

medicus universalis XXXVIII/4–5. 2005.



eredeti közlemény

ALPELLÁTÁSI MINŐSÉGI INDIKÁTOROK DONABEDIAN RENDSZERE ALAPJÁN

DR. SZATMÁRI MARIANNA

Kulcsszavak: *minőség, minőségbiztosítási rendszerek az egészségügyben, Donabedian, EFQM, alapellátási minőségbiztosítási indikátor rendszer*

A minőség komplex fogalom, az értelmező szótár szerint „a kiválóság viszonylagos jellege és foka”.

A megfogalmazásból kiemelendő a „viszonylagosság”, mert a minőség mindig csak a folyamatban résztvevők jellemző tulajdonságai, valamint a környezet és a körülmények egyidejű figyelembe vételével vizsgálható és ítélni lehet meg.

Az egészségügyi rendszer és az ellátás szintén komplex fogalmak, ha tehát azok minőségét kívánjuk megítélni, a „viszonylagosság”, azaz a külső és belső körülmények együttes hatása még nagyobb szerepet kap.

Az egészségügyi minőségbiztosítás kezdetét történetileg az 1850-es évekre teszik, mások *Florence Nightingale* munkáját értékelik az első ilyen célú törekvésnek. A huszadik század elején *Ernest Codman* dolgozta ki az első minőség-vizsgálati, úgynevezett „végeredmény rendszer”-t („end result system”), amelynek indikátorai: a dokumentáció, a beteg kórházi elbocsátás utáni követése, a kezelésekre való hozzáférhetőség és a különböző kórházak összehasonlítása. Többek megfogalmazása szerint sokkal messzebb a mai napig sem jutottunk a minőség megítélésében, aminek fő okai a megfelelő dokumentáció és a rendelkezésre álló eszközök felmérésének a hiánya, az ellátók között fennmaradt nagy különbözőségek, valamint az ellátás túl-, illetve alul-használása.

Indikátorok nélkül lehetetlen a monitorozás. Az egészségügyi minőségi indikátor rendszer kidolgozásának ma is aktuális élharcosa az örmény származású amerikai *Avendis Donabedian*.

Donabedian minőségi rendszere magában foglalja csaknem mindazt a külső és belső körülményt, amely az egészségügy komplexitását tükrözi. Mielőtt azonban részleteibe belemennénk, és az alapellátás minőségi indikátor rendszerének kialakításához felhasználnánk, tekintsük át, hogy a mai minőségbiztosítási irodalom

milyen egyéb megközelítési módokat ismertet meg velünk.

Előjáróban le kell szögezni, hogy a világban nincs, sőt a régiókban sincs egy egységes, minden országra érvényes, kötelező egészségügyi minőségbiztosítási rendszer. Nemzeti előírások, törvények sok országban, így Magyarországon is léteznek, de különböző indikátorokat, megítélési rendszereket használnak. *Loeb* szerint a megközelítési mód alapvető filozófiája is legalább háromféle lehet:

- a meglévő adatokra alapozni – ami kényelmes és olcsó;
- a szükségletekre alapozni, és ennek megfelelően egészíteni ki a meglévő adatokat, ami elsősorban a sürgősségi ellátásban hatékony módszer;
- a szervezési stratégiára alapozni – ami a leghatékonyabbnak tűnik.

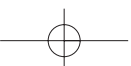
Lillrank és *Liukko* szerint az egészségügy ellátásnak három típusa van:

- standard, amikor egyetlen megfelelő út vezet eredményhez, és az esetleges hiba az ettől való eltéréstől ered;
- rutin, amikor két, vagy több alternatíva van, és az esetleges hiba a rossz választásból ered;
- nem rutin jellegű, egyedi esetek, amelyek erősen függenek a külső és a belső tényezőktől.

Az ellátás minőségének bizonytalansága egyenesen arányban nő a standardtól a rutinton keresztül a nem rutin jellegig. Ez a felosztás egyébként, ha nem is lineáris jellegű, alaposabb vizsgálattal sokban hasonlít az *Elgert* szerinti fokozatokhoz.

Elgert a minőségbiztosítás négy fokozatát határozza meg az alapellátás megítélésében:

- Q1 az ellátás alapvető folyamatai
- Q2 az eredmény mérése (pl. a diabéteszes betegek perifériás ér-állapota, vagy szemfenéki állapota)
- Q3 funkcionalitás (a kapcsolatteremtő készség és intuíció felhasználása)



- a praxis populációhoz való viszony (pl. közösségi programok).

Az utóbbi kettő nehezen mérhető, szubjektív kategória. Javasolják ezen felül Q5-ként a költség/haszon elv és/vagy az ellátottak megelégedettségének meghatározását is. A rendszerben nincsenek valódi indikátorok, csak szemléletbeli megközelítési módok.

Érdekes vizsgálatot végeztek nagy populációban az orvosválasztás szempontjairól az alapellátásban *Razzouk* és munkatársai. Megállapításaik szerint két tényező bizonyult szignifikánsan a legfontosabbnak: a betegek megelégedettsége az ellátással, és az orvos elérhetősége. Ezen kívül fontosnak találták a személyek közötti kapcsolati készséget és a szakmai kompetenciát. *Hanna* vizsgálatai szerint az orvos elérhetősége bír nagy fontossággal, különösen idős betegek számára. Mivel az orvosválasztás – szabad választás és választható praxisok esetén – a páciens részéről egyben minőségellenőrzés is, az említett tényezők minőségi indikátoroknak is értékelhetőek az alapellátásban.

Szokatlan megközelítési módot ír le *Bansal*, aki új paradigmát javasol a minőség szempontjából: a kapcsolati piac fogalmát, áttérést a tranzakcióról az interakcióra. Ezt a szemléletet az angol NHS (National Health Service) bevezette az általános orvosi menedzsmentben. A kapcsolati piac tartós kapcsolatra épít. Három fő folyamata az interakció, a megbeszélés és az értékelés. A lényeg: váltás az orvos–beteg kapcsolatról a praxis–beteg kapcsolatra, azaz a menedzsment és az értékelés kiterjed a praxis minden tagjára és munkafolyamatára.

A spanyol minőségbiztosítási rendszer 20 éves tapasztalatait ismerteti *Ruiz*. Tanulmányában felsorolja a legáltalánosabban használt minőségellenőrzési módszereket (ISO, Baldrige kritériumok, balanced scorecard, six sigma, EFQM) és tapasztalataikat, amelyek szerint a fentiek integrált alkalmazása és három lépcsős bevezetése bizonyult a legcélravezetőbbnek.

A holland egészségügyi minőségi indikátor rendszerről *Asbroek* és munkatársai számolnak be. A modell a stratégián alapul, ötvözi Lalonde rendszerét – amelynek középpontjában a népegészségügy és az azt befolyásoló tényezők állnak – egy menedzsment modellel. Ez utóbbi négy szempontot, az anyagot, az ellátottt, az innovációt és a belső szervezeti folyamatokat veszi figyelembe. Az alkalmazott komplex módszer lehetővé tette a népegészségügy és az egészségügyi ellátás összefüggéseinek a vizsgálatát.

Gulácsi és munkatársai az Európai Bizottság által 1989-ben létrehozott EFQM (Európai Minőségmenedzsment Alapítvány) modelljének jellemzőivel ismertetnek meg. Az EFQM holisztikus, jutalmazza a szakemberek együttműködését és az optimális erőforrás allokációt. Az EFQM egészségügyi ágazati munkacsoportot 1998-ban hozták létre. A modellben két vizsgálati rész szerepel: az adottságok (enablers) és az eredmények (results). Ezen belül kilenc kritériumot határoztak

meg, amelyek százalékos aránya megegyezik a minőség szempontjából való jelentőségükkel. Így például az adottságok között 14%-kal legmagasabb érték-arányúak a folyamatok, az eredmények között 20%-kal az ellátottakkal kapcsolatos kimenetel. A modell illeszkedik *Donabedian* minőségi koncepciójához, nem szabvány jellegű, mint az ISO rendszer, hanem rugalmasan segíti elő a minőség-menedzsmentet.

A hazai minőségbiztosítási irodalom – egy-két kivétellel – a kórházi ellátás megítélését taglalja. *Belicza* az ISO, az akkreditációs standard és az EFQM rendszerek ismertetése után indikátorok és standardok kidolgozását sürgeti a kórházak számára. Ugyancsak a kórházi minőségbiztosítási standardok, és az egészségügyi minőségbiztosítási szakemberek folyamatos képzésének szükségességét hangsúlyozza *Pigniczki Ágnes*nek adott interjújában *Gödény Sándor*. Az ISO 9001:2000-el kapcsolatos kórházi feladatokról ír *Kránicz*, és a betegek megelégedettségét vizsgálta, ugyancsak kórházból való távozás után *Nagy* és *Boncz*.

A házi orvosi munka továbbfejlesztésével, értékelési lehetőségeivel *Balogh* és *Papp* foglalkozik. Munkájukban, amely egy reprezentatív minta vizsgálati tervét írja le, olyan, a népegészségügyi programhoz is illeszkedő paraméterekre hivatkoznak, amelyek jól illeszkednek *Donabedian* minőségi szempontjaihoz.

A fentiek a jelenleg ismert és alkalmazott egészségügyi minőségbiztosítási és ellenőrzési módszerek egy töredékét képviselik. Ebből is látszik, hogy a feladat távolról sem egyszerű, magától értetődő. Mégis, talán elmondható, hogy a sokat hivatkozott *Donabedian* minőségi koncepciója közelíti meg leginkább azt a komplex fogalmat, amit egészségügyi ellátásnak nevezünk.

Avendis Donabedian az 1960-as években írta le először azokat a szempontokat, amelyek alapján az egészségügyi ellátás minősége megközelíthető, ezek:

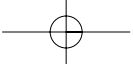
1. struktúra
2. folyamat
3. kimenetel (outcome) az ellátott szempontjából
4. kimenetel az ellátó szempontjából

Ezt a felosztást többen (például *De Geindt*, *Dror*) használták alapul saját minőségi indikátoraik kialakításánál és *Donabedian* 1987-ben alakította ki jelenleg használt formáját. Mit is takarnak a felsorolt szempontok?

ad 1. A struktúra komplex fogalom, amely tartalmazza az ellátottak és az ellátók, a rendelkezésükre álló források és eszközök, valamint a fizikai és szervezeti környezetük viszonylag stabil jellemzőit.

ad 2. A folyamat az ellátottak és az ellátók közötti interakciók sora. Magában foglalja az ellátás menetének a szervezését, a tudományos és technikai eredmények ismeretét és felhasználását, az emberek közötti kapcsolatokat pszichés és etikai vonatkozásait.

ad 3. Az ellátás kimenetele az ellátott szempontjából több tényezőt foglal magában:



- ismereti:** a páciens ismeretei az egészségügyről, a saját állapotáról, az ellátásról általában és saját esetében;
- érzelmi:** a páciens érzelmei a fentiekkel kapcsolatban;
- magatartási:** a prevencióval, a saját egészségi és szociális helyzetével, és a szolgáltatás igénybevételével kapcsolatban.

ad 4. Az ellátás kimenetele az ellátó szempontjából: az ellátó megelégedettsége a felsorolt szempontok vonatkozásában.

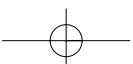
A fenti rendszer nem a teljesítményt (output), hanem az ellátás kimenetelét (outcome) vizsgálja és a viszonyítások elvén alapul. A különböző minőségi szempontokat, tehát a struktúrát, folyamatot és kimenetelt az alábbi indikátorok felhasználásával vizsgálja:

- A. hozzáférhetőség
 B. technikai menedzsment
 C. emberi kapcsolatok
 D. folyamatosság
- Elmondhatjuk, hogy az egészségügyi szolgálat ilyen komplex leírása közel visz az ellátás minőségének megismeréséhez.

Donabedian rendszerét eredetileg a HMO-k (Health Maintenance Organization) minőségbiztosítása számára dolgozta ki. Alkalmazása az alapellátási szolgálatoknál az önvizsgálatot és a különböző praxisok összehasonlítását egyaránt lehetővé teszi. Ennek a komplex minőségellenőrzési rendszernek az alábbi adaptált indikátor rendszerét javaslom alkalmazni a háziorvosi praxisok vizsgálatához.

INDIKÁTOR: A. HOZZÁFÉRHETŐSÉG

SZEMPONTOK:		PONT
A1. Struktúra	▪ az infrastruktúra (burkolt utak, közlekedési eszközök, legtávolabbi beteg elérhetősége percben stb.)	30
	▪ sürgősségi ellátás, ügyeleti rendszer léte, formája;	70
	▪ hátrányos helyzet (mentő-távolság, gyógyszerár hiánya stb.) kompenzálása	60
A2. Folyamat	▪ átlagos várakozási idő akut esetekben;	60
	▪ átlagos várakozási idő előjegyzés nélkül;	50
	▪ előjegyzett betegek aránya;	60
	▪ gondozási esetek átlagos gyakorisága (krónikus betegségenként);	70
	▪ az ellátók helyettesítésének éves átlaga, távollét miatt (rendes évi szabadságon kívül);	50
▪ orvos/nővér arány a szűrés gondozás ellátásában	50	
A3. Kimenettel ellátotti szempontból	▪ a négy szemközti találkozások lehetősége, megteremtése;	60
	▪ ismert morbiditási gyakoriság (hypertonia, cardiovasc., carcinoma, diabetes) a régió adataihoz viszonyítva;	70
	▪ a probléma/panasz arány az orvos–beteg találkozások között;	60
▪ a mortalitási struktúra a praxis demográfiai helyzetének figyelembe vételével;	60	
A4. Kimenettel ellátói szempontból	▪ szakorvosi konzílium hozzáférhetősége;	60
	▪ továbbképzési, önképzési részvétel lehetősége;	70
	▪ számítógépes használat köre;	80
	▪ az útviszonyoknak megfelelő gépkocsi rendelkezésre állása	40
Összes:		1000
%:		100%



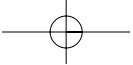
Indikátor: B. TECHNIKAI MENEDZSMENT

SZEMPONTOK:		PONT
B1. Struktúra	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a praxis betegeinek a száma és kormegoszlása; ▪ az orvos/nővér/ arány a praxis demográfiai helyzetével összefüggésben; ▪ diagnosztikus és terápiás eszközök és a használatukra kiképzett személyzet aránya; ▪ Az otthon-ápolás szükségletnek megfelelő igénybevétele 	80 70 70 70
B2. Folyamat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a diagnosztikus és terápiás tevékenységek a praxis morbiditási és demográfiai helyzetének figyelembe vételével; ▪ a prevenció tevékenységek aránya az össz-tevékenységek között; ▪ a korai diagnózisok száma és jellege; ▪ a gondozási esetek száma a praxis morbiditási és demográfiai helyzetének összefüggésében 	90 80 70 80
B3. Kimenetel ellátotti szempontból	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a kórházba utalások száma a praxis morbiditási és demográfiai helyzetének összefüggésében; ▪ a szociális alapellátással közösen ellátott esetek száma a praxis társadalmi-gazdasági viszonyainak összefüggésében; ▪ a szolgálat elleni ellátással kapcsolatos panaszok száma 	70 60 70
B4. Kimenetel ellátó szempontjából	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rendelkezésre álló technikai háttér (EKG, Doppler stb.) használata; ▪ a technikával kapcsolatos képzés és továbbképzés lehetősége a praxis munkatársai számára; ▪ amortizáció figyelembe vétele 	80 60 50
	Összes:	1000
	%:	100%

Indikátor: C. AZ EMBERI KAPCSOLATOK FOLYAMATA

SZEMPONTOK:		PONT
C1. Struktúra	▪ ellátottak aránya a területi ellátási kötelezettség szerinti lakosság-számhoz viszonyítva	80
	▪ a praxis team-el kapcsolatban lévő önszolgáltató csoportok, klubok száma;	40
	▪ a praxis belső berendezése, a váró/rendelő hangulata, kényelme és használtsága a beteg számára;	80
	▪ rendelőben ellátottak és háznál történt látogatások aránya, a régióhoz viszonyítva	60
C2. Folyamat	▪ biztonságérzés, diszkréció, személyes autonómia – beteg kérdőív alapján;	80
	▪ együttműködés a szociális alapellátással;	60
	▪ orvos, nővér részvétele az önszolgáltató csoportok munkájában	40
C3. Kimenetel ellátotti szempontból	▪ a kapott tanács megértése/elfogadása – betegek visszajelzése alapján;	80
	▪ a szűrővizsgálaton résztvevők aránya az érintett korcsoportokban;	80
	▪ a dohányzást és a túlzott alkoholfogyasztást abbahagyó betegek éves számának trendje;	50
	▪ a megkísérelt és a befejezett öngyilkosságok számának trendje a praxis demográfiai és társadalmi-gazdasági viszonyainak összefüggésében;	40
	▪ a csak diétával egyensúlyban lévő diabéteszesek, száma a praxis demográfiai viszonyainak figyelembe vételével, a régióhoz viszonyítva;	50
	▪ a túlsúlyos betegek súlyvesztése éves átlagának trendje	50
C4. Kimenetel ellátó szempontjából	▪ a jó orvos-beteg kapcsolat előnyeinek érvényesülése a napi munkában az orvos véleménye alapján;	80
	▪ az alapellátási munkatársak (orvos, nővér, szociális munkás) jó együttműködése a résztvevők megkérdezése alapján;	70
	▪ az önszolgáltató csoportok támogatása az orvos/nővér tanácsadói munkájához	60
	Összes:	1000
	%:	100%

eredeti közlemény

**Indikátor: D. FOLYAMATOSSÁG**

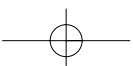
SZEMPONTOK:		PONT
D1. Struktúra	<ul style="list-style-type: none"> ▪ az orvos ugyanazon praxisban eltöltött éveinek száma; 80 ▪ a praxis-team közös munkával eltöltött éveinek száma; 60 ▪ a praxishoz 1-3-5-10, illetve több éve tartozó egyének/családok száma; 60 ▪ az állandó szakorvosi konzultánsok száma a település jellegének figyelembe vételével 40 	
D2. Folyamat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a beteg-dokumentáció tartalmi minősége; 90 ▪ a gondozási esetek száma; 80 ▪ a rizikó-gondozási esetek száma; 60 ▪ a szűrések száma és jellege – lakosság motiválása 70 	
D3. Kimenetel ellátotti szempontból	<ul style="list-style-type: none"> ▪ az állandó házi orvos meglétének előnyei, bizalom (beteg kérdőív alapján); 70 ▪ szervezett és rendszeres szűrővizsgálatok rendelkezésre állása; 60 ▪ a rizikók időbeni felismerése és folyamatos rizikó-gondozás; 70 ▪ szövődmények kialakulásának csökkenése a gondozás segítségével; 60 ▪ folyamatos szakorvosi konzultációk rendelkezésre állása 40 	
D4. Kimenetel ellátó szempontjából	<ul style="list-style-type: none"> ▪ az esetleges változások folyamatos követése, mint diagnosztikus, terápiás segítség, az orvos/nővér véleménye alapján; 70 ▪ a team munka erősödése, a team véleménye alapján; 50 ▪ a szakorvosi, kórházi konzultánsokkal való folyamatos együttműködés pozitív hatása a munkára a beteg-dokumentáció alapján 40 	
	Összes:	1000
	%:	100%

Az egyes indikátorok objektív megítélése nem könnyű. Vannak elemek, amelyek számszerűsíthetők, mint például a praxistól való legnagyobb távolság kilométerben, vagy a praxis létszáma, a gondozottak száma, stb. Mások elhelyezhetőek lennének egy tízes, vagy százaskalán, mint mondjuk a biztonságérzet, vagy a kapott tanács megértése/elfogadása. Egy ilyen „vegyes” rendszer azonban nehezzé tenné a végső értékelést. Ezért az EFQM-nél leírt, és Európában bevált módszert, azaz az egységes pontozást javaslom, amelynek alapját az adott indikátornak a vizsgált szemponton belüli fontossági aránya képezi. Átvehető lenne az EFQM-től az is, hogy 10 pont képezzen 1%-ot. Egy-egy indikátorra tehát maximum 1000 (azaz 100%) adható összpontszámot javaslom. A szempontokon belül leírt mutatók százalékos aránya – azaz adható maximális pontszáma – bizonyára vita tárgyát képezi majd, hiszen egyelőre önkényes, szubjektív megítélést tükröz. Az tény, hogy más arányban szerepel például a folyamat a technikai menedzsmentben, mint az emberi kapcsolatoknál, vagy a struktúra a hozzáférhetőségnél. Emellett azoknál a mutatóknál, amelyek nagymértékben maguktól a páciensektől függenek, kisebb pontszámot tartottam indokoltnak, mert az ellátók befolyása korlátozott. Ilyen például a szűréseken való

részvétel, vagy a szervenélybetegségekről való leszokás, amelyekben ugyan nagy szerepet játszik az orvos-beteg kapcsolat, de a végeredményre csak áttételes hatással van. Mindenesetre úgy gondolom, hogy a rendszer egésze, azaz a 4 fő-indikátor összegezett pontszáma, és főleg ezeknek a később alakuló trendje módot ad valamilyen számszerű megítélésre, ugyanakkor illeszkedik mind Donabedian, mind az Európai Bizottság EFQM rendszeréhez.

Az alapellátás minőségének monitorozására nem sok rendszer található az irodalomban, és ezek nagy része sem tartalmaz indikátorokat, csak elméleti kívánalmakat. A közlemény egy házi orvosi praxis számára kidolgozott minőségellenőrzési rendszer javaslatait tartalmazza, maguk a leírt indikátorok pedig 29 év alapellátásban eltöltött idő tapasztalatai alapján fogalmazódtak meg. Ugyanez vonatkozik az egy-egy al-indikátorhoz adható maximális pont arányára is.

A cikk célja vita indítása a javasolt – Donabedian minőségi koncepcióján alapuló – rendszerről és indikátorairól. Reméljük, hogy e vita eredményeként közelebb jutunk a házi orvosi ellátás „kiválóságának viszonylagos jellegéhez és fokához”, azaz minőségének megítéléséhez és további javításához.



IRODALOM

1. Asbroek, T. et al.: Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford University Press, Vol. 16, Supplement 1. 2004., 65-71
2. Balogh, S.: A háziorvoslás továbbfejlesztésének lehetősége és kapcsolódása az egészséges nemzetért programhoz. *Medicus Universalis*, 2001. szeptember, XXXIV/4: 229-231.
3. Bansal, M. K.: Optimising value and quality in general practice within the primary health care sector through relationship marketing: a conceptual framework. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2004. 17, 4: 180-188
4. Belicza, É.: Minőségügyi rendszer kidolgozásának szempontjai a magyar egészségügyi intézményekben. *Egészségügyi Menedzsment*, 2001, III. 2: 19-22
5. Department of Health: Delivering the NHS Plan, 2002, HMSO, London
6. Dézsy, J., Abbühl, B: Minőségbiztosítás az EU-belépő országokban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2002, 40, 1: 56-59
7. Donabedian, A: Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem Fund Q* 1966, 44: 166-206
8. Donabedian, A.: The quality of medical care. *Science*, 1987. 200: 856-864
9. Donabedian, A: The end result of health care. Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *Milbank Q* 1989; 67, 233-256.
10. Elgert, S: Quality improvement in Family Practice: A Recipe for Change. *American Journal of Medical Quality*, 2004, 19. 2: 83-87
11. Gulácsi, L. et al.: Az európai kiválósági modell az egészségügyben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2002. 40, 5: 545-552
12. Hanna, N. et al: Physician choice criteria: factors influencing patient selection of generalists versus specialists. *Health Marketing Quarterly*, 1994, 12., 2: 29-42
13. ISO 9000:2000: Quality Managements Systems: Fundamentals and Vocabulary. <http://www.iso.ch>
14. Kránitz, K.: Az ISO 9001:2000-esre való átállás az egészségügy szemszögéből. *Minőség és megbízhatóság*. 2004. 38, 3: 152-155.
15. Lalonde, M.: A New Perspective on the Health of Canada. Ottawa: Government of Canada, 1974: <http://www.hcsc.gc.ca/hppb/phdd/pdf/perspective.pdf>; 29. October 2003.
16. Loeb, J., M. : The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in health Care*, Oxford University Press, Vol. 16, Supplement 1. 2004. 5-9
17. Mainz, J.: Defining clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*, 2003, 15, 5-11
18. Mainz, J.: Quality indicators essential for quality improvement. *International Journal for Quality in health Care*, Oxford University Press, Vol. 16, Supplement 1. 2004. 1-3
19. Nagy, B., Boncz, I.: A páciensek (betegek) elégedettsége. *Egészségügyi Menedzsment*, 2001., 6: 50-52.
20. Papp, R., Balogh, S.: A háziorvosi munka értékelésének lehetőségei; prevenció, minőségi elemek. *Medicus Universalis*, 2002 február, XXXV/1: 47-48.
21. Pigniczki, Á.: Minőség az egészségügyben. *Látélet*, 2002. 5: 1,5
22. Razzouk, N. and al.: What's important in choosing a primary health care physician: an analysis of consumer responds. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2004. 17. 4: 205-211
23. Ruiz, U.: Quality management in health care: a 20 year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2004, 6: 323-333.
24. Szatmári, M.: Quality assessment in General Practice on the basis of Donabedian's paradigm. *European Health Management Association (EHMA) szakdolgozat*, 1991.
25. Szervezeti és Klinikai Kiválóság az egészségügyben. *Balatonvilágos*, 2001. május 16-19. kidavány.
26. Thom, D.H. et al.: A new instrument to measure appropriateness of services in primary care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004.16.2: 33-40
27. WHO: The World Health Report 2000. *Health Systems: Improving performance*. Geneva, WHO 2000.

Ezúton is szeretnék köszönetet mondani Dr. Arday András (Csenger), Dr. Balázs Mihály (Bágyoszovát), Dr. Holló Margit (Eger), Dr. Pánykó Magdolna (Kemenesmagasi), Dr. Sonkoly Iván (Békéscsaba) és Dr. Veress Attila (Apagy) háziorvos kollégáknak, akik a leírt minőségi indikátor rendszert önértékelésként kipróbálták és kritikájukkal, javaslataikkal nagymértékben hozzájárultak annak továbbfejlesztéséhez.