

Válasz

Dr. Nagymajtényi László professzor, az MTA doktora opponensi véleményére

Tisztelt Professzor Úr!

Mindenekelőtt szeretném megköszönni, hogy elkészítette „A felnőtteket ellátó háziorvosi alapellátás preventív szolgáltatásainak értékelése Magyarországon” című MTA Doktori értekezésem bírálatát. Kérdéseire és megjegyzéseire adott válaszaim, a bírálatában írtak sorrendjében, az alábbiak:

1. megjegyzés: „A disszertáció témája, amely részletekbe menően, különböző szempontok alapján elemzi a hazai alapellátás megelőző célzatú tevékenységét, annak jelenlegi pozitív és negatív sajátosságait, és ennek kapcsán számos megoldandó feladatot jelöl ki, egyértelműen fontosnak, megközelítésének komplexitása következtében pedig újszerűnek is tekinthető.

A hazai adatok Mark Ashworth, Peter Schofield, Tim Doran, Richard Cookson, Matthew Sutton, Paul T Seed, Amanda Howe and Robert Fleetcroft: The Public Health Impact score: a new measure of public health effectiveness for general practices in England. British Journal of General Practice 2013; 63 (609): e291-e299. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp13X665260> közleményében közölt módszer szerinti elemzés alapján, Magyarországon 28835 haláleset bekövetkezte múltik azon évente, hogy a háziorvosok milyen gyakorisággal

- végzik az influenza elleni vakcinálást krónikus betegek körében;
- alkalmaznak béta-blokkoló kezelést ischaemiás szívbeteg körében;
- ACEI vagy ARB kezelést szívelégtelenség, ISZB és proteinuriával vagy microalbuminuriával járó diabétesz esetén;
- antitrombotikus kezelést pitvarfibrilláció és nem vérzéses stroke esetében;
- végeznek dohányzás leszokás támogatását tanácsadással ISZB, stroke/TIA, hipertónia, diabétesz, krónikus vesebetegség, COPD, asztma és pszichózis esetén;
- segítik a méhnyakrákszűrés megvalósulását;
- tudják célérték alatt tartani a vérnyomást hipertónia, ISZB, krónikus vesebeteg és diabétesz esetén, a HbA1c-t diabétesz esetén és a koleszterin-szintet ISZB betegeknél.

Ez a 28835-ös esetszám jelzi, hogy az alapellátás preventív jellegű szolgáltatásai összességében meghatározó jelentőséggel bírnak. Mivel a felsoroltakon túl számos más preventív szolgáltatást is nyújt az alapellátás, a népegészségügyi jelentőség ennél biztosan jelentős mértékben nagyobb valójában. Ha feltételezzük, hogy a hazai gyakorlat hatékonysága megfelel az angliainak, akkor Magyarországon a háziorvosok preventív szolgáltatásaik révén egy évben 21519 halálesetet előznek meg és 6816 halálesetet nem tudnak megelőzni.

A Lengyelország, Szlovákia és Csehország népességgel súlyozott referencia szintjéhez illetve az EU28 átlaghoz viszonyított magyarországi elkerülhető halálozás 2015-ben 15960 illetve 23884 eset volt. Ha a felsorolt preventív szolgáltatásokat angliai szinten képesek a hazai háziorvosok nyújtani, akkor a 6816 nem megelőzött haláleset a lengyel-szlovák-cseh szinthez viszonyított többlethalálozás 43%-át, az EU28 átlaghoz viszonyított többlethalálozás 28%-át teszi ki. Mivel a háziorvos ennél több preventív szolgáltatásért felelős, és a hazai gyakorlat átlagosan vélhetően kisebb hatékonyságú, mint Angliában, a preventív szolgáltatások hiányosságainak tulajdonítható többlethalálozás 43 illetve 28%-a valós népegészségügyi súly alulról közelítő becslésének tekinthető.

Vagyis, a felnőtteket ellátó háziorvosi alapellátás preventív jellegű szolgáltatásai révén jelentős mértékben járul hozzá a magyar felnőttek egészségének a fenntartásához, de biztosan jelentősek még a terület fejlesztésével elérhető további egészségnyereségek is, melyek kiaknázásához arra van szükség, hogy részletekbe menően ismerjük a veszteségek keletkezésének a mechanizmusát, annak érdekében, hogy érdemi beavatkozásokat lehessen ezen a területen elindítani. Igazából ezt a célkitűzést szolgálták a disszertációban összefoglalt vizsgálataink. Köszönöm Professzor úrnak, hogy ezt a célkitűzést fontosnak értékelte! Külön köszönöm, hogy méltányolta azt a vizsgálatainkban alkalmazott megközelítést, hogy a hiányosságokat és az eredményeket egyaránt értékeltük az egyes szolgáltatások esetén. Egy olyan országban, ahol nincs rendszeres értékelés az alapellátás teljesítményeiről (sem eredményeiről, sem megoldandó problémáiról) úgy érzem, hogy csak ezzel a szemlélettel szabad elemzéseket végezni.

2. megjegyzés: „Nyilvánvaló, hogy a feldolgozandó résztémák száma, azok adatainak mennyisége, valamint a megírásakor rendelkezésre álló oldalszám teljes volumene ellentétben állt egymással. Ennek tudomásul vételével is meg kell jegyezni, hogy [...] nehezen követhető volt a 10-es vagy kisebb betűmérettel printelt szöveg [...] az esetenként oldalnyi terjedelmű táblázatok adatai [...] (és) sok helyen nem volt egyszerű összekapcsolni az adott szövegrészt és a hozzá tartozó, táblázatbeli numerikus adatokat.”

A disszertáció terjedelmét alapvetően az határozta meg, hogy az egyes vizsgálatok esetében részletesen leírtam az alkalmazott módszereket, az eredmények ismertetését pedig a megfigyelt alapadatok részletes ismertetésével kezdtem. Ezzel szerettem volna azt elérni, hogy az egyes fejezetek végén levont következtetések megalapozottságával kapcsolatban ne legyenek kétségek a disszertáció olvasójában, a számítások összevetése mások eredményeivel lehetséges legyen.

Az epidemiológiai jellegű vizsgálatok esetében sajnos nem ritkán lehet találkozni az eredmények nem megfelelő interpretációjával, ami multidiszciplináris környezetben (kísérleti és klinikai területen szocializálódott közönségben) kétségeket kelt a vizsgálatok értékével kapcsolatban. A vizsgálatok eredményeiről kapott tájékoztatást egyszerűen nem tartják hitelesnek. Ez a bizalmatlanság rávetül az egész módszertanra.

Ugyanakkor az alapellátás preventív szolgáltatásainak hatékonyságát epidemiológiai vizsgálatokkal lehet értékelni. Azaz nem kerülhető meg a megfigyelésen alapuló epidemiológiai vizsgálatok alkalmazása azok összes nehézségével együtt.

A disszertációban igyekeztem a meggyőző erőt biztosító szerkezetet alkalmazni, ehhez képest másodlagos problémaként kezeltem a terjedelmet. (A disszertációt így is rövidítettem. Az eredeti változathoz kihagytam azoknak a kutatási eredményeknek a többségét, amik a praxisközösségi intervenciók egészség-egyenlőtlenségre kifejtett hatásairól szóltak.)

3. megjegyzés: „Nem megfelelő tartalmú mondatot: „A praxisok földrajzi elhelyezkedését megyénként adtuk meg (Baranya, Bács-Kiskun, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Fejér, Győr-Moson-Sopron, Hajdú-Bihar, Heves, Komárom-Esztergom, Nógrád, Pest, Somogy) jellemezték, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Jász-Nagykun-Szolnok, Tolna, Vas, Veszprém, Zala és Budapest).” [57. oldal, 2. bekezdés].”

A megyék felsorolásába bekerült egy oda nem illő szó. Ettől lett zavaros a mondat, ami helyesen úgy hangzott volna, hogy „A praxisok földrajzi elhelyezkedését megyénként adtuk meg (Baranya, Bács-Kiskun, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Fejér, Győr-Moson-Sopron, Hajdú-Bihar, Heves, Komárom-Esztergom, Nógrád, Pest, Somogy, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Jász-Nagykun-Szolnok, Tolna, Vas, Veszprém, Zala és Budapest).”.

4. megjegyzés: „Lényegesnek tartom, hogy valamennyi résztéma elemzését követően leírásra kerülnek az ott leírtak erősségére illetve gyengeségére vonatkozó megállapítások is. Ez az olvasó számára még elfogadhatóbbá teszi a megfogalmazott tények megalapozott voltát.”

A megfigyelésen alapuló epidemiológiai jellegű vizsgálatok esetében az adatgyűjtés természetéből fakadóan gyakorlatilag soha nem lehet elérni azt, hogy az adatbázis pontosan tükrözze a valóságot a vizsgálati modell szempontjából a célpopulációban. A reprezentativitást rontó szelekciós hibák, az adatgyűjtés pontatlanságai, vagy éppen a vizsgálati modell hiányosságai teljes mértékben nem kerülhetők el. Valamilyen szintű validitási probléma ezért mindig ráterhelődik az epidemiológiai vizsgálatokra, és emiatt a legprecízebben végzett statisztikai elemzés eredménye sem tud a vizsgálatok alapkérdésére tökéletes választ adni. Emiatt, elvileg kötelező lenne minden epidemiológiai vizsgálat során, explicit módon elemezni az adatbázis validitási problémáit. Azaz értékelni kellene azt, hogy a statisztikai eredmények egyértelmű értékelését a validitási problémák lehetetlenné teszik-e, vagy azok mértéke és természete olyan, hogy a statisztikai eredmények alapján megalapozottan tudunk válaszolni a vizsgálat alapkérdésére. Ennek az alapelvnek az érvényesítésére törekedtem. Örülök annak, hogy Professzor úr méltányolta ezt!

5. megjegyzés: „Úgy vélem, szakmailag előnyös lenne, ha ezt a mintegy 8 oldalas szöveget (a téziseket) a népegészségtan/ügy területén, az alapellátásban dolgozók, s különösen az

egészségügyel, az alapellátással kapcsolatban döntéseket hozók közül minél többen tanulmányoznák át.”

Köszönöm, hogy Professzor úr a gyakorlati problémakezelés szempontjából is értékesnek tartja a vizsgálataink konklúzióit!

A disszertáció alapját adó Alapellátás-fejlesztési Modellprogram kutatási eredményeiről szóló közleményeink kumulatív impakt faktora 43 volt. A vizsgálatok eredményeire támaszkodva eddig 1 hallgató védte meg PhD disszertációját, két hallgató van túl az előzetes védésen, egy hallgató előzetes védését jelenleg szervezzük, három hallgatónak pedig már megjelent közleménye a program keretében végzett kutatások eredményeiről. Ahol tanultuk az epidemiológiai vizsgálatok vezetését, ott is eredményesnek értékelnék ezt a projektet az akadémiai szempontok szerint. A vizsgálatok kivitelezéséhez és az eredmények publikálásához szükséges PhD hallgatói kapacitás felépítését a Debreceni Egyetem Egészségtudományi Doktori Iskolájának inspiráló munkakörnyezete tette lehetővé.

Viszont, vegyesek a tapasztalataink a döntéshozók szakirodalmi tájékozódásával kapcsolatban. Egyfelől, a szegregált területen élők ellátásának specifikumait leíró publikált eredményeink megbeszélése alapján indult el kutatás-fejlesztési együttműködésünk a Társadalmi Felzárkózásért Felelős Helyettes Államtitkársággal. Ugyanakkor publikált eredményeink többségét nem vették figyelembe a döntéshozók. Például a háziiorvosi törzskarton frissítéssel kapcsolatos, látványosan nem funkcionáló és sok szempontból kontra-produktív rendeletmódosítás teljesen figyelmen kívül hagyta az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram során szerzett és több helyen – általunk is - publikált tapasztalatokat. (4/2000. (II. 25.) EüM rendelet „Háziiorvosi törzskarton a 18 év feletti bejelentkezett biztosítottak ellátása esetén” című 3. melléklete)

Sőt, több népegészségügyi jellegű programban is dolgoztunk, melyek esetében a szaklapokban nem publikált eredménytermékeket egyszerűen elérhetetlenné tették (sem a programokért felelős intézmények sem bármilyen más intézmény honlapján nem érhetők el a beszámolók).

Az előző példa inspirál minket arra, hogy az utóbbi problémát próbáljuk meg kezelni a minél több eredmény publikálásával.

6. kérdés: „Eredményei alapján mennyire tartja előnyösnek az alapellátás átalakítása folyamatában egyes információk alapján az egész országban előtérbe kerülő, mindenütt praxisközösségek kialakítására való törekvést?”

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram során kidolgozott és az EFOP 182 program során tesztelt praxisközösségi modellek tapasztalatai alapján, illetve az alapellátás fejlesztésére és általában az integrált ellátásokra vonatkozó nemzetközi ajánlások figyelembe vételével adta ki a Kormány 53/2021. (II. 9.) Korm. rendeletét a praxisközösségekről. Ez óriási előrelépés. Javítja annak a lehetőségét, hogy az alapellátás problémáit – köztük a felnőttek preventív ellátásával kapcsolatos problémákat - hatékonyabban lehessen kezelni.

A rendelet szerint definitív kötelessége a praxisközösségeknek a prevenciós rendelés működtetése és a praxisközösségben folyó munka monitorozása. A rendelet alapján ráadásul jelentősen javul a praxisközösségbe szerveződő háziiorvosi praxisok pénzügyi helyzete. Összességében mind a jogi, mind a pénzügyi mozgástér jelentősen bővül. Emiatt előtérbe kerülhetnek a szűk értelembbe vett szakmai kérdések. Sok területen szembesülünk annak a know-how-nak a hiányával, amire támaszkodva a kitágult mozgástér adta lehetőségeket ki lehetne használni. (A nagyon sok tisztázandó kérdés közül néhány példa: Hogyan kell jobb diabétesz szűrést kialakítani; hogyan kell a dohányzás leszokás támogatást széles rétegeket elérő szolgáltatássá tenni; milyen állapotok szűrését kell bevezetni a háziiorvosi gyakorlatba; hogyan kell a betegek adherenciáját javítani; hogyan kell megoldani gondozás short-term outcome indikátorainak a monitorozását?) Ezeknek a kérdéseknek a gyakorlati tisztázása érdekében indult el egészségügyi szakmai irányelvek kidolgozása „Háziorvosok prevenciós rendelése” és „Az alapellátási praxisközösségekben folyó egészségmonitorozás” címekkel. A disszertációban is részletesen bemutatott preventív szolgáltatásokkal összefüggő problémák közül többnek a megoldására is lehetőséget ad az új jogi-pénzügyi és remélhetőleg javuló szakmai keret, mert:

- A háziorvos preventív szolgáltatásaival kapcsolatban részletes módszertani ajánlások készülnek. Megszűnik például az a helyzet, hogy a táplálkozás felmérését előírják szakmai ajánlások, sőt még jogszabály is, de ennek az egyáltalán nem triviális módszertanával kapcsolatban a háziorvos nem kap útmutatást.
- A praxisközösségek preventív szolgáltatásainak a fejlesztését segítheti az a körülmény is, hogy a Megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosi szakképzés jelentős mértékben átalakításra került. Ebben önálló részszerkezet lesz a „Megelőző orvoslás és prevenció”. A képzés rendszere olyan módon került kialakításra, hogy licencet is lehessen (bármilyen szakorvos számára) szerezni ezen a részszerkezet képzésén.
- Egészségügyi szakdolgozók bevonására lehetőséget teremt a praxisközösség, ami az orvos által nem biztosítható preventív (dietetikai, fizioterápiás, egészségpszichológiai) szolgáltatások nyújtására teremt lehetőséget. Az önálló alapellátási tevékenységre felkészült szakdolgozók becsatornázása a praxisközösségekbe kulcsfontosságú elemnek tűnik, de ennek a megoldása - legalábbis számomra - még nem látszik.
- A tevékenység monitorozására önálló szakmai irányelv készül, ami biztosítja a területen folyó munka átláthatóságát, és megszűnhet az a mindenki számára káros állapot, hogy a háziorvos tevékenységét még maga a háziorvos sem tudja valójában értékelni.

A preventív ellátásokat különösen hátrányosan érintő per capita finanszírozásból adódó teljesítmény visszafogó hatását ugyanakkor nem oldja fel a praxisközösségi forma. Ezt a kockázati elemet is fontos lenne kivezetni a rendszerből.

Talán szerencsésebb lett volna, ha először a praxisközösségekben folyó munka szakmai irányelveit dolgozzák ki a megfelelő monitoringgal és hatékony P4P rendszerrel együtt, és csak ezek révén

megváltozott környezetben nyitják meg a praxisközösségek jogi-finanszírozási lehetőségeit, de adott helyzetben erre sajnos nem volt lehetőség. Most önmagában a jogi keret átalakítását premizálja a rendszer – ami nyilvánvalóan fontos – és nem magát az alapellátói teljesítményjavulást. Ennek a potenciális csapdának a fontosságára hívják fel a figyelmet azok az elemzési eredmények is, amik szerint önmagában az üzemméret növekedés ugyan javíthatja a működés költség-hatékonyságát, de automatikusan nem jár együtt az alapellátás hatékonyságának javulásával. (Gianfranco Damiani, Domenico Pascucci, Alessandro Sindoni, Rosario Mete, Walter Ricciardi, Paolo Villari, Corrado De Vito: The bigger, the better? A systematic review on the impact of mergers on primary care organizations. The European Journal of Public Health, 31(2): 244–252, 2021, doi:10.1093/eurpub/ckaa248).

A hírek szerint (adatom erre nincs) a praxisközösségek többsége a lehető leglazább együttműködési formát választotta – ami a pénzügyi lehetőségeiket jelentősen javítja, de lényegi változást a praxisokban folyó munkában nem eredményez. Ez azt mutatja, hogy a jogi-finanszírozási-szakmai fejlesztéssel még nem lehet leállni, mert a praxisközösségek megalakításának a jogi lehetőségével és pénzügyi támogatásával még nem értünk el átütő sikert – legalábbis a felnőttek preventív szolgáltatásaival kapcsolatban.

Bízom benne, hogy kiegészítéseim és válaszaim Professzor úr számára elfogadhatók!

.....
Dr. Sándor János

Debrecen, 2021. 05. 11.