

# **A stroke másodlagos megelőzésének finanszírozási protokollja**



Országos Egészségbiztosítási  
Pénztár

Országos Egészségbiztosítási Pénztár  
Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály

Budapest, 2011. augusztus 11.

Azonosítószám: 38/2011

## 1. Az eljárásrend tárgya

### 1.1. Az eljárásrend célja

Ischaemia-s stroke/TIA miatt kezelt betegek gyógyszeres terápiája egy újabb thromboemboliás epizód valószínűségének a csökkentése céljából.

### 1.2. Az eljárásrend tárgyát képező betegség, betegcsoport megnevezése

ischaemia-s stroke/TIA szekunder prevenció (BNO: G45, I63)

## 2. Fogalmak, rövidítések

ACE-gátlók:	angiotenzin- konvertáló enzim gátlók
ARB:	angiotenzin receptor blokkolók
ASA:	acetilszalicilsav
INR:	Nemzetközi Normalizált Ráta
MI:	myocardialis infaktus
PF:	Pitvarfibrilláció
SR:	lassú felszívódású pl. készítmény
TAGG:	thrombocita- aggregáció gátló
TIA:	átmeneti agyi keringészavar (transziens iszkémiás attack)

## 3. A szekunder prevenció fontossága

### Bevezetés

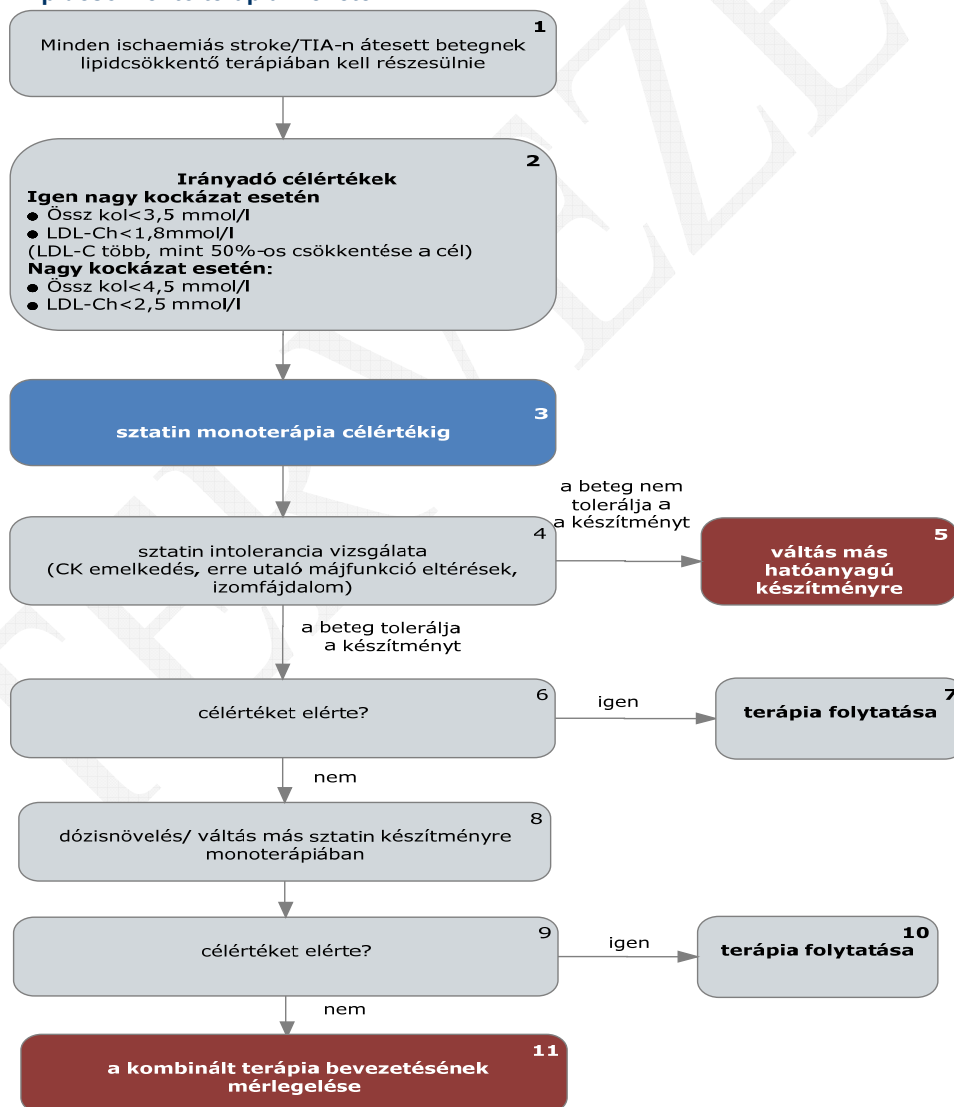
Az első stroke-ot követő korai időszakban az újabb stroke valószínűsége igen nagy: legmagasabb az első évben: 10–12%; 2–5 éven belül 5–8%; 5 éven túl 30–40%. A legmagasabb ismétlődési rizikóval az **atherothromboticus stroke** esetén kell számolni. Az **agyérbetegséghez társuló rizikófaktorok jelentősen növelik az ismétlődés kockázatát.**

#### 4. A szekunder stroke prevenció kiemelt területei:

- Lipidcsökkentő terápia
- Antihipertenzív terápia
- Antithrombotikus terápia (thrombocytá aggregáció gátló kezelés; antikoaguláns kezelés)
- Carotis endarterectomia
- Dohányzás elleni küzdelem

#### 4.1 Lipidcsökkentő terápia

1. ábra: A lipidcsökkentő terápia menete:



**1 Minden ischaemiás stroke/TIA-n átesett betegnek lipidcsökkentő terápiában kell részesülnie.**

**2 Irányadó lipid célértékek a betegek kockázati besorolása alapján eltérhetnek:**

**Igen nagy kockázatú állapot esetén:**

- Össz kol < 3,5 mmol/l
- LDL-Ch < 1,8 mmol/l (LDL-C több mint 50%-os csökkentése a cél)

**Nagy kockázatú állapot esetén:**

- Össz kol < 4,5 mmol/l
- LDL-Ch < 2,5 mmol/l

1. táblázat: Kockázatbesorolás a IV. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ajánlása alapján:

Igen nagy kockázatú állapot	Nagy kockázatú állapot	Kardiovaszkuláris tünetektől mentes nagy kockázatú állapot
Kardiovaszkuláris betegség plusz: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabétesz, vagy</li> <li>• „erős” dohányzás, vagy</li> <li>• metabolikus szindróma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardiovaszkuláris betegségek</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Krónikus veseelégtelenség</li> </ul>	(lásd: kockázatbesorolást*)
Koleszterin < 3,5 mmol/l LDL-Ch < 1,8 mmol/l	Koleszterin < 4,5 mmol/l LDL-Ch < 2,5 mmol/l Triglicerid < 1,7 mmol/l HDL-Ch > 1,0 mmol/l (ffi) > 1,3 mmol/l (nő)	Koleszterin < 5,0 mmol/l LDL-Ch < 3,0 mmol/l Triglicerid < 1,7 mmol/l HDL-Ch > 1,0 mmol/l (ffi) > 1,3 mmol/l (nő)

**3 A terápiát sztatin hatóanyagú készítményekkel kell kezdeni**

- cél: **sztatin monoterápiával** elérni a fenti irányadó célértékeket.

**4 A sztatin terápiában részesülő betegeknél az esetleges intolerancia miatt laborvizsgálatot kell végezni (laborleletekkel alátámasztható CK-emelkedés, májfunkció eltérés) valamint a beteg panaszai alapján (izomfájdalom) kell mérlegelni a terápia folytatását.**

**5** Amennyiben a betegnél bizonyított sztatin intolerancia áll fenn, (labor leletek+ panaszok) gyógyszerelváltás jön szóba más hatóanyagú készítményre

**6** Amennyiben a betegnél sztatin intolerancia nem igazolható, figyelni kell hogy a célértéket eléri –e a kezdetben beállított dózissal.

**7** Amennyiben a **fenti célértéket a betegeknél sikerült elérni, a terápia sztatin monoterápiával folytatható.**

**8** Amennyiben a fenti célértéket a betegeknél **nem sikerült elérni**, szóba jön:

- dózisémelés (a készítmények alkalmazási előíratainak figyelembevételével!)
- váltás más sztatin hatóanyagú készítményre monoterápiában

**9** Ellenőrizni kell, hogy a **fenti célértéket a betegeknél sikerült-e elérni sztatin monoterápiával.**

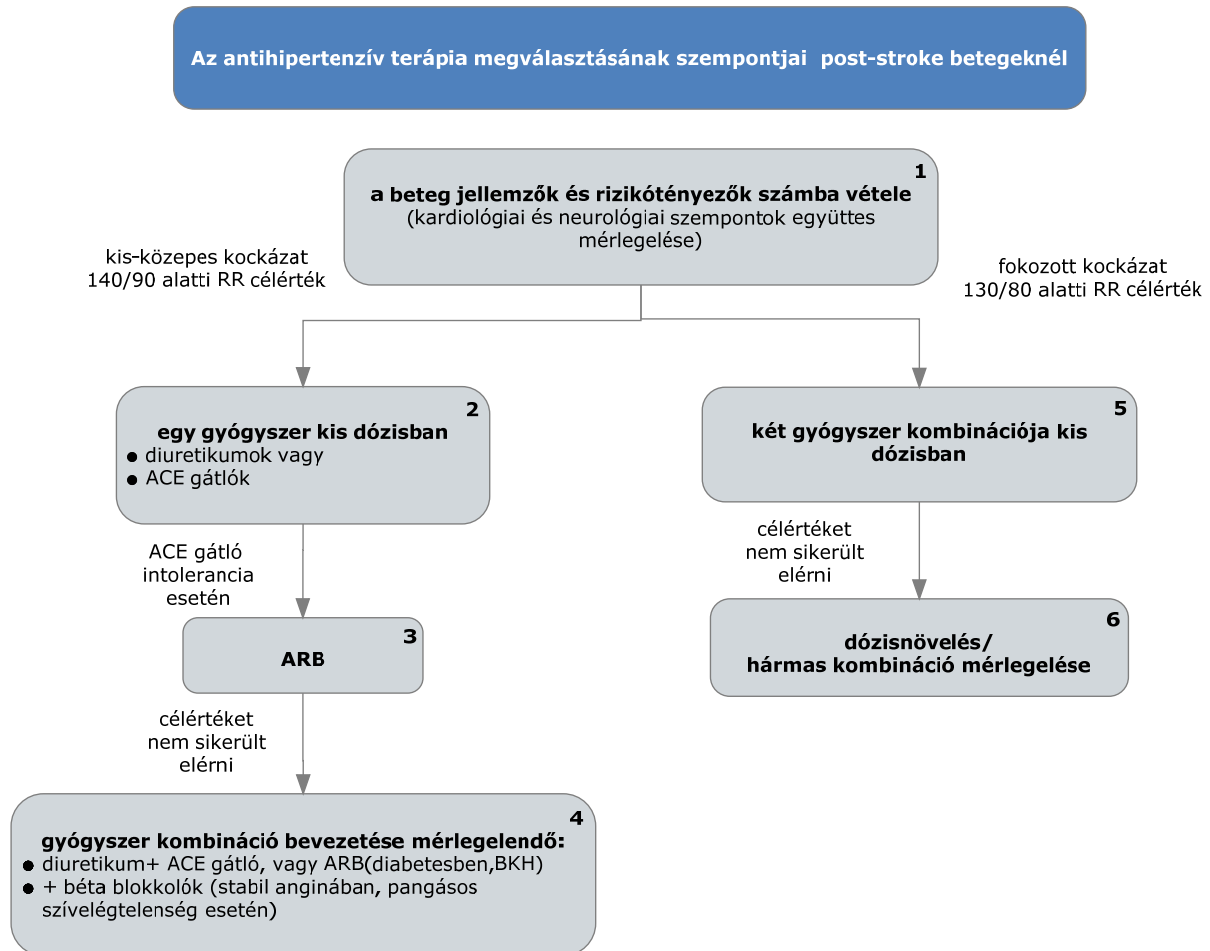
**10** Amennyiben a **fenti célértéket sikerült elérni, a terápia folytatható.**

**11** Amennyiben a **fenti célértéket nem sikerült elérni sztatin monoterápiával, mérlegelni kell a kombinált kezelés bevezetését. (sztatin+ más hatóanyag)**

## 4.2 Magas vérnyomás kezelése

A stroke-betegek **vérnyomását fokozatosan kell csökkenteni**. A hirtelen csökkenő perfúziós nyomás miatt, súlyos nagyérszűkület vagy többszörös érszűkület fennállása esetén fokozódik a haemodinamikai stroke kockázata. A cél vérnyomás legyen **kevesebb, mint 140/90 Hgmm**, ha ezt a beteg tolerálja. Még alacsonyabb érték elérésére kell törekedni **(130/80)**, ha a betegnek megelőző cerebrovaszkuláris eseménye volt, diabéteszben vagy egyéb vaszkuláris betegségben szenved. (A normális vérnyomás definíció szerint 120/80 Hgmm alatti érték!) Stroke-ot követően kiemelten fontos a vérnyomás **rendszeres ellenőrzése!**

2. ábra: A vérnyomáscsökkentő terápia menete:



Fokozott kockázatot jelentő faktorok:

- Diabétesz egyidejű fennállása
- Dyslipidaemia (kóros LDL-Ch; HDL-Ch; TG szintek)
- "erős" dohányzás az anamnézisben
- metabolikus szindróma megléte
- kardiovaszkuláris betegség egyidejű fennállása (bal kamra hipertrófia, pangásos szívelégtelenség, pitvarfibrilláció, egyéb haemodinamikai zavar)
- túlsúly/elhízás
- túlzott alkoholfogyasztás

**Kis-közepes kockázat:** A fenti kockázati faktorok közül 1 vagy 2 egyidejű jelenléte esetén

**A vérnyomás célértéke: 140/90 Hgmm alatt**

**1** A betegek kezelése mindig egyénre szabott kell, hogy legyen. A kezelési stratégia megválasztásakor figyelembe kell venni az adott beteg esetében fennálló speciális szempontokat is (izolált szisztolés hipertónia, idős kor, lezajlott akut myocardialis infarktus stb)

**2** Kis-közepes kockázat esetén az **első választandó szer önmagában vagy diuretikum, vagy ACE-gátló lehet.** Az ACE-gátló adása még a normotenziósokban is mérlegelendő.

**3** Akik nem tolerálják az ACE-gátlókat, azoknak **angiotenzin receptor-blokkolók** adhatók; különösen ha diabétesz vagy balkamra hipertrófia is jelen van.

**4** Amennyiben a **fenti célértéket nem sikerült elérni, mérlegelni kell a fenti gyógyszer csoportok kombinációjának bevezetését:**

- diuretikum+ ACE gátló, vagy ARB (diabétesz, bal kamra hipertrófia)
- + béta blokkolók (stabil anginában, pangásos szívelégtelenség esetén)

**Fokozott kockázat:** A fenti kockázati faktorok közül kettőnél több egyidejű jelenléte esetén

**A vérnyomás célértéke: 130/80 Hgmm alatt**

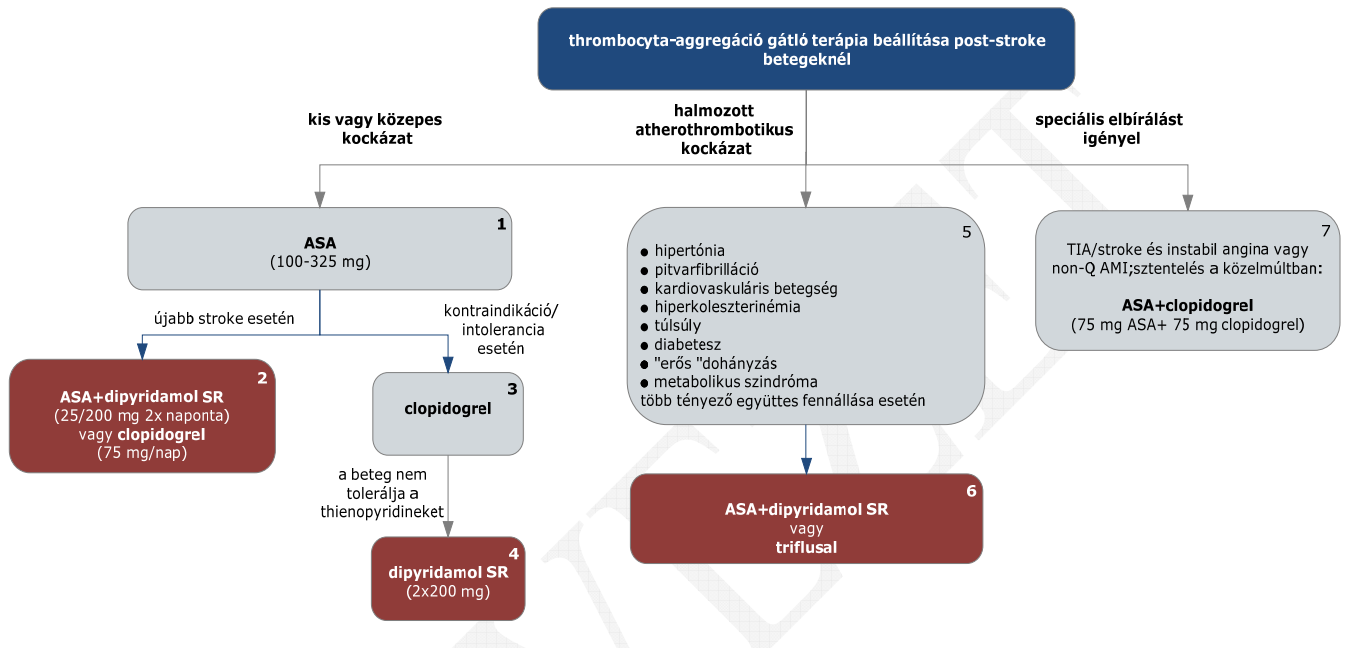
**5** Fokozott kockázat esetén gyógyszer kombináció bevezetése szükséges kezdetben alacsony dózisban (egyénre szabott kombináció a Magyar Hypertónia Társaság ajánlása alapján)

**6** Amennyiben a célértéket nem sikerült elérni, hármas gyógyszer kombináció bevezetése szükséges egyénre szabott módon a Magyar Hypertónia Társaság ajánlása alapján

## 4.3 Antithrombotikus terápia

### 4.3.1 Vérlemezkegátló kezelés

3. ábra: A thrombocytá aggregáció gátló kezelés beállítása és menete:



#### 1 ASA adható azoknak a betegeknek, akik atherothrombotikus szempontból kis vagy közepes kockázatúak. A betegre jellemző:

- hipertónia vagy
- pitvarfibrilláció vagy
- kardiovaszkuláris betegség vagy
- hiperkoleszterinémia vagy
- túlsúly vagy
- diabetesz vagy
- "erős dohányos" (napi 10 szálnál több) vagy
- metabolikus szindróma

Amennyiben a beteg több rizikófaktorral is rendelkezik, akkor már a "halmozott" csoportba kell sorolni (Isd. 4).

**Az ASA adagja: 100-325 mg naponta**

2 Amennyiben a beteg az ASA terápia mellett újabb stroke-t szenved el, de az ASA-t tolerálta, a terápia módosítása jöhet szóba lehetőségként:



- ASA+ dipyridamol SR (25/200 mg 2x naponta) kombinációval.

Amennyiben az **ASA terápiát nem tolerálta a beteg:**

- clopidogrel 75 mg/nap

**3 Amennyiben a betegnél az ASA terápia kontraindikált vagy a terápiát nem tolerálta váltani szükséges:**

- clopidogrel hatóanyagú készítményre

**4 Amennyiben a beteg nem tolerálta a thienopyridin típusú készítményeket, a terápiát váltani szükséges:**

- dipyridamol SR hatóanyagú készítményre

**5 Amennyiben a beteg halmozott atherothrombotikus kockázattal jellemezhető, vagyis az alábbiak közül legalább kettővel rendelkezik:**

- hipertónia
- pitvarfibrilláció
- kardiovaszkuláris betegség
- hiperkoleszterinémia
- túlsúly
- diabétesz
- "erős dohányos" (napi 10 szálnál több)
- metabolikus szindróma

**6 Halmozott atherothrombotikus kockázat esetén a beteg kaphat:**

- ASA+ dipyridamol SR (amennyiben a beteg az ASA-t tolerálja) vagy
- triflusal hatóanyagú készítményt

**7 Speciális elbírálást igénylő esetek:**

Az aszpirin és clopidogrel **kombinált terápiája** általában kerülendő a közelmúltban ischaemia-s stroke-on átesetteknek, mert növeli a vérzés veszélyét.

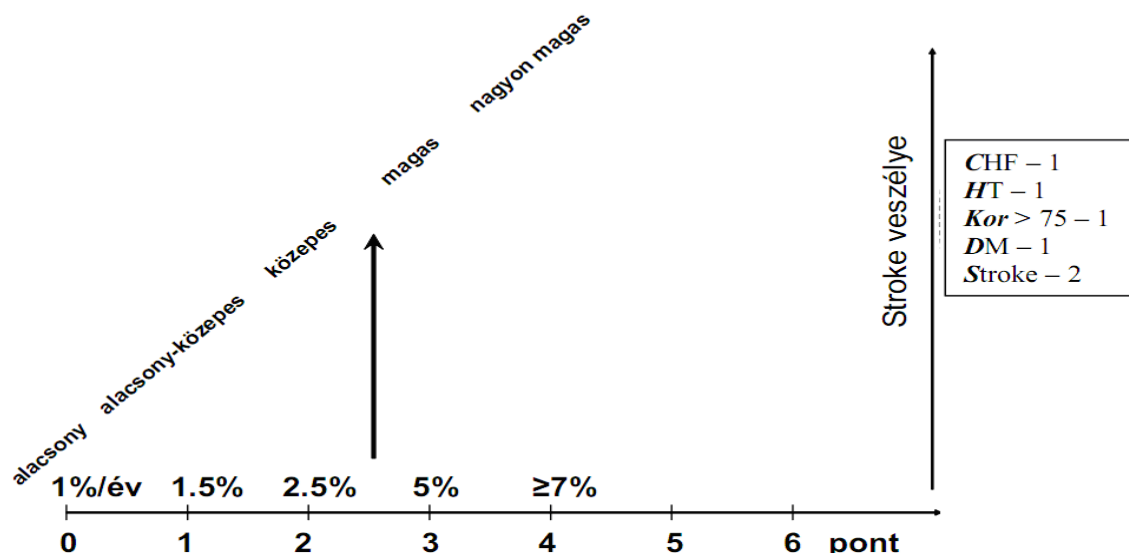
Specifikus indikációk esetén jön csak szóba: pl. instabil angina, non-Q-hullám myocardialis infarktus vagy sztentelés a közelmúltban.

### 4.3.2 Antikoaguláns kezelés

Az összes ischaemia-s stroke mintegy 20%-a kardiogén eredetű. A jelenleg érvényes protokollok alapján **a kardiogén stroke-ban szenvedő betegeket antikoagulálni kell**. Az optimális INR-tartomány: 2,0–3,0. A nem szív eredetű stroke-ot követően az alvadásgátlás általában nem javasolt, kivéve egyes eseteket, mint pl: aorta atheroma, a. basilaris fusiformis aneurysma, nyaki verőér dissectio, pitvari foramen ovale, pitvari septum aneurysma. Az oralis antikoagulánsok **bevezetésének időpontja** különböző lehet. TIA és kis stroke esetén **azonnal kezdhető**, kiterjedt lágyulás (az a. cerebri media ellátási területének több, mint egy harmada) esetén **kb. 4 hét várakozás** indokolt. **A terápia hosszát a beteg kockázati tényezői és az ellenjavallatok szabják meg; általában tartós.**

A pitvarfibrilláció a stroke erős, független rizikófaktora. A CHADS2-skála alkalmazásával a pitvarfibrilláló betegek stroke-veszélye mérhető válik, és segítségével megtervezhető az antikoaguláns kezelés.

4. ábra: A CHADS2-skála a pitvarfibrilláló betegek stroke-veszélyének mérésére:



forrás: EüM szakmai protokoll a cerebrovaszkuláris betegségek ellátásáról p.2835

CHF: pangásos szívelégtelenség, HT: magas vérnyomás, Életkor>75 felett. DM: diabetes mellitus 1 pontot, lezajlott stroke 2 pontot jelent. A nyíl azt jelzi, hogy 2 pont felett a beteg antikoagulálandó. A % az éves stroke-veszélyt jelenti.

A CHADS2 szerint 0 vagy 1 pontot elérő betegeknél, vagy azoknál, akiknél a stroke kockázatának részletesebb értékelésére van szükség, átfogóbb, kockázati tényezőkön

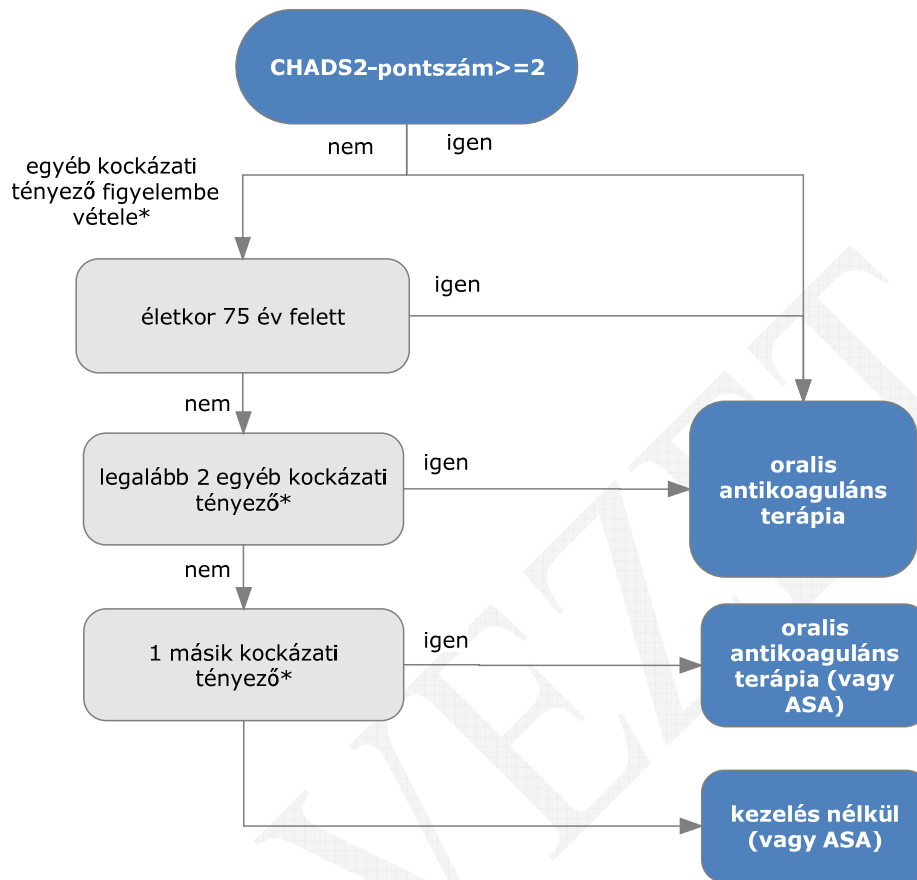
alapuló megközelítés alkalmazása ajánlott, amely kiterjed a thromboembolia további kockázati tényezőire is. (5. táblázat; 4. ábra)

**2. Táblázat: A stroke CHADS<sub>2</sub>-VASc pontszám szerint megadott gyakorisága**

<b>a) A stroke és a thromboembólia kockázati tényezői nonvalvuláris PF-ben</b>		
Major kockázati tényezők	„Klinikailag fontos, nem major” kockázati tényezők	
Korábbi stroke, TIA, illetve szisztémás embólia 75 év vagy magasabb életkor	Szívelégtelenség, illetve mérsékelt vagy súlyos bal kamrai szisztolés diszfunkció (pl. BKEF £40%) Hipertónia – diabetes mellitus Női nem – 65–74 év közötti életkor Érbetegség*	
<b>b) Egy CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-nak rövidített pontozási rendszer formájában kifejezett, kockázati tényezőkön alapuló megközelítés (A maximális pontszám 9, mivel a kor 0, 1 vagy 2 pontot jelenthet)</b>		
Kockázati tényező	Pontszám	
Kongesztív szívelégtelenség/balkamra-diszfunkció	1	
Hipertónia	1	
75 év feletti életkor	2	
Diabetes mellitus	1	
Stroke/TIA/thromboembólia	2	
Érbetegség*	1	
65–74 év közötti életkor	1	
Női nem	1	
Maximális pontszám	9	
<b>c) A stroke CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc pontszám szerint megadott gyakorisága</b>		
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc pontszám	Betegek (n=7329)	A stroke kiigazított gyakorisága (%/év)
0	1	0%
1	422	1,3%
2	1230	2,2%
3	1730	3,2%
4	1718	4,0%
5	1159	6,7%
6	679	9,8%
7	294	9,6%
8	82	6,7%
9	14	15,2%

Forrás: ESC guideline: Guidelines for the management of atrial fibrillation p.:2382

**5. ábra: A Pitvarfibrilláló betegeknél stroke-prevenió céljából alkalmazott orális antikoaguláció klinikai folyamatábrája**



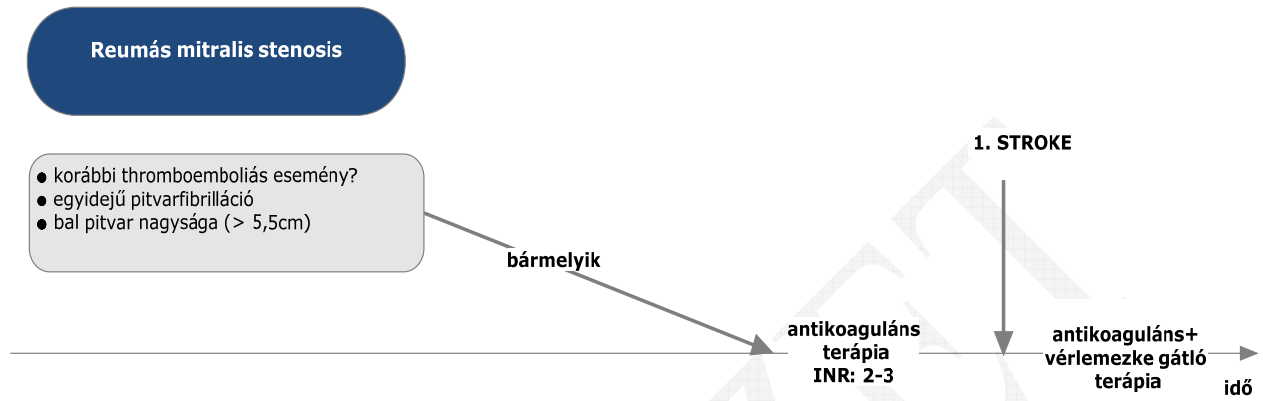
**CHADS2:** (Congestiv szívelégtelenség; hipertenzió, kor >= 75 év, diabetesz, stroke vagy TIA vagy thromboembólia kétszeres érték)

\* Egyéb klinikailag fontos, nem major kockázati tényezők: 65-74 év közötti életkor, női nem, érbetegség

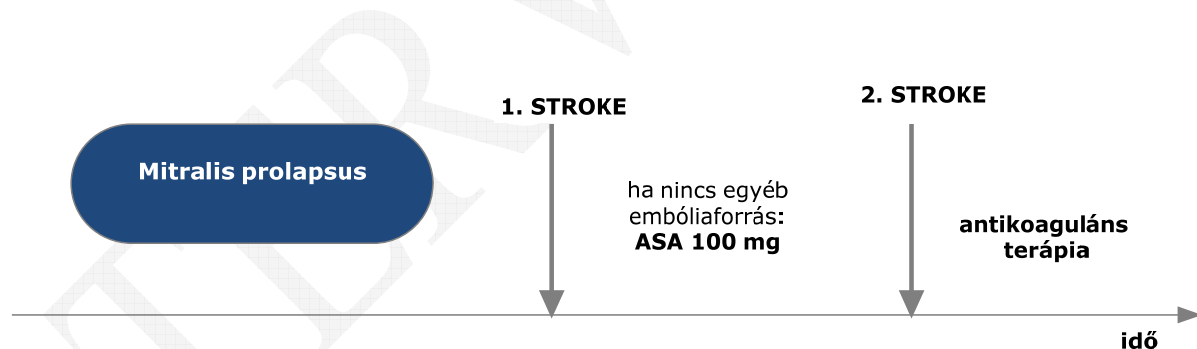
Forrás: ESC guideline: Guidelines for the management of atrial fibrillation p.:2385

## Néhány kiemelt betegcsoport:

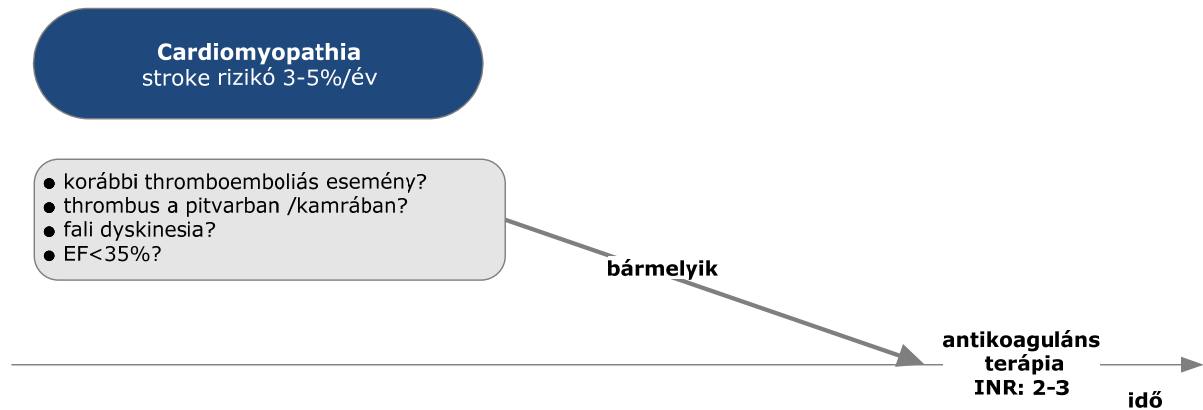
6. ábra: Antikoaguláns terápia megkezdése és menete reumás mitralis stenosis esetén az első stroke bekövetkeztéig majd azt követően:



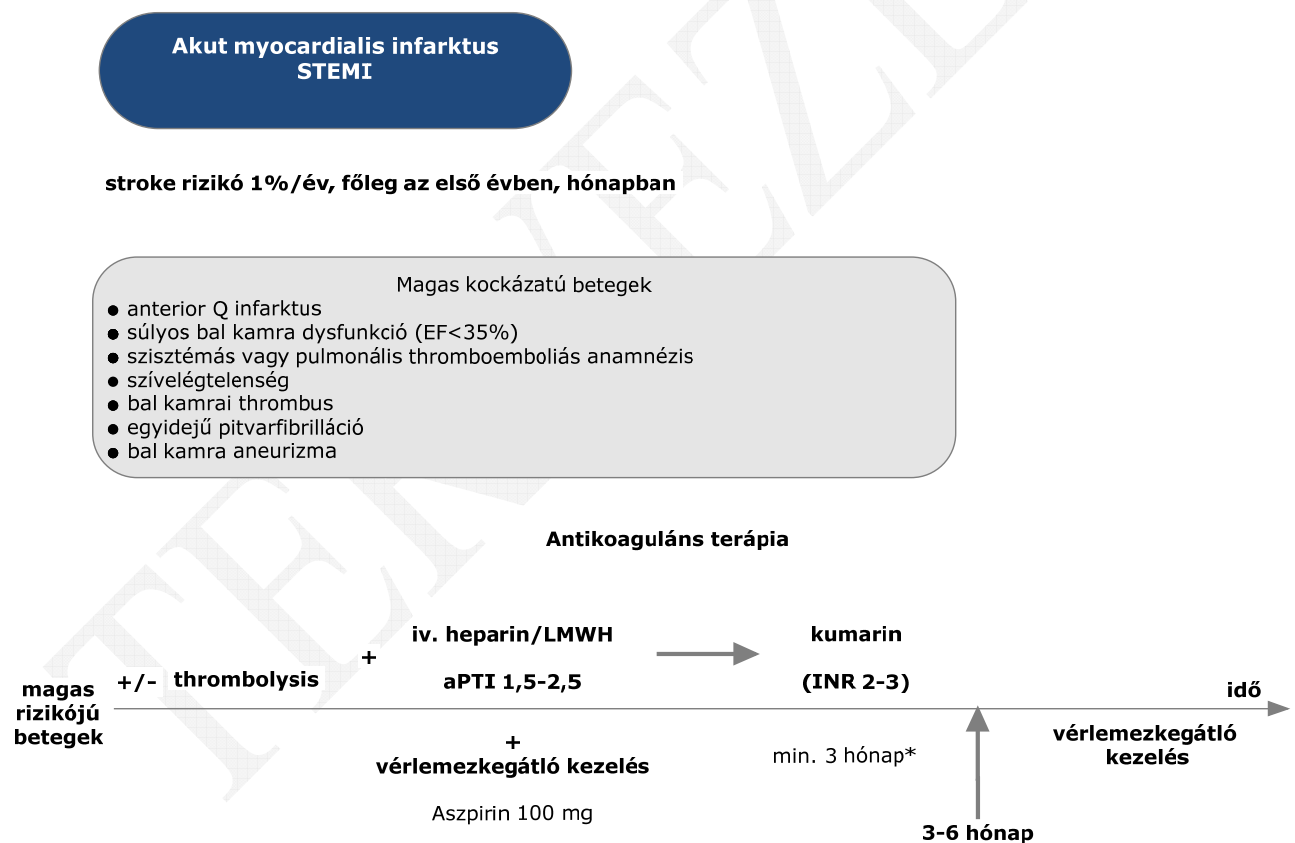
7. ábra: Antikoaguláns terápia mitralis prolapsus esetén:



8. ábra: Antikoaguláns terápia megkezdése és menete cardiomyopathiás betegek esetén:

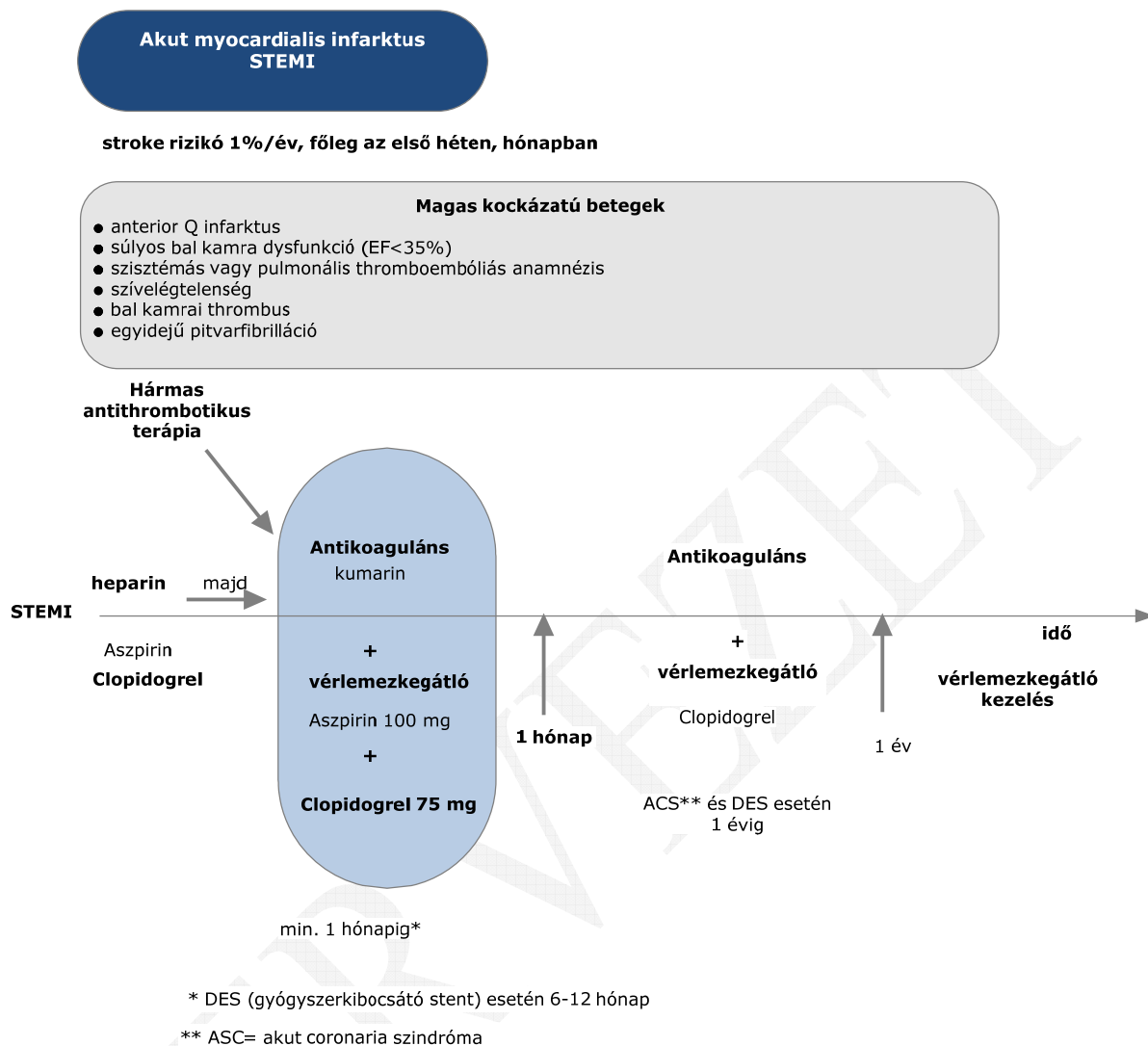


9. ábra: Akut myocardialis infarktus intracardialis thromboemboliás profilaxisának lépései:

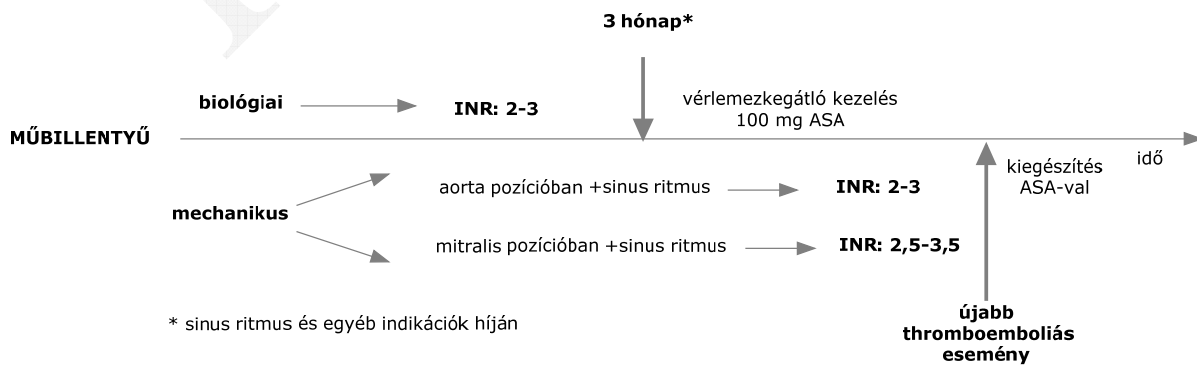


\*a kumarinkezelés 3 hónap után is folytatandó ha a rizikófaktorok akkor is fennállnak

10. ábra: STEMI esetében a PCI és stent kezelést követő hosszútávú terápia stroke megelőzés céljából:



11. ábra: Műbillentyűvel élő betegek antithrombotikus kezelése:

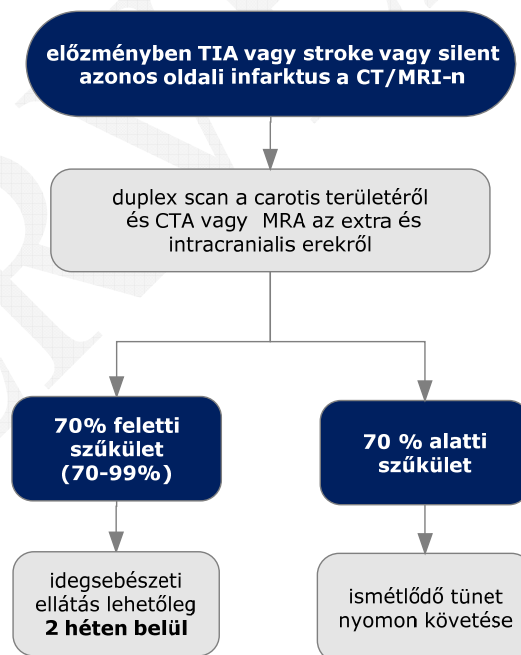


Az orális antikoagulálás megfontolandó az olyan betegeknek, akik gyakran elesnek, rossz az együttműködésük (demensek, a hozzátartozó nem biztosítja a pontos gyógyszerelést), a vérvizsgálatok ellenőrzése nem megoldható, nem kontrollált epilepsziában szenvednek, valamint azoknak, akiknek gastrointestinalis vérzésük volt. Ebben az esetben thrombocytaaggregáció-gátló kezelés indokolt. Az idős kor önmagában nem kontraindikálja az orális antikoagulálást.

#### 4.4 Carotis endarterectomia másodlagos stroke prevencióként

Stroke vagy TIA után a carotis endarterectomia hatásos rizikócsökkentő beavatkozás, ha a stroke-kal azonos oldali arteria carotis interna szűkülete 70%-nál nagyobb. Tünetes és súlyos (70-90%) carotis stenosisban a carotis endarterectomia a stroke-prevenció választandó módszere.

12. ábra: Carotis endarterectomia elvégzésének indikációja másodlagos stroke prevencióként:



#### 4.5 Dohányzás elleni küzdelem

A dohányzás mindkét nemnél az ischaemia-s stroke kialakulásának független rizikófaktora.



Kimutatták, hogy a dohányzás duplájára emeli az ischaemiás stroke kialakulásának a rizikóját. Azok, akik a dohányzásról leszoknak, 50%-kal csökkentik ezt a kockázatot. A munkahelyek dohányfüst-mentesítése jelentős egészségügyi és gazdasági előnnyel járna, hiszen a passzív dohányzás is emelheti a stroke kockázatát. Ajánlott a dohányzásról való teljes leszokás.

## **5. Az ellenőrzés alapját képező finanszírozás szempontból lényeges sarokpontok**

A finanszírozási ellenőrzés során elsődlegesen azt vizsgáljuk, hogy a kezelő orvosok betartják-e a kihirdetett finanszírozási rendet, különös tekintettel a következő főbb ellenőrzési sarokpontokra, melyek természetesen az ellenőrzés céljának megfelelően változhatnak.

1. Volt-e az akut esemény idején képalkotó vizsgálat?
2. A veszélyeztetett betegcsoportba tartozó betegek valóban részesültek lipidcsökkentő sztatín terápiában?
3. Más hatóanyag elsővonalas alkalmazása kellően alá lett támasztva? Vizsgálták a sztatín intolerancia lehetőségét?
4. A veszélyeztetett betegcsoportba tartozó betegek valóban részesültek vérnyomáscsökkentő terápiában?
5. A veszélyeztetett betegcsoportba tartozó betegek valóban részesültek antikoaguláns terápiában?

## **6. A finanszírozási eljárásrend alkalmazásának hatását mérő minőségi indikátorok**

A finanszírozási eljárásrend hatását a következő indikátorokkal kívánjuk mérni:

1. A területre fordított közkiadások alakulása.
2. A helyes, finanszírozott algoritmus szerint kezelt betegek aránya.

### Rövidtávon értékelhető mutatók:

- *Lipidcsökkentő (sztatin) terápiában részesülő betegek aránya (a gondozás színvonala elfogadhatatlan 60% alatt)*
- *Vérnyomáscsökkentő terápiában részesülő betegek aránya (a gondozás színvonala elfogadhatatlan 80% alatt)*
- *Vérlemezkegátló terápiában részesülő betegek aránya (a gondozás színvonala elfogadhatatlan 70% alatt)*
- *Pitvarfibrilláló betegek antikoaguláns kezelésének aránya (a gondozás színvonala elfogadhatatlan 80% alatt)*
- *Carotis rekonstrukcióra szoruló betegek esetében a 2 héten belül elvégzett beavatkozások aránya*

### Hosszútávon értékelhető mutatók:

- *Cerebrovaszkuláris thrombotikus eseményből származó halálesetek száma*
- *stroke után független (mRankin 0,2) vagy többé-kevésbé független életvezetés*
- *Minden gondozott beteg esetén alkalmazott gondozási protokoll használata (papíralapon vagy elektronikusan)*
- *A gondozási lapnak követnie kell a beteg: neurológiai statusának alakulását (pl. NIH, Rankin) a vérnyomást, a lipid értékeket, a vércukor és az ezekkel összefüggő terápiás rezsimek létét vagy hiányát (sztatin, vérlemezkegátló vagy antikoaguláns kezelés stb.) rokkantságát.*
- *A gondozott betegek hány %-nál vezetnek rendszeresen gondozási protokollt?*

## 7. A finanszírozás szempontjából lényeges finanszírozási kódok

Az alábbiakban felsoroljuk a fontosabb finanszírozási kódokat, tájékoztatási céllal.

3. táblázat: Fontosabb BNO kódok

BNO	BNO megnevezése
G4500	Vertebrobasilaris syndroma
G4510	Arteria carotis syndroma (féltekei)
G4520	Többszörös és kétoldali praecerebralis arteria syndromák
G4530	Amaurosis fugax
G4580	Egyéb, átmeneti agyi ischaemiás attackok és rokon syndromák
G4590	Átmeneti agyi ischaemiás attack (TIA) k.m.n.
I6300	Agyi infarctus a praecerebralis ütőerek rögösödése miatt
I6310	Agyi infarctus a praecerebralis ütőerek emboliája miatt
I6320	Agyi infarctus a praecerebralis art. k.m.n. elzáródása-szűkülete miatt
I6330	Agyi infarctus a cerebralis ütőerek rögösödése miatt
I6340	Agyi infarctus a cerebralis ütőerek emboliája miatt
I6350	Agyi infarctus a cerebralis art. k.m.n. elzáródása-szűkülete miatt
I6360	Agyi infarctus az agyi visszerek nem suppurativ rögösödése miatt
I6380	Agyi infarctus, egyéb
I6390	Agyi infarctus, k.m.n.
E7800	Tiszta hypercholesterinaemia
E7820	Kevert hyperlipidaemia
E7840	Egyéb hyperlipidaemia
E7850	Hyperlipidaemia, k.m.n.

4. táblázat: Fontosabb OENO kódok

OENO	OENO megnevezés
11041	Vizsgálat
11301	Kontrollvizsgálat, konzílium
88460	Vérvétel
28620	Prothrombin meghatározása
28610	Thrombin idő meghatározása
28621	Aktivált parciális thromboplastin idő
3612D	Echocardiographia color Doppler
12601	EKG végtag és mellkaselvezetéssel

3617A	Duplex UH, nyaki erek
36112	Nyaki erek UH vizsgálata
3616C	Transcraniális Doppler vizsgálat
34410	Agykoponya natív CT vizsgálata
34490	CT angiográfia koponya
34411	Agykoponya CT vizsgálat iv. kontrasztanyag adását követőleg
34915	Agykoponya MR vizsgálat natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg
34948	MR angiográfia, iv. kontrasztanyag adása nélkül
34949	MR angiográfia, iv. kontrasztanyag adásával
33341	Szelektív arteriographia – további ágak, áganként
33351	Szuperszelektív arteriographia – további ágak, áganként

5. táblázat: Fontosabb HBCs kódok

HBCS	HBCS megnevezése
01M015D	Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA) praecerebralis elzáródással, rt-PA kezeléssel
01M015A	Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA) praecerebralis elzáródással, speciális kezeléssel
01M015C	Cerebrovascularis betegségek speciális vizsgálatokkal igazolva
01M015F	Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA) praecerebralis elzáródással, Speciális kezelés nélkül 18 év felett
01M0210	Hypertensiv encephalopathia
01M0160	Átmeneti ischaemiás agyi keringészavar (TIA)
01M0170	Egyéb cerebrovascularis rendellenességek

6. Táblázat: Fontosabb ATC kódok

ATC	ATC megnevezés
B01AC04	clopidogrel
B01AC05	ticlopidin
B01AC06	acetilszalicilsav
B01AC18	triflusal
B01AC30	thrombocytá aggregációt gátlók kombinációi
B01AD02	alteplase
C10AA01	simvastatin
C10AA05	atorvastatin
C10AA07	rosuvastatin
C10AX09	ezetimibe

C10BA02	ezetimibe+simvastatin
C09A	ACE-inhibitorok önmagukban
C09B	ACE-inhibitorok kombinációban
C09CA	angiotensin II antagonisták önmagukban
C09D	angiotensin II antagonisták kombinációi
C07AB02	metoprolol
C07AB07	bisoprolol
C07AB12	nebivolol
C07AG02	carvedilol
C07BB07	bisoprolol+thiazidok
C07FB02	metoprolol+egyéb vérnyomáscsökkentők
B01AA03	warfarin
B01AA07	acenokumarol
B01AB04	dalteparin
B01AB05	enoxaparin
B01AB06	nadroparin
B01AB12	bemiparin

**A finanszírozási eljárásrend alkalmazásának kezdő napja:** 2011. november 1.

**A finanszírozási eljárásrend érvényességének határideje:** 2014. június 30.

**A felülvizsgálat tervezett időpontja:** 2012. október 1.