

Egyetemi doktori (PhD) értekezés tézisei

**AZ ALAPELLÁTÁS MINŐSÉGÉT VIZSGÁLÓ MÓDSZEREK
ÉS INDIKÁTOROK LEHETSÉGES ALKALMAZÁSAI**

Dr. Kolozsvári László Róbert

Témavezető: Prof. Dr. Rurik Imre



DEBRECENI EGYETEM
Egészségtudományok Doktori Iskola

Debrecen, 2014

AZ ALAPELLÁTÁS MINŐSÉGÉT VIZSGÁLÓ MÓDSZEREK ÉS INDIKÁTOROK LEHETSÉGES ALKALMAZÁSAI

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében az
egészségtudományok tudományágban

Írta: Dr. Kolozsvári László Róbert, általános orvos

Készült a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolája
(Megelőző orvostan és népegészségтан programja) keretében

Témavezető: Prof. Dr. Rurik Imre, PhD

A doktori szigorlati bizottság:

elnök:	Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora
tagok:	Prof. Dr. Cseh Károly, az MTA doktora
	Dr. Kósa Zsigmond, PhD

A doktori szigorlat időpontja: 2014. szeptember 11. 11.00 óra
DE NK Népegészségügyi Iskola tárgyalója

Az értekezés bírálói:

Dr. Balogh Sándor, PhD
Dr. Zsuga Judit, PhD

A bírálóbizottság:

elnök:	Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora
tagok:	Prof. Dr. Cseh Károly, az MTA doktora
	Dr. Balogh Sándor, PhD
	Dr. Kósa Zsigmond, PhD
	Dr. Zsuga Judit, PhD

Az értekezés védésének időpontja: 2014. szeptember 11. 14.00 óra
DE ÁOK Augusztai Központ Nagyelőadó Tanterme

BEVEZETÉS

Az alapellátás fontos, bár országonként eltérő szerepet tölt be az egészségügyi rendszerekben. Az erős alapellátás hatékonyabbá teheti az egészségügy működését, a betegek számára könnyen hozzáférhető és magas színvonalú egészségügy fontos alappillére lehet. A családorvoslásnak (family medicine, general practice) az egészségügyi ellátórendszerben betöltött szerepét az általa nyújtott ellátás minősége is jellemzi.

A betegellátás minőségnek nincs általánosan elfogadott definíciója, számos meghatározása létezik, sokféle szempont alapján lehet értékelni. A minőség az alapellátásban is sokféleképpen értelmezhető, változatosan magyarázható fogalom, melyet számos különböző megközelítés alapján lehet vizsgálni. A minőség mást jelenthet egyéni és társadalmi szinten, mást a betegek, az egészségügyi dolgozók, a döntéshozók, politikusok számára. Bizonyos aspektusait lehet mérni, míg más lényeges elemek nem mérhetők. A minőséget lehet javítani a betegek szempontjából (betegelégedettség), az alapellátás szintjén (irányelvek, folyamatos továbbképzések), illetve nemzeti szinten (jogszabályok) segítségével.

Értekezésemben áttekintem az alapellátás minőségének fogalmi meghatározásait, mérésének lehetőségeit, a témában eddig közölt és elérhető fontosabb hazai és külföldi publikációk alapján.

Kutatási területeim alapján igyekszem bemutatni a hazai családorvoslás egyes részeit, ahol a minőséget javítani lehetne.

Tanszékünk részvételével lezajlott nemzetközi kutatások ismertetésével a minőség meghatározásának és az alapellátás tevékenységének jellemzésére alkalmas lehetőségeket is bemutatok.

A minőség mérésének egyre gyakrabban használt objektív mérőeszközei a minőségi indikátorok. Bemutatjuk a magyar háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelő rendszerének néhány elemét, annak finanszírozását. Megpróbáltuk felmérni, milyen mértékben és formában alkalmazzák az európai országokban a minőség mérésének ezt a mérőeszközét. Kérdőíves felmérésünk alapján európai kitekintésben mutatok be néhány nemzeti indikátor rendszert. Lényeges kérdés az

anyagi ösztönzőkkel (pay for performance) kapcsolatban, hogy valóban szükséges-e többet fizetni a „jobb” munkáért és az valóban jobb-e?

A családorvoslás holisztikus szemléletű diszciplína, számos részterületen lehetne javítani az ellátás minőségét, dolgozatomban további területet is vizsgáltam: az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszerét, eredményeit és az alapellátás lehetőségeit a korai felismerésében. A nőgyógyászati daganatok korai felismerésében és szűrésében a világ számos országában kiemelt szerepe van az alapellátásnak, hazánkban az elmúlt évtizedig az alapellátás munkatársai nem játszottak benne fontos szerepet.

A növekvő antibiotikum-rezisztencia világszerte problémát jelent. Tanszékünk munkatársaival nemzetközi kutatás résztvevőjeként háziorvosi és házi gyermekorvosi körzetekben gyűjtött és országos antibiotikum felírási adatokat is vizsgáltunk.

Az elhízás és túlsúly fontos népegészségügyi probléma, vizsgáltuk a hazai alapellátásban dolgozó orvosok tudását, terápiás gyakorlatát és attitűdjét a témával kapcsolatban.

IRODALMI ÁTTEKINTÉS

A minőség a gyógyításban és alapellátásban

A minőségnek nincs általánosan elfogadott definíciója az egészségügyi rendszerekre vonatkozóan, a legtöbb szerző által használt megközelítés *Donabedian* klasszikus modelljén alapul, amely alapvetően a struktúra (*structure*), a folyamat (*process*) és az eredmény (*outcome*) dimenziókat értékeli.

A betegellátás minősége többféle szempontból elemezhető. Az ellátás minősége multi-dimenzionális és mást jelenthet a társadalom különböző szereplőinek: mást jelenthet a betegek, az egészségügyi dolgozók, a politikusok számára és meghatározható populációs és egyéni szinten is. Az elmúlt években több szervezet különféleképpen határozta meg a minőséget befolyásoló területeket. Nemzeti szinten a *WHO* hat fő területet definiál és javasol feltérképezni az ellátás minőségének megállapítására. Az egészségügyi rendszereknek a következő dimenziókat kell felmérni és lehetőség szerint javítani:

1. **ellátáshoz való hozzáférés (access)** időben és térben megfelelő és olyan elrendezésben nyújtják, ahol a képességek és elérhető források megfelelnek az egészségügyi igényeknek
2. **eredményesség (effectiveness)** bizonyítékokon alapul és javítja az egyének és a lakosság egészségi állapotát a szükségleteknek megfelelően
3. **hatékonyság (efficiency)** az erőforrások maximálisan ki vannak használva minimális veszteség mellett
4. **méltányosság (equity)** az ellátás minősége azonos mindenki számára, nemre, származásra, korra, etnikumra, földrajzi elhelyezkedésre vagy szocio-ökonómiai státuszra való tekintet nélkül
5. **beteg központú (patient centred) a betegelégedettséget (patient's experience)** figyelembe veszi
6. **biztonságosság (safety)** minimalizálja a lehetséges kockázatokat és károsodásokat a szolgáltatást igénybe vevők számára

A minőségének nincs olyan egységes és általánosan elfogadott meghatározása, amit minden érintett ugyanúgy értelmez, az egyéneknek, betegellátóknak, ezzel foglalkozó szakembereknek is más jelenthet. Az alapellátás számára fontos kutatni és lehetőség szerint megtalálni a sokféle szempont és terület között az egyensúlyt a betegelégedettséget és a költséghatékonyságot is figyelembe véve.

Napjainkban a minőség mérésének talán legelfogadottabb, egyre gyakrabban alkalmazott kvantitatív mérőeszközei a minőségi indikátorok (*quality indicator* – QI). A minőségi indikátorokat kezdetben a kórházi ellátás értékelésére és 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.

Fontos kérdés, hogy az alapellátás szerkezete és teljesítménye hogyan függ össze a költségekkel és milyen hatása van az egészségügyi rendszer egészére. Az alapellátás minőségét teljes körűen vizsgáló QUALICOPC (*Quality and Costs of Primary Care in Europe*) projektben hazánk is részt vett. A vizsgálat leírásával be kívántuk mutatni azokat a széles spektrumú

kérdésköröket, amelyeket nemzetközi kutatók erre alkalmasnak tartanak, bemutatva a lebonyolítást is.

Minőségi indikátorok és anyagi ösztönzők

A minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők legszélesebb körű bevezetése az európai országok közül az Egyesült Királyságban történt 2004-ben: ez a mai napig használt *Quality and Outcomes Framework* (QOF). A QOF bevezetésének legfőbb indoka volt, hogy felismerték az összefüggést az alapellátás minősége és a súlyos alulfinanszírozottsága között az Egyesült Királyság alapellátását a többi országgal összehasonlítva.

A magyarországi háziiorvosi indikátor rendszer: a háziiorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése

Az alapellátás minőségének javítása céljából a háziiorvosok és házi gyerekorvosok (a továbbiakban: a háziiorvosok) indikátor alapú teljesítmény értékelésének bevezetése 2008-ban került napirendre, az Egészségügyi Minisztérium illetve a Világbank kezdeményezésére.

Az indikátorok és 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 indikátorait. Kiemelt célként jelölték meg az egészségügyi ellátás megítélésének hazai és nemzetközi javítását. A háziiorvosi indikátorrendszer a későbbiekben a finanszírozást is befolyásolta. A minőségi indikátorok után kapott összeg eleinte havonta a teljes praxisfinanszírozásnak az 1,7%-át tette ki. A finanszírozás zárt kasszából történik, a szolgáltatók elért pontértékeinek arányában szétosztva.

2014. márciusig Magyarországon 15 felnőtt és vegyes körzetre vonatkozó indikátort alkalmaztak (zárójelben az indikátorok száma): az indikátorok által értékelt területek a védőoltások (1), szűrések (1), gondozás (7), definitív tevékenység (1), gyógyszerrendelés (5). A nyolc, gyermek alapellátási körzetekre vonatkozó indikátor az alábbi területeket értékeli (zárójelben az indikátorok száma): védőoltás (1), prevenció

tevékenység (2), szűrési tevékenység (1), gondozás (1), definitív tevékenység (2), gyógyszerrendelés (1).

Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében

A daganatos megbetegedések kezelésének lehetőségei és kimenetele nagyban függ a korai diagnózistól. Populációs szinten, a korai felismerés a nemzeti morbiditási és mortalitási mutatókban tükröződik; egyéni szinten pedig élet vagy halál kérdése lehet. Financiális szempontból az egészségügyi rendszerek csökkenthetik a kiadásait a korai diagnózissal és kiszélesedhetnek a hatékony kezelési lehetőségek. Az alapellátásnak Magyarországon is kiemelt szerepe lehetne a daganatos megbetegedések megelőzésében és korai felismerésében. A nőgyógyászati daganatok közül vannak olyanok, melyekkel a háziorvosi gyakorlatban ritkábban találkozhatunk (pl. hüvelyrák) de az emlő- és méhnyak daganatos megbetegedései gyakoriak Magyarországon. Az emlőrák szűrésének legelterjedtebb eszköze a mammográfiás vizsgálat, melynek megbízhatóságát az elmúlt évtizedek technikai fejlődése jelentősen megnövelte. Bár újabban néhány szerző figyelmeztetett a mammográfiás szűrés potenciálisan káros hatásaira (túl sok álpozitív diagnózisra), a legtöbb országban a mammográfia maradt a standard és legelterjedtebb emlőszűrő módszer. A mammográfiás vizsgálat a felnőtt és vegyes praxisok indikátorai között szerepel. A méhnyak szűrés, mivel döntően nem az alapellátásban végzik, nem került be az indikátorok közé. Számos országban az alapellátás feladatai közé tartozik és hazánkban 2009 óta a védőnők is végezhetik, megfelelő képzés elvégzése után. Mivel a későn felismert, előrehaladott méhnyakrákos esetek többsége szegényebb, kevésbé iskolázott nők között fordul elő, akik a szakorvosi szolgáltatást anyagi vagy egyéb okokból nem veszik igénybe, fontos kezdeményezés a lakosság szűrővizsgálatokon való minél nagyobb arányú részvételének elérése. Ez a háziorvosok feladata és az alapellátás minőség javításának egyik fontos eleme lehet.

Antibiotikumok rendelése

Az antibiotikumokkal szembeni rezisztencia egyre nagyobb kihívást jelent világszerte. Az indokolatlan vagy túlzott mértékű antibiotikum felírás növelheti az antibiotikumokkal szembeni rezisztenciát és főleg az egészségügyi kiadásokat jelent. Az antibiotikumos kezelés, mint indikátor szerepel a felnőtt-vegyes és a gyermek körzetek indikátor alapú teljesítményértékelésében Magyarországon is.

Az APRES study

Az Európai Unió FP7 (Seventh Framework Program) által finanszírozott APRES study (*The Appropriateness of PREscribing antibiotics in primary care in Europe with respect to antibiotic resistance*) az alapellátásban dolgozó orvosok antibiotikum felírási szokásait és a közösségi regionális rezisztencia mintázatok közötti összefüggéseket vizsgálta. A vizsgálat 9 európai ország részvételével zajlott (Ausztria, Belgium, Egyesült Királyság, Franciaország, Hollandia, Horvátország, Magyarország, Spanyolország és Svédország) 2009 és 2013 között és ebben Tanszékünk is részt vett.

Elhízott betegek az alapellátásban

A túlsúly és az elhízás jelentős népegészségügyi probléma. Hazánkban az elhízással kapcsolatos betegségek előfordulása növekedést mutat, így fontos a megelőzés minden szintje, amelyben az alapellátás szereplőinek több feladata lehetne.

A kötelező egészségbiztosítás keretein belül igénybe vehető szűrő vizsgálatokat Magyarországon rendelet határozza meg. A magyar háziorvosi indikátorrendszer gyermekeknél a hat éves kor alatt évente kötelező szűrővizsgálatok elvégzését értékeli, egy indikátorral. A jogszabály által előírtak szerint évente meg kell határozni a gyermekek testtömegét, testhosszát/testmagasságát és tápláltsági állapotát. A hat évnél idősebbek tápláltsági állapotának vizsgálatát nem értékeli indikátor.

A javasolt vizsgálatok többsége nem kötelező, de a háziorvos köteles felhívni a biztosítottak, illetve törvényes képviselőjük figyelmét.

A kedvezőtlen folyamatok megfordításához szükségesek lennének a megbízható és reprezentatív adatok, de ezt eddig csak kevés hazai, a lakosság tápláltsági állapotát felmérő kutatásban vizsgálták. Az elhízás szövődményeinek megelőzésében fontos szerepe van a háziorvosnak, hiszen a súlynövekedés ütemének figyelemmel kísérése előrejelezhető és időben való felismerésével esetleg megelőzhetővé teszi a szövődmények, mint például a magasvérnyomás- illetve cukorbetegség kialakulását. A háziorvosok és betegek kapcsolatát és a kezelés sikerét nagyban befolyásolják az orvosok elhízással kapcsolatos ismeretei, attitűdjük és terápiás gyakorlatuk.

A HÁZIORVOSI INDIKÁTOROK HAZAI GYAKORLATA ÉS FINANSZÍROZÁSA ANTIBIOTIKUM RENDELÉSEK

Célkitűzésünk a hazai alapellátás egyes elemeivel kapcsolatos vizsgálatok elvégzése, bemutatása és minőség javító szempontból való értékelése. Elemezzük az eddigi eredményeket, amelyekből levont következtetések esetleg javíthatják a magyarországi családorvoslás minőségét, illetve további vizsgálatokkal és értékelésükkel hasznosak lehetnek a döntéshozók és a mindennapi gyakorlat számára is.

Hazánkban a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése 2010. január 1.-től indult, eddigi tapasztalatait értékelő tudományos közleményt nem találtunk. Vizsgálataink egyik célkitűzése volt a minőségi indikátorokhoz kötött finanszírozás bevezetésével kapcsolatos néhány adat nem teljes körű összehasonlítása az APRES vizsgálatban részt vevő 20 praxisban és országosan. Az indikátorok közül az antibiotikum felírást választottuk ki és az APRES vizsgálatból nyert, 20 praxisra vonatkozó felírási adatokat illetve azok változásait elemeztük. Országos éves antibiotikum kiváltási adatokból is indikátort képeztünk. Befolyásolhatta-e a háziorvosi indikátorok bevezetése a háziorvosok általi felírást – illetve országos szinten az antibiotikum fogyaszt - kiváltást?

MÓDSZEREK

A háziorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása

Irodalomkutatás mellett kormányzati honlapokon található információkat, valamint az OEP Finanszírozási Főosztálya által rendelkezésünkre bocsájtott finanszírozási adatokat használtuk fel, amelyek a kutatást közvetlenül megelőző időszakra vonatkoztak (2012. december).

Az antibiotikumok rendelése

Az APRES study során hazánkban 20 alapellátási körzetben (5 gyermek, 2 vegyes és 13 felnőtt) gyűjtött 2006. január 1. és 2011. március 31. között történt antibiotikum felírásokat vizsgáltuk. Az adatgyűjtés a körzetek számítógépes adatbázisából történt. A nyers adatokat adathordozóra (pendrive-ra) másoltuk, illetve ahol az adatok kinyeréséhez szükséges volt, a program fejlesztőivel is felvettük a kapcsolatot. Az adatokat a vizsgálat protokolljának megfelelően Excel táblázatba gyűjtöttük.

a., Az APRES study felírási adatainak vizsgálata

A vizsgálatban gyűjtött összes felírási adatot vizsgáltuk a betegek életkora, neme és a felírásnál kódolt diagnózis, a WHO BNO és ATC kódjai alapján. Megkerestük a leggyakoribb megbetegedésekre vonatkozó hazai szakmai irányelveket, majd összehasonlítottuk a felírási adatokkal.

b., A felírások számának változása a háziorvosi indikátorok bevezetése után az APRES vizsgálatban részt vevő 20 körzetben

Az APRES vizsgálat antibiotikum felírási és a praxisokba bejelentkezettek számára vonatkozó (denominátor) adatokból indikátorokat képeztünk, az OEP háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésében használt antibiotikumos kezelés indikátor analógiájára:

Indikátor (%): antibiotikum rendelés százalékos aránya =

a bejelentkezett biztosítottak által a tárgyhónapot megelőző 12 hónap egy hónapra vetített átlagos felírt antibiotikum vények száma /

az adott háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett biztosítottak száma x 100

A fenti számítási módszerrel kiszámoltuk a 20 körzet összesített évenkénti indikátorát 2007-2010 évekre. Az egyes körzetek felírási adataiból és a praxisba bejelentkezettek számából is „indikátorokat” számoltunk 2009. és 2010. évekre, majd megvizsgáltuk praxistípus szerint is ezek változását.

c., Antibiotikum kiváltások számának változása a háziiorvosi indikátorok bevezetése után országos (OEP) adatok alapján

Vizsgáltuk az antibiotikum felírásokat országos adatok alapján a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésének bevezetése (2010. január 1.) előtt és után.

Vizsgálatunkban az országban kiváltott összes antibiotikum (dobozszám) mennyiségét vizsgáltuk, nem csak az alapellátásban felírtakét. Az adatok forrásai: OEP gyógyszerforgalmi adatok és a Központi Statisztikai Hivatal népességszáma vonatkozó nyilvános adatai voltak.

A gyógyszerforgalmi adatokat szűrtük Excel programmal a J01 ATC kódokra, majd „indikátorokat” számoltunk.

Az indikátor kiszámítása a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése - antibiotikumos kezelés indikátorának analógiájára a következőképpen történt:

Indikátor (%) Antibiotikum rendelés százalékos aránya=

Magyarország népessége által a tárgyhónapot megelőző 12 hónap egy hónapra vetített átlagos kiváltott antibiotikumok száma (doboz) / Magyarország népessége (fő) x 100

EREDMÉNYEK

A háziiorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása

Az indikátorok értékelési rendszere és a jogszabályi környezet többször változott a bevezetés óta. A finanszírozás zárt kasszából történik, összege 250 millió forint volt minden hónapban, a szolgáltatók által elért tárgyhavi pontértékek arányában szétosztva, az összfinanszírozás háromnegyedét a felnőtt és vegyes, egynegyedét a gyermekpraxisok kapták 2012 decemberében.

A legnagyobb összegű kifizetés valamennyi praxistípusban a beutalási gyakorlat és az antibiotikus kezelés indikátorokra történt.

Az antibiotikumok rendelése

a., Az APRES study felírási adatainak vizsgálata

A 2006. január 1. és 2011. március 31. közötti antibiotikum felírásokat vizsgálva az Apres vizsgálatban résztvevő 20 körzetben 130.688 antibiotikum felírás történt a betegellátások során. A felírások megoszlásánál látható volt, hogy fiatalabb betegeknek (csecsemők, kisgyermekek) számára több antibiotikum kerül felírásra és a nőnemű betegek részére 5-10%-al gyakrabban. Az öt év alatt a legtöbbet felírt hatóanyag az *amoxicillin* volt. A vizsgált körzetekben dolgozó orvosok leggyakrabban mandulagyulladás (*tonsillitis*), garatgyulladás (*pharyngitis*) diagnózisra írtak fel szisztémás antibakteriális szereket.

b., A felírások számának változása a háziorvosi indikátorok bevezetése után az APRES vizsgálatban részt vevő 20 körzetben

A 20 körzet összesített évenkénti indikátorának értéke a legalacsonyabb 2007-ben (5,22%), a legmagasabb 2009-ben (5,57%) volt. A 20 körzet összesített indikátor értéke csökkent 2010-ben, a teljesítményértékelés bevezetése utáni évben. A csökkenés a legtöbb körzetre jellemző volt.

c., Antibiotikum kiváltások számának változása a háziorvosi indikátorok bevezetése után országos (OEP) adatok alapján

Az országos adatokból számított indikátorok alapján is megfigyelhető volt a 2010. január 1. utáni antibiotikum felírások számának csökkenése.

MEGBESZÉLÉS

A háziorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása

A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelő rendszerét számos kritika érte a szakmai, érdekképviselői szervek részéről. A háziorvosok részéről is negatív visszhangot váltott ki a rendszer a zárt kassza miatt: minél többen teljesítenek jól, annál kevesebb jut a finanszírozásból egy praxisnak, mivel többfelé oszlik ugyanaz az összeg. A rendszer kialakítását egy szűk munkacsoport végezte, amely nem volt napi

kapcsolatban az alapellátókkal. Ezenkívül probléma az is, hogy a rendszer olyan elemek et is „mér”, amelyekre a háziorvosnak sem direkt, sem indirekt ráhatása sincs (pl. gyógyszerkiváltás, védőoltás felvételére való hajlandóság, mammográfiás vizsgálaton való megjelenés, tehát az un. beteg *compliance* elemei). Néhány elem mérése nem teljes körű, hiszen a szemészeti vizsgálatra nemcsak a háziorvos utalhatja be a diabeteses beteget. Legnagyobb problémát ott látják, hogy a terápiás célértékek elérése egyáltalán nem szerepel, pedig szakmai szempontból talán ez lenne a legfontosabb.

Az antibiotikumok rendelése

Az indikátorok az antibiotikum felírások számát figyelembe veszik, de a felírások megfelelő indikációját illetve a helyes antibiotikum választást nem vizsgálják.

Mivel a legtöbb antibiotikum felírás az alapellátásban történik, az indokolatlan antibiotikum felírások csökkentésében az alapellátás szereplőinek kiemelt szerepe van.

Az indikátorok bevezetése utáni első évben az országsszerte kiváltott antibiotikumok dobozszáma mérsékelt csökkenést mutatott. Ugyanez a trend volt látható az általunk vizsgált 20 praxisban is. Mivel csak egy évre (2010) vonatkozó adatokról van szó, természetesen ez lehet egy trend kezdete éppúgy, mint olyan tél eredménye, amikor kevesebb beteg fordult antibiotikum felírásához vezető betegség miatt háziorvosához.

Az általunk végzett „próbaszámítás” eredményének értékelését több tényező is befolyásolhatja:

- az országos értékek kiváltási adatokból származnak, amelyeket nemcsak az alapellátásban írtak fel,
- a 20 APRES praxis adatait együtt is értékeltük, holott ezek több megyében működnek és más indikátorok által jellemezhetőek, továbbá felírási adatokon alapulnak
- az OEP háziorvosi indikátorszámítás egy (konkrét) praxisra vonatkozik, figyelembe véve az időszakra jellemző praxislétszámot is, mi éves illetve mind a 20 körzetre vonatkozó átlagértékekkel számoltunk.

Mindenestre úgy vélem, hogy ez a számítási módszer jól korrelálhat az illető praxisok releváns indikátoraival, bár ennek vizsgálatára nem volt módunk és értelmét sem láttuk.

NEMZETKÖZI KITEKINTÉS: MINŐSÉGI INDIKÁTOROKHOZ KAPCSOLT ANYAGI ÖSZTÖNZŐK EURÓPÁBAN

Munkánk másik célkitűzése volt áttekinteni a minőségi indikátorok és a hozzájuk kapcsolt anyagi ösztönzők alkalmazását Európában és Magyarországon.

MÓDSZEREK

Az adatokat két forrásból nyertük:

1. Irodalomkutatást végeztünk a releváns kulcsszavakkal: *quality, indicator, quality indicator, quality of care, healthcare quality indicator AND financial incentive, pay for performance, incentive, incentive reimbursements AND primary care, primary health care, general practice, family practice, family medicine general practitioner, family physician AND Europe, European, European Union.*

Független kereséseket több adatbázisban végeztük: Medline, PubMed, Embase, Cochrane Library, Web of science, Google Scholar.

Elsősorban angol nyelvű publikációkat kerestünk 2000. januártól 2012. decemberig.

A „szürke” irodalmak keresésére a Google és Google Scholar keresőket is használtuk.

2. A vizsgálat során másik forrásunk egy alapellátási szakértőkből álló európai hálózat tagjai voltak voltak (EGPRN: *European General Practice Research Network*).

Kérdőívet szerkesztettünk angol nyelven és kiküldtük az EGPRN tagjainak, akik adatot szolgáltatottak és nemzeti (helyi) hivatalos honlapokat ajánlottak, ahol ezek az információk hozzáférhetőek. Kérésünkre, amennyiben angol nyelvű változat nem volt, segítettek a fordításban is.

EREDMÉNYEK

Tíz országot találtunk ahol az alapellátásban minőségi indikátorokat használnak és ezek anyagi ösztönzőkhöz vannak kapcsolva. A minőségi indikátorok száma 1 és 134 között változik, a legtöbbet az Egyesült Királyságban, a legkevesebbet Olaszországban alkalmazzák. Nyolc országban befolyásolhatja az alapellátási szolgáltatók finanszírozását / bevételét 1-25%-os bónusszal. A nemzeti rendszerek mellett helyi kísérleteket és különféle regionális rendszereket írtak le Hollandiában, illetve Olaszországban.

MEGBESZÉLÉS

Az anyagi ösztönzők bevezetési lehetőségeit és eredményességét alapvetően meghatározhatja és befolyásolhatja az alapellátásban dolgozó orvos alkalmazási formája (egyéni vállalkozó vagy alkalmazott stb.) és finanszírozási formája (kapitáció, vagy teljesítményalapú „fee for service”). Az alapellátási szolgáltatóknak nagyobb felelősségük és feladataik vannak, hangsúlyosabb kapuőr („gatekeeper”) funkcióval (Dánia, Hollandia, Egyesült Királyság), míg más országokban ezek a feladatok csak szimbolikusak (Franciaország, Olaszország, Magyarország).

Szükségesek-e a minőségi indikátorok a jobb alapellátáshoz?

A helyesen kiválasztott és megfelelő anyagi ösztönzőkkel társított indikátorok erősíthetik az alapellátást és javíthatják annak minőségét.. Szakmai körökben is vita van arról, hogy az indikátorok egyáltalán meghatározhatják-e a minőséget? Ennek a vitának az eldöntésére természetesen nem vállalkozhatunk.

Melyik indikátorok a megfelelőek?

Az indikátorok kiválasztása és definíciója nem könnyű, valódi adatokon kell alapulniuk és az egészségügyi szolgáltatóktól függetleneknek kell lenniük, akik a nagyobb bevételszerzés érdekében esetleg manipulálhatják az eredményeket.

Hány indikátorra van szükség?

Ha túl kevés indikátor van, akkor csak az alapállásban dolgozók munkájának bizonyos aspektusait képviselik. Túl sok indikátor bevezetése megnövekedett adminisztrációhoz vezet a betegekkel való foglalkozás helyett.

Milyen mértékű anyagi ösztönzés a megfelelő?

A házi orvosok finanszírozása számos formában történhet. Az anyagi ösztönzést meghatározza és befolyásolja az alapellátásban dolgozók alkalmazotti formája: vannak vállalkozó és alkalmazottként dolgozó orvosok. A finanszírozás két fő formája a fejkvóta alapú és szolgáltatás alapú finanszírozás. A *P4P* sémák növekvő népszerűségű újítások az alapellátásban, de kérdéseket vetettek fel a minőségjavító hatékonyságukról pedig néhány országban nincsenek minőségi indikátorokhoz kapcsolva. Nincs elegendő bizonyíték, amely ellentmond vagy támogatja az anyagi ösztönzők minőség javító hatását. A házi orvosok jövedelme között továbbra is különbségek figyelhetők meg az egyes Európai országokban. Vannak relatíve kevésbé megfizetett házi orvosok (Belgium, Svédország, Franciaország, Finnország) magasabb jövedelmet kapnak a házi orvosok (Hollandia, Egyesült Királyság, Németország) de a finanszírozást az alapellátás más dimenziói befolyásolhatják. A *P4P* hatékonysága nem bizonyított, bár néhány tanulmány szignifikáns hatásról számolt be. Egy részleges *P4P* program ösztönözheti az ellátás színvonalának javítását, és javíthatja az betegelégedettséget és az ellátás szervezését. A *P4P* sémáknak jobban figyelembe kell venniük a minőség tágabb értelmű definícióját, pozitív hatásuk lehet a klinikai folyamatokra, nem világos, hogyan lehet ezt lefordítani a kezelés eredményességére és kimenetelére. A túl alacsony ösztönzés nem motivál kellőképpen, a túl magas ösztönzés pedig nem kívánt következményekkel járhat (például adat manipulálás, hamisítás). Eredményeink az mutatták, hogy Európában a teljes bevétel 1-25%-val módosíthatták a házi orvosok jövedelmét. Az irodalomban különféle vélemények vannak az anyagi motiváció mértékével kapcsolatban, nem állapítható meg pontos, univerzális arány, amely minden országra vonatkoztatható lenne, de a legtöbben legalább 5-10% bevétel növekedést tartanak megfelelőnek.

Ki döntse el, hogy mely területeket mérjük?

Egyes országokban a *P4P/QI* rendszerek bevezetése kormányzati kezdeményezésre történt (pl. Magyarország), másokban a munkaadók, döntéshozók, egészségügyi szolgáltatók és egészségügyi dolgozókat képviselő szervezetek közötti megállapodás eredménye volt (pl. az Egyesült Királyságban), de előfordul, hogy alulról felfelé ("*bottom-up*") folyamat volt, a célfelhasználók bevonásával (például Hollandia).

Bár az alapellátásban dolgozó orvosok nagy többsége hivatásként kezeli a munkáját, sokan úgy gondolják, hogy a megfelelő anyagi motiváció is fontos. Bár egyre több tapasztalattal és eredménnyel rendelkezünk a meglévő minőségi indikátor és *pay for performance* rendszerekről, továbbra is számos nyitott kérdés maradt és ezek megválaszolására további kutatások és elemzések szükségesek.

AZ EMLŐ ÉS MÉHNYAK DAGANATOK SZŰRŐVIZSGÁLATÁNAK RENDSZERE EREDMÉNYEI ÉS AZ ALAPELLÁTÁS LEHETŐSÉGEI A KORAI FELISMERÉSÉBEN

Célkitűzésünk volt a szekunder prevenciók tevékenységei közül az emlő és méhnyak daganatok szűrésével kapcsolatos részvételi adatok vizsgálata. Bemutatom a mammográfiás szűrővizsgálatokra vonatkozó országos részvételi arányokat 2002-2010 között, valamint a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésének bevezetése előtti (2009.) és utáni (2010.) évben a mammográfiás szűrésen részt vevők számára vonatkozó adatokat megyénkénti bontásban.

Az alapellátás szereplőinek bevonásával indult védőnői méhnyakszűrő program kezdeti eredményeinek bemutatása után vizsgáljuk az emlő- és méhnyakrák az incidencia és mortalitási adatait is. Keresni kívánjuk azokat a lehetőségeket is, amelyek a háziorvosi szolgálatok munkatársainak bevonásával eredményesebbé tehetné ezeket a tevékenységeket.

MÓDSZEREK

A magyarországi emlő- és méhnyak szűrésen megjelentek számáról és arányáról az irodalmakban és a hivatalos honlapokon talált adatok mellett az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatalból kértünk adatokat 2011. november végén. Az emlőszűrésen részt vettek arányáról Excel táblázatban kaptunk megyénkénti és országos összesített 2002.-2010. évekre vonatkozó adatokat. A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelését, köztük a mammográfia indikátort 2010. január 1-től vezették be, megvizsgáltam a mammográfiás szűrésen részt vevők számára vonatkozó 2009-es és 2010-es adatokat megyénkénti bontásban. A népegészségügyi méhnyakszűrő programról országos adatokat nem kaptunk, a védőnői méhnyakszűrésről a Védőnői Szakfelügyeleti Osztály anyagait bocsátotta rendelkezésünkre az Országos Szűrési Koordinátor 2012 decemberében.

A mortalitási adatokat a WHO HFA (Health for All) adatbázisából nyertük 2012. decemberben. A daganatos megbetegedések incidenciájáról a Nemzeti Rákregiszter akkor még nem publikált 2001-2010 évekre vonatkozó évenkénti, országos adatokat BNO szerint csoportosítva az Országos Onkológiai Intézetből kaptuk Excel táblázatban. Vizsgálatunk idején még nem működött a Nemzeti Rákregiszter Online lekérdező felülete, ahol most az adatszolgáltatás évenkénti bontásban már megtalálható.

EREDMÉNYEK

Emlőszűrés

A népegészségügyi célú szűrővizsgálat bevezetése utáni második fázisban (2004-2005) csökkent a részvételi arány az első fázishoz (2002-2003) képest. A résztvevők aránya mélypontját (36,7%) 2004-ben érte el. Az emlőszűrésen részt vevők arányát a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésének bevezetése előtti és utáni évben a részvételi arány megyénként jelentős eltéréseket mutatott: 2009-ben 23,6% (Pest megye)- 65,59% (Jász-Nagykun-Szolnok megye); 2010-ben 20,3% (Pest megye) - 65,8% (Tolna megye) között alakult.

Méhnyakszűrés

A 2009-ben bevezetett Védőnői Méhnyakszűrő Program eredményei alapján a meghívót kapott nők 15,8%-a (2009), 11,1%-a (2010) illetve 14,9% (2011) jelent meg az egyes években szűrésen a védőnők felhívására.

Az emlő- és méhnyakrák incidenciája és mortalitása 2001-2010 között

Az emlőrák incidenciája 2001-2010 között Magyarországon 6.198-ról 6.610 esetre nőtt (6,6%-os növekedés). A méhnyakrák incidenciája csökkent, 2001-ben 1356 új esetet diagnosztizáltak, 2010-ben 932 esetet (21%-os csökkenés). 2001 után az évenként újonnan diagnosztizált esetek száma 2003-ban volt a legmagasabb, és a későbbi években egy csökkenést mutatott. Az éves mortalitási arány csökkent mind az emlő, mind a méhnyakrák esetében. Az emlőrák mortalitása 2.304 ról (2001) 2.010-re csökkent (2010), ez 12,76 %-os csökkenést jelent. A méhnyakrákra vonatkozó mortalitási adatok 539-ről (2001) 2010-ben 379-ra mérséklődtek (29,68 %-os csökkenés). Az egész évtizedet figyelembe véve az átlagos éves méhnyakrák miatti halálozások száma relatíve magas volt, ez körülbelül 400 halálesetet jelent évente.

MEGBESZÉLÉS

Mi okozhatja Magyarországon a szűrőprogramok alacsony hatékonyságát? A válasz összetett, és anyagi, adminisztratív, szociális, oktatási, orvosi és epidemiológiai faktorokat foglal magában. Közgazdasági szempontból a problémát úgy lehet leírni, mint annak következményét, hogy csökkenő anyagi források jutottak a nemzeti népegészségügyi programokra, egészségpolitikai szempontból pedig úgy, hogy a (nagy)politika az utóbbi évtizedben nem adott prioritást ennek a területnek.

Látható különbségek vannak abban, milyen hatékonyak a helyi adminisztratív struktúrák, mennyire megbízható az információáramlás,

és hatékony a kommunikáció a szűrési koordinátorok és a családorvosok között.

Az adatokban további torzítást okoz, hogy az egészségtudatosabb (gazdagabb?) magyar nők inkább nőgyógyászati magánrendelésekre járnak, amelyek nem vesznek részt a nemzeti szűrőprogramban. Figyelembe véve azt a tényt, hogy a magánrendeléseknek nincs jelentési kötelezettsége, a szűrésen ténylegesen részt vevő nők száma nem becsülhető meg. Mindenesetre feltételezhető, hogy mind az emlő mind a méhnyak-szűrésen részt vevők tényleges száma lényegesen magasabb, mint a jelentett létszám.

A közfinanszírozott ellátásban sem a méhnyak-szűrés eredményeit, sem a Papanicolau kenetek eredményét nem jelentik az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak, így az adatokból nem derül ki, hogy szűrőprogram keretein belül vagy akut panasz miatt történt-e a vizsgálat. Mivel a kontrol vizsgálat sem korlátozódik egy standard időkeretre, olyan esetek is előfordulnak, amikor a kontrol vizsgálatot gyakrabban vagy előbb végezték el, mint a szokásos

A nemzetközi összehasonlításban ritkaságnak tekinthető védőnői hálózatnak jelentős szerepe van a magyar alapellátásban. A védőnők szorosan együttműködnek a háziorvosokkal és házi gyermekorvosokkal. Legfontosabb feladatuk a nők várandóság előtti, alatti, majd ez utáni gondozása, valamint a gyerekek gondozása a serdülőkoruk végéig. Főleg vidéki területeken szülésznői feladatokat is elláthatnak bizonyos körülmények között. Feltételezhető, hogy a részvételi arányok tovább növelhetők lennének, ha a méhnyakszűrés az alapellátási szereplők alapvető feladatai közé tartoznának és ha ez a tevékenység anyagi ösztönzőkkel lenne párosítva, bár ennek bizonyítására további kutatások szükségesek.

A méhnyakrák előrehaladott esetei legtöbbször alacsony iskolázottságú, szegény vidéki területen élő nők között fordult elő, akik sohasem vettek részt semmilyen méhnyakszűrő vizsgálaton. A védőnői hálózat különösen hasznos lehet e vidéki, nagy rizikójú nők elérésében, akik anyagi helyzetük miatt általában a magánrendeléseket sem veszik igénybe. Itt a jelenleginél szorosabb kapcsolatot kell a felnőtt háziorvosokkal is kialakítani, mert ők alapvetően a gyermekpopuláció

ellátásának szervezetében működnek, a kísérleti programokban csak ideiglenesen működtek együtt.

A véleményünk szerint a szűrőprogramok nem voltak kellőképpen támogatva a médiákban. A szervezett népegészségügyi szűrések sem voltak hatékonyan támogatva a családorvosok által, talán a hiányzó anyagi ösztönzés miatt. A mammográfiás szűrésen való részvétel arányát az háziorvosi indikátorok közé felvették, ez talán javíthat a nők szűrővizsgálaton való részvételi arányain. Megfigyelhető a mammográfiás szűrésen részt vevők arányának megyénkénti eltérése eredményeink és az indikátor célértékek alapján, azonban elégséges adat hiányában (az eredményeknél közölt adatokon túl jelenleg sem rendelkezünk továbbiakkal) a szűrőprogramok kimenetelének megfelelő epidemiológiai elemzését nem tudtuk eddig elvégezni. Nemzetközi adatok szerint az incidencia és mortalitás több évvel a szűrőprogramok bevezetése után kezd el csökkenni. Klinikai tapasztalatok szerint a betegségek incidenciája kezdetben növekedést mutathat, a betegség korai fázisú jobb felismerési aránya miatt. A mortalitás azonban fokozatosan csökkenhet, a megfelelő terápiás lehetőségek időben történő alkalmazása miatt. Általánosságban elmondható, hogy a morbiditási és mortalitási adatok nem futnak párhuzamosan, hiszen a morbiditással szemben a mortalitási adatokat később jelentkeznék, nem a diagnózis felállításának évében.

A nemzeti, népegészségügyi szűrőprogramok az alapellátás résztvevőinek nagyobb mértékű bevonásából sokat profitálhatnának. Strukturális változásoknak kellene bekövetkezni a magyar egészségügyben, hogy elősegítsék az alapellátásban dolgozók nagyobb bevonását az emlő- és méhnyak szűrésbe is, előkészítés után, szakmai konszenzussal kialakítva egy olyan indikátort, amely egy adott körzet bejelentkezett nőbetegeinél a szűrővizsgálaton való megjelenést regisztrálná, beleértve a nem szervezett, általuk kezdeményezett vizsgálatok eredményeinek rögzítését is. Ez a terület még nagyobb figyelmet igényelne a döntéshozóktól.

A HÁZIORVOSOK ELHÍZÁSSAL KAPCSOLATOS ISMERETEI, GYAKORLATA, ATTITÚDJEI

A vizsgálat célja volt felmérni a magyar háziorvosok és házi gyermekorvosok túlsúlyossággal és elhízással kapcsolatos ismereteit, attitűdjeit és gyakorlatát illetve ezek kölcsönhatásait. Ezeken túl azonosítani azokat a faktorokat és korlátokat, amelyek befolyásolhatják az orvosok hajlandóságát és képességét az elhízás és túlsúly kezelésére.

MÓDSZEREK

A vizsgálat keresztmetszeti felmérés (*cross sectional survey*) volt egy nemzetközileg publikált kérdőív magyar nyelvű változatával. A kérdőív magyar változatának elkészítésében és validálásában mind a négy magyar orvosi egyetem szakértői részt vettek, a pilot vizsgálatot a Semmelweis Egyetem munkacsoportja végezte el.

A kérdőív három fő területen belül (ismeretek, attitűd, terápiás gyakorlat) összesen 81, főleg többszörös választásos kérdést tartalmazott, kitöltése anonim módon, anyagi ellenszolgáltatás nélkül zajlott. A kérdések a háziorvosok elhízással kapcsolatos ismeretei közül főleg az okokra és következményekre fókuszáltak. Ezen kívül voltak állítások, amelyekkel kapcsolatban nyilatkoztak résztvevők, hogy egyetértenek-e azokkal vagy sem. Kizárási kritérium a vizsgálatban való részvétel visszautasítása illetve a kérdőívek hiányos kitöltése voltak.

EREDMÉNYEK

A vizsgálatban 308 felnőtt, 84 vegyes, illetve 56 gyermek alapellátási körzetben praktizáló háziorvos vett részt. Földrajzi elhelyezkedés alapján 119 kolléga a fővárosban, 99 nagyvárosokban, 126 kisvárosokban és 99 falvakban praktizált. Ez 278 nőt és 170 férfit jelentett, átlagéletkoruk $54,5 \pm 9,8$ év volt, rajtuk kívül 73 rezidens orvos (55 nő, 18 férfi; átlagéletkoruk $29,9 \pm 5,4$ év) töltötte ki a kérdőívet. A praxisokhoz tartozó betegek átlagléttszáma 1675 ± 483 fő volt.

Az orvosok saját praxisukban a túlsúlyos betegek arányát 34,3%-ra, az elhízott betegeket 23,4 %-ra becsülték, nem volt jelentős különbség a becsült értékekben sem életkor, sem településtípus szerint. Az eredményeket a továbbiakban a három fő terület alapján elemeztük.

Ismeretek

A válaszadók többsége betegségnek tekinti az elhízást és fontosnak tarja a súlycsökkentés egészségmegőrző hatását és kezelné is a betegeket a cél érdekében. A legtöbben az elhízás fő okaiként a fizikai inaktivitást, a túlsó zsír fogyasztását, pszichés problémákat valamint hormonális, genetikai tényezőket jelöltek meg. A rossz szocio-ökonomiai helyzet az orvosok 45,7%-a szerint játszik szerepet az elhízás kialakulásában.

Többségük szerint az elhízás következményei lehetnek orvosi (95,1%), lélektani (94,5%) és szociális (84,2%) problémák is.

Csupán a résztvevő orvosok 51,3%-a határozta meg pontosan a túlsúly és az elhízás BMI küszöbértéket, a fővárosban (37%) és a falvakban (47%) dolgozó kollégák kevésbé voltak felkészültek, mint a városokban dolgozó kollégáik ($\approx 60\%$).

A fiatalabb orvosok azt elhízást inkább betegségnek tekintették, mintsem egy tünetnek ($53,9 \pm 0,5$ év vs. $57,8 \pm 1,5$ év, $p = 0,01$).

A háziorvosok 70%-a nem értett egyet azzal, hogy a testsúlyt csak elhízott betegeknél kell csökkenteni, a gyermekorvosok között ez az arány 55,1% volt.

Véleményüket befolyásolta az orvosok saját BMI értéke. Bár sokan egyetértettek abban, hogy nem csak a túlsúlyos betegeknél szükséges súlycsökkentés, a 30 kg/m^2 feletti BMI értékű orvosok csupán 46,7%-a volt azonos véleményen ($p = 0,007$).

Azok átlagéletkora, akik ezzel a megállapítással egyetértettek, szignifikánsan magasabbnak bizonyult ($56,2 \pm 0,9$ év vs. $53,7 \pm 0,6$ év, $p = 0,019$).

Attitűdök

A háziorvosok attitűdjét életkoruk mellett saját testsúlyuk is befolyásolta. A normális BMI-vel rendelkező orvosok 94%-a úgy gondolta, hogy a háziorvosnak normál testsúlyú példaképnek kell lenni a betegek

szemében, az elhízott orvosoknak azonban csupán 80,8 %-a értett egyet ezzel az állítással ($p=0,004$).

Terápiás gyakorlat

A kiegyensúlyozott, egészséges diéta és a testmozgás a legfontosabb tényezők a testsúlycsökkentésre a háziorvosok szerint, leginkább a nagyon kis kalóriatartalmú diéták, illetve a reklámok követésével nem értettek egyet.

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunk egyik legfontosabb eredménye, hogy a háziorvosok saját testsúlya és életmódja befolyásolja a túlsúlyos és elhízott betegekkel szembeni attitűdjét és terápiás gyakorlatát.

A válaszadók változatos földrajzi és életkor szerinti országos reprezentatív mintát képviseltek és a Magyarországon praktizáló alapellátásban dolgozó orvosok 10%-át tették ki. A témában az eddigi vizsgálatok csak kisebb területeken történtek, még nagyobb országok esetében is.

A kutatás korlátai közé tartozik, hogy a kérdőíves felmérés nem mindig mutatja be pontosan a napi terápiás gyakorlatot és attitűdöt, valamint az aktuális munkaterhelés és a kitöltő hangulata is befolyásolhatja a válaszokat.

Azokban az országokban, ahol az alapellátás szerepe erősebb, az orvosokon kívül egyéb alapellátási dolgozókat is bevonnak az elhízás felismerésébe és gondozásába. A jelenlegi magyarországi szakmai útmutatók multidiszciplinárisak, nincs kifejezetten az alapellátás számára készített irányelv, melyre a háziorvosok eltérő tudása, gyakorlata és személyes attitűdjei miatt is szükség lenne.

Fontos az egészségügyi dolgozók oktatása is, a megfelelő elhízással kapcsolatos képzés és továbbképzés.

A jelenlegi szabályozás a gyermek körzetek indikátorain kívül nem igazán motiválja a háziorvosokat az elhízás prevenciójára, diagnosztizálására vagy kezelésére.

KÖVETKEZTETÉSEK

A minőségi indikátorok mellett és ellen sok érv felhozható.

Az ellenük szóló érvek közül az orvoslás holisztikus szemléletének elvesztése, bizonyos részeknek az egészből való kiragadása hangzik el a leggyakrabban. Mellettük szól, hogy objektív mérőeszközök és összehasonlíthatóbbá válhat a szereplők teljesítménye.

A jövőre nézve legfontosabb kérdés, melyik indikátorokat alkalmazzuk, melyik területeken és melyek feleslegesek?

Az indikátorok megfelelő helyen, időben és módszerrel alkalmazva elősegíthetik az orvoslás minőségének javítását. Az indikátorok és anyagi ösztönzők kifejlesztése világos politikai célokon és szakmai egyetértésen kell, hogy alapuljon. Mivel számos kérdés és rájuk különféle válaszok léteznek, további kutatásokra van szükség a leghatékonyabb minőségjavító eszközök, módszerek megtalálására.

A hazai alapellátásban is, a nemzetközi tapasztalatok figyelembevételével, szükség van indikátorrendszerre. Ezeket azonban alapellátási tapasztalattal és gyakorlattal rendelkező szakértők bevonásával kellene kialakítani, figyelembe véve szakmapolitikai, népegészségügyi és finanszírozási szempontokat egyaránt.

Fontos lenne az alapellátási protokollok megszerkesztése, széles körű megismertetés utáni bevezetése, szinkronizálva a finanszírozási protokollal.

Nagy előrelépést hozhatna egy olyan, országosan koordinált informatikai fejlesztés, ami lehetővé tenné a laboratóriumi, képalkotó vizsgálati eredmények és a különböző ellátási szinteken történő események elérhetővé tételét. Bár ez a lehetőség ma is adott a házi orvos számára, alkalmazási feltételei bonyolultak, időigényesek és életszerűtlenek. Ide tartozna egy országosan egységes házi orvosi software kialakítása, amelyből a ma küldött, gyakran értelmetlen és felesleges jelentések (adathalmazok) helyett valódi morbiditási és ellátási adatok származnának, információkat biztosítva gazdaságilag hasznos elemzésekhez.

A minőség javításának fontos és eddig nem kihasznált területe a beteg központú ellátás kialakítása, szükséges lenne a betegelégedettség

rendszeres vizsgálata, a betegek elvárásaira nagyobb hangsúlyt és figyelmet szentelni.

Az értekezés alapját képező vizsgálatok a teljeség igénye nélkül mutattak be néhány, Magyarországon alapellátási indikátorral jellemezhető tevékenységet. Törekedtem a nemzetközi tapasztalatok megismerésére és bemutatására, a publikált eredmények és nem publikált „szívességi” információk elemzésére, megmutatva azt a hazánkban sajnos még alig kihasznált lehetőséget, amely a háziiorvosi praxisok ellátási adatainak elemzéséből származtatható.

ÖSSZEFOGLALÁS

A betegellátás minőségének meghatározása és fejlesztése évtizedek óta kiemelt szerepet játszik az egészségügyi rendszerekben.

Az alapellátás minősége sokféleképpen meghatározható és javítható annak mérése nélkül is, hiszen sok fontos elem nem mérhető, ugyanakkor a minőség mérésére egyre gyakrabban használnak kvalitatív jellemzési módszereket, a minőségi indikátorokat.

Értekezésem célja az alapellátás minőségének mérését és javításának lehetőségeit keresni saját kutatási területemen, saját vizsgálatokkal és irodalomkutatás alapján.

Tanszékünk részvételével zajlott két fontos, nemzetközi vizsgálat magyar ágának eddigi eredményei alapján javaslatot teszek a hazai alapellátás minőségének javítására alkalmas lehetőségekre.

A releváns irodalmak áttekintésével összefoglalom a témával kapcsolatos eddigi vizsgálatok fontosabb eredményeit.

A hazai és nemzetközi minőségi indikátorokkal kapcsolatos vizsgálataink eredményei alapján a minőségi indikátorok megfelelően alkalmazva a minőség javításának hasznos eszközei lehetnek.

A női daganatok szűrésében az alapellátás motiválásával és nagyobb szerepvállalásával valószínűleg magasabb átszűrtséget lehetne elérni, hatékonyabbak lehetnének a népegészségügyi szűrőprogramok.

Az antibiotikum felírási indikátoroknak a mennyiség mellett a minőséget is értékelnie kellene, amely a költségek és valószínűleg az antibakteriális szerekkel szembeni rezisztencia csökkenéséhez vezetne.

A páciensek antropometriai adatainak az alapellátásban dolgozók általi pontos rögzítése és feldolgozása jelentősen megkönnyítené a túlsúly és az elhízás megelőzését, diagnosztikáját, és kezelését is.

Az értekezésben ismertetett vizsgálatok alapján közvetlenül vagy közvetetten az alapellátásban folyó munka minőségéről alkothatunk részletesebb képet, az eredmények mindennapi gyakorlatba átültetésével javítani lehetne a lakosság egészségi állapotát, a rendszer költséghatékonyágát.

Iktatószám: DEENKÉTK/51/2014.
Tételszám:
Tárgy: Ph.D. publikációs lista

Jelölt: Kolozsvári László Róbert
Neptun kód: IP482P
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola
Mtm azonosító: 10043815

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Kolozsvári, L.R.**, Orozco-Beltran, D., Rurik, I.: Do family physicians need more payment for working better?: Financial incentives in primary care.
Aten. Prim. 46 (5), 261-266, 2014.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.014>
IF:0.957 (2012)
2. **Kolozsvári, L.R.**, Langmár, Z., Rurik, I.: Nationwide screening program for breast and cervical cancers in Hungary: special challenges, outcomes and the role of the primary care provider.
Eur. J. Gynaecol. Oncol. 34 (5), 419-424, 2013.
IF:0.577 (2012)
3. Rurik, I., Torzsa, P., Ilyés, I., Szigethy, E., Halmy, E., Iski, G., **Kolozsvári, L.R.**, Mester, L., Móczár, C., Rinfel, J., Nagy, L., Kalabay, L.: Primary care obesity management in Hungary: Evaluation of the knowledge, practice and attitudes of family physicians.
BMC Fam Pract. 14 (1), 156, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-156>
IF:1.609 (2012)



További Közlemények

4. **Kolozsvári L.R.**, Rurik I.: A minőség javításának lehetséges eszközei az alapellátásban: Minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában.
Orv. Hetil. 154 (28), 1096-1102, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2013.29631>
5. Szigethy, E., Jancsó, Z., Móczár, C., Ilyés, I., Kovács, E., **Kolozsvári, L.R.**, Rurik, I.: Primary care of patients with high cardiovascular risk: Blood pressure, lipid and diabetic target levels and their achievement in Hungary.
Wien. Klin. Wochens. 125 (13-14), 371-380, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00508-013-0379-2>
IF:0.813 (2012)
6. Rurik I., Boerma W.G.W., **Kolozsvári L.R.**, Lángi L.I., Mester L., Móczár C., Schäfer L.A.W., Schmidt P., Torzsa P., Végh M., Gronewegen P.P.: QUALICOPC: Az alapellátás minőségének, költségének és méltányosságának vizsgálata Európa országaiban: magyarországi ág.
Orv. Hetil. 153 (35), 1396-1400, 2012.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2012.29440>
7. Langmár Z., Németh M., **Kolozsvári L.R.**, Joó J.G., Mátrai Z.: A hüvely rosszindulatú daganatai.
Orv. Hetil. 152 (49), 1974-1976, 2011.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 3.956

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre): 3.143

Debrecen, 2014.05.30



Egyéb közlemények, konferenciakiadványok

den Heijer CD, van Bijnen EM, Paget JW, Pringle M, Goossens H, Bruggeman CA, Schellevis FG, Stobberingh EE, The Apres study team (Hoffmann K, Apfalter P, Bartholomeeusen S, Ieven G, Katic M, Budimir A, Hebbrecht G, **Kolozsvári LR**, Konya J, Korevaar J, Bolibar B, Grenzner E, Mölstad S, Matussek A, Flemming D, Lovering A). Prevalence and resistance of commensal *Staphylococcus aureus*, including meticillin-resistant *S. aureus*, in nine European countries: a cross-sectional study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2013;13(5):403-419.

Kolozsvári LR, Rurik I. Financial incentives related to quality indicators in European countries. Abstracts from the EGPRN meeting in Kusadasi, Turkey. 15-19 May, 2013. *European Journal of General Practice*. 2013;19(3):173.

Kolozsvári LR, Rurik I. Comparison between primary care indicators in Hungary and in the UK. Abstracts from the EGPRN meeting in Ljubljana, Slovenia, 10th – 13th May, 2012. *European Journal of General Practice*. 2012; 18(3):159-180.

Kolozsvári LR, Rurik I. Administrative and reporting tasks of general practitioners (GP) in Europe. Abstracts from the EGPRN meeting in Kraków, Poland, 13–16 October 2011. *European Journal of General Practice*. 2012;18(1):30-49.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Nagyon köszönöm **Dr. Rurik Imre** professzor úrnak, témavezetőmnek, a Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék vezetőjének a lehetőséget és segítséget, amellyel elindított tudományos pályámon, lehetővé tette számomra, hogy részt vegyek hazai és nemzetközi vizsgálatok szervezésében és lebonyolításában, megtanított a publikációk megírásának fortélyaira és útmutatásaival fenntartotta a lendületemet a felmerülő nehézségek során.

Köszönöm a közreműködést és részvételt a **tanszékünk munkatársainak**, hazai és külföldi **kutatótársaimnak**, akik segítségével megvalósulhattak a vizsgálataink, azok közlése, valamint jelen értekezés elkészülte.

Köszönöm az adatgyűjtés során nyújtott szíves segítségét **Dr. Kőrösi László** OEP osztályvezetőnek a háziorvosi indikátorrendszerrel-, **Dr. Budai András** Országos Szűrési Koordinátornak a népegészségügyi célú szűrésekkel- és **Dr. Gaudi Istvánnak** a Nemzeti Rákregiszterrel kapcsolatos, kutatásunkhoz nélkülözhetetlen adatok rendelkezésünkre bocsájtásáért.

Hálásan köszönöm a támogatást **feleségemnek, családomnak**, akik a nyugodt háttér biztosításával teremtték meg a körülményeket munkám és kutatásaim végzéséhez illetve elviselték az ezzel járó lemondásokat.

