

# Mérhető-e a gyógyító munka értéke?

## Hogyan támogatható az a jó szándékú, úttörő, finanszírozási kezdeményezés amely megváltoztathatja a háziorvoslást?

[Dr. Arnold Csaba | Dr. Balogh Sándor]

Korszerű egészségügyi ellátórendszerek kiemelt hangsúllyal kezelik a gyógyító-megelőző alapellátásban végzett munka minőségének biztosítását, a végzett munka mértékét, az orvos tevékenységének értékelését és az erre alapozódó anyagi ösztönzést. Az Amerikai Egyesült Államokban, Angliában, és más országokban indikátorrendszereket alkalmaznak részben az állami szolgálat -szolgáltatás értékeléséhez, másrészt a biztosítási rendszer „objektív alapon nyugvó” finanszírozásának, vagy a premizálásnak megteremtésére.

Hazánkban - elsősorban az Egészségbiztosító kezdeményezte és szorgalmazta (részben alkalmazta is) ilyen rendszer kimunkálását, de az állami vezetés részéről is történtek bátortalan kezdeményezések. A „büntető-elmarasztaló” rendszer - a gyógyszerrendelés-felhasználás monitorozása - szakmai ellenzést váltott ki, amelyet az orvosok társadalmi szervezete, a Kamara rendre megkérdőjelezett. Jogosak voltak azok az ellenvélemények, amelyek elsősorban a „gyógyítás szabadságát” a beteg érdekét, vagy ragaszkodásukat a „megszokott kezelési rezsimhez” hozták fel érvként. Ennél fontosabb azonban, hogy a kiváltott vények

statisztikai elemzése messze nem a munka szakmai értékét tükrözik. Nem alapozódtak a tényleges gyógyító tevékenység részleteire, azok összefüggéseire. A statisztikai számok - átlagok, szélsőértékek bővületébe kerültek, a következtetések öncsaláshoz vezettek és hamis következtetéseket, cselekvéseket, pótcselekvéseket eredményeztek - vagy épp elleplezték a valóságos problémákat.

A gyógyszerfogyasztás visszaszorítása, a költségsökentés félresikerült. Kétségtelenül haszonnal járt, hogy a „drága” (indokolatlanul drága árak) originális készítmények egy részét ki lehetett cserélni más készítményekre. Azt persze senki nem vizsgálta meg, hogy ezek gyakran nem „olyan hatásúak” vagy épp „nem kívánatos mellékhatásúak” megzavarják a kezelést, és nem egyszer a régi készítményre való visszatérésre készítetik az orvost. A „büntető célú” rangsorolás mellett - épp a valódi minőségellenőrzés hiányában - senki nem foglalkozott az eloszlási görbe leszálló szárán, az „olcsón gyógyító, kevés gyógyszerrel felhasználó” orvosok tevékenységével. Holott számuk és arányuk egy nagyságrenddel volt nagyobb, mint a „drága, fegyelmetlen” gyógyítóké! „Olcsóságuk” nem

### 1. táblázat INDIKÁTORJEGYZÉK - FELNŐTT PRAXIS

	Indikátor neve	Terület	Célcsoport	Pont	Max. pont	Adatforrás
1.	INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁS	Védőoltás	65 év felett	4	8	B300
2.	HÁZIORVOS SZŰRÉSI TEVÉKENYSÉGE	Szűrések	Bejelentkezett biztosítottak	4	8	B300
3.	VÉRZSÍR VIZSGÁLAT	Szűrések	40-60 éves biztosítottak	4	8	Járóbeteg szakellátás
4.	MAMMOGRÁFIA	Szűrések	45-65 éves nők	6	12	Járóbeteg adat
5.	MAGAS VÉRNYOMÁS GONDOZÁSA	Gondozás	50-65 éves biztosítottak	6	12	Gyógyszeradat
6.	INFARKTUS UTÁNI GONDOZÁS	Gondozás	Infarktuson átesettek	6	12	Fekvőbeteg, Gyógyszeradat
7.	DIABETES GONDOZÁSA 1 (HGB1AC)	Gondozás	A10 ATC-t kiváltók köre	4	8	Gyógyszeradat, Járóbeteg adat
8.	DIABETES GONDOZÁS 2 (SZEMÉSZET)	Gondozás	A10 ATC-t kiváltók köre	4	8	Gyógyszeradat, Járóbeteg adat
9.	STROKE ELŐFORDULÁS	Gondozás	50-74 éves biztosítottak	4	8	Járóbeteg, Fekvőbeteg adat
10.	BEUTALÁSI GYAKORLAT	Definitív tevékenység	Bejelentkezett biztosítottak	4	8	Járóbeteg, Fekvőbeteg adat
11.	ANTIBIOTIKUMOS KEZELÉS	Gyógyszerrendelés	Bejelentkezett biztosítottak	4	8	Gyógyszeradat
Σ					100	

nagyobb kárt – egészségkárosodást – eredményezett, mint amit a néhány tucat megbüntetett orvostól beszédet haszon?

Tényként szögezhetjük le, hogy nincs megfelelő „magyar rendszer” amely az alapellátásban végzett gyógyítás-megelőzés valós értékét mérné. A jelenlegi gyógyszerrendelés monitorozása, szakmailag téves alapokon nyugszik, azt egyenesen statisztikai, szakmapolitikai műhibának lehet minősíteni.

A probléma, amely megoldásra vár összetett. Nincs semmilyen értékelő-mérő-minősítő rendszer, amely legalább kis szegmensében, de mérné a teljesítményt. Olyan, amely ráirányítja a figyelmet a munkaszervezés, munkamegosztás problémáira (a nővér nem képzettségének megfelelő munkát végez) nem ösztönöz a saját munka megismerésére, az esetleges hiányosságok felszámolására, például a továbbképzés célirányúságát, egyéni tervezését, ösztönzését, motiválását sem segíti. Nincs szakmai ellenőrzés és felügyelet – ez nem is annyira a Biztosító feladata lenne, hanem törvény szerint az ÁNTSZ-é.

Mindenki érzi a probléma súlyosságát, hogy nem egységes, magas színvonalú az alapellátásban végzett gyógyító munka, hogy semmi nem ösztönöz a megelőzésre.

19 év kormányzati kezdeményezése, hogy a háziorvosok munkáját „indikátoralapú” teljesítményértékeléssel mérjék. A 11 indikátor az angolszász mintát követi és több irányból kívánja értékelni a végzett munkát és aktivitást. Egy kivétellel éves adatokat vesz számba, illetve az agyi vaszkuláris esemény öt éves gyakoriságát regisztrálja (*1. táblázat*).

Egy tétel a védőoltás elvégzését, három a szűrővizsgálatokat, négy a krónikusbetegségek gondozását, egy ezek szövődményét, egy pedig az akut betegség gyógyszeres kezelését méri és rangsorolja. A vizsgált csoportok között egyesek (statisztikai számítás, gyakoriság vonatkozásában) a praxisba bejelentkezettekre vonatkoztat; vagy korcsoportok szerint elemez, illetve az adott betegcsoportból a kezelték körében vizsgálódik.

Az értékelés és minősítés elvi megközelítése – hogy a kezdeti időszakban – az egyes praxisokban végzett tevékenység számarányát átlagolják. Az országos átlag feletti részt ismerik el „megfelelő teljesítménynek” (*2. táblázat*).

## 2. táblázat Vércsír vizsgálat és a teljesítés minősítése

Vércsír vizsgálat (HSZV%)	Díjazás mértéke
Átlag alatt	-
Átlag fölött 5-10%	x
Átlag fölött 10-15%	1,5x
Átlag fölött 15%-	2x

Az országos átlagot minimálisan 5-10%-kal meghaladó praxisok „x” egységnyi anyagi elismerést kapnak, további két csoportban maximálisan ennek a duplája lehet a járandóság. Az eredmény, hogy a praxisok kevesebb, mint

a fele kap, anyagi juttatást. Ez a vércsír vizsgálata esetében (ez az átlagosan vizsgált lakosok 55-60%-ban történt meg) azt jelenti, hogy csak azok a praxisok kapnak pluszjuttatást, akiknél ennél minimálisan 5 százalékponttal több esetben történt vizsgálat.

A praxisok átlag eredményei – nagy valószínűséggel igen széles sávban szóródnak. Lehetnek olyanok, ahol ez a vizsgálat még a 10%-t sem érte el, de lehetnek olyanok is, akik akár a 80%-ot is meghaladták. Ki dolgozott megfelelően (hasznosan)? Valószínű, hogy még azok is, akik saját betegek közül 30-40 százalék arányban végeztek ilyen vizsgálatot, nem kapnak elismerést, mert mélyen az átlag alatt teljesítettek.

Jogosan feltehető az a kérdés, hogy aki ilyen kevés vizsgálatot végeztetett, de azok a közepes, vagy nagyobb rizikójú személyek közül kerültek ki – és szakmai munkájuk elismerést érdemelne – és a kóros vércsír esetében hatásos kezelést alkalmaztak, „rosszul dolgoztak”? Szemben azokkal, akiknek a vizsgálat elvégzése magasan az átlag felett volt – mert volt lehetőségük a vizsgálatra és „elismerést szerettek volna kapni” jutalomban részesülnek. Lehet, hogy egyetlen egy kezelt, vagy hatásosan kezelt betegük sincs!

Az indikátor rendszer a gyakorlatban is működni kezdett. Az első év „tényszámai” a háziorvosok kötelezően jelentett (összegyűjtött) forgalmi statisztikájukból ez összegegyíthető és feldolgozható volt. Ennek alapján meghatározták a „teljesítést” és a „rangsorolást” és az átlagon felüli teljesítés forintosított értékét is.

2009. év betegforgalmi adatai alapján a kiválasztott indikátorok segítségével a felnőtt, a vegyes és a gyermekpraxisokra a fővárosra és az egyes megyékre lebontva meghatározták az átlagos teljesítést, valamint az egyéni eredményeket.

Azokat a praxisokat, ahol az indikátorok 25%-ban az átlag felett teljesültek külön választották és esetükben az elért pontszámok alapján számították ki a „teljesítmény” díjazását. Mintegy 750 praxis kevesebb mint 20 pontot ért el (az elérhető százból), 850 harminc, a többi ennél magasabb pontszámot ért el. Kevesebb, mint 100 praxis volt 60 pont felett – ez az elérhető pontszám 60%-át jelenti. Példaként három finanszírozási lehetőséggel (felosztható pénzzel) számolva egy praxis átlagos plusz jövedelme 14 - 95000 Ft között változott.

## Méri-e – „jutalmazza-e” – ösztönzi-e a tervezett indikátor rendszer a háziorvos munkáját?

Alapvető kérdés, hogy a választott forgalmi-statisztikai mutatók mennyiben tükrözik a munka minőségét (és mennyiségét)?

A megközelítés több irányú:

1. **influenza védőoltás** kétségtelenül fontos közegészségügyi prevenciós eszköz. Évek óta a nagyobb kockázatú – krónikus betegek – oltása elfogadott gyakorlat. Korlátot szab az oltóanyag mennyisége (számukra ez ingyenes), a költsége, a közfelfogás. Ez utóbbinak az új vírussal és az oltással szemben tömeges ellenállása volt. Ezt a kezelőorvos még azok esetében sem nagyon tudja áttörni, akikkel kapcsolatba kerül. Itt a teljesítés bizonytalan mérési lehetőséget teremt. Budapesten néhány kerületben érte el, vagy közelítette meg a 30%-os teljesülést. A megyékben az arány jobb – közel a megyék fele – volt 30% körül, egyetlen egy érte el a 45%-os oltási arányt.

Ha az oltást többletmunkának tekintjük, akkor azt ebben a formában „darabbérben” kell elismerni. Az átlagos, vagy átlag alatti teljesítés minimális, és értékelésre alkalmatlan.

2. **Szűrővizsgálattal összefüggő három tevékenységet értékelték**

- a) **általános szűrővizsgálat végzése** meglepően alacsony arányú. A praxisok döntő többségében, havi átlagban 1%, vagy annál kisebb. Ritka kivétel – két megyében ahol eléri a 2%-ot. Budapesten ilyen elő sem fordul! Ez azt jelenti, hogy éves viszonylatban a szűrések alig egy-egy praxis 10–15 százalékát érintik, több helyen még ennyit sem.

Az meg sem ítéhető, hogy ez valójában milyen „szűrést” jelent, milyen aktivitás, vizsgálat stb. alapján használják a szűrés elvégzésének kódját. Arról nincs is információ, hogy ez milyen eredménnyel és következménnyel járt.

- b) **Lipid vizsgálat** történhetett szűrővizsgálat részeként, vagy krónikus betegség ellenőrzésekor, illetve korábban kezdett lipid csökkentő kezelés ellenőrzésére.

Az eredmények értelmezése több problémát vet fel. Fővárosi és városi praxisokban az arány 40%, alig hihetően magas szám. Itt a praxisok között alig van különbség (35–45% közötti gyakoriságok). Egyedül a „nem városi praxisokban” kisebb az arány itt már két megyében is „véletlenül” csak 25%-ban végeztek vizsgálatot. **Ha ilyen gyakori a lipid vizsgálat, az nem része szűrésnek? Minden második emberben megtörténik? Miért nem mérik a 60 éven felüliek körében a vizsgálat gyakoriságát?**

- c) **Mammográfiás szűrés** 2 éven belül megtörtént vizsgálatok arányát mutatja be. A fővárosi 46, a vidéki 49% „túl szépenek tűnik.

A mammográfiás szűrés ritkán történik meg a háziorvos kezdeményezésére, javaslatára, vagy akár tudtával. Ennek, mint indikátornak az alapellátás értékelésekor nincs szerepe és jelentősége.

3. **Öt tételben szerepel A gondozás, mint minősítést támogató indikátor.**

- a) A **hipertónia gondozás mérésére** alkalmas indikátorként kezelik azt a kérdést, hogy milyen

arányban vannak a hipertóniások között (50–65 évesek csoportja), akik egy évben legalább négy alkalommal váltottak ki vérnyomáscsökkentő készítményt, bármilyen bétablokkolót? Vidéken ez 46 a fővárosban 42% gyakoriságú! A kerületek, ill. megyék között gyakorlatilag nincs különbség.

Mivel a gyakorlat az, hogy többnyire a beteg egy havi adagot kap – arányaiban nem ismert mennyien vannak azok, akiket orvosuk három havi adaggal lát el – **a használt index a folyamatosan és pontosan keltek számarányát bizonyosan alábecsüli. Ezért a mutató a kívánt célra nem tűnik alkalmasnak. A leggyakrabban alkalmazott készítmény az ACE gátló már ennél pontosabb információt adna. Vagy az a kérdésfeltevés, hogy kik azok, akik egy, két, három vagy több készítményt kapnak egyidejűleg.**

- b. A **diabétesz gondozás minőségét** az évente legalább négyszer végzett **HGB A<sub>1C</sub> vizsgálat** teljesítésével értékelik. A fővárosban ez a legtöbb kerületben 70%-ban megtörtént. A megyékben közel hasonló a vizsgálat elvégzetése, a városokban közelít a többi praxisban ennél általában ritkábban, 40–50%-ban végzik el.

**Nem tudjuk azonban, hogy ez milyen eredményű, azaz erre alapozva milyen minőségű a gondozási tevékenység.**

- c) A **diabétesz gondozás minőségét** méri az egy éven belül elvégzetett **szemészeti vizsgálat aránya** is. Ez a fővárosban 40–50%-os, a megyékben rosszabb arányú – 30–40%-os.

**A területi különbség és ezzel az átlaghoz való viszony és a rangsorolás hozzáférhetőségtől függ, „átlag alatti” teljesítés nem értelmezhető és jogtalan. Nincs megkülönböztetőség, hogy akiknek már van diabéteszes szemelváltozása, azok megfelelő szemészeti ellenőrzés alatt állnak-e? Azaz a „minimális” elvárás, az éves legalább egy vizsgálat elfedi az igazi minőségi jellemzőket.**

4. Több szempontból téves megközelítés az a **gondozási mutató, amely a stroke öt éves előfordulási gyakoriságát használja az 50–74 évesek között.** A fővárosban ez 2,5–5%, két kerületben 7%. A megyékben a gyakoriság nagyobb 4–6% háromban 7%, egyben 8%-os.

**A stroke területi különbözőségei régóta ismertek, ennek összefüggése a háziorvosi tevékenységgel még gyanú szinten sem bizonyított. További probléma, hogy kimaradnak az 50 évnél fiatalabbak, de az sem tisztázott, hogy ez a halálozásra, az összes eseményre, és annak mely formáira vonatkoztatható.**

5. **Definitív tevékenység címszó alatt járóbeteg- vagy fekvőbeteg szakellátáson a megjelent személyek átlagos havi arányát elemezték.** 15–25%-os igénybevételi arány nem tükröz minőségi munkát – kicsit nagyobb a fővárosban, kisebb vidé-

ken – inkább területi, hozzáférhetőségi összefüggést jelez.

**Az inhomogén halmaz nem jogosít fel arra, hogy minősítés történjen. Ki végez jobb munkát, aki sok beteget irányít vagy kevesebbet szakellátáshoz? Itt összemosódik a háziorvostól függő és független igénybevétel. Valószínűleg benne van – ha igen akkor az dominál – a laboratóriumi vizsgálat, de a beteg által kezdeményezett (vagy szükséges) beutalás (reumatológia fizioterápiás céllal) illetve azok, amelyek akut, mások a krónikus betegségek vizsgálatához, ellenőrzéséhez kellenek. Ugyan így a fekvőbeteg intézetben történt ellátás is különböző okból történik, amely nem a definitív ellátás, vagy épp az alapellátásban végzett munka minőségét elemző tevékenység.**

6. **Kiváltott antibiotikum-vények havi aránya az akut betegségek (infekciók) ellátásának tükrözi. A fővárosban a 2% szint valamennyi kerületben azonos, néhány tizednyi különbség megfigyelhető. Városfalusi települések között különbség nincs. Fele-fele arányban, illetve a 4%-gyakoriság a jellemző, egyben figyelhető meg 65%-os gyakoriság.**

**Csak feltételezhető, hogy „csúc szezonban” is kicsi a különbség. Mivel nincsenek külön kezelve az antibiotikumok csoportjai, és nincs betegségcsoportokhoz rendelés, ebben a formában a vényrendelés, a gyógyszeralkalmazás, mint minőségi mutató nem informatív.**

A statisztikai megközelítés korlátozott volta behatárolta az indikátorok alkalmazhatóságát. Felmerülnek szakmai aggályok is, hogy az egyes tényezők milyen mértékben és hogyan tükrözik az alapellátásban végzett munka szakmai értékét. Kérdés, az is, hogy az egyéni teljesítmény értékelhetővé válik-e és az egész rendszer részleteiben és összességében feltárja-e a végzett munka szakmai értékét. Nehézséget jelenthet olyan résztevékenységek értékelése, amelyek teljesítése csak részben függ össze az orvos képzettségével.

Aligha lehet a végzett munka értékének indikátora az influenza elleni védőoltás aránya. A mammográfia – mint szűrési kezdeményezés és kampány – gyakorlatilag a házi-orvostól függetlenül valósul meg. Az indikátorrendszer szerepe a hatékonyságban alig hozható kapcsolatba az egyes orvossal.

A stroke gyakoriságának rávetítése az egyes orvos munkájának középtávú hatékonyságára szakmai tévedésnek látszik. A kiválasztott korcsoportban a betegség gyakorisága több évtizeddel korábbi kockázati tényezők – nem kezelt magas vérnyomás, dohányzás, kedvezőtlen étkezési szokások, anyagcserezavarok, stressz, genetikai tényezők, stb. – bonyolult kölcsönhatásának eredménye. Kérdéses, hogy a most „mért” orvosnak ebben milyen szerepe lehetett – valószínűsíthető, hogy semmi. Ezért, mint indikátor elfogadhatatlan és ellentmond a szakmai elveknek és szabályoknak.

Statisztikailag könnyen kezelhetőnek látszik a szakellátás igénybevételének az aránya. Annyira inhomogén az adathalmaz, amely egy orvost „jellemz”, hogy nincs semmilyen szakmai alapja annak, hogy a több, vagy a kevesebb igénybevételt egy egyszerű gyakorisági számmal értékeljük.

A szűrővizsgálatokat jellemző tételek közül kettő – mint tevékenység a szűrés „általánosságban” tényként kezelve és a lipid vizsgálatok gyakorisága – ha bizonyos szakmai fenntartásokkal – jelenthetnek jellemzőket a szakmai munkára. Ehhez hasonlóan a „gondozás” megközelítése gyógyszeres kezelés alkalmazásával – a hipertónia vérnyomáscsökkentő kezelése, a posztinfarktusos bétablokkoló kezelés alkalmazása – két olyan fontos terület, amely a szakmai munka indikátora lehet. A cukorbeteg két fontos ellenőrzési módja az anyagcsereállapot követése és a szemészeti állapotellenőrzés – szintén olyan terület, amely az első lépést jelentheti a szakmai munka értékelésében.

Egyetlen tétel – az antibiotikus kezelés – volt, amelyik az akut betegséggéllátás fontos, és költséges szegmensét célozta meg, s mint ilyen szintén hasznos információkat szolgáltat.

A metodikai és szakmai gyengeségek mellett az egész rendszer – mint első próbálkozás – hasznosnak tekinthető. Igazolta, hogy a házi-orvosi (és a most általunk külön nem elemzett gyermek-házi-orvosi) tevékenység „egyszerű” forgalmi-statisztikai adatokkal jellemezhető. Ennek alapján pontrendszer, rangsorolás és akár anyagi elismerés is megvalósítható. Olyan különbségek tárhatók fel, amelyek további, mélyebb, részletesebb összefüggéseket feltáró indikátorrendszer felé vezethetnek el.

## **Feltettük a kérdést: hogyan tovább? Milyen lehet a minőségellenőrzés rendszere? Miért van szükség a szakmai munka értékelésére – minősítésére?**

A házi-orvosi rendszer kiemelten fontos szerepet tölt be a hazai egészségügyi ellátás rendszerében. Az akut, a krónikus betegek ellátása, a prevenció feladatok, a kapuórzó funkció együttesen szükségessé teszi, hogy a tevékenység, korszerű és magas színvonalú legyen. Ha ez megvalósul, akkor ez egyén, a család, a közösség számára érték teremtődik. Az eredményesség méréséhez objektív értékelési rendszerre van szükség. Az értékelés – minősítés szükséges ahhoz is, hogy az elvégzett munka értékének megfelelő szakmai és anyagi elismerésben is részesüljön. Visszacsatolásra van szükség – az orvos számára, hogy legyen sikerélménye, ösztönzése tudásának karbantartására, az önképzésre – de igénylik ezt az egészségügy irányítói,

valamint a finanszírozója is. Ez teremtheti meg a lehetőséget arra, hogy az alapellátás mindenki számára azonos színvonalú hatékony ellátást biztosítson.

## Mi lehet a folyamatos felügyelet várható haszna?

A definitív ellátás – az akut betegségek gyógyítása, a krónikus betegségek karbantartása, a progresszió, a szövődmények kivédése, mind a korszerű ellátás függvénye. A megelőzés hatékonysága tovább szélesíti az ellátási palettát, és eredményesebbé, teszi a gyógyítást. Középtávon a gyorsabb gyógyulás, az állapot karbantartása, a munkaképesség megőrzését támogatja. Eredményeket hozhat a népbetegségek leküzdésében, a korai halálozás csökkentésében. A szövődmények kivédése, nemcsak életmentő, életet óvó eredményt hozhat, hanem olyan értéket teremt, amely mind a közösség (az állam) mind az egyén és a család számára forintban kiszámolható haszonnal jár.

## Hogyan lehet mérni a munka szakmai értékét?

Alapfeltétel, hogy szakmai protokollokkal, algoritmusokkal támogassuk, leírjuk és meghatározzuk az „optimális ellátás” részleteit, céljait és az ahhoz vezető utat. Ezeket az ismereteket részben fel kell újítani, újra kell rendszerezni, meg kell fogalmazni. Pontosítani kell a célokat és a várható hasznot. Egyben azt is, hogy milyen módszerrel hogyan lehet követni a teljesítést, a végrehajtást és miként lehet mérni az elért eredményeket. Érthetővé és elfogadhatóvá kell tenni végrehajtó – a háziorvos – számára, hogy a „többletmunka” szakmai sikerek mellett anyagi elismeréssel is jár.

Ehhez szükséges egy olyan egységes, „orvos barát” dokumentációs rendszer, amely racionálisan támogatja az orvos döntését, és hatékonyabbá teszi munkáját. Automatizálni kell az adatok gyűjtését, elemzését, a visszainformálást. Lépésenként az egyszerűbbtől a bonyolult felé haladva kell egy, két, majd több feladatot kijelölni, a kivitelezést monitorozni, értelmezni és minősíteni.

Három fő irányt párhuzamosan kell szemlélni és azon tovább haladni: a leggyakoribb akut betegség megoldását, a megelőzést, és a kiemelten fontos krónikus betegségek felügyeletét és gondozását.

## Lehet-e „objektív” a mérés és az értékelés?

A klinikai orvostudomány, az epidemiológia, a preventív orvoslás szabályait, elveit és gyakorlatát betartva csak olyan módszereket lehet alkalmazni, amely a célok elérésének értékelését lehetővé teszi. Ez alapozódhat a mai megszokott dokumentációs módszerekre, megfigyelések rögzítésére, mért adatokra, a folyamat kimenetelére, stb.

Jó példa erre az Angliában alkalmazott módszer, amikor három betegség (betegcsoport) – angina, asthma, diabétesz – „szokásos, komplex, szakmai ajánlások szerinti ellátást” vették nagytít alá és a végzett munka részleteit pontozták és értékelték (9).

Hazai szakmai protokollok évek óta rendelkezésre állnak. Így a megelőzést a különböző célcsoportokban kodifikálta a kardiovaszkuláris konszenzus konferencia (10), vagy a hipertónia társaság legújabb ajánlása a hipertónia betegség korszerű ellátásról (11).

## Ki értékelné?

Ezt csak decentralizáltan kisebb orvos-közösségekre, területekre, régiókra bontva lehet megvalósítani. Kell a központosított irányítás, felügyelet is, hogy azonos elvek érvényesüljenek és legyen mód az összehasonlításra, a tapasztalatok általánosítására is.

A minőség biztosítása, a végzett munka értékelése, hosszú folyamatot jelent. A most indult kezdeményezés – az indikátorokra alapozott megközelítés – csak az első lépés, amelyet a feladatok kijelölése, a módszerek pontosítása kell, hogy kövessen. Már ma is vannak ismereteink a hipertónia gyógyszeres kezeléséről általában (a gondozás egyik indikátora).

Lépésről lépésre kell a tényeket feltárni:

- mennyi beteget ellenőrzi rendszeresen?
- miből áll ez az ellenőrzés?
- hogyan értékeljük a vérnyomás mérés eredményeit?
- mikor mit teszünk?
- hogyan nyerjük meg a beteget?
- mennyire racionális a gyógyszeres kezelés?
- követjük-e a szakmai protokollokat?

És lehet a kérdéseket és lépéseket tovább vezetni. Minden lépés után – ha az értékelés megtörtént – következik a visszacsatolás és a változás kezdeményezése, majd a hatás értékelése. Ennek alapján mérhető az orvosi munka mennyisége és minősége, amelyet az elismerés kell, hogy kövessen.

## Irodalom

1. MAJEED F, VOSS S: Performance indicators for general practice BMJ 311 1995 209-2011 - 2. Payne N, Jones G, Norris J, Robinson J, Hodgkin P. Profiling general practices. British Journal of Healthcare Computing and Information Management 1994;11(9):12-3. - 3. Hanlon A, Hargreaves S. Performance indicators for general practice. J Epidemiol Community Health 1994;48:502. - 4. NHS Executive. Developing NHS purchasing and GP fundholding. Leeds: NHSE, 1994. (EL(94)79.) - 5. NHS Executive. Towards a primary care led NHS: an accountability framework for GP fundholding. Leeds: NHSE, 1994. (EL(94)92.) - 6. Iliffe S, Munro J. General practitioners and incentives. BMJ 1993;307:1156-7. - 7. Baker D, Klein R. Explaining outputs of primary health care: population and practice factors. BMJ 1991;303:225-9. - 8. Kőrösi László Országos Egészségbiztosítási Pénztár A

házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékelő rendszeréről Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok X. Debrecen, 2010. 05. 20. (Előadás; ppt ábraanyag). - 9. Campbell S M, Hann M, Hacker J et al: Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study BMJ 2001;323:784 - 10. Összefoglalás a IV. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ajánlásairól [www.kardiovaszkulariskonszenzus.hu](http://www.kardiovaszkulariskonszenzus.hu) - 11. A hypertoniabetegség felnőttkori és gyermekkori kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei 2009: A Magyar Hypertonia Társaság állásfoglalása és ajánlása (Kilencedik kiadás 2009. november)

Köszönetet mondunk az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak, Dr. Kőrösi Lászlónak, hogy a szükséges információkat és adatokat rendelkezésünkre bocsátotta. A cikkel szándékunk volt, hogy kritikai észrevételekkel, egy dicsérendő cél folyamatát támogassuk, amely a házi-orvoslás fejlődésének irányát és jövőjét jelölheti ki. Ehhez a folyamathoz kérjük és várjuk a kollegák véleményét és javaslatait.

Szerzők