

medicus universalis XXXIX/3. 2006.

ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET

AZ ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET 2003–2006 KÖZÖTT VÉGZETT VIZSGÁLATAINAK ÖSSZEFOGLALÓ ÉRTÉKELÉSE

DR. BALOGH SÁNDOR PhD, C. EGYETEMI DOCENS

Az Országos Alapellátási Intézet 2003–2006 között 8 nagy vizsgálatot végzett:

- „Gyorsfénykép” a szív-érrendszeri betegségek előfordulási gyakoriságáról (16, 17),
- Corprax vizsgálat (27, 28, 29, 30),
- Vidéken élő lakosság egészségi állapota (24, 25, 26),
- Népegészségügyi 2005-ös program keretében: Dohányzásleszoktató programok háziiorvosi kezdeményezés alapján, Hipertóniás és diabéteszes betegek gondozása háziiorvosi gyakorlatban
- Országos Egészségpénztár 2005-ös Prevenációs Pályázata,
- Kistérségi Egészség Napok,
- Lakossági megelégedettségi mutatók és azok összefüggései

A fentiekén kívül egy vizsgálatban a „Menocard” (irodalom) programban résztvevő volt.

A következőkben, a cikksorozat első részében, szeretnénk összefoglalni mindazokat az előzményeket amelyek az Országos Alapellátási Intézet vizsgálatait megelőzően – történeti, nemzeti és nemzetközi visszatekintésként – folyamodványa és természetes következménye az intézet, mint az ország vezető tudományos műhelye is, négy éves tudományos kutató munkájának. Azt már csak remélni merjük, hogy ez a mindennapi gyakorlatban la jövő változásainak alapjaként szolgál.

Bevezetés

A XX. század második felétől, elsősorban a német nyelvterületen és eközben Magyarországon állami kezdeményezésre, részben szovjet minta alapján fokozatosan alakult ki Európában az alapellátás, hazánkban a körzeti orvosi rendszer és az alapellátás elkülönült szintjei. Számos párhuzamos változás eredményeként

a 80-as években létrejött egy önálló diszciplína az általános orvoslás, a general practice, és a tengeren túl a family medicine. Az önálló diszciplína alap gondolata a közösségi orvoslás, a család és egyén folyamatos ellátása, gondozása, mely utóbbi az általános orvoslás meghatározó munkamódszere. E szakterületen lehet leghatékonyabban és következetesen megvalósítani a prevenciót, ezért az általános orvoslásban az alapellátásban (PHC) kiemelt fontosságú a preventív szemlélet. Az általános orvoslás sajátos kérdéseinek kidolgozásával párhuzamosan kiemelt hangsúlyt fektettek mind Magyarországon, mind Európában a ma minőségbiztosításnak nevezett kontrollra és az ehhez is kapcsolódó, de a szakma alapját képező képzés, továbbképzés rendszerére.

Magyarországon a nyolcvanas évek reformkezdeményeit követően a rendszerváltás eredményezte a körzeti orvoslás haladó hagyományait és a nemzetközi gyakorlatot is ötvöző jogszabályi szinten is a háziiorvoslás létrehozását, mely jogszabály megalapozta és megindította a rendszer kiépülését.

A miniszteri rendelet egyértelműen meghatározta a háziiorvoslás kritériumait és különösen a gyógyító munka mellett az alábbi tevékenységeket írta elő: „A házi-orvos feladata: ...egészséges lakosság számára nyújtott tanácsadás és szűrés, ... egészségi állapotának ellenőrzése, orvosi rehabilitációja, ... az egészségnevelésben és felvilágosításban való részvétel.”

Az évtizedes hagyományok, a lakossági gyakorlat és szokások a feladat ellátását megalapozóan, valamint az alapellátás fejlődésének következményeként a Népegészségügyi programok végrehajtásában kiemelt szerepet kap a háziiorvoslás, az alapellátás. A kiemelt szerep fontossága önmagában, a szakterület meglévő alkalmassága jelenlegi eredményei nem elegendőek, hanem szükséges az elért eredmények mellett az alapellátás további alkalmassá tétele, hogy a kívánt eredmények és célkitűzések elérhetőek legyenek.

Különösen fontos ez a szív-érrendszeri betegségek vonatkozásában. Emiatt alap kutatásokat és vizsgálato-



eredeti közlemény

kat szükséges folytatni. Azok eredményeit a finanszírozás, a szervezeti átalakítás, a minőségbiztosítás és oktatás területén egyaránt implementálni kell amely az eredmény elérését nagymértékben segítheti elő.

Rövid visszatekintés az egészségügy történetére

Az általános orvoslás történelmileg meghatározott és igen változatos képet mutat a kor és a hely függvényében. Fejlettebb kultúrákban, működő egészségügy részeként is jelentősek a különbségek az egyes országok között. A hazai alapellátás fejlesztésére irányuló, szükséges és lehetséges „változásmenedzselés” célszerű stratégiájának kialakításához a folyamatokat a egészségügy történelmi beágyazottságában és a jelen európai minták tükrében mutatjuk be.

Az egészség a WHO 1946-os definíciója szerint a teljes fizikai, szellemi, szociális jólét állapota, amelyet a természeti, társadalmi, gazdasági, ill. egészségügyi, a kultúra, az orvostudomány állapota határoz meg..

Az egészségügy feladatai az alábbiak:

- az ártalmas környezeti hatások kiküszöbölése;
- a fertőző betegségek leküzdése, megelőzése;
- gyógyító-megelőző ellátás;
- következtetések levonása; a prognosztizáláshoz szükséges nyilvántartási feladatok ellátása.

Az egészségügy történetét röviden összefoglalva az alábbi jellemzők emelhetők ki koronként:

Ókor: az állami feladatvállalás az orvosok személyéhez kötődött; a **kínai** orvosokat az állam alkalmazta; **Görögország.** Hippokratész ie. IV. sz; **Róma** állami feladatnak tekintette az orvosképzést és kórházak létesítését;

Középkor: kisebb volt az állami feladatvállalás; az első igazgatási feladat a járványok terjedésének hatósági eszközökkel való megakadályozása volt;

Feudalizmus: az eü ellátás és az orvosképzés egyházi feladat volt; kórházi ellátást is az egyház szervezte (egyházi közkórházak), helyileg is összekapcsolódtak a szegénygondozás és a beteggondozó intézmények együtt voltak; a társ szegény és gazdag rétegei más-más ellátásban részesültek;

XIX. század: 1876-ban megszületett az első egészségügyi törvény.; ekkor igen fejlett volt az ellátás Nyugat-Európaéhoz képest is; kórházaink legtöbbje is ebben a században épült;

Az **1876. évi tv.** az egészségügyi intézmények felett a felügyeletet a BM gyakorolta; a megyei önkormányzatok tisztiorvosi feladatokat; a helyi önkormányzatok végrehajtási feladatokat végeztek;

1908-ban létrejöttek a közegészségügyi szolgálatok; feladatuk a szegénygondozás, az elmebeteg-gondozás, árvagyerek-gondozás, köztisztaság stb. volt;

A két VH között: leállt a fejlődés; kialakult a társadalombiztosítási-rendszer, de ez a lakosság 30%-t érintette csupán, akinek nem volt biztosítása, annak szegény-ségi bizonyítvánnyal kellett igazolnia a rászorultságot;

A II. VH után: szemléletváltás; az Alkotmány védte a „dolgozók egészségét” (a tsz-tagokra, háztartás-beliekre nem terjedt ki); az egészségügy megszervezése állami feladattá vált;

- az egészségügyi igazgatás központi szerve az Egészségügyi Minisztérium volt: irányította az orvosi egyetemeket, szakellátási intézeteket, az Országos Mentőszolgálatot és a KÖJÁL-t (megyei szinten állomás, járási szinten szolgálat volt); a KÖJÁL járványügyi feladatain túl ellátta a talaj- és levegőszennyeződés elleni védelmet, a vizek tisztaságát óvta, szűréseket végzett, védőoltásokat adott, stb.
- A centralizált igazgatás azt jelentette, hogy a döntéseket az Egészségügyi Minisztérium hozta, az orvosokkal nem működtek együtt, a megyei szervek végrehajtók voltak a helyi tanácsokat kihagyták a rendszerből

A „változások” korában: 1988. TB Alap levált a költségvetésről (TB-, nyugdíjjárulék + állami hozzájárulás + önálló gazdálkodás); **1989.** Szociális és Egészségügyi Minisztérium alakulása; **1990 Rendszer-váltás, Népjóléti Minisztérium; 1991.** ÁNTSZ; **1991.** TB Alap Nyugdíjalap + Egészségbiztosítási Alap (állampolgári jog helyett, biztosítási alapra került az ellátás); **1992.** Házi orvosi szolgálat (szabad orvosválasztás, kapitáció szerinti finanszírozás); **1994.** Orvosi és Gyógyszerész Kamara; **1998.** Egészségügyi Minisztérium és Szociális és Családügyi Minisztérium.

MA: még mindig nincs kielégítő eredmény; **fontos kérdés a hatékonyság,** a változást az egészségjavulás függvényében kell vizsgálni; egészségvédelmi programok, szociális medicina, természetgyógyászat megjelenése, elterjedése jellemzi napjainkat

Általános orvoslás sajátosságai, Európai kitekintés

Az általános orvoslás funkciójának egyik legáltalánosabb definíciója: „Összefoglalva, az általános orvoslás: kuráció a test, a lélek és a környezeti hatások metszéspontjában (Ágh). Egyfajta sajátos, általános orvosi gondolkodásmód, szintézis teremtő képesség szükségeltetik, az egyes diszciplínák (belgyógyászat, gyógyszerteran, sebészet stb.) között. Igaz ez egyrészt, az orvosi szakágazatok tudásanyagára. Másrészt, a jó házi orvosnak tudnia kell menedzselni betegét, az egészségügy útvesztőiben: koordináló funkció. Ez feltételez egy kellő rálátási képességet, az egészségügyi ellátás folyton változó rendszerére. Hogy mennyire összetettek az alapellátás feladatai, bizonyítja az a tény is, hogy Európában nincs két egyforma alapellátási struktúrájú ország. Az európai sajátosságokat mutatja az 1. táblázat

A háziorvosok helyzete az európai egészségügyi rendszerekben: foglalkoztatás, finanszírozás, kapuóri szerep, betegregisztrálás

Ország	magán praktizálás részesedése %	finanszírozási rendszer	kapuóri funkció	betegregisztrálás
Nemzeti Egészségügyi Szolgálat				
Dánia	100	Cap+Ffs	van	van
Finnország	2	Bér	nincs	nincs
Görögország	30	Bér (saját: Ffs)	nincs	nincs
Izland	25	Bér+Ffs (saját: cap+ffs)	van	nincs
Olaszország	98	Cap	van	van
Norvégia	58	Ffs (alkalmazott státuszban)	van	nincs
Portugália	1	Bér	van	van
Spanyolország	4	Bér	van	van
Svédország	1	Bér	nincs	nincs
Egyesült Királyság	99	Cap+Ffs	van	van
Társadalombiztosítás				
Ausztria	99	Ffs	nincs	nincs
Belgium	97	Ffs	nincs	nincs
Franciaország	97	Ffs	nincs	nincs
Németország	100	Ffs	nincs	nincs
Írország	91	Cap	van	van
				(alacsonyabb bevétel)
Luxemburg	98	Ffs	nincs	nincs
Hollandia	93	Cap+Ffs	van	van
Svájc	99	Ffs	nincs	nincs
Törökország	3	Bér	nincs	nincs
Volt kommunista országok				
Belorusszia	0	Bér	nincs	nincs
Bulgária	1	Bér	nincs	nincs
Horvátország	0	Bér	van	nincs
Csehország	33	Bér (saját: Ffs)	nincs	nincs
Észtország	1	Bér	nincs	nincs
Magyarország	12	Bér (saját: Cap/Ffs)	nincs	nincs
Lettország	3	Bér	nincs	nincs
Litvánia	0	Bér	nincs	nincs
Lengyelország	0	Bér	nincs	nincs
Románia	6	Bér	nincs	nincs
Szlovákia	83	Ffs	nincs	nincs
Szlovénia	1	Bér	van	van
Ukrajna	0	Bér	nincs	nincs

Cap. = Capitáció, Ffs = fee for service

és az 1. ábra. Egyébiránt, a jelenleg működő hazai egészségügyi hierarchiában, az alapellátás orvosa dolgozik a leggazdaságosabban, ugyanis a legnagyobb betegcsoportot látja el a legkisebb ráfordítással".

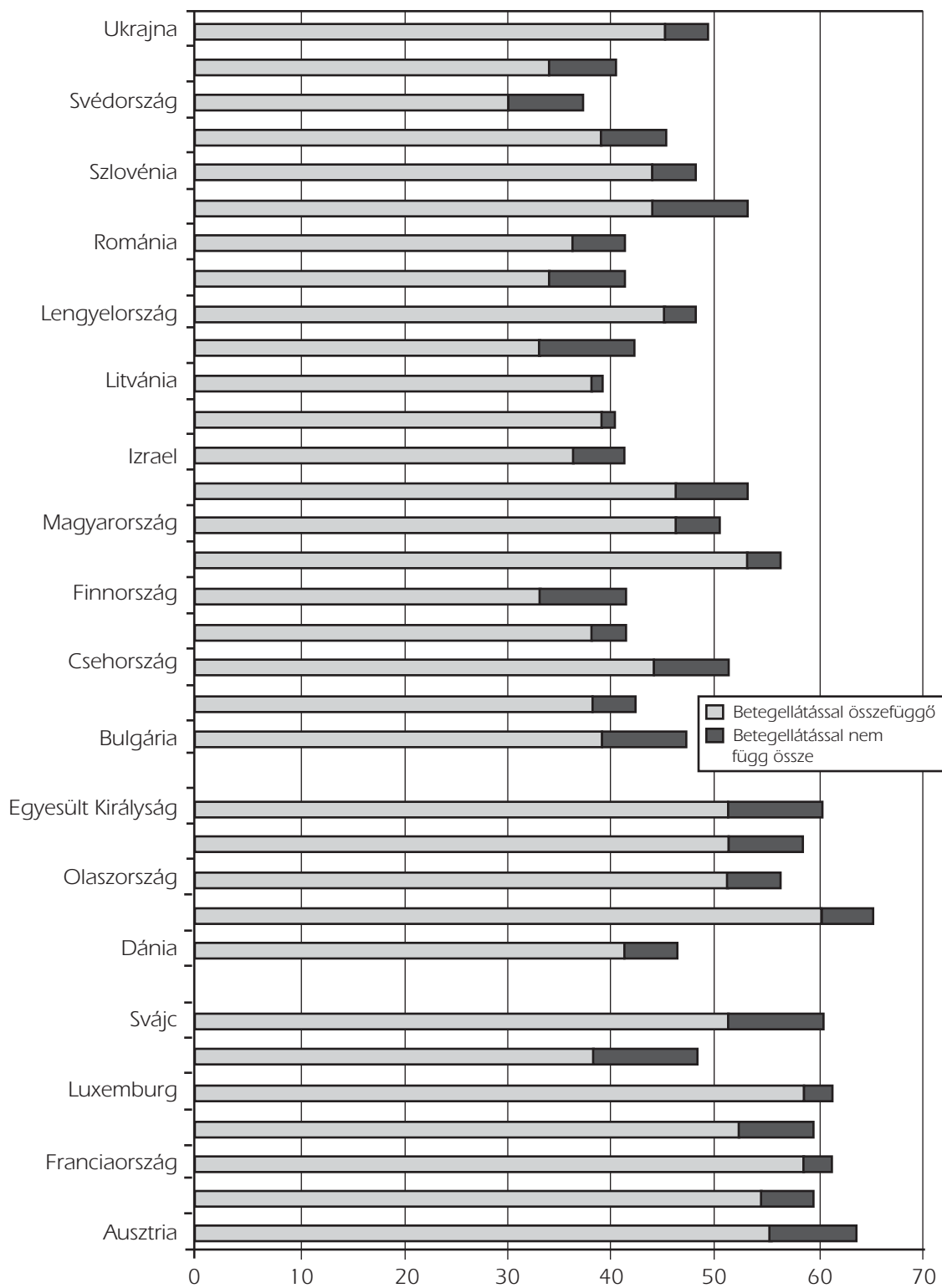
Az alapellátás és az általános orvoslás alakulása Magyarországon

Praxisanalízis, minőségfejlesztés jellegű törekvések a körzeti orvosi munkában (1, 2, 3).

A rendszerváltás előtti utolsó évtizedben a körzeti orvosi munkára fókuszáló vizsgálatokban és elemzésekben számos olyan elem bukkant fel, amelyik napjainkban, vagyis 20 évvel később, az orvosi munka nélkülözhetetlen feltétele vagy éppen rendező elve.

A praxisanalízisekben megfogalmazódik a **minőségbiztosítás** iránti igény: a prospektív adatbázis, az összehasonlításra alkalmas *standardizált adatok*, köztük a *morbiditás* feltérképezése, az *objektív elemzés* mind az explicit, evidencia-alapú döntéshozókészítő szemlélet előfutárainak tekinthetők. A hipertóniás betegek gondozásának minőségét vizsgáló adatelemzések nyomán következtetésként pedig ma már részben megvalósult elvárásokat fogalmaztunk meg: az egységes kezelési elveket rögzítő *kezelési útmutatók* kidolgozásának és a

A háziorvosi munkaórák száma az európai országokban
Munkaórák száma országonként (összes betegellátással összefüggő, betegellátással nem összefüggő)



1. ábra

tevékenység monitorozásának az igényét. Igényes elemzés tárgya lett a körzetben folyó medikus-**oktatás** folyamata is (4, 5, 6, 15). Az **irányított betegellátásról** már 1987-ben is szó esik.

Vállalkozó házi orvosok a rendszerváltás után: az alapellátás kihívásai

1995-ben a vállalkozó házi orvoslás kialakulásának jellemző mennyiségi trendjeit ismételtelen elemeztük a társadalombiztosítás adatainak segítségével 1992-től.

1999-ben már közel évtizednyi, számítógépes adatbázisokban rendelkezésre álló adatokra lehetett támaszkodni. A finanszírozást illetően meg lehetett állapítani, hogy a házi orvosi finanszírozás összegkerete 1991-hez képest 1992–1993-ban jelentős mértékben növekedett, majd a növekedés mértéke 1995-től csökkent, és évente jelentős eltéréseket mutatott. A működő finanszírozási keretek változása az egészségügy többi szektorához hasonlóan nehéz helyzetbe hozta a házi orvosi ellátást is, a kezdeti kedvező pozíció megszűnt. A finanszírozás problémáit tovább nehezítette a szabályozás ellentmondásos változása is. A növekvő kiadások eredményeként mindennemű megtakarítás lehetősége elveszett (7, 8, 9, 10, 12, 13, 14). A házi orvosi ügyeleti rendszer jobbára működőképes, de nem ellentmondásoktól mentes (11).

Egyre nyilvánvalóbb volt másfelől, hogy nem határozható meg sem olyan *működési paraméter* (pl. betegforgalmi adatok), amely a házi orvosi teljesítmény minőségének az objektív jellemzésére alkalmas lenne,

sem pedig olyan *optimális feltétel* (pl. körzetlélekszám), amelyik egyértelműen maximális teljesítményt tene lehetővé. Tendenciák rajzolódnak ki, amelyek közül az egyik a körzeti, majd a házi orvosi praxisok számának a folyamatos növekedése, ami az elmúlt 4 évtizedben a következőképpen alakult:

Év	1960	1975	1990	2000	2002
Praxisok száma	3282	4068	4632	4844	6858

Egy másik, az ellátás minőségét mindenképpen kedvező irányba befolyásoló folyamat az *oktatás* láncolatának a kialakulása: nemcsak a házi orvos oktatja az orvostanhallgatót, hanem a házi orvos maga is egyre szélesebb körben alanya az oktatásnak: mind nagyobb körökben a szakorvosok aránya], és a pontszerző posztgraduális képzés is regulárisan történik. A *minőség-biztosítás* konkrét megfogalmazást nyert, és összefoglalásra kerülhetett a házi orvoslás elő évtizede

A házi orvoslás továbbfejlesztésének a lehetősége: a prevenció

A házi orvosok között nemcsak az egészségügyi rendszerhez történő illeszkedés szervességét jellemző feladatok (kapuőri szerep, betegregisztráció), hanem a szakmai munka lehetséges profiljai terén is (kuratív, preventív betegellátás) markáns különbség mutatkozik Európa-szerte.

3. táblázat

A Cardio-vascularis betegségek felosztása betegségek és földrajzi elhelyezkedésre jellemzően

Fázisok	Elnevezés	Jellemző cardiovascularis betegségek	Cardiovascularis halálozás aránya az összhálalozáson belül	Földrajzi régió a 90-es években
1. várható élettartam <30 év	A fertőző és örökletes betegségek korszaka	Reumás szívbetegség, cardiomyopathia (pl Chagas kór)	5–10%	Afrika, Dél-Amerika és Dél-Ázsia egyes régiói
2.	A fertőző pándémiák csökkenésének korszaka	1. fázis + hypertoniás szívbetegség, vérzéses szélütés	10–35%	Afrika, Dél-Amerika, Észak-Ázsia egyes régiói
3.	A degeneratív és a saját magunk által előidézett betegségek kora	Koszorúér-betegség, ischaemiás szélütés, perifériás érbetegség, 55 éves kortól	35–65%	Kelet-Európa
4. várható élettartam >70 év	A késleltetett degeneratív betegségek kora	Cardiovascularis betegségek idősebb korban	<50%	Észak-Amerika, Nyugat-Európa, Új-Zéland
5. várható élettartam <60 év	A szociális rendezetlenség és az egészség romlás kora	Reumás szívbetegség, ischaemiás és hypertonia betegség fiatal korban	35–55%	Oroszországl]

A háziorvosok kuratív és preventív aktivitásának szintjei Európában

eredeti közlemény

	A c	B c	C c	D d	E d	F d	G d	H d
Nyugat-Európa								
Ausztria	2,95	2,11	2,88	1,59	1,58	1,2	1,64	0,29
Belgium	3,01	2,49	2,78	1,38	1,32	1,61	1,63	0,14
Dánia	3,49	2,82	2,88	1,31	1,26	1,77	1,45	0,14
Finnország	3,00	3,46	2,46	1,56	1,44	1,95	1,82	0,4
Franciaország	3,08	2,01	2,99	1,22	1,16	1,44	1,48	0,23
Németország	2,82	2,22	3,02	1,7	1,79	1,26	1,54	0,26
Görögország	2,47	1,99	2,59	1,29	1,24	1,05	1,25	0,28
Izland	3,1	3,19	2,77	1,62	1,35	1,65	1,63	0,47
Írország	3,48	2,49	2,96	1,58	1,4	1,74	1,7	0,12
Olaszország	3,08	1,44	2,61	1,37	1,35	1,38	1,47	0,17
Luxemburg	2,63	2,16	2,68	1,26	1,17	1,09	1,24	0,11
Hollandia	3,67	3,1	2,44	1,35	1,15	2,19	1,31	0,05
Norvégia	3,28	3,05	3,03	1,33	1,27	1,81	1,53	0,5
Portugália	3,22	1,74	2,71	1,74	1,37	2,05	1,94	1,09
Spanyolország	3,2	1,77	2,43	1,75	1,69	1,16	1,43	0,18
Svédország	2,83	2,83	2,75	1,39	1,31	1,41	1,33	0,27
Svájc	2,88	2,93	2,94	1,58	1,46	1,62	1,79	0,21
Egyesült Királyság	3,51	2,83	3,06	2,17	1,62	2,37	1,94	0,66
Átlag	3,12e	2,41e	2,75e	1,54e	1,42e	1,57e	1,57e	0,3
Kelet-Európa								
Bulgária	1,74	1,12	2,2	1,64	1,25	1,12	1,35	0,53
Horvátország	3,14	1,77	2,81	1,31	1,15	0,98	1,26	0,44
Csehország	2,28	1,66	2,39	1,45	1,27	1,00	1,24	0,07
Észtország	2,06	1,29	2,55	1,56	1,21	1,14	1,36	0,49
Magyarország	2,75	1,38	2,81	1,58	1,22	0,98	1,24	0,57
Lettország	1,96	1,58	2,57	1,58	1,19	1,56	1,67	0,11
Litvánia	1,71	1,1	2,4	1,37	1,26	na	1,5	0,21
Lengyelország	2,27	1,34	2,56	1,76	1,28	1,1	1,4	0,33
Románia	2,36	1,8	2,34	1,45	1,16	1,24	1,27	0,99
Szlovákia	2,14	1,42	2,3	1,22	1,2	0,94	1,09	0,15
Szlovénia	2,87	1,99	2,41	1,22	1,17	1,02	1,17	0,42
Ukrajna	2,05	1,76	2,55	1,32	1,17	1,16	1,31	1,8
Átlag	2,24	1,52	2,49	1,45	1,21	0,99	1,34	0,63

- a
- A: első találkozás egészség problémákkal
 - B: orvosi technológiák alkalmazása
 - C: betegségmenedzsment
 - D: rendszeres vérnyomásmérés
 - E: rendszeres koleszterin mérés
 - F: rendszeres kenetvétel
 - G: rendszeres emlővizsgálat
 - H: egészségnevelő tevékenység

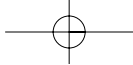
A felmérésben törökországi és izraeli adatok is vannak, mert a WHO európai régiójához tartoznak. Az elemzésből Izrael kimaradt, mert nem Európában van és más hatások érték az egészségügyi rendszerének fejlődését. Törökország kimaradt a kelet-európai blokkból, mert nem volt azok politikai rendszerének befolyása alatt.

- b
- c
- d
- e
- Értékek 1 (alacsony)-tól 4 (magas)-ig
 - Értékek 1 (alacsony)-tól 3 (magas)-ig
 - Szignifikáns eltérés

Magyarországon 2001-ben fogalmaztuk meg és publikáltuk a háziorvoslás továbbfejlesztésének lehetőségeként a *primer és szekunder prevenció tevékenységének szerves felépítését*.

A cardiovascularis prevenció az alapellátásban

A gazdasági fejlődés és a társadalmi berendezkedés történelmi folyamatának egyes szakaszai az adott korra



jellemző sajátosságokkal rendelkeznek. A humán közösségek egészségi állapota és az uralkodó betegségek összetétele is koronként különböző. A Világbanknak az egészségi állapotok különbözőségére vonatkozó adatai szerint pl. napjainkban Angliában a harmincasok egészségi állapota döntően a jövedelmi- és a lakásviszonyaikkal áll összefüggésben [22]. A GDP és a várható élettartam az EMU-ban 20 ezer USD és 78 év (2002), míg Magyarországon 4,5 ezer USD és 72 év (2001) ugyancsak a Világbank adatai szerint.

A szív- és érrendszeri betegség az ipari társadalmak új keletű epidémiája

A cardiovascularis morbiditás és mortalitás alakulása is összefügg a gazdasági és szociális környezet változásával. Az egészségi állapotnak ezen epidemiológiai kimutatható változásai, együttesen a következményes demográfiai változásokkal segítenek feltárni az ischaemiás cardiovascularis betegségek alapvető okait.

A cardiovascularis betegségek eltérő összetétele és gyakorisága a világ különböző részein jól tükrözi a genetikai hajlam és a markáns környezeti változások közötti kölcsönhatást. A környezeti változások jórészt az urbanizációt és a fokozódó jólétet jelentik sok egyéb, már a gyermekkorban érvényesülő, életmódot befolyásoló tényezővel együtt.

Az epidémia a népesség keresztmetszetében ábrázolva piramis alakzatot mutat [18]: az USA statisztikái [19] szerint a rizikófaktorok a népesség 30-75%-át érintik (mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás, dohányzás, hipertónia, magas vérzsír-szint). A rizikófaktorok halmozódását mutató populáció képezi a piramis következő lépcsőfokát. A metabolikus szindróma pre-

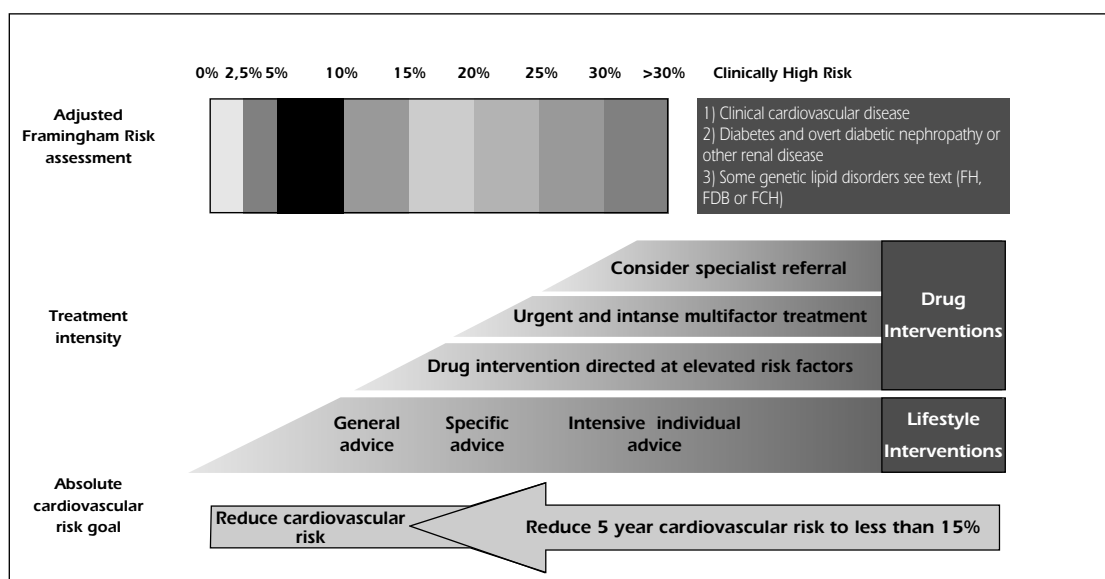
valenciája az USA-ban ~20%, betegség továbbfejlődését illetően a legnagyobb veszélyt jelentő diabétesz pedig folyamatosan növekvő tendenciát mutat: 1998-ban 6,5% volt. Ez utóbbiak már a piramis csúcsát jelentő, legnagyobb rizikószintű csoporthoz tartozik csakúgy, mint a manifeszt cardiovascularis betegségben szenvedők (CHD 5%, PAOD 4%, Szélütés, HF 2-3%, ESRD 1%). A betegek egyharmadánál több szervi lokalizáció is kialakul [31] Szívizominfarktus után minden 5. esemény szélütés, és fordítva [20].

A szív- és érrendszeri betegségek kockázata Magyarországon

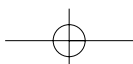
A legfrissebb hazai egészségfelmérést a Magyar Gallup Intézet végezte 2000-ben (OLEF-2000) (23), 7000 fős reprezentatív mintán, 5503 lakos válaszainak adatait értékelve. A hazai mortalitási és morbiditási adatokat illetően a következők olvashatók: „A halálozási statisztikák tükrében más európai országokéval összevetve a magyar lakosság egészségi állapota rendkívül kedvezőtlen. A halálozási adatok azonban önmagukban nem kielégítőek a lakosság egészségi állapotának jellemzésére, ehhez egészségproblémákról, köztük a megbetegedésekről is információk szükségesek. Morbiditási adatok hazánkban regisztráción alapuló adatgyűjtések révén, korlátozott mértékben és hitelességgel férhetők hozzá.”

Első saját felmérésünkben [16, 17], közel 20-szor nagyobb mintán, csaknem 100 ezer lakos cardiovascularis kockázati állapotát jellemző morbiditási adatokra vonatkozó kérdésekre a családorvos által adott válaszokat összesítettük. Láttuk, hogy a rizikófaktorok kóros értékeinek pontos definiálása nélkül is reálisnak tűnő, kon-

A rizikószintek és a prevenció összefüggése



2. ábra



zisztens értékeket kaptunk a populáció rizikóprofilját illetően az egyéb nagy vizsgálatok adataival történt egybevetés szerint. Az is nyilvánvaló, hogy a fokozott cardiovascularis rizikószintet olyan állapotok fennállása esetén definiáltuk, amelyek esetében ez a besorolás nem képezheti vita tárgyát. Összefoglalva megállapítható, hogy az általunk alkalmazott gyors és egyszerű módszerrel egyrészt olyan értékeket nyertünk a magyar populáció cardiovascularis rizikóprofilját illetően, amelyek összességükben konzisztensek az irodalmi adatokkal. Másrészt pedig a rizikóbecslés eredményeképpen a fokozott cardiovascularis rizikószint igen magas arányára derült fény a magyar lakosság körében, amely fontos háttérinformáció ahhoz a tényhez, hogy Magyarországon a cardiovascularis halálozás vezeti a mortalitási statisztikát. A „gyorsteszt” eredményei tehát jó eséllyel közel állnak a valósághoz. Mindazonáltal, éppen a módszer korlátai miatt, az eredmények exact validálást igényelnek, elsősorban a rizikóprofil vonatkozásában. Megalapozottnak látjuk tehát egy nagy, hézagpótló hazai epidemiológiai vizsgálat elvégzését, amely megfelelő elemszámú, véletlenszerű mintavétellel történik, és pontos rizikófaktor definíciókkal operál. A rizikóbecslést illetően pedig az általunk használt rizikófaktor lista („checklist”), valamint az ennek alapján a megadott szempontok szerinti rizikószint besorolás úgy tűnik, hogy viszonylagos egyszerűsége ellenére kellő pontosságú, és éppen ezért, vagyis egyszerűsége miatt megfelelő módszer egyrészt a „globális rizikó” szemléletének a gyakorlatba történő meggyökereztetésére, másrészt a fokozott rizikójú betegek eddiginél hatékonyabb kiszűrésére.

Másik saját felmérésünkben a betegek összetétele nem volt reprezentatív sem a praxis, sem a népesség tekintetében, viszont a rizikófaktorok mért adatainak átlaga igen jó egyezést mutat a „gyorsteszt” súlyozott mintán kapott, de nem mérésen alapuló adataival. Másrészt a módszer különösen alkalmas arra, hogy a háziorvos betegkövető rendszerébe beépülve a korsze-

rú, ajánlásokon alapuló prevenció követés-gondozás kiindulási pontját képezze. A tevékenység holisztikus megközelítése látható egy frissen megjelent új-zélandi cardiovascularis prevenció útmutatóban [21]:

A cardiovascularis prevenció gyakorlati szempontjai

A cardiovascularis prevenció hatékony megvalósításához a szükséges mértékű és mennyiségű globális tudás létezik és rendelkezésre áll. Fentiek ellenére a prevenció lehetőségei és eredményei között aránytalanság van, az elmélet és gyakorlat közötti szakadék mélyül. A rizikóbecslés és a klinikai döntés a logikailag összefüggő folyamatok, amelyek végrehajtását az alapellátás szintjén összehangolva és a következő célok irányába kell fejleszteni:

Elsődleges cél: a cardiovascularis rizikó számított átlagos értékének a csökkentése adott populációban. *Másodlagos cél* a fokozott rizikójú betegek kiemelése és hatékony preventív illetve kuratív kezelése, különös tekintettel a rejtett, néma, tünet-és panaszmentes esetekre (pitvarfibrilláció, néma infarktus és/vagy csökkent bal kamra funkció, zörej a nyerekek felett, igen magas vérnyomás vagy vérszír stb). *Távolabbi cél:* a cardiovascularis rizikó és a prevenció költséghatékonyságának a közvetlen mérése.

A fejlesztés hasznossága teljesen magától értetődik, másfelől megvalósíthatósága igen kockázatos lehet. Ez utóbbi megítélésében segítségünkre lehet a SWOT analízis:

A prevenció mint a minőségbiztosítás megvalósításának a katalizátora az alapellátásban

A körzeti orvosi munka minőségének elemzését cél-

3. táblázat

A prevenció gyakorlatának SWOT-analízise

ERŐSSÉGEK Alulról építkezik Egyénre szabott Integrált Interdiszciplináris Feladatorientált	GYENGESÉGEK Nincs kijárt út Nincs bejáratott mód A precíziós fejlesztés idő és forrásigényes Az orvostársadalom nagyon konzervatív szemléletű
LEHETŐSÉGEK Minimális tényleges siker világszerte a nagy elvárások ellenére A prevenció hatékony megvalósítása Népegészségügyi és tudományos siker Elszánt fejlesztő csapat Nagy szakmai tudás és tapasztalat	VESZÉLYEK A téma bonyolultsága és újszerűsége miatt az esetleges támogatók indokolatlanul nagyra ítélik a kockázatot Széttagolt érdekek Interdiszciplináris bizalmatlanság Ellenérzés és értetlenség az integrált megközelítéssel szemben

zó retrospektív felmérésektől a vállalkozó háziorvosok változó helyzetének meghatározó szempontjait vizsgáló áttekintéseken át a hazai cardiovascularis epidémia leírását eredményező célzott kérdőíves felmérésekig számos módon törekedtünk arra, hogy meghatározzuk az alapellátásban dolgozó orvos helyzetét, és megpróbáljuk aktívan, a minőség javításának az igényével befolyásolni a változásokat. A népegészségügyi szempontból különösen fontos szív-érrendszeri megbetegedések bizonyítása sürgős beavatkozást igényel és egy sikeres prevenciós paradigmaváltás lehetőségét jelenti. A felismerést rendszerszerű, informatikai, minőségbiztosítási és finanszírozási vonatkozásokat tartalmazó és végrehajtási rendeletet megalapozó alkalmazási javaslatok kidolgozásai követték, amelyek a helyzetfelmérések összegzése alapján kerültek kimunkálásra. A pilot projektek elvégzése a megvalósítást, a premizálást, a beteg szűrővizsgálatok párhuzamos adatainak elemzését szolgálják.

ÖSSZEFOGLALÁS

A magyarországi, napjainkra kialakult háziorvosi rendszer, az alapellátás eredményeiben és hiányosságaiban nem véletlenül, meghatározóan érvényesül az elmúlt évek egészségügyi, társadalmi és gazdasági fejlődése és fejlesztése a nemzetközi és nemzeti történések egésze, illetve azok hatása és következményei. A korábbi körzeti orvoslásban a kilencvenes évek előtt kiemelten fontos tényezők voltak a nemzetközi kapcsolatok és a szakmai, legfeljebb szakmapolitikai lobbyk, melyek politikai vetületei legfeljebb az elfogadás és elfogadottság szintjén valósultak meg.

A körzeti orvoslásra jellemző betegforgalmi adatok alapvetően, lassú változások ellenére, nem különböznek a háziorvosi ellátástól. Az akut betegek és a gondozottak ellátása, a prevenció, a keresőképesség elbírálás, a napi betegforgalmi jellemzők vonatkozásában mindezek elmondhatók.

Ezért is volt lehetséges, hogy a rendszerváltást követően, lényegét tekintve töretlenül, egy fejlődési folyamat következtében történtek azok a jogszabályokra alapozott változások amelyek szakmai, finanszírozási, szervezeti és képzési, minőségbiztosítási téren különös jelentőséggel bírtak. A háziorvoslás történései évtizednyi távlatból nézve is megalapozottak és sikeresek voltak, megteremtették az egészségügyi átalakítás kiindulópontját és alapjaiban a mai napig érintetlenek maradtak.

A háziorvoslásról szóló miniszteri rendelet egyértelműen meghatározta a feladat- és feltételrendszert, a háziorvos az segítői tevékenységét, a gyógyítás, megelőzés és rehabilitáció vonatkozásában, meghatározta az ellátott lakossági kört, az ellátáshoz szükséges szakmai megfelelést (szakképesítést, képesítést), technikai felszerelést és berendezést, kubatúrát.

A szakképesítés megszerzéséről szóló rendelet-módosítás lehetővé tette az egységes színvonalú ellátást és megalapozta a közel évtizeddel később megjelent folyamatos továbbképzési rendeletet, a CME gyakorlatát, amely a színvonal megtartását jelentette, európai gyakorlatot megelőző módon.

A háziorvosi tevékenységi lista meghatározása és közreadása, valamint az 2006-ban megtörtént revalidálása, minden szakmát megelőzően alapot

teremt az ellátás meghatározásához, a fejlesztésekhez, a szakképzéshez és a továbbképzéshez egyaránt.

A szakma országos intézetének megtartása és kompetenciájának kiterjesztése a koncentrálnálható és koordinálható országos tevékenységek és feladatok teljesítését nagymértékben segítette, segíti és segítheti a jövőben is.

A korábbi döntések miatti fejlődés és a fejlesztések következményeként a 2001-ben elindított és 2002-ben megerősítést kapott népegészségügyi programok alapját és eredményességét a háziorvoslás és az alapellátás jelentheti.

2006-ban a népegészségügyi programok elindításának 5. évében, a korábbiakban tervezett tíz éves időtartam félidejében, a gazdasági kényszer miatti egészségügyi rendszer átalakításának szükségszerűsége, de annak működő képességének megtartása, talán az Európai Uniótól 2007–2013 között leihívható 500 milliárd forint beérkezése a tét. A tét nagy, sőt kockázatos is. Lehetőség, válogatásra idő nincs sok. A Szív-érrendszeri Betegségek Nemzeti programja és a Kistérségi Ellátási Formák támogatása kiutat jelenthet. A megvalósíthatóság nem reménytelen, de ehhez a jelenlegi háziorvosi terhekből lehet csökkenteni és talán szükséges is. Kockázat nélkül, hiszen főleg az adminisztrációs terhek csökkentése nemhogy színvonal csökkenését jelenti, hanem az ellátás jobbítását segítheti. Ezt kívánjuk bizonyítani, az OALI vizsgálatainak eredményeiként, következőkben közölt cikksorozatban.

IRODALOM

- Balogh, S: A körzeti munka elemzése és egy lehetséges módszere. Med.Univ: XIX/4. 213-217. 1986.
- Balogh, S; Arnold, Cs; Diós, E; Galgóczi, E; Péntes, J; Újhelyi, Í: A körzeti orvosok gyógyító-megelőző tevékenységének összehasonlító vizsgálata 6 körzetben. Med.Univ: XX/6. 337-341. 1987
- Balogh, S: Hét körzeti praxis összehasonlító értékelése. Med.Univ: XXIII/6. 335-340. 1990.
- Arnold, Cs; Balogh S; Fülep, L; Galgóczi, E; Lomb, D; Péntes, J; Végh, M: A hipertóniagondozás minőségének értékelése. Med.Univ: XX/5. 269-272. 1987.
Eredmények – tapasztalatok – következtetések – feladatok
- Arnold, Cs; Balogh, S; A hipertóniagondozás minőségi jellemzőinek változása 1983-1986 között az alapellátásban. Med.Univ: XXI/5. 269-271. 1988.
- Balogh, S; Riesz, T; Erős, A: Szükség van-e minőségbiztosításra az alapellátásban? Med.Univ: XXXII/5 265-266 1999.
- Balogh, S: A háziorvoslás a társadalombiztosítási adatok tükrében I. Az indulás első hónapjai. Med.Univ: XXVIII/5. 195-200. 1995.
- Balogh, S: A háziorvoslás a társadalombiztosítási adatok tükrében II. A vállalkozásokról. Med.Univ: XXVIII/6. 261-264. 1995.
- Balogh, S: A háziorvoslás a társadalombiztosítási adatok tükrében III. A harmadik év. Med.Univ: XXVIII/7. 293-296. 1995.

10. Balogh, S: Adatok a háziorvosi finanszírozásról. Med.Univ: XXXII/3 119-129 1999.
11. Balogh, S: A háziorvosi ügyeletekről. Med.Univ.: XXXII/6 351-353.1999.
12. Balogh, S: Háttér adatok a háziorvosi ellátásról I. Med.Univ: XXXIII/1 21-25. 2000
13. Balogh, S. Háttér adatok a háziorvosi ellátásról II. Med.Univ: XXXIII/2. 97-102. 2000. 14. Balogh, S: Ki tanul, a medikus, vagy az oktató? Med.Univ: XX/1. 13-16. 1987.
15. Balogh, S: Mit oktathat a körzeti orvos egy tatabányai körzetben? Med.Univ: Aktuális oldalak 1988. szeptember 67.
16. Balogh, S: Hajdú, E; Jánosi, I; Kardiovaszkuláris kockázati tényezők felmérése. Med Univ XXXVI/4. 143-149. 2003.
17. Hajdú, E; Balogh, S; Jánosi, I: Kardiovaszkuláris kockázati tényezők felmérése 2. Med. Univ. XXXVI/1. 17-23. 2003
18. GF Fletcher et al. 33rd Bethesda Conference: Preventive Cardiology: How Can We Do Better? Journ.Amer. Coll. Cardiol. 2002 (4) 579-651.
19. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics — 2003 Update. Dallas, Texas: American Heart Association; 2003.
20. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients BMJ 2002;324:71-86
21. Best practice evidence-based guideline the assessment and management of cardiovascular risk. New-Zealand Guideline Group. August 2003
22. Wagstaff A et al. Causes of Inequality in Health: Who You Are? Where You Live? Or Who Your Parents Were? 2001.
23. Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2000)
24. Belec, B; Paulik, E; Kómár, M; Balogh, S; Hajnal, F; Nagymajtényi, L: Az egészségi állapot település-specifikus jellemzői Csongrád megyében. Med.Univ. XXXVI/6. 253-258 2003
25. Belec, B; Paulik, E; Balogh, S; Hajnal, F; Nagymajtényi, L: Az iskolázottság hatása az egészségi állapotra Csongrád megyében. Med.Univ.XXXVII/1. 11-16. 2004
26. Belec, B; Paulik, E; Balogh, S; Hajnal, F; Nagymajtényi, L: A nők egészségi állapota és egészségmagatartása dél-alföldi megyékben. Med.Univ.XXXVII/4.171-175. 2004
27. Kékes, E; Balogh, S; Császár, A: A kardiovaszkuláris rizikófaktorok felmérése háziorvosi gyakorlatban. Medicus Anonymus 12(1) 24-26. 2004
28. Kékes, E; Balogh, S; Császár, A; A kardiovaszkuláris rizikóbecslés, mint a prevenció első lépcsője háziorvosi praxisokban. Metabolizmus 2004, 2(Suppl.A) A1-A4
29. Kékes, E; Balogh, S; Császár, A: A kardiovaszkuláris rizikóbecslés, mint a prevenció első lépcsője háziorvosi praxisokban indított program. Háziorvosi Továbbképző Szemle 2004. 9. 136-139
30. Kékes, E; Balogh, S; Császár, A; Megdöböntő statisztika – a hazai nagyszabású cardiovascularis rizikófelmérő program eredményeinek ismertetése. Granum. 2004.7(4) 5-9
31. S Coccheri. Distribution of symptomatic atherosclerosis and influence of atherosclerotic disease burden on risk of secondary ischaemic events: results from CAPRIE. Eur Heart J 1998;19(suppl):P1268

MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK

XIV. VÁNDORGYŰLÉSE

EGER

HOTEL EGER

2006. NOVEMBER 10–12.