

Kötegelt finanszírozás az ellátás minőségének javításáért

A krónikus obstruktív tüdőbetegség, a COPD minőségi ellátását támogató finanszírozási projekt indult 2021 októberében az Egészségügyi Világszervezet (WHO), az Európai Bizottság és a Belügyminisztérium támogatásával és az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet (OKPI), valamint a Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő (NEAK) szakmai vezetésével. A 601/2021. (X. 29.) Kormányrendeletben rögzített ún. krónikus obstruktív tüdőbetegség esetfinanszírozási (CKF) program részleteiről dr. Bogos Krisztina szakmai vezető (OKPI főigazgató), Szigeti Szabolcs (WHO) és dr. Kovács Gábor projektmenedzser tájékoztatta lapunk olvasóit.

RENDSZERPROBLÉMÁK KOMPLEX MEGKÖZELÍTÉSE

Mint arról dr. Szigeti Szabolcs beszámolt lapunknak, a WHO a 2010-es évek elejétől szorosan együttműködik Magyarországon az egészségügyi kormányzattal különböző rendszerfejlesztési projektek kapcsán. Ezek alapvető eleme a rendszerdiagnosztika, és az annak révén feltárt rendszerproblémák megoldását célzó intézkedések megfogalmazása. Ennek keretében a WHO javaslatára zajlott le 2018-2020 között Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az ún. TBC kötegelt esetfinanszírozási pilot projekt, amelynek célja volt – a WHO szakértői delegációjának előzetes felméréséből kiindulva – az elkerülhető kórházi felvételek viszonylag magas arányának csökkentése a fekvő és járóbetegellátás integrált esetfinanszírozásának a kialakításával, illetve egy megerősített ellátásszervezéssel.

Az OKPI szakmai vezetésével lebonyolított projekt kiváló eredménnyel zárult: a gyógyultak aránya 8 százalékkal, a bakteriológiailag igazolt esetek aránya 12 százalékkal növekedett, az elkerülhető kórházi felvételek aránya 87 százalékról 35 százalékra, a tartós kórházi tartózkodás pedig 20 százalékkal csökkent. A pilot projekt kiváló eredményeire való tekintettel az EMMI – és az ott rendszerfejlesztési és finanszírozási helyettes államtitkári pozíciót akkor betöltő dr. Szigeti Szabolcs – egyéb betegcsoportokat célzó, hasonló krónikus gondozási programok tesztelését szorgalmazta. Így esett a választás a Magyarországon jelentős betegpopulációt érintő COPD-re, amelynek tekintetében a hatékonysági és minőségi mutatók várhatóan bekövetkező javulása komoly egészségnyereséggel és átcsoportosítási lehetőséggel járhat. Mint dr. Szigeti Szabolcs fogalmazott: „A rendszerfejlesztési projektek lényege, hogy nem egyszeri és drasztikus beavatkozásokkal változtatjuk meg az egészségügyi ellátórendszer működését, hanem fokozatosan és folyamatosan egymásra épülő beavatkozásokkal próbáljuk meg elérni a közbenső és a végső céljainkat. A kibővített pilot projektben együttműködési szándékát jelezte az Európai Bizottság (EB) közpolitikai reformokat támogató főigazgatósága (DG REFORM). Így jött létre az EMMI (későbbiekben Belügyminisztérium), az EB DG REFORM és az Egészségügyi Világszervezet közötti együttműködés, amelyben a WHO nemzetközi szakértői bázisának tapasztalatait is megosztja a résztvevőkkel. A minőséggel, haté-

konysággal és egészségi állapottal kapcsolatos problémák mindig komplex okozati rendszerre vezethetők vissza. Ezért a CKF programot még bővebb komplex megközelítéssel terveztük meg az országos klinikai irányítás, az egészségkommunikáció és a finanszírozás eszközeinek együttes alkalmazásával a COPD területén. A további fejlesztések kulcseleme a telemedicina bevonása lesz. E négy pillér együttesen már olyan kritikus tömeget képvisel, amelynek révén komoly eredmények érhetők el.”

Arra a kérdésünkre, hogy milyen eredményeket vár a WHO a CKF programtól, dr. Szigeti Szabolcs azt felelte, hogy a COPD akut exacerbációjának megelőzése révén a kórházi felvételek arányának csökkenésére számítanak, de komoly előrelépés várható a másodlagos indikátorok – a betegkövetés, a beteggyűttműködés, a dohányzás leszokás, az információnyújtás és a gyógyszerhasználat – terén is.

COPD EPIDEMIOLOGIA

A CKF program szerinti kezeléssorozat szakmai vezetője az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet. A COPD a harmadik vezető halálok hazánkban – tájékoztatta lapunkat dr. Bogos Krisztina, az OKPI főigazgatója, egyben a CKF projekt szakmai vezetője. Mint elmondta, Magyarországon a dohányzási szokásokat figyelembe véve mintegy 600 ezerre tehető a COPD-ben szenvedő betegek száma, akik közül 300 ezerre becsülik a kezdeti stádiumú, diagnózissal nem rendelkező érintettek számát. Azok esetében, akik a betegség kezdeti tüneteit – a terhelésre jelentkező nehézlégzést, fáradékonyságot, elhúzódó köhögést, vagyis a terhelhetőség csökkenését – esetleges túlsúlyuknak vagy életkoruknak, illetve a köhögést a dohányzásuknak betudva nem fordulnak orvoshoz, a diagnózis korai megállapításával a kórfolyamatuk lassítható, és idejekorán megkezdett kezeléssel akár megállítható lenne. Egy másik betegcsoport, körülbelül 100 ezer fő esetében pedig azért késik a COPD diagnózisa, mert tüneteket elfedik a társbetegségeik, így nem kerülnek be a tüdőgyógyászati szakellátásba. A tüdőgondozói hálózat 200 ezer megállapított diagnózissal rendelkező COPD-betegről tud. Közülük 80-90 ezren vesznek részt a kontrollvizsgálatokon, és használják többé-kevésbé rendszeresen a gyógyszereiket.

A COPD etiológiai faktora, legfontosabb kiváltó oka 80 százalékban a dohányzás – emlékeztetett dr. Bogos Krisztina. Úgy is fogalmazhatunk, hogy minden tíz COPD-s beteg közül nyolc dohányzik, vagy dohányzott korábban. Rámutatott: hazánk számos jelentős intézkedéseket tett a dohányzás visszaszorítása érdekében, amelyek hatásai azonban csak fokozatosan, hosszabb távon fognak érdemben megmutatkozni.

CKF MÓDSZERTAN

Dr. Kovács Gábor projektmenedzser rámutatott: a kötegelt esetfinanszírozás olyan betegcsoportok esetében vezethető be, amelyekben a betegség több éven, évtizeden

keresztül fennáll és általában élethosszig tart. A szakmai irányelvek és egyéb protokollok határozottan megállapítják a kötelező teendőket (például az éves kontrollokat és azok szakmai tartalmát) és egyértelmű a terápiás javaslat. Mindez ellenőrizhető, ráadásul a betegek szorosan követhetők. Ennek megfelelően a CKF programban résztvevő kórházak menedzsmentje, az ellátást felügyelő megyei koordinátor tüdőgyógyászati osztályvezető főorvosok és a tüdőgondozók egységes rendszert alkotnak.

A projektben a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, a Petz Aladár egyetemi Oktató Kórház, a Fejér Megyei Szent György egyetemi Oktató Kórház és az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet vesznek részt. Összesen 2000 – intézményenként mintegy 500 – beteget vontak be a programba 2021. november 1. és 2022. október 31. között. Követésük 2022. november 1-jén kezdődött, és 2023. október 31-ig tart. A bevonás és a követés évében rögzítik, majd összevetik az akut exacerbációk és az azokkal többnyire összefüggő kórházi beutalások, valamint a gyógyszerkiváltások számának alakulását. Az adatokat összevetik a NEAK nyilvántartásában elérhető 2019-es (a COVID-19 járványt megelőző) adatokkal is.

A kötegelte finanszírozási módszernél a finanszírozó a COPD miatti járóbeteg szakellátói, kórházi és egyéb egészségügyi szolgáltatói szolgáltatásokért kifizetett díjakat egyetlen átlagos „kötegelte” összegben foglalja össze. Ezt az átlagos díjat a 2019 évi összes COPD miatti ellátás alapján számította ki a NEAK. Ennek alapján CKF program keretében a NEAK betegenként 130 ezer forintot fizet az ellátásért. „A tüdőgondozót és az osztályt is működtető fenntartó kórháznak nyilvánvaló érdeke, hogy betartva a szakmai irányelvben rögzítetteket, minél jobb minőségű ellátást biztosítson a költségigényes fekvőbeteg ellátás elkerülése érdekében” – hangsúlyozta dr. Kovács Gábor –, „vagyis ez a finanszírozási módszer javítja a minőséget. A minőségbiztosítás érdekében az országos intézet, a projekt szakmai vezetője konzultációk formájában szupervíziót gyakorolhat a projektbe bevont betegek ellátását illetően. A két legfontosabb indikátor: a kórházi beutalások és az akut exacerbációk számának alakulása. Ha a kollégák nagyobb intenzitással, a kötelező kontrollokon is túlmutató – akár telemedicinális – konzultációkkal gondozzák a betegeket, akkor javulni fog a terápiás adherencia és az együttműködés, csökken az exacerbációk száma, aminek köszönhetően a betegek jobb életminőségre és hosszabb életre számíthatnak.”

Boromisza Pirocska



Dr. Kovács Gábor 1977-ben szerzett általános orvosi diplomát a Szegedi Orvos tudományi Egyetemen. 1981-ben tüdőgyógyászati, 1989-ben belgyógyászati, 1996-ban klinikai onkológiai szakképesítést szerzett. 1998-ban diplomázott egész ségügyi menedzserként a Budapesti Közgazdasági Egyetem. 1978-tól az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben dolgozott segédorvosként, később orvosként, majd adjunktusként. 1990-től a Szent Margit Kórházban adjunktus, 1994-től megbízott osztályvezető, 1995-től megbízott osztályvezető főorvos. 1996-ban visszatért az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetbe, ahol osztályvezető főorvosként, emellett 1999-től informatikai főigazgató helyettesként dolgozott. 2004-ben az intézet megbízott főigazgató főorvosa, 2007-2012-ig főigazgató helyettese, 2012. május 1-jétől megbízott, majd 2013. július 1-től kinevezett főigazgatója. 2003-2005 között budapesti, majd 2005-től 2012-ig országos tüdőgyógyászati szakfőorvosként is tevékenykedett. 2011 óta az újjáalakult Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászati Tagozatának az elnöke. Társasági tagságok és

tisztségek: Több cikluson keresztül volt és jelenleg is vezetőségi, illetve elnökségi tagja, 2010. óta megválasztott elnöke a Magyar Tüdőgyógyász Társaságnak. Tagja a Magyar Onkológus Társaságnak, a Magyar Klinikai Onkológusok Társaságának, utóbbinak 2005-2010 között elnökségi tagja. Tagja a European Respiratory Society (ERS) és az International Association for Study of Lung Cancer (IASLC) nemzetközi szakmai szervezeteknek. Fő szakmai érdeklődési területe a tüdőrák, elsősorban a megelőzés lehetőségei. Több mint tíz éve tanulmányozza a primer prevenció, nevezetesen a dohányzás visszaszorításának a gyakorlati lehetőségeit. Több publikáció, könyvfejezet jelzi ilyen irányú aktivitását. 2012. óta szakmai vezetője az intézetben működő Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központnak. A primer prevenció mellett foglalkoztatja a szekunder prevenció kérdése, rizikócsoporthoz tartozók szűrési modell kialakítása a tüdőszűrés átalakításával. Legutóbbi publikációiban ebben a témában születtek. Rendszeresen részt vesz felkért előadóként a tüdőgyógyászati, onkológiai és háziorvosi szakorvosi képzéseken, továbbképzéseken.



Szigeti Szabolcs egészségügyi-közügazdász 1994-ben szerezte diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen, majd 2002-ben végezte el a SE Egészségügyi Menedzserképző Központ két éves posztgraduális képzését. Jelenleg az EITE Szociálpolitikai doktori iskolájában folytatja tanulmányait egészségpolitikai és egészségbiztosítási témakörben. Kutatásának fő területe az egészségbiztosítási rendszer kiemelt

teljesítménykritériumainak (hatékonyság, igazságosság, pénzügyi stabilitás) mérése és azok kormányzati észlelése. Az egészségüggyel kapcsolatos munkatapasztalatát az Egészségügyi Minisztériumban és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál szerezte 1998-tól kezdődően. Jelenleg a WHO Európai Régiójának alkalmazásában dolgozik egészségpolitikai szakértőként a Magyarországi Irodában.