

Dr. Balogh Sándor, PhD, c. egyetemi docens

A KISTÉRSÉGI EGYÜTTMŰKÖDÉS, MINT A STRUKTÚRAVÁLTÁS LEHETŐSÉGE, ÉS A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÉRDÉSEK AZONOSSÁGA

Országos Alapellátási Intézet

Közösség-közeli pozíciójukból adódóan, az alapellátás résztvevői képesek a népegészségügyi jelentőségű megbetegedések prevenciójának leghatékonyabb kivitelezésére. A legszélesebb hozzáférhetőség mellett, a házi-orvosok és az alapellátás szakdolgozói élvezik betegeik bizalmát és pácienseik életkörülményeinek ismerete mellett személyre szóló ellátást tudnak biztosítani, és pedig hosszú távú kapcsolatra alapozottan.

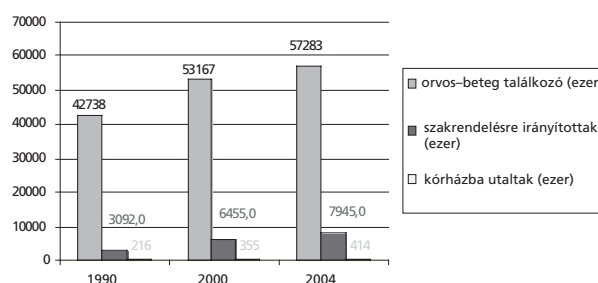
Napjaink szakmapolitikai közleményeiben gyakran elhangzik az elvárás, amely szerint a házi-orvosi szinten definitív ellátást kell nyújtani. A definitív ellátás dimenziói a hármas struktúrában értelmezendők, a biztosító, a házi-orvos és a beteg szemszögéből, más-más értelmezéshez jutnak:

- A házi-orvosi kompetenciakörbe tartozóan a szakmai tevékenység egy-egy betegségre vonatkozóan vagy ellátási eseményhez kapcsolódóan;
- A biztosító érdeke, hogy az ellátás a legalacsonyabb költségű szinten történjen meg, azaz a házi-orvosi szolgáltatóknál;
- A betegek magas minőségű ellátáshoz szeretnének jutni, lakóhelyükhöz közeli távolságban, az első orvos-beteg találkozás alkalmából.

A KSH forgalmi adatainak elemzéséből kitűnik, hogy a házi-orvosi praxisok forgalma 1990. és 2000. között 24%-al emelkedett, majd a növekedés üteme lelassult és 2004-ben már csak 7% volt az emelkedés a 2000. évhez képest. 1990. évet követő 10 évben a szakrendelésre irányítottak száma megduplázódott, de a növekedés lelassult és 2004-re csupán 23% volt a növekedés, de abban az évben sem érte el a betegforgalom 14%-át. A kórházi utalás tekintetében a növekedések kevésbé kifejezettek.

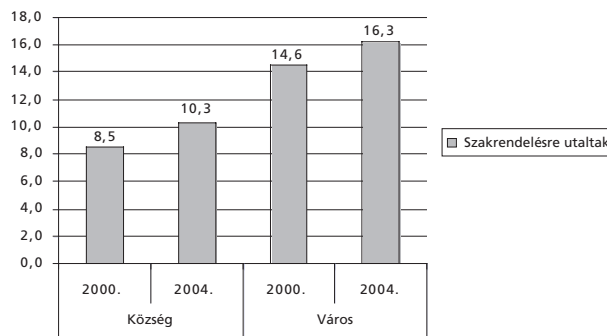
Az egészségügyi szolgáltatók igénybevételét befolyásolja, hogy az adott szolgáltatás milyen földrajzi távolságban érhető el. Az egészségügyről szóló, 1997. évi CLIV. Törvény 88.§-a kimondja, hogy a beteg számára a lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani kell az egészségügyi alapellátást, tehát törvény garantálja a földrajzi hozzáférhetőséget a házi-orvosi szinten. A járóbeteg szakrendelés, valamint a fekvőbeteg ellátás távolsága a települési adottságoktól függ, amelynek

1. ábra Házi-orvosi betegforgalom és utalás



megfelelően, a beutalási szokások is változnak, községben kevesebb a továbbirányítási arány, mint városokban.

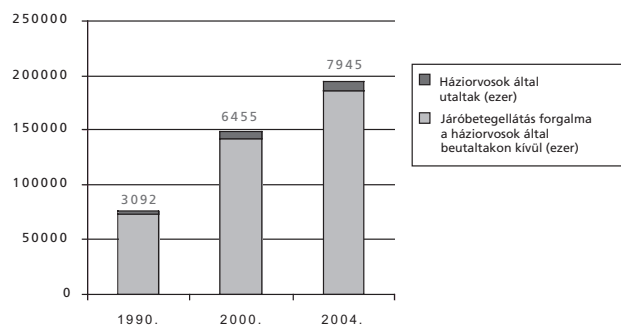
2. ábra Szakrendelésre irányítás községi és városi házi-orvosi praxisokból, a betegforgalom százalékában



A 3. ábrán látható, hogy a házi-orvosok által beutaltak igen kis százalékát, csupán 4,1%-át képezik a járóbeteg ellátásban létrejövő orvos-beteg találkozásoknak, ami azt mutatja, hogy a beutaló nélkül igénybevett szolgáltatások, valamint a továbbutalások száma igen magas. A járóbeteg forgalom nagyságrenddel nagyobb, mint a házi-orvosok által utaltak száma, az 1990. évhez képest történt 2000. évi növekedés aránya viszont megegyező, a házi-orvosi továbbutalásoknak duplájára történt emelkedésével. Ezért az egészségügyi rendszer működési sajátosságai mellett, a háttérben a krónikus betegségek számának növekedése, a diagnosztikai és terápiás

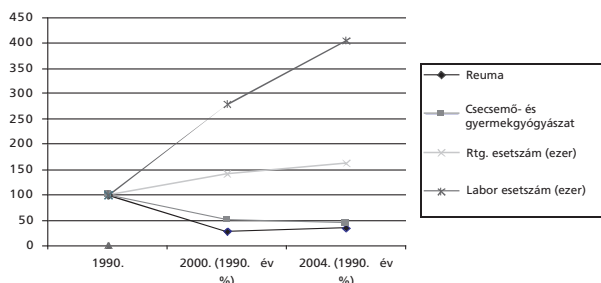
lehetőségek bővülése, valamint a betegek kifejezett vagy rejtett igénye keresendő.

3. ábra **A járóbeteg forgalom és a háziorvos által utaltak megjelenítése**



A járóbeteg szakrendelések forgalma különböző mértékben változott, ugrásszerűen nőtt a laborvizsgálatok és jelentősen a radiológiai esetek száma, míg a reumatológiai szakrendelések esetszáma csökkent, majd stagnált, a gyermekgyógyászati ambulanciák forgalma pedig csökkent.

4. ábra **Járóbeteg esetszám az 1990. évi forgalom %-ában**



Az alapellátásban rejlő potenciál kihasználására, a kapacitások koordinációjának modelljeként indította el az OALI a Kistérségi Prevenációs Pályázat keretében a komplex prevenációs programot, a WHO közösségorientált ellátási koncepciójára alapozottan. Ennek megfelelően, az alapellátási csapatok és a közösségtámogató szervezetek (önkormányzat, civil szervezetek) együttműködésével, a helyi lakosság bevonása történt meg annak érdekében, hogy adekvát információval ellátva, az egészséges életmód választása irányába terelje magatartásukat. 10 kistérség került kiválasztásra, az ország különböző területein, figyelembe véve, hogy lehetőség szerint minden régió képviselt legyen.

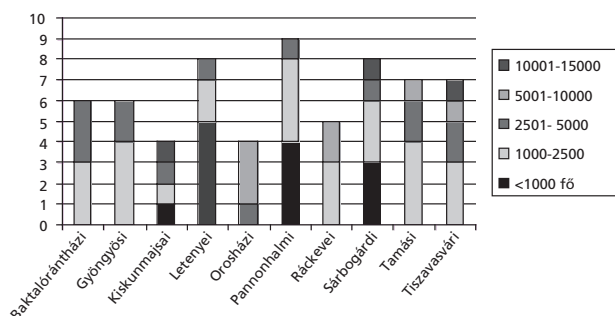
Az adott kistérségekben, helyi koordinátort jelöltünk ki, aki a különböző résztvevők aktivitását hangolta össze. A szakemberek bevonása és továbbképzése kistérségi fórumokon történt. Település-egészségnap keretében, a helyi alapellátásban dolgozók lakossági szűrést végeztek –, ahol a rizikóstatuszról leletet, és ahhoz tartozó értékelést, valamint tanácsokat, kaphattak a résztvevők. A háziorvosok részvétele biztosította azt, hogy a kiszűrt rizikószemélyek követése, gondozása az egészségnap után megtörténjen, a szakdolgozók pedig azt, hogy az

5. ábra **A Programba bevont kistérségek**



életmódi tényezők befolyásolását (pl. dohányzás leszoktatás, testsúlycsökkentés) célzó tanácsadást megkezdjék, illetve folytassák. A szűrési adatok rögzítését és a rizikóállapot értékelését a CardioNET informatikai rendszer biztosította, amelynek központi egysége lehetővé tette az adatok összesítését, statisztikai elemzését. Jelen feldolgozásban 10 kistérség adatait összegeztük. 6428 fő vett részt az egészségnapokon, a nők és férfiak 2/3–1/3 arányban jelentek meg. A bevont kistérségek népességének átlaga 41 111 fő volt (17 308 és 12 560 közötti lakosságszámmal), az egyes településeken lakók átlaga pedig 4400 fő volt. A bevont települések 84,4%-a 5000 vagy annál kevesebb lakost számlált.

6. ábra **A települések lakosságszáma kistérségenként**

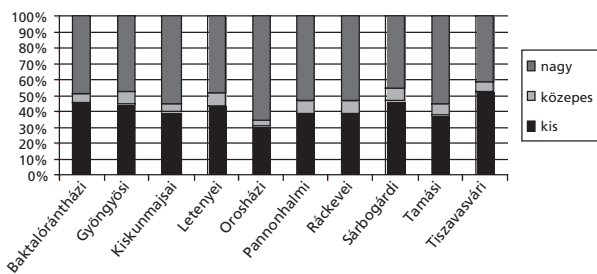


A részvételi arány nagyobb volt a kisebb lakosságszámú kistérségekben. A vizsgált populáció 70,6%-a 40 és 70 év közötti volt, jelezve a kitűzött prioritást, a kardiovaszkuláris rizikószemélyek elérését. A vizsgált népesség 22,6%-a dohányzott, 73,6%-a túlsúlyos (testtömeg-index >25 kg/m²), 64,1%-ának abdominális típusú elhízása volt (a nők – derék-körfogata >88 cm, a férfiaké >102 cm). A vérnyomás 140/90 Hgmm határértékének figyelembevételével (a cukorbetegség alacsonyabb határértékét nem vettük figyelembe), a szisztolés érték 67,5%-ban volt magasabb, míg a diasztolés érték csupán 31,5%-ban haladta meg a 90 Hgmm-t. A vizsgáltak 46,6%-nál volt mérhető 5,1 mmol/l-nél magasabb koleszterinszint és 22,6%-ánál 6 mmol/l-nél magasabb vércukorérték.

Összességében, a vizsgált lakosságcsoport 50,1%-a nagy kardiovaszkuláris rizikóval rendelkezett, azaz 5%-nál nagyobb az esélye, a 10 éven belüli fatális kardiovaszkuláris eseménye bekövetkezett. Míg férfiak esetén minden kistérségben magasabb arányú volt a nagy rizikójúak előfordulása, mint a kis rizikójúaké, nők esetében is csupán Letenye, Sárbogárd és Tiszavasvári kistérségekben voltak többen a kis rizikójúak, Bakta-lórántházán és Kiskunhalason pedig a különbség csekély mértékű volt.

A nagy rizikójú személyek előfordulása Orosházán a legmagasabb (64%), míg Tiszavasváriban a legalacsonyabb (41%). Az egyes rizikófaktorok kistérségek közötti szórása a derékkörfogat, a koleszterin- és a vércukorszint esetén a legmagasabb, kisebb szórás tapasztalható a testtömegindex, a dohányzás, a szisztolés- és diasztolés vérnyomásértékeknél. Mivel ismert, hogy az emelkedett szisztolés vérnyomásértékek erősebb korrelációt mutatnak a kardiovaszkuláris események előfordulásával, mint a magas diasztolés értékek, a magasvérnyomás betegség gondozása során, ennek figyelembevétele és a célértékre törekvés szükséges. Szükséges a magas koleszterin- és vércukorszintek célértékre való csökkentése a kockázat mérséklése érdekében. A magas vércukorszintek esetén különös figyelmet kell fordítani a szövödmények, különös tekintettel a nephropathia megelőzésére, hiszen a cukorbetegség önmagában kifejezett rizikót jelent a manifeszt érbetegség kialakulására.

7. ábra A kardiovaszkuláris rizikó kistérségenként



A Kistérségi Prevenációs Program – első lépcsője az érintett kistérségekben a kardiovaszkuláris rizikó felmérését eredményezte, kijelölve a helyi prioritásokat a teendőikben. A kistérségi alapellátásban dolgozók bevonása a leszűrt személyek jövőbeni követését megvaló-

síthatóvá teszi. A hypertonia, hypercholesterinaemia, a diabetes kezelés, gondozás – háziorvosi kompetencia, szükség esetén szakorvos bevonásával. Korábbi vizsgálatok szerint az életmód tanácsadás: dohányzásról történő leszoktatás, túlsúly csökkentése, akkor a leghatékonyabb, ha mind a háziorvos, mind a szakdolgozó részt vesz a folyamatban, de az erőforrások racionalizálása végett a követést célszerű a szakdolgozóra bízni.

A prevenció tevékenység területén az alapellátásban dolgozók kompetenciájának definiálása a háziorvos és ápoló tekintetében megtörtént. A helyi szükségleteknek (lakosságszám, településszám, rizikóállapot) megfelelően célszerű az egészségügyi alapellátás strukturális átalakítása, amelyben a háziorvosnak van koordinációs szerepe. Célszerű átgondolni az egy célcsoportot ellátók munkamegosztását, a gyermekorvosi ellátásban a házi gyermekorvosok, iskolaorvosok, védőnők, iskola védőnők feladatait és kompetenciáját, valamint a munkavállalók tekintetében a háziorvosi és foglalkozás-egészségügyi feladatok megosztását és az ahhoz kapcsolódó információcserét is. A szociális ellátás integrálása nem csak Magyarországon igény, hanem már a modern alapellátás elveinek implementálásának szüksége a „primary health care” helyett a „primary care” fogalom használatával és gyakorlati megvalósításával. A helyi egészségügyi igények meghatározása szükséges annak eldöntésére, hogy a finanszírozási lehetőségek figyelembevételével milyen szolgáltatások élveznek prioritást és azok milyen formában telepíthetők. A finanszírozási technikát az egészségpolitikai elvárásokhoz kell igazítani, azaz a szolgáltatók érdekrendszerét kell ennek megfelelően felépíteni. Jelenleg a kapitáció alapú háziorvosi finanszírozás és a járóbetegellátás tételes finanszírozása határozza meg azt, hogy a járóbetegellátásban nagyobb számú ellátás történjen: a betegek háziorvosi rendszerből történő „elszívása” jelenti a motivációt. A jelenlegi rendszerben a háziorvosi kapuőri szerep sokkal inkább működőnek mondható, mint a járóbetegellátásból való visszajutás az alacsonyabb költségű ellátó helyre, az alapellátásba. A teljesítmény korlát, valamint a gyógyszerfelhasználásra vonatkozó gazdaságossági rendelkezések segítik valamelyest a háziorvosok kapuőri szerepének megvalósulását, bár inkább szankciókon, mint közgazdasági mozgatórugók mentén.