

IME-META IX. Országos Egészség-Gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia Összefoglaló I.

A méltányosság és fenntarthatóság jegyében tartotta meg kilencedik országos konferenciáját az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja és a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) 2015. június 24-25-én Budapesten. A rendezvény folyamán neves magyar és külföldi egészségpolitikai szakértők, egészség-gazdaságtani elemzők és klinikusok osztották meg tapasztalataikat, kutatási eredményeiket a nagyszámú hallgatósággal. Önálló szekció keretében kaptak lehetőséget a bemutatkozásra a META IFI tagozatának fiatal egyetemi kutatói. A plenáris ülésen és a különböző szekciókban, valamint a kerekasztal-megbeszélésen elhangzott legfontosabb megállapításokat, előremutató gondolatokat kétrészes tudósításunkban adjuk közre.

Prof. Kozmann György, az IME főszerkesztője, **Tamás Éva**, az IME ügyvezető igazgatója, valamint **Dr. Inotai András**, a META elnöke megnyitó beszédét követően került sor a konferencia plenáris ülésére, melynek előadói az egészségpolitika és az egészségügyi ellátó rendszerek előtt álló kihívásokat és az azokat jelentős mértékben befolyásoló makrogazdasági helyzetet vették górcső alá.

PLENÁRIS ÜLÉS

Dr. Jakab Zsuzsanna regionális igazgató (WHO Európai Regionális Iroda) elmondta, hogy az európai régió országai jó úton haladnak a közös egészségpolitikai célok elérése felé, de számos kiaknázatlan lehetőség kínálkozik még az egészségnyereség növelése és az egyenlőtlenségek csökkentése terén. Ez utóbbi nem valósítható meg a társadalmi és szociális különbségek felszámolása nélkül, ám ehhez magas szintű társadalmi elkötelezettség és kormányzati akarat szükséges. Az előadó szerint elfogadhatatlan, hogy a születéskor várható élettartam tekintetében 11,5 év eltérés mutatkozik Európában a legjobb és legrosszabb érték között. Bár a magyar lakosság egészségi állapota javuló tendenciát mutat, a hazai születéskor várható élettartam még mindig a legalacsonyabbak közé tartozik az EU-ban. E tekintetben szembeötlő különbség figyelhető meg nem csak az egyes tagországok, hanem a különböző régiók és települések között is. Az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentése csak a többi ágazattal való együttműködésben és kormányzati irányítással képzelhető el – hívta fel a figyelmet az előadó. Kitért arra is, hogy míg Európában folyamatosan növekszik az egészségügy részesedése a kormányzati kiadásokból, addig Magyarországon ezzel ellentétes tendencia figyelhető meg. Az egészségügyi magánkiadások mértéke ha-

zánkban megközelíti a 30 százalékot, amit a Nemzetközi Monetáris Alap (IMF) kifejezetten negatívan ítél meg a tanulmányában. Kívánatos lenne tehát, hogy az EU-val összehangban emelkedjen az egészségre fordított kormányzati kiadások aránya hazánkban is. Az előadó rámutatott az alapellátás problémáira is, kiemelve a korai megbetegedések proaktív ellátásának gyöngeségeit. Kiemelte, hogy az egészségügyi ellátásnak alkalmazkodnia kell az idősödő társadalomhoz és a betegségteherhez, az alapellátást önállóan cselekvő, koordináló és multizsziplináris irányban kell erősíteni.

Prof. Mellár Tamás (Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar) hazánk makrogazdasági helyzetéről szólva úgy fogalmazott, hogy az elmúlt huszonöt évben végrehajtott modernizáció sok szempontból elhibázott volt. A közvélekedés szerint a piacgazdaság nem hozott jobb gazdasági viszonyokat, az Európai Unióhoz történő felzárkózásunk pedig megtorpant, még a visegrádi országoknál is gyengébben teljesítünk. Mindezt a bal- és jobboldali politika szélsőséges módon magyarázza, ám az okokat nem külső tényezőkben, hanem magunkban kellene keresnünk. A közelmúlt gazdasági történéseit összefoglalva Mellár Tamás professzor hangsúlyozta, hogy az elmúlt két év jó makroszintű mutatói mögött nem valódi reform, hanem választási keresletélénkítés áll. Bár az eredmények imponálóknak tűnhetnek, masszív forráskivonás történt, aminek legnagyobb vesztese az egészségügy és az oktatás. Hazánk gazdasági fejlettségéhez képest a magyar lakosság egészségi állapota rosszabb az elvárhatónál, az egy főre jutó magyar GDP jóval attraktívabb, mint a halálzási statisztikánk. Mindebből az következik – mutatott rá az előadó –, hogy túl keveset költünk az egészségügyre, és azt a keveset sem hatékonyan használjuk fel. Az egészségügyi rendszer fenntarthatatlan, azonban a beismerés és a valódi reform helyett a lassú „kivéreztetés” tanúi vagyunk. Mire lenne szükség a tényleges előrelépéshez? Széles körben lefolytatott szakmai vitákra, társadalmi és politikai konszenzusra, és nem utolsó sorban húsz nyugodt évre az új rendszer kiépítéséhez.

Dr. Inotai András az OECD gyógyszer- és egészségkiadásokról szóló, közelmúltban megjelent jelentésére hivatkozva elmondta: 2012-ben a hazai gyógyszerkiadások az egészségügyi kiadások 31,8 százalékát – a GDP 2,53 százalékát – tették ki, miközben 2006 óta jelentős forráskivonás történt a gyógyszer-közfinanszírozás területén. A kérdés az, hogy ez sok, vagy kevés? A gyógyszerkiadások mértékének értékelése során a nyers adatok mellett további szempontokat is érdemes figyelembe venni, melyeket az előadó részletesen ismertetett. Rávilágított, hogy az innovatív terápiák hasznát a WHO egészségügyi rendszer céljainak figyelembe vételével célszerű megítélni. Ismert, hogy az originális ké-

szítmények a szabadalomvesztést követően olyan generikus, vagy biohasonló gyógyszereké válnak, amelyek felhasználása összességében a jövő innovatív gyógyszerei számára szabadít fel erőforrásokat. A generikus gyógyszerek jelentősége még ennél is nagyobb, hiszen a krónikus betegségekben ezek az elsőként választandó terápiák. Így a népegészségügyi célok elérése nem képzelhető el megfelelő generikus gyógyszerpolitika nélkül. Kutatói szemszögből izgalmasnak ígérkezik a biohasonló készítmények területe, amelynek aktualitását az adja, hogy számos biológiai terápiának a közeljövőben fog lejárni a szabadalmi védettsége. Azt gondoljuk – fejtette ki Inotai András –, hogy a biohasonló készítmények hasznának megítélésében az egészség-gazdaságtani modellezés és a költséghatékonyság-jelentések készítése nyújthatja a megfelelő megoldást, hiszen ezek alkalmasak új betegek esetén a hozzáférés javulását kísérő több-letegség-nyereség, illetve az egyszeri terápiaváltás immunogenecitási kockázatainak figyelembe vételére. Mind ezen vizsgálatok elvégzését az előadó nemzetközi kooperációban – például a Nemzetközi Egészség-gazdaságtani Társaság (ISPOR) munkacsoportjain belül – is elképzelhetőnek tartja.

Prof. Vokó Zoltán tanszékvezető egyetemi tanár (ELTE TáTK Egészségpolitikai és Egészség-gazdaságtan Tanszék), az IME Tanácsadó Testületének elnöke az emlőszűrés példáján keresztül mutatta be, hogy milyen nehézségekkel szembesül a bizonyítékokon alapuló egészségpolitika. Abból az axiómából indult ki, miszerint a döntéshozatal minden bizonnyal hatékonyabb lenne a rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok figyelembe vétele mellett. Az akadémiai kutatók oldaláról a kutatási eredmények és a döntéshozatal közötti szakadék csökkentésének igénye fogalmazódik meg. A lassú térnyerés oka lehet, hogy érdekeik, prioritásaik, nyelvezetük és gyakorlatuk eltérő, sőt időnként akár ellentétes is lehet a döntéshozókéval. Egyfajta diskurzus már létrejött a két oldal között, amire jó példa az IME – az egészségügyi vezetők szaklapja és a META immár hagyományszámba menő, évente megrendezett közös konferenciája. Az együttműködést azonban nehezítheti, hogy míg az egészségpolitikának egyszerű, a lakosság felé kommunikálható üzenetekre van szüksége, addig a tudományos bizonyítékok bonyolult igazságok. Az egészségpolitikai döntések éveken, akár évtizedeken át kifejthetik hatásukat, ugyanakkor az evidenciák – különösen az ellátórendszer hatékonyságára vonatkozóak – ennél sokkal gyorsabban változhatnak. Az emlőszűrés kísérő tudományos vita jól szemlélteti azt a dilemmát, amellyel az egészségpolitika kénytelen szembesülni. Az etikus magatartás azt diktálná, hogy állítsuk választás elé az egyéneket, azaz a szűrés ne kényszer, hanem lehetőség legyen. Az egyéni felelősség és mérlegelés viszont csak megfelelő egészség-műveltség mellett várható el. A lakosság elbizonytalanítása a szűrési program populációs szintű eredményességét és költséghatékonyságát veszélyeztetné. Felmerül a kérdés, hogy a döntéshozatal során kíván-e az egészségpolitika részleteiben foglalkozni a tudományos bizonyítékokkal. Amennyiben nem, célszerű a nemzetközi testületek – EU,

WHO – ajánlásait követni. Ha viszont igen, akkor szorosabban együtt kellene működni az akadémiai szférával, értékelteni a tudományos bizonyítékokat, és előre felkészülni a változásokra. A másik fő kérdés, hogy akar-e az egészségpolitika társadalmi vitát folytatni a döntésekről. Amennyiben igen, akkor nagymértékben javítani kellene az egészségkommunikációt, hiszen a szűrés nem választható el az egészségneveléstől. Amennyiben nem, a lakosság hamis információkból fog tájékozódni, aminek negatív következményeit már megtapasztalhattuk a védőoltások kapcsán – figyelmeztetett előadása végén Vokó Zoltán professzor.

Prof. Bodoky György, az Egysített Szent István és Szent László Kórház Onkológiai Centrumának vezetője elmondta: onkológiai evidencia, hogy valamennyi visceralis daganatfajta közül a vastagbélrák a messze legjobban szűrhető, hiszen megfelelő szűrőeszköz alkalmazása esetén tíz év áll rendelkezésre a betegség kialakulásának megelőzésére, illetve korai felismerésére. Magyarországon évente tízezer új megbetegedést diagnosztizálnak, közülük minden évben ötezer beteget elveszítünk – fejtette ki. Hozzátette: a magas halálozási arány oka, hogy a vastag- és végbélrák kezdetben nem okoz semmilyen panaszt, ezért a betegek többnyire előrehaladott szakaszban kerülnek orvoshoz, amikor a gyógyulás esélye csekély. A lokalizált colorectalis carcinoma (CRC) felfedezése esetén 90 százalékos az öt éves túlélés aránya, mivel a betegség sebészi beavatkozással véglegesen gyógyítható. Áttétes CRC felfedezése esetén viszont csak 5 százalék az öt éves túlélés esélye. A szűrésnek többféle formája létezik, 50 éves kortól colonoscopia tízevente, a magas kockázatú betegeknél a colonoscopiák között öt évente széklet DNS vizsgálat ajánlott a szakma álláspontja szerint. Bodoky György professzor hangsúlyozta, hogy colonoscopiás szűréssel nem csak felismerhetőek, hanem egyúttal el is távolíthatók a rákmegelőző polipok. Kifejezte az onkológus szakma abbéli reményét, hogy hamarosan minél szélesebb körben megkezdődhet a CRC szűrés Magyarországon, és a székletvér kimutatás mellett legalább választható lehetőségként bevezetésre kerülhet a vastagbélvérzés.

EGÉSZSÉGPOLITIKA

A konferencia plenáris ülését követően került sor a különböző témaköröket feldolgozó szekciók lebonyolítására. Az első, egészségpolitikai blokkban a klinikai vizsgálatok nemzetgazdasági hozadékaról végzett hazai felmérések eredményeit **Prof. Kaló Zoltán** egyetemi tanár (ELTE TáTK), az IME szerkesztőbizottságának tagja ismertette. A kutatások a vizsgálatokban résztvevő egészségügyi intézmények és dolgozók tervezett bevételei, a klinikai vizsgálat szervező cégek bevételei és a szponzorok által fizetett gyógyszerkiadások elemzésével történtek. Az eddig megvalósult két, majdnem teljes körű magyar tanulmány szerint 2010-ben 52 milliárd forint, 2013-ban pedig 86-95 milliárd forint tehető a klinikai vizsgálatok nemzetgazdasági hozadéka. Az előadó rávilágított, hogy a módszertan – a tényleges és tervezett beteg-

szám, illetve a drop-out ráta figyelembe vétele, valamint a klinikai vizsgálatszervezők bevételeinek egységnyi intézményi kiadásra vonatkoztatott összesítése – jelentősen befolyásolja a becslést. Csökkentené a bizonytalanságot, ha az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) gyűjtené a vizsgálatok záró adatait. Kaló Zoltán kifejtette: a világon elsőként publikáltak tanulmányt Magyarországon a klinikai vizsgálatok nemzetgazdaságra gyakorolt mértékéről. A hazai tapasztalatok alapján nemzetközi ajánlások fogalmazhatók meg a kutatás módszertanának javítása érdekében.

Dr. Dózsa Csaba egyetemi docens (Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar), az IME szerkesztőbizottságának tagja arról az empirikus felmérésről számolt be, amelyet bentlakásos szociális intézményekben végeztek az EMMI Szociális Államtitkárság támogatásával és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat közreműködésével abból a célból, hogy feltérképezzék az idős emberek egészségügyi ellátásával kapcsolatos intézményi kihívásokat. A kutatás során részletes kérdőíveket juttattak el 252 intézménybe, mélyinterjúkat végeztek intézményvezetőkkel, és workshop keretek között vitatták meg a legfontosabb kérdéseket. A kvalitatív elemzés főbb megállapításai szerint a személyes gondoskodást nyújtó szociális bentlakásos intézmények lakóinak átlagos életkora egyre magasabb. Körükben fokozatosan növekszik a demensek, illetve az intenzív megfigyelésre, tartós ápolásra szoruló aránya. A vizsgált intézmények összes bentlakójának 55,82 százaléka igényel szakápolást, csupán 15,3 százaléka fennjáró és 60,9 százaléka nem képes az önellátásra. Mint azt az előadó elmondta, ezekben az intézményekben olyan mértékben ötvöződnék a szociális és az egészségügyi problémák, hogy azokat szétválasztani nem kell, és nem is lehet. A megoldást egy általános intézeti ápolási hálózat létrehozása, illetve ellátási program indítása jelentheti. Ehhez definiálni kell az alap- és szakellátás közötti különbségeket, és kialakítani a szabályozási hátteret, ösztönzési rendszert, elkülönített finanszírozást. Az előzetes hatáselemzés alapján egy emelt szintű férőhely normatív fedezete évente 500 ezer forint, így nagyságrendileg négyezer szakápolási férőhely működtetését kétmilliárd forint biztosíthatná.

Dr. Dózsa Csaba előadásának témájával szorosan összefüggő kérdést vetett fel a konferencia második napján **Borbás Fanni** referens és **Dr. Gresz Miklós** szakmai tanácsadó (Állami Egészségügyi Ellátó Központ Központi Adattárház és Elemzési Főosztály). Borbás Fanni arra a megállapításra jutott, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) kapacitási és finanszírozási adatai alapján végzett modellszámítás szerint a jelenleg 26 242 ágyon folyó krónikus, rehabilitációs és ápolási kapacitások nagyobb kihasználásával, illetve bizonyos ellátási formák összevonásával jelentős tartalékok szabadíthatók fel és csoportosíthatóak át a lakosságközelellátási formák számára. Az előadó lehetséges alternatívaként javasolta a gerátriai ellátás közép-pontba helyezését, az otthoni szakápolás kapacitásainak bővítését és új, a két szektor szolgáltatásait ötvöző, átmeneti, illetve tartós ápolási forma létrehozását. Gresz Miklós elem-

zéseiből kiderült, hogy a hosszútávú (long term care) ellátások kapacitási, igénybevételi és finanszírozási adatai jelentős területi és hozzáférési különbségeket mutatnak. Bizonyos ellátások esetében akár több mint tízszeres különbség figyelhető meg az egy lakosra jutó kifizetés tekintetében. Hiányossága az ellátórendszernek, hogy nem rögzíti konkrétan a krónikus, rehabilitációs osztályok szakmai tevékenységét, és a krónikus kapacitásokon gyakran szociális és ápolási szükségleteket elégitenek ki. A 65 éven felüli betegek ellátására mindössze 150 geriátriai ágy áll hazánkban rendelkezésre, ami nyilvánvalóan kevés, ezért az előadó felvette, hogy növelni kellene az ágyak számát az aktív és krónikus belgyógyászati terhére.

Kiss Zsolt stratégiai és szakigazgatási főigazgató-helyettes (OEP Stratégiai Elemzési Főosztály) az intézményi várólisták alakulásáról számolt be. Mint elmondta, 2007 óta törvényi szabályozás alapozza meg a magyarországi várólista alapján történő ellátás kötelezettségét. Az OEP 2012-ben valósította meg azt a publikus, transzparens, mindenki által átlátható várólista-nyilvántartási rendszert, amely az egyes, várólistát kötelezően vezető kórházak adatait tartalmazza. Az OEP négy célzott programot szervezett a tavalyi és az idei évre. A 2014-es programok eredményeképpen jelentős mértékben, 3500 fővel csökkent a 16 ezres várakozói létszám. A 2015-ös program tervezését az OEP által készített modell és a szolgáltatók kapacitásának felmérése, a nemzetközi szinthez mért eltérés vizsgálata alapozta meg. A többletforrások felhasználása hatékonyan bizonyult, a programok sikeréhez nagymértékben hozzájárult a kórházak menedzsmentjének pozitív hozzáállása, és a kezelők proaktív együttműködése. Összességében jelentősen javult az ellátási helyzet, s – bár még mindig vannak 2020-ra, 2021-re prognosztizált beavatkozások – az eddigi pozitív tapasztalatok tükrében a várólisták csökkenése tovább fog folytatódni.

Dr. Kincses Gyula egészségpolitikai szakértő előadása bevezetőjében felidézte azokat az időket, amikor azt hittük, hogy a technológiai fejlődés meg fogja oldani a gondjainkat. Hamar rájöttünk, hogy a technológiai fejlődés komoly egészségnyereséget eredményez, de nem segít felszámolni a fenntarthatóság és esélyegyenlőség kapcsán felmerülő problémákat. A 21. században azzal kellett szembesülnünk, hogy az erőforrások tekintetében nem a pénzügyi, hanem az emberi erőforrás jelenti a legnagyobb kihívást. Az esélyegyenlőség és a fenntarthatóság egymással konkuráló értékekké váltak. A gazdaság növekedése nem tart lépést a technológiai fejlődéssel és a demográfiai változásokkal, ami kódolt tartós konfliktust hordoz. Az IKT (Információs és Kommunikációs-Infokommunikációs Technológiák) meghatározó eszközei a fenntarthatóságnak, de nem forrásteremtő eszközök. Fejlődésük komoly veszélyt hordoz az esélyegyenlőségre nézve, mivel az egészségügyi ellátásra igazán rászoruló, halmozottan hátrányos szociális rétegek számára nem jelentenek reális jövőképet. A korszerű IKT trendek tehát új törésvonalat hozhatnak létre a digitális írástudatlanság mentén, ezért az így kialakuló egyenlőtlenségeket kezelni kell.

Munkatársunktól