

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori Iskola

Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Bódis József

A kardio-cerebrovaszkuláris betegségek prevenciósi lehetőségei a házi-orvosi rendszerben - szervezési és finanszírozási modellek kutatás-fejlesztése, értékelése

Dr. Papp Renáta Emese

Doktori (PhD) értekezés tézisei

Kardiovaszkuláris Egészségtudomány (PR-2) Program

Programvezető: Dr. Verzár Zsófia, PhD habil, tanszékvezető egyetemi docens, Sürgősségi Orvostani Tanszék, Általános Orvostudományi Kar, Pécsi Tudományegyetem

Kardio-cerebrovaszkuláris betegségek ellátása és primer, szekunder prevenciója téma (K-20),
Témavezető: Dr. Balogh Sándor, PhD habil, intézetvezető egyetemi docens, Családorvostani Intézet, Általános Orvostudományi Kar, Pécsi Tudományegyetem

PÉCS, 2015

1. BEVEZETÉS

A krónikus betegségek számának növekedése globális probléma. Amíg 2000-ben a nem-fertőző krónikus betegségek, a megbetegedések 46%-át képezték, addig 2020-ra a WHO előrejelzés szerint ezen arány 60%-ra fog emelkedni (1).

Hazánkban a keringési betegségek vezetnek a halállok listát, 2012-ben 62 979 fő halálát jelentve (2). Hazánkban a születéskor várható élettartam bár férfiak esetében 6,05 évvel, illetve nők esetében 4,72 évvel még mindig elmarad az EU-27 országaihoz képest, az 1990-es évektől napjainkig növekedést mutatott (3,4). A halálozások csökkenése, leginkább a kardiovaszkuláris megbetegedésekben meghaltak számának mérséklésének köszönhető (5).

Évszázadunk egészségügyi rendszereinek egyik jelentős kihívását jelentve, a krónikus betegségek gondozásának szakmai, szervezési és finanszírozási módszertanának hatékony megoldása szükséges. Kimutatott, hogy az ismert prevenciók stratégiák populációs szintű megvalósulásában az alapellátás igen komoly szerephez jut (6,7).

A prevenció megvalósításának szervezési-stratégiai megközelítésének megfelelően a következő három célcsoport szerinti kategória azonosítható (8):

1. *Univerzális prevenció* – a prevenció program a teljes populációt célozza, egyéni rizikóstatusztól függetlenül. Ez a beavatkozási szint leginkább a tömegkommunikáció eszközeit használja fel, a lakosság egészét célozza, már a gyermekkortól kezdődően, az egészséges életmód kialakítását, az egészségkárosító szokások elhagyását ösztönözve.
2. *Szelektív prevenció* – a prevenció aktivitás a rizikóval rendelkező csoportok azonosítását jelenti és a beavatkozás e rizikócsoportokat célozza.
3. *Célzott prevenció* – a betegség korai tüneteivel rendelkező egyéneket célozza a gondozási tevékenység keretében.

Az univerzális prevenció programok megvalósítását tekintve nem a szűk értelemben vett egészségügyi rendszer, hanem az állam és intézményrendszerének, a társadalom egészének feladata. A szelektív és célzott prevenció elsősorban az egészségügyi rendszer feladata,

amelyen túl, a hatás maximalizálása érdekében, a lakosságot érzékenyítő kommunikációs és egyéb eszközök alkalmazása szükséges.

A témában rendelkezésre álló tudást összegző WHO jelentésekből (9) is látszik, hogy a prevenció és krónikus beteggondozás (szelektív és célzott prevenció) leginkább az alapellátás szintjén szervezendő.

2. CÉLKITŰZÉS

A kardio-cerebrovaszkuláris halálozások számának hazai csökkenése megállapítható (5). Hogyan volt ez elérhető? Ez a csökkenés lehetne nagyobb mértékű? Tervezhető-e ez a jövőben? Vajon milyen eszközrendszer segítheti az elérhető eredmények maximalizálását a betegségek, specifikusan a kardio-cerebrovaszkuláris betegségek prevenciója tekintetében? Jelen értekezés specifikus célja megvizsgálni az alapellátás szintjén megvalósult kardio-cerebrovaszkuláris szelektív és célzott prevenciók projektek eredményességét, erősségeit, gyengeségeit, kiterjesztési lehetőségeit és azok korlátait is. Ezen túl, célkitűzése javaslatok megfogalmazása az elemzés és értékelés eredményeinek összefoglalásaként.

3. MÓDSZEREK

A kitűzött célok elérése érdekében, olyan külföldi modellek elemzése és hazai programok kivitelezése és/vagy értékelése történt meg, amelyek a háziiorvosi kardio-cerebrovaszkuláris szűrés-gondozási tevékenység fejlesztését célozták.

Olyan programok kiválasztása/végrehajtása történt, amelyek

- a kardio-cerebrovaszkuláris szelektív és célzott prevenció területére vonatkoznak;
- az alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek munkáján keresztül valósultak/valósulnak meg;
- széles földrajzi kiterjesztettséggel bírnak vagy a szervezeti felépítésükből adódóan kiterjeszthetőek;
- köztes vagy végső eredményeinek értékelése megtörtént;
- egymástól különböző módszertant alkalmaztak/alkalmaznak.

3.1. Nemzetközi modellek elemzése

3.1.1. Quality Outcomes Framework (QOF) - Egyesült Királyság

A brit nemzeti egészségügyi szolgálat (NHS) által menedzselt háziorvosi praxis teljesítmény értékelés (QOF) a vizsgált klinikai és népegészségügyi területeket illetően Európában a leginkább átfogó és a legnagyobb költségvetéssel is rendelkezik. Ezért elemzése is a legrészletesebben történt.

A QOF pontrendszer céljainak megfelelően, egy átfogó, éves értékelést nyújt a háziorvosi praxis teljesítményéről. Az önkéntes részvételen alapuló értékelés által a háziorvosi praxisok ösztönzése valósul meg, a pontértékkel arányosan, ugyanakkor korrigálva a praxis lakosság-, illetve a klinikai területen az adott betegséggel diagnosztizáltak számával.

Az értékelés területeinek kiválasztása tudatosan történt, a krónikus betegségek (pl. hipertónia, asztma, diabetes) gondozási paramétereit azon területeken mérik, amelyeken a háziorvos tevékenyen és hatásosan részt vesz.

A rendszer erősségei közzé tartoznak:

- önkéntes részvétel
- a bizonyítékokon alapuló indikátorok alkalmazása
- előre meghatározott frissítési kritériumok és felelősségi körök
- a korrekció a pont-Font értékben és nem a pontozásban van, így a praxisok pontértéke összehasonlítható, jó viszonyítási támpontot teremtve
- fix pont-Font érték a teljes értékelési év során
- a minőségügyi indikátorok alapján kapott finanszírozás jelentős hányadát képezi a praxisbevételek a teljes bevételhez képest
- informatikai támogatottsága biztosított (papír alapú dokumentáció lehetőségének fenntartása mellett)
- adatforrásként a háziorvosi praxis által dokumentált információ szolgál
- a háziorvosi praxis tevékenysége által befolyásolható klinikai területek kerültek kiválasztásra
- a terápia megítélése a gyógyszer háziorvos általi indikációja és nem a patikai gyógyszerkiváltás alapján történik
- a háziorvosnak lehetősége van a beteg értékelésből való kizárására amennyiben az nem működik közre a megelőzési-gondozási folyamatok során (non-compliance), illetve egyéb kizárási kritérium teljesülése esetén.

A QOF program keretrendszerének megismerésén túl, a dolgozat céljának megfelelően, specifikusan a kardio-cerebrovaszkuláris betegségek megelőzését megvalósító ösztönzőket is vizsgáltuk. Az összes klinikai területen megszerezhető 471 pontból, 168 pont (35,6%) jellemzi a jól gondozott kadio-cerebrovaszkularis betegségeket, amelyek között kockázatot jelentő hipertónia, cukorbetegség, valamint manifeszt betegségek (stroke/TIA, perifériás arteriás érbetegség) gondozása is górcső alá kerülnek. A népegészségügyi területen szerezhető 124 pontból, 105 (84,6%) vonatkozik a kardio-cerebrovaszkuláris betegségek prevenciójára (kardiovaszkuláris rizikó felmérése, hypertonia és obezitás szűrése, dohányzás elhagyása), mindamelllett, hogy az obezitás és a dohányzás egyéb betegségek rizikófaktorainak is tekinthetők.

3.1.2. Heartwatch Program – Írország

A Heartwatch az Ír Háziorvosi Kollégium koordinációjában 2003-ban indított program, amely a kardiovaszkuláris megbetegedéssel rendelkező betegek háziiorvosi gondozásának javítását célozta. A bevont betegek előre meghatározott paramétereit negyedévente kontrollálták, amely vizitek jelentése alapján a háziorvos fix vizitdíjat kapott a program finanszírozási költségvetéséből.

Mivel az ír háziiorvosi praxisok kb. 20%-át vonták be a programba, a program értékelésére kontroll csoport rendelkezésre áll. A kétéves (2003-2005) eredmények értékelésénél kiderült hogy a Heartwatch programba bevont betegek nagyobb arányban kaptak gyógyszeres terápiát, a sztatinok esetében ez az arány háromszoros volt (10). A program miatt felmerülő plusz gyógyszer támogatási költségek összege 196 millió Ft-nak megfelelő EUR volt, míg a program kétéves teljes költségvetése 1,25 mlrd Ft-nak megfelelő EUR összeget tett ki. A két betegcsoport összehasonlító epidemiológiai vizsgálatából kiderült, hogy a Heartwatch program keretében 81 halálozást kerültek el vagy késleltették bekövetkeztét és a program 522 életév nyereséget eredményezett.

Összegezve, a program számos kedvező eredménnyel büszkélkedhet:

- szignifikánsan csökkentette a három fő rizikótényező szintjét: dohányzás előfordulás, koleszterin- és vérnyomásérték,
- a preventív gyógyszeres terápiában részesülők száma nőtt,
- javult a cukorbetegség szűrése és kezelése

- javult a házi orvosok által nyújtott ellátás minősége, magas költség-hatékonyság mellett.

A Heartwatch program egy betegség menedzsment program, amely a krónikus betegek, jelen esetben specifikusan a kardiovaszkuláris betegek egészségjavulását célozza a szövődmények csökkentése, illetve a sürgősségi valamint a kórházi ellátás igénybevételének és ehhez kapcsolódó költségek minimalizálása érdekében (11).

A Heartwatch eredmények követése azt mutatta, hogy a programban való részvétel szignifikánsan csökkentette a kardiovaszkuláris (KV) rizikót, a KV események előfordulási esélyét és az össz-mortalitást a programban nem résztvevő betegekkel való összehasonlításban. A Heartwatch program kereteket teremtett a kardiovaszkuláris események előfordulásának csökkentésére, a kardiovaszkuláris rizikóállapot javítására, alátámasztva a program lehetőség szerinti országos szintű kiterjesztését (12).

3.1.3. European Practice Assessment (EPA) - Cardio Projekt

Bár az egészségügyi szolgáltatások megszervezése tagállami feladat- és hatáskör, az Európai Unióban történő szabad munkaerő- és betegáramlás következtében, az orvosi gyakorlatban mutatkozó különbözőségek fontossága felértékelődik. Az EPA szakértői csoport célja az volt, hogy olyan széles körben elfogadott eszközrendszert hozzanak létre, amely alkalmas a kardiovaszkuláris rizikómenedzsment minőségének értékelésére, annak érdekében, hogy a legjobb preventív gyakorlat beazonosítható legyen és annak elemei alkalmazhatóak legyenek más egészségügyi rendszerek számára is. Az EPA-Cardio eszközrendszer fontos klinikai területek mérésére szolgáló indikátorokat tartalmaz, úgy, mint a hipertónia és a hiperkoleszterinémia. Az indikátorrendszer tartalmaz kvantitatív méréseket, amelyek adatforrása az egészségügyi dokumentáció, míg a kvalitatív tényezők felmérése páciensek és praxis team kérdőívek alapján történik. Az indikátor rendszer gyakorlati működése pilot felmérés keretében történt hat ország házi orvosi praxisának részvételével. Az eredmények értékelése alapján kiderült, hogy az egyes országokban más-más tényezők mutatnak pozitív eredményt és minden ország tanulhat valamit a másiktól. Az életmód tanácsadás kivitelezése fontos kihívás, ám annak fejlesztését megelőzően, az életmód rizikótényezők felmérése és dokumentálása kívánatos. Mindemellett a program koordinációját végző bizottság leszögezte, hogy a házi orvosi preventív tevékenység fejlesztését célzó programoknak a

kardiovaszkuláris rizikótényezők felmérésére és a preventív gyógyszeres terápia indikációjára kell fókuszálniuk.

3.2. Hazai háziorvosi kardio-cerebrovaszkuláris prevenció programok elemzése, értékelése

3.2.1. Kutatás a kardiovaszkuláris prevenció ajánlás háziorvosi gyakorlatban való hasznosulási szempontjairól

A kutatás célja volt felmérni, hogy a hazai kardiovaszkuláris prevenció ajánlások mennyire ismertek, a gyakorlati hasznosulásukat milyen tényezők befolyásolják.

Módszer

A háziorvosok telefonos interjú keretében válaszoltak a kardiovaszkuláris prevencióval kapcsolatos kérdésekre. Megyéenként hat, Budapesten tíz random módon választott háziorvos választ kellett a kérdezőbiztosoknak összegyűjteniük. A válaszok feldolgozása során a válaszadók nem voltak beazonosíthatók, az egyes kérdésekre adott válaszlehetőséget összesítése és arányának számítása történt MsExcel szoftver segítségével.

Eredmények

Összesen 124 háziorvos-interjú feldolgozása történt. A felmérés rávilágított arra, hogy a háziorvosok leginkább szakmai folyóiratokból (31%) és továbbképző előadások útján (31%) szerzik be információikat a legújabb tudományos eredményekről, ajánlásokról. Terjed az Internet használata (19%) is és az orvoslátogatók is megjelölésre kerültek (18%-ban) az információ forrás tekintetében.

A megkérdezettek 68%-a számára a nemzetközi ajánlások hazai adaptációja fontos, többlet információt nyújt, 14%-uknak nem fontos a helyi átalakítása, míg 18%-uk nem tudja ezt a kérdést megítélni. A könnyű áttekinthetőség lényeges, a válaszadók 66%-ánál jelentősen befolyásolja a gyakorlati használatot.

A háziorvosok több mint kétharmada (67%) fontosnak tartja, hogy az ajánlás gyakorlati implementációját informatikai eszköz támogassa. A háziorvosok a kardiovaszkuláris prevenció ajánlásban megfogalmazott rizikó stratifikáció szerinti célértékeket követik inkább (82%-ban) a laboratóriumi leleten találhatóakhoz képest, megalapozva az adott páciensre szabott terápia hatékony követését. A háziorvosok által elvárt ajánlás-frissítési gyakoriság 39%-ban 1 év, 41%-ban 2 év volt.

3.2.2. Vizsgálat a kardio-cerebrovaszkuláris prevenciók tevékenység háziiorvosi dokumentációjáról

A vizsgálat célja volt felmérni, milyen mértékben történik meg a háziiorvosi praxisokban a törzskartonban és az 51/1997. NM rendeletben (továbbiakban szűrési rendelet) (13,14) megfogalmazott követelmények szerinti kardiovaszkuláris prevenciók feladatok dokumentálása.

Módszer

A vizsgálat során a praxisanalízis módszertanát alkalmaztuk (15). Öt héten át, hetente 1-1 nap, heti egy hétköznapi csúsztatásával, a rendelésen minden ötödikként megjelent páciens kardiovaszkuláris prevencióra vonatkozó, meglévő dokumentációját vizsgáltuk, kitöltendő páciens adatlap segítségével, úgy hogy napi 10 beteg vizsgálata gyűljön össze.

A páciens adatlapok kitöltésének forrása mindig a már meglévő dokumentáció és nem a páciens megjelenésekor felvett adatok voltak. A páciens megjelenése csupán a mintavétel, illetve randomizálás eszköze volt. 72 háziiorvosi praxis bevonása történt, praxisonként 50-50 páciens adatlap kitöltésével. A háziiorvosok munkáját 14 földrajzilag közelben dolgozó háziiorvos-koordinátor segítette. A korcsoportos eloszlás vizsgálatánál figyelembe vettük a szűrési rendeletben meghatározott 21 éves életkorban előírt alapstátusz felvételi életkort és az előírt szűrések korcsoportos felosztását.

Eredmények

A vizsgálatban összesen 71 praxis vett részt és 3521 páciens dokumentációjának elemzése történt a kidolgozott adatlap segítségével.

A praxisokban összesen 114 579 fő bejelentkezett páciens volt regisztrálva a vizsgált időszakban, akiknek 3%-áról kaptunk információt a projekt öt hetes időtartama alatt. A 65 évnél idősebb páciensek aránya volt a legmagasabb, 4,9% a teljes bejelentkezett populáción belül. A vizsgált páciensek 72,5%-a szed rendszeresen gyógyszert és a vizsgálatot megelőző 12 hónap során átlagosan 10,5 alkalommal keresték fel háziiorvosukat.

A szűrési rendelet szerint a 21 éves életkorban felveendő alapstátusz dokumentálása a vizsgálat évében az életkort betöltendő 29 páciens közül 24 főnél volt fellelhető. A 269 főt számláló 20-29 év közötti korosztályban az alapstátusz felvétel megtörtént majd 100%-ban.

A leginkább a vérnyomásértékek rögzítettsége lelhető fel (96%-ban), a testtömegindex 76%-ban, a haskőrfogat 49%-ban volt rögzítve.

A törzskarton adattartalmának megfelelően, a 2 órás postprandialis vércukor érték rögzítendő, míg a szűrési rendelet szerint 2-es típusú diabetes rizikójának esetén az orális glükóztolerancia teszt, vagy ennek kivitelezhetőségének hiányában az éhomi és a 2 órás postprandialis vércukor vizsgálat végzendő el. Az éhomi vércukorérték magas arányban, 87%-ban rögzített, az OGGT eredménye 22%-ban áll rendelkezésre.

A triglicerid és koleszterin szintek dokumentáltsági aránya 84-84%. A vesefunkciók közül a szérum-kreatinin 77%-ban, a proteinuria és haematuria 75-65%-ban, és a kreatinin clearance eredményei 29%-ban rögzítettek.

A 20-29 év közötti páciensek 21%-ánál, a 40-70 év közötti páciensek 46-57%-ánál került meghatározásra a szűrési rendelet által előírt kardiovaszkuláris kockázat mértéke.

3.2.3. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) 2005. évi „Háziorvosi prevenció pályázata”

A pályázat célja a háziorvosi szolgálatok egészségmegőrző, egészségfejlesztő és betegségmegelőző tevékenységének személyre szóló elősegítése, fejlesztése és támogatása volt.

Módszer

A kardiovaszkuláris rizikófaktorok szűrésére és értékelésére, az Országos Alapellátási Intézet (OALI) által kiadott ajánlásban foglaltak voltak az irányadók (16). Az ajánlás gyakorlati alkalmazásának segítésére kifejlesztettük a CardioNET informatikai eszközt, amely az egyes rizikófaktorok rögzítése mellett, a személyre szabott rizikószint és az ahhoz tartozó terápiás célértékek meghatározásában nyújtott segítséget. A páciens részére kinyomtathatóvá vált rizikóstátusza és az eltérésekhez kapcsolódó tájékoztatók is elérhetőek voltak a szoftverben. A CardioNET használat önkéntes volt, önálló modulként vagy a háziorvosi dokumentációs szoftverhez kapcsolódóan volt működtethető. A páciens adatok exportálása a háziorvosi praxisokból a pályázat keretében megkövetelt rekordkép szerint történt. Az adatok továbbküldése során a deperszonalizáció megvalósult, a személyhez kötött rizikó adatok csak a háziorvosi rendelőben voltak megtekinthetőek, a központi adatbázisban erre már nem volt lehetőség.

A pályázat keretében vállalt prevenció aktivitás folytatása nyolc hónapon keresztül történt a praxisokban, amely időszak végére a háziorvosok összefoglaló tanulmányban voltak kötelesek beszámolni az elvégzett tevékenységről. Amennyiben a háziorvosi praxis a

CardioNET segítségével végezte és rögzítette a prevenciósi tevékenységet, úgy a jelentésének megküldését követően a feldolgozás automatikusan elkészült a CardioNET központi moduljának segítségével.

A szakmai-informatikai támogatás mellett, a háziiorvosi megyei szakfelügyelő főorvosok segítséget nyújtottak a szakmai felkészítés, az aktivitás koordináció és monitorozás terén. A pályázat keretében végzendő kötelező szűrési tevékenységet a bejelentkezett biztosítottak minimum 25%-ára kellett kiterjeszteni. A prevenciósi tevékenységről készített összefoglaló jelentés elfogadása és a szűrési cél teljesítése esetén fix összegű finanszírozásban részesültek.

Eredmények

380 háziiorvosi szolgálat nyújtotta be pályázatát, amelyből 7-et utasítottak el, 28 praxis nem kötött szerződést és a 345 szerződött praxis közül, 312 teljesítette határidőre a vállalt feladatokat. A CardioNET támogató szolgáltatásait 107 praxis vette igénybe. Ezáltal a CardioNET központi moduljában a praxisok jelentéseinek 31%-a vált feldolgozhatóvá, amely 26 326 fő kardiovaszkuláris rizikóállapotának adatait jelentette.

A CardioNET jelentést beküldő praxisok 92 614 bejelentkezett pácienszt számláltak, amelynek 28,5%-át szűrték le, teljesítve a pályázat feltételeként szabott minimum 25%-os arányt.

A 20 év feletti korosztályban minden kordecilisben a szűrésben részt vett páciensek aránya meghaladta a 10%-ot.

A rizikóparaméterek rögzítettségétől függően, a vizsgált páciensek 80%-ánál lehetett a becslési algoritmust lefuttatni és a rizikószintet meghatározni: 8 525 férfi és 12 447 nő páciens ajánlás szerinti rizikóállapota volt meghatározható. A vizsgált páciensek 63,5%-a nagy, 5,9%-a közepes, 37,9%-a kis rizikóval rendelkezett. A 20 és 40 év közötti korosztályban a nagy rizikóval rendelkezők elérték a páciensek 6,7%-át, amely arány az életkor előrehaladtával egyre inkább nő.

A nagy kardiovaszkuláris kockázatot eredményező rizikóparaméterek: dohányzás, emelkedett szisztolés vérnyomás érték, emelkedett koleszterinszint, kóros haskörfogat érték közül a nők körében a nagy haskörfogat és a 5mmol/l feletti koleszterin érték játszik jelentős szerepet. Férfiak esetében ezen két paraméter mellé a dohányzás magasabb arányban csatlakozik a nagy kardiovaszkuláris kockázat kialakításában.

3.2.4. Egészséges Vásárhely Program (EVP) – kardiovaszkuláris rizikógondozás projekt

A program specifikus célja a szív és érrendszeri betegségek legfontosabb kockázati tényezőinek kiszűrése, az egyéni szív és érrendszeri kockázat felmérése, majd ennek megfelelő rizikógondozás volt. A cél elérésének eszközei az életmód megváltoztatása, a betegek korai kiszűrése és kezelése, a legfontosabb rizikófaktorok célzott és személyre szabott kezelése, valamint a nemzetközi és hazai irányelvekben lefektetett gyógyszeres prevenciók stratégiák alkalmazása voltak.

Módszer

A házi orvosok praxisonként minimum 100 főt vontak be azon páciensek közül, akiket egy vagy több kóros értékkel bíró kardiovaszkuláris kockázati tényező veszélyeztetett. A betegek célzott szív és érrendszeri gondozásban részesültek a házi orvosi praxisokban, annak érdekében, hogy az adott paraméter elérje a célértéket. A célértékek projekten belüli meghatározása az OALI ajánlásnak (16) megfelelően történt, rizikócsopontonkénti meghatározásban. Az egyénre szabott kardiovaszkuláris rizikószint és célérték meghatározást a CardioNET rendszer segítette. Az értékelés a CardioNET központi moduljának segítségével történt. Megállapításra került, hogy az egyes házi orvosi praxisok betegeik hány százalékát tudják az ajánlás által megfogalmazott célértéken kezelni.

A honoráriumra való jogosultság megszerzése érdekében a házi orvos köteles volt a nem beállított magas vérnyomás betegségben szenvedő betegeknél a terápiás célértéket legalább a betegek 60%-ánál elérni. A nem beállított zsírsanyagcsere zavarban vagy metabolikus szindrómában a cél az volt, hogy a betegek 50%-a érje el az LDL-koleszterin célértéket, a páciens saját kockázat besorolásának megfelelően. Nem beállított diabetes mellitus esetén a betegek 33%-a érje el az éhomi vércukorszint esetén a ≤ 6 mmol/l célértéket.

Eredmények

A program indulásakor 10 praxis kapcsolódott be a munkába, a projekt végére pedig 8 praxis szolgáltatott adatokat a betegek állapotáról. Összesen 1211 páciens vett részt az EVP ezen projektjében.

A magasvérnyomás gondozás területén a praxisok átlagosan 76%-ban érték el a kockázati csoport szerint korrigált célértéket, a kitűzött cél 60%-os elérés volt; az LDL-koleszterin esetében az elérési arány 47%-os lett, az 50%-os aránycélhoz képest kevesebb; cukorbetegség esetében az éhomi vércukor kitűzött célérték elérési aránya 33%-os volt, az átlagos célérték elérési arány 37%-os volt. A praxisonkénti célérték elérés az egyes kockázati

csoportha tartozó páciensek célértékeinek elérési aránya az adott kockázati csoportba tartozó páciens szám alapján súlyozásra került.

3.2.5. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) háziorvosi teljesítményértékelési indikátorainak kardiovaszkuláris prevenciók tevékenységet érintő vonatkozásai

A háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok által végzett minőségi és hatékony tevékenységek ösztönzése érdekében, 2010-ben országosan egységes indikátorrendszer kidolgozására került sor. A felnőtt és vegyes populációt ellátó praxisok indikátorai közül, hét vonatkozik a kardiovaszkuláris vagy kardiovaszkuláris kockázatot jelentő betegségek gondozására: hipertónia gyógyszeres gondozása, hipertóniások kreatininszint meghatározása, lipidkontroll hipertónia/diabetes mellitus esetén, major kardiovaszkuláris eseményt követő béta-blokkoló kezelés, valamint a cukorbetegség gondozása keretében a HbA1c és szemészeti kontroll. Jelen lekérdezés célja megvizsgálni, hogy a minőségügyi indikátorok mérése és az ahhoz rendelt finanszírozás volt-e hatással az indikátorok által mért gondozási paraméterek javulására.

Módszer

A jelen értékelés során 2011-2014. évi célcsoport (nevező) és gondozott (számláló) adatok vizsgálata történt kardiovaszkuláris területre szelektált indikátorokra vonatkozóan az OEP informatikai rendszerében tárolt adatok alapján. Az adatlekérdezés időpontjából adódóan az indikátorok 12 hónapos időszakot ölelnek fel az adott év július 1-től, a következő év június 30-ig. A kardiovaszkuláris betegségeket érintő szezonális hiányából és a számítási technikából adódó megelőző 12 hónapos adatok havonkénti vizsgálatából adódóan az eredmények értékelésére gyakorolt befolyás nem várható. A lekérdezett adatok exportálása MsExcel fájlba történt, a statisztikai feldolgozása is ennek keretében valósult meg.

Eredmények

A hipertónia átszűrtségére vonatkozó indikátor a fiatalabb (40-54 év) és az idősebb (55-69 év) korosztályban a célcsoport növekedését mutatja, a fiatalabbaknál enyhén csökkenő (1%-os) az idősebbeknél stagnáló indikátor érték mellett. A gyógyszeres terápiában részesülők száma a fiatalabb korcsoportban csökkenést (3,7%) mutatott, míg az idősebb korosztályban növekedést (1,1%) mutatott.

A hipertóniások körében történt szérum kreatininszint meghatározás aránya mindhárom évben 1-1%-al növekedett az előző évhez képest, elérve a 66%-os mérési arányt. A

hipertónia gyógyszeres terápiába bevontak száma, korcsoportos megkötés nélkül képezi a szérum kreatininszint meghatározás célcsoportját. Az antihipertenzív gyógyszeres terápiában részesültek száma 1%-al növekedett a harmadik év végére, míg az antidiabetikus vagy inzulin terápiában részesülők száma 5%-al emelkedett ugyanezen időszakban.

A vérzsírszint meghatározási arány a hipertóniás és diabeteses betegeknél 1%-al fejlődött a harmadik évre és elérte a 60%-os arányt. A béta-blokkoló kezelésben részesült major kardiális eseményen átesett vagy beavatkozást követő betegek aránya 47%-ról 51%-ra nőtt, míg az érintett célcsoport 5%-al csökkent.

A HbA1c meghatározással rendelkező diabetesesek aránya 3%-al fejlődött a vizsgált periódus végére, elérve a 74%-os arányt. A diabetes gondozás keretében elvégzett szemészeti vizsgálat aránya évről évre csökkent 2%, illetve 1%-ot a célcsoport bővülése mellett, 39%-os szintet mutatva a vizsgálat végén.

Az egyes indikátorok célérték teljesítése esetén 1 pontot kapott a háziiorvosi praxis, amely pont-Forint érték növekedett a harmadik évre 42%-al, elérve a 13 922 Ft-ot. A vizsgált indikátorok tekintetében a praxisok maximális bevétele havi 97 454 Ft-ot érhet el, amely a 2013. évi 1 125 285 Ft havi átlagfinanszírozás 8,66 %-át teszi ki. Országos szinten a kardiovaszkuláris indikátorok alapján kifizetett háziiorvosi finanszírozás összege 116,69 millió Forint volt. A legnagyobb súlyt, 19,3%-ot, a diabetes gondozás keretében a HbA1c meghatározásra vonatkozó indikátor kapott, amelyet a kreatininszint meghatározás követett, 16,7%-al.

4. FŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK

1. A hazai alapellátás „erős” kategóriába sorolható a vizsgált Macinko kritériumoknak megfelelően.
2. A háziiorvosi kardio-cerebrovaszkuláris szűrés-gondozási tevékenységnek helye és kiemelt szerepe van a mortalitás csökkentésben.
3. A kardio-cerebrovaszkuláris szűrés-gondozási ajánlások háziiorvosi adaptációja, képzések és informatikai eszközök általi támogatása szükségszerű a gyakorlati implementációhoz.
4. A fiatal (20-29. év) korosztálynál már indokolt a kardio-cerebrovaszkuláris szűrés és szükség szerinti intervenció.
5. A tevékenység szerinti (fix)finanszírozás ösztönöz a páciensek bevonására az adott prevenció beavatkozások elvégzésére.
6. A folyamatok (adatregisztráció, rizikóértékelés, jelentés, visszajelzés/összehasonlítás) informatikai támogatottsága alapvető fontosságú.
7. Az ösztönző rendszerbe olyan klinikai/népegészségügyi területek bevonása szükséges, amelyre a háziiorvosi tevékenység jelentős hatással bír.
8. Javasolt, hogy az értékelési rendszerekben adatforrásként a háziiorvosi praxis által dokumentált információ szolgáljon.
9. Az ösztönző hatás egy bizonyos idő elteltével/pontozási küszöbérték növelésével gyengül és az eredményjavulás nem folytatódik.
10. Fontos a háziiorvosi praxisok összehasonlító önértékelési lehetősége.
11. A szervezeti háttértámogatás (háziiorvos-, nővér koordinátor) decentralizálása és területi beágyazottsága elősegíti a programok végrehajtását.

5. JAVASLATOK

A nemzetközi és a hazai vizsgálatok elemzése, értékelése alapján a hazai szabályozás és gyakorlat eredményesebbé tétele érdekében az alábbiak javasolhatók.

A háziiorvosi rendszer fejlesztése

Jelen dolgozat alapján megállapítható, hogy a magyar háziiorvosi rendszer erős alapokkal rendelkezik. A **beutalási rendszer hiányosságai** (pl. beutaló nélkül igénybe vehető

szakrendelések szűkítése, kontroll vizsgálatokra beutaló nélküli jogosultság) orvosolandók. A komplexitás, azaz a **háziiorvosi kompetencia** hatásköri lista alapján történő gyakorlásának feltételeinek megteremtése szükséges a **gyakorlati tudás és gazdasági megvalósíthatóság** tekintetében.

Szakmai terület

A **kardio-cerebrovaszkuláris betegségek** megelőzése háziiorvosi feladat, a háziiorvosi praxisok **szűrési-gondozási tevékenységének** köszönhetően jó eredmények érhetőek el e területen. Ennek megfelelően, az **ösztönző rendszerben** e terület **megfelelő súlya** megtartandó. A prevenció tevékenységek közül a szelektív és célzott prevenció gyakorlata követendő, azaz a rizikószemélyek azonosítása és a betegek célzott terápiája, követése.

Szakmai tartalom

A szűrési rendeletben (13) megfogalmazottak megtartása javasolandó a szűrés **szakmai tartalma**, a rizikóstratifikáció és a rizikótól függő **ismétlési gyakoriság** tekintetében, a törzskarton adattartalma és frissítési gyakorisága helyett. A szűrési rendelet adattartalma kiegészítendő a cukorbetegség szűréséhez nyújtott segédlettel (pl. Findrisc módszer) (17), támogatva a rizikócsoporthoz szerinti szűrést és diagnózis felállítást.

Adatrögzítés és informatikai támogatás

Szükséges a kardio-cerebrovaszkuláris szűrési-gondozási tevékenység során rögzítendő és jelentendő **adattartalom** és **gyakoriság** kidolgozása, az informatikai **rekordképpel** együtt. A háziiorvosi adatrögzítés segítő: formulák (pl. BMI, kreatinin clearance), algoritmusok (pl. kardiovaszkuláris rizikóértékelése, metabolikus szindróma diagnózisa, vesebetegek kockázatértékelése), valamint a gondozási folyamatokat támogató emlékeztetők, életmód tanácsadó segédletek szoftverekbe való beépítésével. A háziiorvosi praxisban jelentkező adatok feldolgozását és a visszajelzést biztosító informatikai központi modul szükséges a szűrési-gondozási tevékenység monitorozása és összehasonlíthatósága érdekében.

Az informatikai támogatottság biztosítja:

- a kardio-cerebrovaszkuláris szűrés-gondozási tevékenységhez szükséges és elégséges adatkészlet rögzítését, a rizikó számítás támogatását,
- a rizikófaktorok időbeli változásának követését, valamint
- központi adatfeldolgozás keretében az értékelés elősegítését, a praxisoknak való visszajelzést és önértékelési lehetőségét.

Életmód tanácsadás

A betegek és a háziorvosok percepciója eltérő az életmód tanácsok tekintetében. A betegek igénylik a személyre szabott, helyi lehetőségeket figyelembevevő egészséges életmódra vonatkozó tanácsokat. Helyi protokollok kidolgozása szükséges az egészséges életmódra vonatkozó tanácsadás (dohányzás elhagyása, étkezés, fokozott fizikai aktivitás) lokális szintű effektív kivitelezésére.

Az ellátottak motivációja

A 21 éves életkorban való rizikó státusz felvételére és az egészség-, vagy gondozási terv kidolgozására az egyének háziorvoshoz való irányításának elősegítése szükséges. A páciens bevonásában rejlő lehetőségek kihasználandók: pl. gondozási leletek, kiskönyv formájában. Ezekben a rizikóstatusza rögzített, követhető a páciens számára, növelve a háziorvosi praxis elszámolhatóságát is a biztosító felé.

Ösztönző rendszer

Továbbra is az ösztönző és nem büntető rendszer előtérbe helyezése szükséges. A háziorvosi dokumentáció megléte feltételezi a rögzített tevékenység elvégzését is. Amennyiben kiegészítő biztosíték szükségesnek látszik, úgy az ellátottak kontrollja implementálható, pl. leletadással vagy a háziorvosi helyi közösség rendszeres eredmény-értékelő megbeszélése vezetendő be (mint pl. az irányított betegellátás keretében történt csoportos megbeszélések, illetve osztrák, horvát példák is vizsgálhatók). Az ösztönző rendszerben kitűzött célok legyenek elérhetőek, a rendelkezésre álló idő biztosítása mellett. A célkitűzésekre szabott idő biztosításának fontosságát alátámasztja az EVP projekt példája is (3.2.4. pont): a magas vérnyomás értékek rövidebb időn belül reagálnak a gyógyszeres terápiára, és a betegek általi terápia elfogadása, a kezeléshez való adherencia is jobb. Ugyanakkor a lipid és cukorbetegség terápia célértékeinek változása rövid, pár hónapos időintervallumban nehezen mérhető.

Az ösztönzéshez rendelt eszközrendszer rendelkezésre bocsátása szükséges: pl. ajánlások formájában, az informatikai rendszerek felkészítésével, az elvárt teljesítmények megvalósíthatósága mellett. A célrendszer következetessége segítse elő a pontos mérhetőséget és az egy praxisra vonatkozó időbeni, valamint a praxisok közötti összehasonlítást is. A célok teljesítésének figyelemmel kísérése és szükség szerinti változtatásával megelőzhető az eredmények fejlődésének stagnálása. Ezen szempontok figyelembevételével határozandó meg a háziorvosi minőségügyi indikátorkészlet. Az

indikátorok értékelését követően történjen a finanszírozási korrekció, az összehasonlíthatóságot és követhetőséget szolgálva. A finanszírozás összege bírjon motiváló erővel, ám a finanszírozás mellett, további komplexebb, szervezeti magatartást fejlesztő ösztönzők is bevezethetők (pl. praxis közösséget képző ösztönzők, további szakdolgozók alkalmazási feltételeinek megteremtése).

Szervezeti háttér

A már hagyományosan meglévő szakfelügyeleti rendszer tartalommal való megtöltése helyzetelőnyt jelent minden ösztönző program indításánál, hiszen megteremti a helyi koordináció lehetőségét a földrajzilag szétszórt praxisok számára. A területi szakmai konzultációk megvalósítása történhet háziorvosi csoportokban, amely fontos csoportképző eszköz, amelyhez ösztönzők is rendelkezhetők (pl. kreditpont érték). A szakmai kontroll tartalma az ösztönző rendszerhez igazítandó. A háziorvos szakfelügyelő főorvosok munkájának módszertani alapjai kidolgozásra kerültek, az OALI Szakfelügyelői kézikönyvben (18) elérhetőek, a gyakorlati munkát az adatrögzítés standardizálása és informatikai támogatottsága elősegítik.

A javaslatban vázolt rendszer elősegítheti a népegészségügyi célok elérését, rövid időn belül bevezethető, keresztmetszeti és prospektív adatokat szolgáltatva, monitorozza a népegészségügyi helyzet alakulását, amely alapja a további tervezésnek, és megvalósításnak. A változások bevezetésénél tapasztalható mindenkor tehetetlenség elkerülésére a program önkéntes alagra helyezendő. A háziorvosi praxisok és a szakmai koordináló testületek között egy fejlesztést elősegítő munkakapcsolat kialakítása javasolt.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

A kardio-cerebrovaszkuláris betegségek hazai előfordulása és halálkörülményeinek vezető szerepe jól ismert. Az utóbbi években tapasztalható kardio-cerebrovaszkuláris halálozás csökkenés körülményeinek mélyebb megismerése és azok alapján történő eszközrendszer felállítása a javulás kiszámítható fejlődését biztosíthatja. A rizikósűrés és gondozás leginkább az alapellátás szintjén szervezendő, az univerzális, rizikóstatusztól független teljes populációt érintő prevenció tervezése, kivitelezése az egészségügyi rendszer keretein túlmutató társadalmi feladat. Jelen értekezés specifikus célja volt megvizsgálni az alapellátás szintjén megvalósult kardio-cerebrovaszkuláris szelektív és célzott prevenciós projektek

eredményességét, erősségeit, gyengeségeit, kiterjesztési lehetőségeit és azok korlátait is, komplex fejlesztési javaslat megfogalmazásával. A témát érintő, a háziiorvosi rendszer általi kivitelezéssel végrehajtott nemzetközi és hazai programok értékelése történt. Jelen dolgozat alapján megállapítható, hogy a magyar háziiorvosi rendszer erős alapokkal rendelkezik, ugyanakkor megfogalmazhatók fejlesztési lehetőségek. A dokumentációs követelmények harmonizációja és annak alapján történő informatikai támogatottság és jelentési rendszer kidolgozása szükséges, a háziiorvosi ösztönző rendszer hiányosságainak kiküszöbölése mellett. A lakosság bevonása és a célpopuláció háziiorvosi elérését elősegítő technikák bevezetése kívánatos a rizikószemélyek azonosítása és azok személyes bevonódásának fejlesztése céljából. A földrajzilag szétszórtan, tagoltan működő praxisok szervezetfejlesztése indokolt, az egyes intézkedések gyorsabb végrehajtása érdekében, a lokális kreatív megoldások lehetőségének meghagyása mellett.

A tézisfüzethez felhasznált irodalom

1. WHO Innovative Care for Chronic Conditions – Building Blocks for Action. Global report WHO; 2002. p. 8
2. KSH Halálzási adatok [Internet]:
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001a.html?down=731
3. Születéskor várható élettartam, nemenként (2002–2013) Központi Statisztikai Hivatal [Internet] Available from: https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tps00025.html
4. Life expectancy at birth, by sex (2002–2013) EUROSTAT [Internet] Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00025&plugin=1>
5. Jozan P: Csökkenő kardiovaszkuláris mortalitás, javuló életkilátások, új epidemiológiai korszak kezdete Magyarországon. IME 2009; 4:21-25.
6. Gulliford MC: Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? J. Public Health Med. 2002; 24:252-4
7. Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of Primary Care to Health Systems and Health 2005; 83:457–502.
8. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine National Academies Press, 1994:24-25.
9. WHO Health Report Primary Health Care: Now more than ever. 2008 [Internet] Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
10. Heartwatch Report Clinical Report 2003-2005. National Programme Centre, Independent National Data Centre, Dublin, 2006 <http://www.icgp.ie/go/research/heartwatch/reports>
11. Bodenheimer T: Disease Management - Promise and Pitfalls. New Engl J of Med 1999; 240: 1202-1205
12. McGrath RE, Liam G, Murphy AW et al: Preventing cardiovascular disease in primary care: Role of a national risk factor management program. Am Heart J 2012; 163:714-9
13. 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról
14. 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról. Complex-Jogtár 2015. augusztus
15. Balogh S: Hét körzeti praxis összehasonlító értékelése. Med Univ 1990; 6: 335-340.
16. Balogh S: Kardiovaszkuláris betegségek prevenciója: szűrés és intervenció. Budapest: OALI 2009; p3-12.

17. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for type 2 diabetes in the adult population 2012. <http://canadiantaskforce.ca/files/guidelines/2012-type-2-diabetes-clinician-findrisc-en.pdf>
18. Balogh S: Szakfelügyelői kézikönyv. Budapest: OALI; 2005.p.9-128.

A szerző témával kapcsolatos publikációi

(IF: Impact Faktor; Hiv: Független idézetek száma)

1. Papp R, Balogh S: A háziiorvosi munka értékelésének lehetőségei; prevenció, minőségi elemek. Med Univ 2002; XXXV: 47–48. Hiv: 2
2. Papp R, Balogh S: Háziiorvosi prevenció a mindennapi gyakorlatban; Med. Univ 2003; XXXVI: 247-252.
3. Császár A, Kékes E, Abel T, Papp R, Kiss I, Balogh S: Prevalence of metabolic syndrome estimated by International Diabetes Federation criteria in a Hungarian population; Blood Pressure 2006; 15:101-106. IF:1.43 Hiv: 7
4. Papp R, Balogh S: A háziorvos szerepe a szív- és érrendszeri megbetegedések gondozásában. Med Univ 2006; XXXIX:167–171
5. Papp R, Balogh S, Paulik E: Mennyit ér a kardiovaszkuláris rizikóbecslő algoritmus? Med Univ 2007; XL: 19-20
6. Papp R, Dobos É, Kozma A, Füredi Gy, Hajnal F, Juhász M, Balogh S: Tükörkép: A háziiorvosi prevenció tevékenység dokumentációjának retrospektív vizsgálata; Med Univ 2008; XLI: 215-223.
7. Papp R, Balogh S: Háziiorvosi feladatok a kardiovaszkuláris megbetegedések menedzsmentje területén. Kardiovaszkuláris Prevenció és Rehabilitáció 2010; 3:38-43
8. Balogh S, Papp R, Józán P, Csaszar A: Continued improvement of cardiovascular mortality in Hungary – impact of increased cardio-metabolic prescriptions. BMC Public Health 2010; 10:422 IF: 2.00
9. Papp R, Csaszar A, Paulik E, Balogh S: Correlations between prescription of anti-hypertensive medication and mortality due to stroke. BMC Cardiovascular Disorders 2012; 12:15. IF: 1.52 Hiv: 13
10. Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Vehko T, Balogh S: Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. BMC Family Practice 2014; 15:128-141 IF: 1.74
11. Suija K, Kivisto K, Sarria-Santamera A, Kokko S, Liseckiene I, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Papp R, Oona M, Kalda R: Challenges of audit of care on clinical quality indicators for hypertension and type 2 diabetes across four European countries. Family Practice, 2015; 32:69–74 IF: 1.842

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni

Dr. Bódis József professzor úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola), aki a doktori iskola vezetőjeként lehetővé tette, hogy az egészségügyi rendszer szervezési területét érintő értekezés, védésre kerülhessen,

Dr. Verzár Zsófia docens asszonynak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola) amiért a doktori iskola programvezetőjeként lehetővé tette tudományos munkám folytatását,

Dr. Balogh Sándor témavezetőmnek, a Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Intézet intézetvezető egyetemi docensének, akinek kitartó és folyamatos támogatása nélkül ez a dolgozat nem jöhetett volna létre,

Dr. Paller Judit, országos tisztifőorvos asszonynak hivatali munkám mellett nyújtott támogatásáért,

Dr. Császár Albert és Dr. Kékes Ede professzor uraknak a kardiovaszkuláris rizikóstratifikáció területén átadott vizsgálati módszertani ismeretekért,

Dr. Kőrösi László, főosztályvezető helyettes úrnak (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Általános Finanszírozási Főosztály) aki a közös programok keretében mindig nyitott volt az együttműködésre, együtt gondolkodásra,

a házi orvos kollégáknak a vizsgálatokban való részvételéért és visszajelzéseikért,

munkatársaimnak, családomnak, akik megértéssel és személyes biztatással járultak hozzá jelen dolgozat összeállításához.