measuring patient experience and patient satisfaction. How are we doing it and why does it matter? A comparison of European and U.S. American approaches. *Healthcare (Basel)* 2023; 11: 797.
- [38] Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *Br Med J*. 2013; 346: f167.
- [39] Kendir C, Tran S, van den Berg M, et al. PROMoting quality of care through patient reported outcome measures (PROMs). Systematic collection of PROMs for quality improvement and assurance in 38 countries. OECD Health Working Paper No. 183. 30 September, 2025. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/06/promoting-quality-of-care-through-patient-reported-outcome-measures-proms_5b840fb9/c17bb968-en.pdf [accessed: Oct 1, 2025].
- [40] Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Available from: [https://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C0%7CHealth%23HEA%23&fs\[1\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20quality%20and%20outcomes%23HEA_HCQ%23&pg=0&fc=Topic&snb=11&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HCQO%40DF_HCQO&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.1&dq=.A...T.OBS%2BVALUEW&p.d=2014%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C0%7CHealth%23HEA%23&fs[1]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20quality%20and%20outcomes%23HEA_HCQ%23&pg=0&fc=Topic&snb=11&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HCQO%40DF_HCQO&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.1&dq=.A...T.OBS%2BVALUEW&p.d=2014%2C&to[TIME_PERIOD]=false) [accessed: Oct 1, 2025].
- [41] Organisation for Economic Co-operation and Development. Does healthcare deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). Report. 20 February 2025. OECD Publishing, Paris, 2025.
- [42] Ministry of Health Hungary. Hungarian Healthcare Standards Manual (MEES) Version 1 [Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv (MEES) 1. változat.] Egészségügyi Minisztérium, 2006. Available from: https://www.mgyk.hu/admin/data/file/20200331/01_mees_1-0.pdf [accessed: Oct 1, 2025]. [Hungarian]
- [43] Announcement by the Ministry of Health on the publication of the Hungarian Healthcare Standards Manual (MEES) (version 1.0). [Az Egészségügyi Minisztérium közleménye a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv (MEES) (1.0 változat) közzétételéről.] *Eü Közl*. 2007; 4: 705–826. [Hungarian]
- [44] 36/2013. (V. 24.) EMMI decree on the rules governing the procedure for evaluating the performance of the healthcare system. [36/2013. (V. 24.) EMMI rendelet az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról.] Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300036.emm> [accessed: Oct 10, 2025]. [Hungarian]
- [45] Mihalicza P, Gyenes P, Babarczy B. First steps towards introducing system-level health performance evaluation in Hungary. [A rendszerszintű egészségügyi teljesítményértékelés bevezetésének első lépései Magyarországon.] *Egészségügyi Gazd Szle*. 2014; 52(1): 7–12. [Hungarian]
- [46] Measure – Performance Evaluation of the Hungarian Healthcare System. [Mérték – Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelése.] Available from: <https://mertek.aek.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekelese> [accessed: Oct 1, 2025]. [Hungarian]
- [47] Formanek-Balku E. Summary of the 2013–2015 performance evaluation report on the Hungarian healthcare system. [A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013–2015 jelentés összefoglalója.] *Egészségfejlesztés* 2017; 58(2): 30–31. [Hungarian]
- [48] D.III.1.2. Patient safety strategic concept for the healthcare sector. I. General patient safety v.1. 2018. [D.III.1.2. Betegbiztonsági egészségügyi ágazati stratégiai koncepció. I. Általános betegbiztonság v.1. 2018.] Available from: <https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/03/Altalanos-betegbiztonsagi-strategiai-koncepcio.pdf> [accessed: Oct 1, 2025]. [Hungarian]
- [49] Ministry of Human Resources. “Healthy Hungary 2021–2027.” Health Sector Strategy [EMMI. „Egészséges Magyarország 2021–2027”. Egészségügyi Ágazati Stratégia.] Available from: <https://cdn.kormany.hu/uploads/document/d/dc/dc5/dc5e0cad5e44450024c624018aa351dfc0946e40.pdf> [accessed: Oct 1, 2025]. [Hungarian]
- [50] Szabó D, Kasza G, Fazekas G, et al. Results of elective endovascular repair of infrarenal aortic and common iliac artery aneurysms. [Infrarenalis aorta és arteria iliaca communis aneurysmák elektív endovasculáris kezelésének eredményei.] *Orv Hetil*. 2023; 164: 1993–2000. [Hungarian]
- [51] Csóky G, Würsching T, Szentpéteri Sz, et al. The use of patient-specific implants in maxillofacial reconstruction. [Páciensspecifikus implantátumok használata arckoponya-rekonstrukció során.] *Orv Hetil*. 2024; 165: 1594–1600. [Hungarian]
- [52] Burkus M, Bruch A, Bergmann EM, et al. Excellent functional outcomes after operative treatment of multifragmentary, dislocated proximal humeral fractures in patients over 65 years of age. [Jelentős funkcionális eredmények a 65 év feletti páciensek többrészes, elmozdult proximális humerustöréseinek osteosynthesisét követően.] *Orv Hetil*. 2024; 165: 775–784. [Hungarian]
- [53] Medical Online. Two decades of patient-centered care and excellence. Príma Medical Health Network celebrates its 20th anniversary. 13. 12. 2024. [Két évtized a betegközpontúság és a kiválóság jegyében. 20 éves a Príma Medica Egészséghálózat. 2024. 12. 13.] Available from: https://medicalonline.hu/eu-gazdasag/cikk/ket-evtizend_a-betegkozpontusag_es_a-kivalosag-jegyeben [accessed: Oct 1, 2025]. [Hungarian]

(Ónodi-Szűcs Zoltán dr.,
Debrecen, Nagyerdei krt. 98., 4032
 e-mail: onodiszucs.zoltan@med.unideb.hu)