

Változás, változtatás és innováció menedzsment a magyar egészségügyben

A XII. IME Országos Egészség-gazdaságtani Konferenciáról jelentjük

„Változás, változtatás és innováció menedzsment a magyar egészségügyben” címmel, Prof. Dr. Kásler Miklós emberi erőforrások minisztere és Prof. Dr. Merkely Béla, a Semmelweis Egyetem leendő rektora fővédnökségével tartotta meg XII. Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzését és Konferenciáját az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2018. június 20-21. között Budapesten. A tanácskozás egyezsmind az IME és a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság első közös konferenciájaként került megrendezésre. Az egészségügy makrogazdasági környezetére, egyes népbetegségek ellátására, valamint a klinikum és költséghatékonyság összefüggéseire fókuszáló plenáris előadások összegzését jelen tudósításunkban adjuk közre.

A KONFERENCIA ELSŐ NAPJA

A megnyitó során **Tamás Éva** lapigazgató utalt arra a stratégiai együttműködési szándéknyilatkozatra, amelyet 2018. április 13-án írtak alá az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy tudományos folyóirat és a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MEMT) vezetői, megerősítve a szaklap és a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja tizenhét éve tartó partnerségét. Közös céljuk, hogy a felek a szinergiákat kihasználva hozzájáruljanak a hazai egészségügy fejlesztéséhez, kiemelten az egészségügyi szervezetek és az egészségügyi rendszer menedzsmentje magyarországi gyakorlatának fejlesztése és a magyar egészségügyi menedzserek közössége tudományos és szakmai tevékenységének összehangolása terén.

MAKROGAZDASÁG



Dr. Gaál Péter

Felvezető előadásában **Dr. Gaál Péter**, a MEMT elnöke, az IME Szerkesztőbizottságának tagja arra a kérdésre kereste a választ, hogy mit jelent az ellenálló, alkalmazkodó egészségügyi rendszer – a WHO kifejezésével „resilient health system” –, és hogyan lehet azt létrehozni. A XXI. század egészségügyi rendszerei speciális helyzetben vannak, hiszen rendkívül gyorsan változó, turbulens környezetben kell teljesíteniük. A kihívások közül az egyik legfontosabb a tár-

sadalom idősödése következtében kialakuló egészségügyi szükségletek kielégítése. Még mindig széles körben használt a klasszikus közgazdasági megközelítés, amely két komplex értékválasztási, erőforrás-allokációs és disztribúciós mechanizmusra – piac vs. állam – alapoz. A másik elterjedt megközelítés a tipizálás-kategorizálás, amely abból indul ki, hogy az egészségügyi rendszerek evolúciója jellegzetes rendszertípusokat termelt ki, ezek közül kell választaniuk az egészségpolitikai döntéshozóknak. Ám egyik klasszikus rendszertípus sem működik „vegytisztán” – hívta fel a figyelmet az előadó. A két előbbivel szemben a változtatás menedzsment központú, és az innovációt leginkább támogató funkcionális megközelítés, illetve annak normatív továbbfejlesztése, a funkcionális dekonstrukció olyan rugalmas gondolkodási, elemzési keretet ad a rendszerszervezéssel foglalkozó szakértők kezébe, amely átlépi a tipizáló-kategorizáló paradigma korlátait. Ezt a gondolkodásmódot tükrözte az előadásban részletesen elemzett, Magyarországon végrehajtott Irányított Betegellátási Modellkísérlet és Svájci Projekt Alapellátási Modellprogram. Végezetül Dr. Gaál Péter rámutatott: az ellenálló, alkalmazkodó egészségügyi rendszer a funkcionális megközelítésre épít, nem csak technológiai, hanem társadalmi szempontból is innovatív, ösztönzőkre épülő koordináció és funkcionális integráció, valamint adat alapú, adatvezérelt, informált döntéshozatal jellemzi.

Prof. Dr. Csath Magdolna, a Szent István Egyetem professzor emeritája és a Nemzeti Közszoigálati Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Karának kutatóprofesszora Magyarország versenyképességét az egészség és az egészségügy szempontjából vette górcső alá. A versenyképességről szólva elmondta, hogy annak legfontosabb feltétele a humán vagyon mennyiségi és minőségi állapota. Kijelentette, hogy nem növelhető a versenyképesség az emberek egészségének kárára, és nem fog hosszú távon növekedni a versenyképesség akkor sem, ha csak gépbe, technológiába fektetünk be, de a humán vagyonba – az egészségbe és a tudásba – nem. Ismertette az IMD (Initiative for Management Development) friss elemzését, amely szerint 2017-ről 2018-ra Magyarország öt helyezéssel javította a versenyképességi pozícióját. A gazdasági mutatóink javultak ugyan, azonban a belső forrásainkat, a humán vagyont meglehetősen elhanyagoltuk – mutatott rá Csath Magdolna professzor. A humán vagyon állapotát jól érzékelteti, hogy az Eurostat 2018-as jelentése szerint



Prof. Dr. Csath Magdolna

a V4 országok között Magyarországon a legmagasabb (22,1 százalék) a mindössze nyolc általános iskolát végzetek aránya a 17-74 évesek körében. Hozzátette: Magyarországon a versenyképesség javulása inkább mennyiségi, mint minőségi oldalról következett be, és főként a külföldi tőke állt mögötte, nem a belső erőforrások. A növekedés nem egyenlő a fejlődéssel, ez utóbbi záloga a hosszú távú, rendszerszintű gondolkodás, amelynek középpontjában a minőség, a tudás és az ember áll.

Dr. Bodrogi József

egészségügyi közgazdász a hazai morbiditási és mortalitási mutatókat elemezte az elmúlt negyed évszázad tükrében. Mint elmondta, az OECD tanulmánya szerint a magyar lakosságnak rosszabb az egészségi állapota, mint amit az ország gazdasági lehetőségei megengednének. S bár a lakosság születéskor várható élettartama javult az 1990-es évektől kezdve, a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta halálozási arány tekintetében hazánk még mindig rosszul „teljesít”. A sürgősségi stroke-ellátás megszervezésének köszönhetően a cerebrovascularis mortalitási mutatók javultak valamelyest, bár az OECD tagországok között Magyarország az utolsó tíz százalékban foglal helyet. Az onkológiai betegségek okozta halálozás még mindig hazánkban a legmagasabb, és igen magas a májcirrózis mortalitási rátája is. Különösen riasztó, hogy a 18 évnél fiatalabbak körében az obezitás aránya eléri a 20 százalékot. A finanszírozásról szólva Dr. Bodrogi József elmondta, hogy a társadalom idősödése és az egészségügyi technológia magas költségei miatt az egészségügyi kiadások gyorsabban nőnek, mint a GDP. Nem létezik univerzális megoldás, de az biztos, hogy stabil, kiszámítható és a növekvő igényeket kiszolgálni képes rendszerre van szükség.

Az elhangzott előadások kapcsán **Dr. Ledia Lazeri** magyarországi irodavezető (Egészségügyi Világszervezet, WHO) megjegyezte, hogy azok tükrözték saját, személyes magyarországi tapasztalatait. Hozzátette: a társadalom előregedése egész Európában észlelhető, és a fiatalok elhízás is egyre markánsabban jelentkezik – minden harmadik tizenegy éves gyermek elhízott a kontinensen –, ami miatt a jövő generáció sok humán tőkét fog elveszíteni. Magyarország népegészségügyi helyzetéről szólva elmondta: a WHO aggodalommal látja, hogy a hipertónia és a cukorbetegség előfordulási aránya jóval magasabb Magyarországon, mint a kontinens többi országában. Az OECD országai közül



Dr. Bodrogi József



Dr. Ledia Lazeri

Magyarországon történik a legtöbb kórházi felvétel diabéteszes epizódok miatt, holott az alapellátásban nagyobb eséllyel megoldható lenne a cukorbetegség folyamatos gondozása. Az előadó utalt a WHO egészséget és jólétet megcélzó, európai stratégiájára, amelyet „Egészség 2020” címmel fogadtak el, és amely keretétül szolgál az egészségügyi rendszerek fejlesztésének, továbbgondolásának. Szorgalmazta az integrált, emberközpontú egészségügyi szolgáltatások létrejöttét, az interszektoriális cselekvést és a jó gyakorlatok elterjesztését. Mindezek előmozdításában a WHO aktívan kívánja támogatni magyarországi partnereit.

Kiss Zsolt megbízott főigazgató (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, NEAK) felvázolta a szolidaritás elvű egészségbiztosítás alapfunkcióit, majd ismertette az egészségbiztosítási kiadások alakulását 2010-2018 között. A jelen kihívásai közül kiemelte a betegek oldaláról az új technológiák elérhetőségét, a hosszú betegfoglalási időt, az ellátási út megszervezésében történő támogatás hiányát, a várakozást a fekvőbeteg ellátásban és a nem megfelelő kommunikációt. A szolgáltatók nézőpontjából tekintve a legfontosabb probléma a nem elégséges TVK, a bérfevültség, a humán erőforrás hiánya, a változó felelősség és elvárás, valamint a változékony környezet. A három fő terület, ahol elsődleges beavatkozásokra van szükség: az egészségügyi rendszer egészét érintő, az E. Alapra is vonatkozó szabályozási rendszer és az egészségbiztosítási igazgatási rendszer fejlesztése, valamint az ellátórendszer működési feltételeinek javítása. Mindennek részletes bemutatását követően az előadó leszögezte: a NEAK közre kíván működni abban, hogy a magyar népesség egészségi állapota jelentősen javuljon. A célkitűzések között szerepel a korszerű egészségügyi technológiák finanszírozása, a biztonság és a minőség fejlesztése, a páciens-igények figyelembe vétele és a szolgáltatók tevékenységének arányos finanszírozása, a pénzügyi biztonság növelése.



Kiss Zsolt

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

Prof. Dr. Tóth Kálmán, a Magyar Kardiológusok Társasága elnöke, az IME Szerkesztőbizottságának tagja rámutatott: Európa országainak döntő többségében ma is a szív- és érrendszeri betegségek jelentik a fő halálokozót. Ellentétben az EU régebbi tagországaival, ahol a kardiovaszkuláris mortalitás az 1970-es évek óta jelentős és folyamatos csökkenést mutat, hazánkban ez a csökkenés csak jóval később indult meg, és kisebb mértékű. A negyvenéves magyar férfiak várható átlagos élettartama az EU-15-höz képest 6,8 évvel, a V4-országokhoz képest 2,2 évvel rövidebb, és 1960 óta mindössze 1,4 évvel növekedett. A 40 éves magyar nők várható élettartama az EU-15-höz képest 4,8 évvel rövidebb. Az iszkémiás halálozás tekin-

teiben csak Lettország és Litvánia áll Magyarországnál rosszabb helyen – emelte ki Dr. Tóth Kálmán professzor. A megelőzés terén az OECD adatok azt mutatják, hogy az életmód egyes területein – például a rendszeres testmozgás és a mediterrán diéta elterjedésében – történt előrelépés, míg más téren – például a dohányzást és az elhízást tekintve – az EU tagországok sorának végén kullogunk: a magyaroknál többet csak a bolgárok dohányoznak, és az elhízás terén egyedül Málta rendelkezik a hazánknál rosszabb mutatókkal. Az akut myocardialis infarktus (AMI) korai ellátását illetően nagy előrelépésnek tekinthető, hogy javultak hazánkban az infarktus akut ellátásának feltételei. Ma már hús haemodinamikai centrum működik az országban igen jó szervezethez, ennek köszönhetően az AMI prognózisa jóval kedvezőbbé vált. A korai kórházi eredményeink gyakorlatilag megegyeznek Svédországgal, amire méltán lehetünk büszkéek. Mégis van még hova fejlődünk, ugyanis az infarktus után harminc nappal, illetve fél és egy évvel rögzített adatok korántsem ilyen kedvezőek. A korai eredmények konzerválása érdekében meg kell erősíteni a szívinfarktus hosszú távú gondozását, utánkövetését és rehabilitációját.



Prof. Dr. Tóth Kálmán

Hova jutottunk az elmúlt negyedszázadban? – tette fel a kérdést Prof. Dr. Polgár Csaba tanszékvezető egyetemi tanár (SE Onkológiai Tanszék), az Országos Onkológiai Intézet főigazgató főorvosa. Mint elmondta, 1992-2018 között kiépült az onkológiai ellátórendszer struktúrája, a szakma kidolgozta és több ízben aktualizálta az onkoterápiás irányelveket. 1993-ban megszületett az első Magyar Nemzeti Rákellenes Program, amely magában foglalja a primer prevenciót, a szűrést, a korai diagnózist, a kezeléseket összes modalitását, az oktatás-szervezést, a struktúrát és a társadalmi kommunikációt is. 2002-ben megindult a mammográfiás emlőrák szűrés, 2011-ben hatályba lépett a nemdohányzók védelméről szóló törvény és a népegészségügyi termékadóról szóló jogszabály. 2014-ben bevezetésre került a HPV-oltás, rá egy évre a méhnyakrák szűrés védőnők bevonásával. Az elmúlt években jelentősen megújult a hazai képző és sugárterápiás géppark, idén pedig megindul a vastag- és végbélrák szűrési program. Mindezek eredményeképpen a jelentősen emelkedő incidencia mellett stagnál a daganatos halálozás, amelynek csökkentése érdekében egy 2030-ig szóló, új stratégiai terv készül a Nemzeti Rákellenes Program tartalmi felújítása keretében. A program kiemelten fejlesztendő területként jelöli ki a primer prevenciót,



Prof. Dr. Polgár Csaba

azon belül a dohányzásellenes harc folytatását az onkológiai-kardiológiai termékadó bevezetésének megfontolásával. Célul tűzi ki a mammográfiás szűrés részvételi arányának növelését, a vastag- és végbélrák szűrés elindítását, alacsony dózisu CT-vel végzett szűrés bevezetését a tüdőrák rizikócsoportjaiban, a képző kapacitás bővítését és a molekuláris patológia finanszírozásának növelését, a minimál invazív és robotsebészeti eljárások, a célzott és immunterápiás protokollok széles körű alkalmazását, valamint a sugárterápiás géppark felújításának folytatását, továbbá országos telemedicina hálózat kiépítését.



Dr. Kovács Gábor

Egy másik népegészségügyi jelentőségű megbetegedés, a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) kapcsán Dr. Kovács Gábor főigazgató (Országos Korányi Pulmonológiai Intézet), a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnöke, az IME rovatvezetője elmondta: aluldiagnosztizált betegségről van szó, amely a WHO becslése szerint 2020-ra a harmadik haláloki tényezővé fog előlépni. Magyarországon 190 ezer COPD-s beteget gondoznak a tüdőgyógyászati hálózatban, 100 ezer beteget diagnosztizáltak a belgyógyászati-háziorvosi hálózaton belül, és további 300 ezerre tehető a korai stádiumú, nem felismert betegek száma. A COPD nem csak az egyénre, hanem a társadalomra is súlyos terhet ró, amely a direkt egészségügyi ellátás költségein túl indirekt költségeket – kieső munka és adóbevételek, rokkantnyugdíj, korai halálozás – is jelent. A COPD komplex terápiája a szakszerű, stádiumhoz igazodó gyógyszeres kezelésen és a légzőszervi rehabilitáción túl a dohányzás abbahagyását is magában foglalja. Ennek megvalósításához feltétlenül szükséges a betegek együttműködése, amely – ahogya a terápiás adherencia is – az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet saját felmérése szerint igen alacsony. 2018-ban, a COPD Évében a Magyar Tüdőgyógyász kezdeményezi a lakossági kommunikáció megerősítését, a háziorvosok és a társszakmák érzékenyítését, a szakmapolitika figyelmének a felhívását, a gyógyszeres szerepének növelését, valamint a dohányzásról való leszokás támogatásának előmozdítását.

Ez utóbbi kapcsán Joó Tamás (SE Menedzserképző Központ) Szerkesztőségünk új tagja – ismertette a dohányzás elleni küzdelem hazai mérföldköveit, és néhány pozitív nemzetközi példával mutatta be a dohányzás visszaszorításának jó gyakorlatát, aminek további részletei lapunk későbbi számában lesznek olvashatók.

Prof. Dr. Poór Gyula egyetemi tanár (SE), az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet főigazgató főorvosa a készülő Népegészségügyi Programban kiemelt területként szereplő mozgásszervi megbetegedéseket tekintette át. Mint elmondta, a Magyarországon 130-150 ezer beteget érintő, magas mortalitású arthritisek jelentős életminőség- és munkaképesség-romlást, rokkantságot és extrém költségeket okoznak, kezelésük komoly szaktudást és anyagi ráfordítást igényel, cent-

ralizált orvosi ellátást tesz szükségessé. Dr. Poór Gyula professzor bemutatta a hazánkban működő arthritis centrumhálózat modelljét, a biológiai terápia elméleti alapjait és a hazai eredményeket. Méltatta Sir Ravinder Maini és Sir Marc Feldmann, a londoni Kennedy Institute két kutatójának munkásságát, akik a rheumatoid arthritis és egyéb gyulladós betegségek kezelését forradalmasító biológiai terápiák kifejlesztéséért méltán nyerték el az orvostudományi Nobel-díj „előszobájának” tekintett Lasker Awardot.



Prof. Dr. Poór Gyula

A vénás tromboembóliás eseményekről **Prof. Dr. Gadó Klára** tanszékvezető (SE Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet, Egészségtudományi Klinikai Tanszék), az IME rovatvezetője elmondta, hogy népegészségügyi jelentőségük az általuk okozott magas morbiditásnak és mortalitásnak tudható be. (Az előadás publikációja következő lap-



Prof. Dr. Gadó Klára

számunkban olvasható.)

Prof. Dr. Bodoky György, a Magyar Klinikai Onkológiai Társaság elnöke az onkológiai prevencióról és a vastagbél-sűréről tartott előadásában rámutatott, hogy a vastag- és végbélrák (colorectalis carcinoma, CRC) a fejlett nyugati országokban és Magyarországon is a második leggyakoribb halált okozó daganattípus, az összes daganatos halálozás 10-15 százalékát teszi ki. Világszerte évente mintegy egymillió új esetet diagnosztizálnak, Magyarországon minden évben tízezer új megbetegedést fedeznek fel. A colorectalis carcinoma egyformán érinti mindkét nemet, és a második leggyakrabban előforduló daganattípus mindkét nemnél, minden 18 emberből egy veszélyeztetett.



Prof. Dr. Bodoky György

Dr. Bodoky György professzor leszögezte, hogy szűréssel a vastagbélrák a legjobban megelőzhető visceralis daganatfajta. A szűrés módszerére számos ajánlás létezik világszerte, melyek mindegyike figyelembe veszi az adott ország epidemiológiai, gazdasági, egészségügyi és kulturális helyzetét. Sok országban alkalmazott a kétlépcsős módszer: a székletvér kimutatása, majd pozitív ered-

mény esetén kolonoszkópia végzése. A szűrés valamennyi formája csökkenti a halálozást – hangsúlyozta az előadó, az Amerikai Egyesült Államokban a szűrésnek köszönhetően 2000-2010 között 30 százalékkal csökkentették a CRC halálozását. Az Amerikai Onkológus Társaság irányelvének idén májusban megjelent módosítása már nem 50 éves, hanem 45 éves kortól ajánlja a szűrés elvégzését, mivel a betegpopuláció egyre fiatalabbá válik. A magas kockázatú lakosokra különös figyelmet kell fordítani, szűrésüket mindenképpen korábban kell megkezdeni. Reményeink szerint a székletvér szűrés még ebben az esztendőben országos szinten el fog indulni, amittől jelentős eredmények várhatók. Magyarországon ötezer beteget veszítünk el évente, ami azt jelenti, hogy húsz év alatt – amióta tervezzük a vastagbélrák szűrés bevezetését – összesen százezeren haltak meg a betegség következtében. Teljes populáció szintű szűrés bevezetésével évente több száz ember életét lehetne megmenteni, sikeres szűrőprogram megvalósulása esetén pedig akár 20 százalékkal lehetne csökkenteni a CRC halálozását.

Prof. Dr. Kempler Péter egyetemi tanár (SE I. számú Belgyógyászati Klinika), a Magyar Diabétesz Társaság (MDT) elnöke a cukorbetegségről, mint népegészségügyi jelentőségű problémáról szólva elmondta, hogy a társaság felmérései szerint a 2-es típusú diabéteszben szenvedők száma 71 százalékkal, 727 ezerre növekedett 2001-2014 között. Az MDT az OEP adatbázisának elemzése alapján megállapította, hogy 2014-ben naponta tíz amputációt végeztek a cukorbetegség szövődései miatt. Végezetül az előadó utalt arra az együttműködési megállapodásra, amely az EMMI és az MDT között jött létre a korszerű diabétesz-prevenció megteremtése, a képzési rendszer és a jelenlegi gondozás áttekintése, valamint a beteggondozásban résztvevő családok szerepének markánsabb megjelenítése érdekében. A felek abban is megállapodtak, hogy áttekintik a diabetológiai gyógyszeres terápiák jelenlegi rendjét és a gyógyszerfelírási jogosultságokat a korszerű terápiák előtérbe kerülésének és hozzáférhetőségük elősegítése érdekében.

KLINIKUM ÉS KÖLTSÉGHATÉKONYSÁG

A korai inzulinkezelt betegek terápiaválasztásának jelentőségéről tartott előadást **Dr. Tabák Gy. Ádám** osztályvezető egyetemi adjunktus (SE I. sz. Belgyógyászati Klinika).



Dr. Dékány Gábor

Dr. Tarcsa Mónika market access igazgató (Sanofi-Aventis Zrt.) a diabétesz ellátás hatékonyságának javításáért Magyarországon végzett Real World Data elemzéseket ismertette.

Dr. Dékány Gábor szakorvos (Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet) az AMI korai ellátásának jelentőségét felmérési eredményekkel igazolta. Az adatgyűjtés célja az ellátás minőségbiztosítása volt

a betegek ellátásának és prognózisának folyamatos követése mellett. A Nemzeti Szívinfarktus Regiszter (NSZR) adatai szerint Magyarországon a teljes iszkémiás idő (TIT) lényegesen hosszabb az optimálisnál, 80 százaléka prehospitalis késlekedés következménye. Az NSZR nagy betegszámú (80838) adatbázisát többfaktoros módszerrel elemezve azt találták, hogy a TIT önálló prognosztikai jelentőséggel bír az infarktusos betegek hosszú távú (egy éves, illetve annál hosszabb) halálzásának tekintetében. A TIT csökkentése a hosszú távú prognózis javulását eredményezheti. A prehospitalis időn belül a tünnettől a hívásig eltelt idő a leghosszabb, a betegek, illetve a környezetük késlekedését mutatva.



Prof. Dr. Szilasi Mária

Prof. Dr. Szilasi Mária klinikaigazgató (Debreceni Egyetem ÁOK Tüdőgyógyászati Klinika) a COPD rehabilitációjának költséghatékony módját mutatta be. Mint elmondta, a COPD diagnosztikájának és gyógyszeres kezelésének eljárásrendje a nemzetközi irányelvek figyelembevételével készült hazai ajánlásokon alapul és három pilléren nyugszik: a dohányzásról való leszokás támogatásán, a farmakoterápián

és a segédeszközökkel támogatott légzőszervi rehabilitáción. A tapasztalatok szerint a rehabilitáció hatására mérséklődik a betegek gyógyszerigénye és csökken az akut exacerbációk száma. A betegek ritkábban kerülnek kórházba, így az életminőség javulásával együtt csökken a kezelés költsége is. A pulmonális rehabilitáció költséghatékony formája a felügyelt ambuláns rehabilitáció kiegészítve az otthoni rehabilitációval, segédeszközökkel végezhető gyakorlatokkal. Az ambuláns rehabilitáció napjainkban zajló megvalósítása során leköthetők a TBC csökkenésével felszabaduló kapacitások, az ellátás minősége javítható a finanszírozás megteremtésével, és megfelelő PR tevékenységgel, az elért sikerek publikálásával a szakterület vonzóvá tehető az orvosok, gyógytornászok és szakdolgozók számára. Az elhangzott előadáshoz szervesen kapcsolódott

Dr. Varga János Tamás osztályvezető főorvos (Országos Korányi Pulmonológiai Intézet) összefoglalója a tüdőgyógyászati ambuláns rehabilitációs tevékenység finanszírozási kódjairól. A COPD-s betegek rehabilitációjával szembeni elvárás a váladék eltávolítása, a fizikai tréning-erőfejlesztő légizom-erősítés és az oxigenizáció javítása. A rehabilitáció azért fontos – hangsúlyozta az előadó –, mert hozzájárul az állapotromlás és a kórházi felvételek számának csökkentéséhez. Az ambuláns tréning kisebb költségigényű, kivitelezéséhez



Dr. Varga János Tamás

a tréning idején elégséges a szakorvos által felügyelt gyógytornász közreműködése. A protokollra épülő 3-6 hetes program középpontjában a speciális fizioterápiás eszközökkel támogatott légzésfunkciós, inhalációs és légizom-erősítő tevékenységek állnak. Egy ambuláns eset komplex ellátási csomagjában három meglévő, a REPCS rendszerben meghirdetett kód megváltoztatására van szükség, tíz új tevékenységi kód bevezetése javasolt, valamint plusz egy légzőszervi rehabilitációs szakorvosi konzultáció. A terápia javasolt hossza 15 alkalom, a komplex csomag pontszáma 45 400 pont/eset. Egy beteg számára egy évben maximálisan két ambuláns rehabilitációs terápiai csomag indítható. Az előadó rámutatott, hogy a tüdőgyógyászati gondozók és szakrendelések jelenleg is kihasználják a TVK keretüket, így ellenérdekeltek lehetnek a többlet pontszámokkal járó program megvalósításában. A várható direkt pontszám-többletek legalább 50 százalékát javasolt külön többletként finanszírozni az érintett szolgáltatóknál, ami országosan 250-1,175 millió pont többletvolument jelentene a rehabilitációs programba aktívan bekapcsolódó szolgáltatók számára. Az előadó komplex monitorozási rendszert javasolt kidolgozni a programba bekerülő betegek további sorsának követésére, továbbá életminőség kérdőív használatát is szorgalmazta a betegeket motiváló ösztönző-rendszer kiépítése mellett.

A klinikai audit, mint gazdasági tényező állt **Dr. Varga András** radiológus főorvos (Radiologieverbund Burgenland Mitte-Süd), a Quali-scan Kft. ügyvezető igazgatója előadásának fókuszában. A klinikai audit az egészségügyi tevékenység szakmai minőségi kontrollját végző és fejlesztő módszer. Az ionizáló sugárzást alkalmazó területeken 2009 óta létezik egységes európai szakmai irányelv, mely a klinikai audit segítségével szabályozza ezeket a tevékenységeket az Euratom rendeletnek megfelelően. A legújabb Euratom rendelet 2018 februárjától egész Európában kötelezővé tette az irányelv alkalmazását. Ennek célja, hogy csökkenjen és kontrollálhatóvá váljon a páciensek hosszú távú sugárterhelése.

Az előadás publikációja az IME 2018/5. lapszámában olvasható.

Dr. Juhász Péter adjunktus (Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet) a biológiai terápiával kezelt rheumatoid arthritises (RA) betegek terápiai célérték elérését vizsgálta meg az OEP és az ORFI adatai alapján. Megállapította, hogy a biológiai terápia naiv RA-betegek első terápiáját követően igen magas (12 hónapnál 71 százalék) a terápián maradás aránya. A nemzetközi eredményekkel párhuzamosan azt találta, hogy a korai biológiai terápia alkalmazása előnyös, emellett a csDMARD (konvencionális, szintetikus betegségmódosító készítmények) párhuzamos alkalmazásával jobb eredményeket ad.



Dr. Varga András



Dr. Makara Mihály

Dr. Makara Mihály (Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet) a szenvedélybetegségek háttéréről és anyagi vonatkozásairól nyújtott áttekintést. A negatív gyermekkori élményekre (adverse childhood experiences, ACE) – amelyek a legtöbb esetben közrejátszanak a szenvedélybetegségek kialakulásában – tíz kérdéssel kérdezhetünk rá az eredeti Felitti tanulmány alapján. Az ennél árnyaltabb WHO nemzetközi kérdőíve 33 kérdés feltevését ajánlja, míg az előadó által 60 beteg bevonásával végzett felmérés még részletesebb volt. A pozitív válaszok száma egyes arányban áll a szenvedélybetegségek, az önpusztító magatartásformák és az öngyilkossági kísérletek gyakoriságával. A gyermekkori krónikus stressz nem csak viselkedészavarokat okoz, hanem jelentős idegrendszeri, illetve epigenetikai eltéréseket is. Hatnál több negatív gyermekkori esemény esetén az élettartam átlagosan húsz évvel rövidül. Az ACE-k anyagi vonatkozatai sokrétűek, és messze túlmutatnak az egészségügyi költségeken. A bekövetkezett károsodás felismerése alapvetően fontos a helyes terápia megválasztásához. A megelőzés és a felismerés a szereplők – házassági tanácsadók, családsegítő szolgálatok, védőnői hálózat, civil szervezetek, iskola, pszichológus, gyermekgyógyász és pszichiáter – aktív közreműködésével oldható meg. A stressztűrő képesség fokozásával, traumaorientált kognitív pszichoterápiás eszközökkel, valamint érzelmi támogatással tehetünk a legtöbbet a folyamatok visszafordítása érdekében.



Prof. emeritus Pénzes István

Prof. emeritus Pénzes István (Országos Korányi Pulmonológiai Intézet) az otthoni invazív lélegeztetés szükségességéről és feltételeinek optimalizálásáról fejtette ki gondolatait. A kezelésben részesülő betegek jelentős hányadát a korábbi évtizedekben a Heine-Medin kór miatt kialakult légzőszervi károsodás képezte. Napjainkban elsősorban a különböző etiológiájú izomdisztrófiák következtében fellépő légzőizom-károsodásban és degeneratív motoneuron betegségben (ALS) szenvedő betegek szorulnak gépi lélegeztetésre. Az előadó az esetismertetések követően áttekintette az otthoni invazív lélegeztetés optimalizálásának feltételeit. Nem csak az otthoni felügyeletet és ápolást végző személyek megfelelő képzettsége fontos, hanem a kórházi háttér biztosítása is. Jó példa erre az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben nemrégiben létrejött Krónikus Lélegeztetési Osztály, ahol rendszeres, de szükség esetén soron kívüli helyszíni kontrollt is biztosítanak,

konzultációs lehetőség mellett. Az osztályon dolgozó munkatársak felveszik a kapcsolatot a betegek családjával, segítenek nekik a speciális szakápolási feladatok elsajátításában, és rendszeresen látogatják őket. Az otthoni ápolás feltétele továbbá a lélegeztetéshez szükséges eszközök és a speciális gyógyszerek biztosítása is. Szükség lenne ennek a felelősségteljes munkának a megfelelő ápolási díjjal történő ellentételezésére is – emelte ki Dr. Pénzes István professzor –, és a jelenlegi 52 ezer forintos díj megemlése legalább a minimálbér szintjére, ez 2018-ban, a Családok Évében különösen időszerű lenne.

Prof. Dr. Balázs Judit

egyetemi tanár (ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar), a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia oktatási és kutatási igazgatója a felnövekvő generáció szempontjából vette górcső alá a pszichiátriai betegségeket. Mint elmondta, gyermek- és serdülőkorban a pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága 6-25 százalék. A növekedés során minden harmadik gyermek megél olyan időszakot, amikor ő maga és környezete valamilyen érzelmi-magatartási probléma miatt szenved. A pszichiátriai zavarok egy része az idegrendszer fejlődési rendellenességéből fakad (autizmus spektrum zavar, figyelemhiányos hiperaktivitás, tic), jelentős része gyermek- és serdülőkorban kezdődik (hangulati, szorongásos, étkezési zavarok, szkizofrénia, pszichoaktív szerhasználat). A fiatalkori öngyilkosság a második vezető halálok a 15-29 éves korosztályban. Több fiatal hal meg évente emiatt, mint daganatos betegségben, szívbetegségben, szülési károsodásban, stroke-ban, tüdőgyulladásban és influenzában együttvéve. Az öngyilkosság egy multifaktoriális esemény, melynek másodlagos rizikófaktoraira (például az éleleteseményekre) nincs ráhatásunk, de az elsődlegeseket (mint a pszichiátriai zavarok) képesek vagyunk befolyásolni. A prevenció során egységes modellben kell elhelyezni a rizikó- és védőfaktorokat, és tenni kell a stigma ellen – húzta alá az előadó. Mint mondta, valakinek fel kell ismernie a problémát ahhoz, hogy a pszichiátriai zavarral küzdő fiatal eljusson az ellátórendszerbe. A fiatal életek megmentéséért jött létre tizenkét ország részvételével az ún. SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) program, amely azt tűzte ki célul, hogy Európa különböző térségeiben, az adott országok kultúrájának megfelelő, a serdülők számára hatékony megelőző programokat ajánljon. Arra törekszik, hogy elősegítse a serdülők körében az egészségesebb életmódra törekvést azáltal, hogy csökkenti a fokozott kockázatú és öngyilkos magatartást. Dr. Balázs Judit társszerzője volt annak a Lancet folyóiratban megjelent publikációnak, amely a SEYLE program több mint 11 ezer – köztük ezer magyar – középiskolás bevonásával végzett, nemzetközi, randomizált, kontrollált vizsgálat eredményeit tette közzé. A tanulmányból kiderült, hogy a diákok önhatékonyágát fejlesztő



Prof. Dr. Balázs Judit

program (Youth Aware of Mental Health Programme) hatékony módszere a fiatalok öngyilkosságok visszaszorításának.

TÁRSADALOMPOLITIKA

Dr. Orbán Balázst (Miniszterelnökség, államtitkár) képviselő **Dr. Lovász László** szakértő „Demográfiai kihívások Magyarországon és a világon” címmel nagy sikerű előadást tartott.

Dr. Lovász Lászlóval készült interjúnk jelen lapszámunkban olvasható.

Prof. Dr. Miszlivetz Ferenc (Felsőbbfokú Tanulmányok Intézete, Kőszeg) a helyi hálózatoknak a társadalmi innovációban játszott szerepéről beszélt. Úgy vélte, a közösségi társadalomba való átmenetet a bizonytalanság koraként lehet jellemezni. Leírása szerint a fogyasztói civilizációt az jellemzi, hogy rendszerelvű, fogyasztás-, intézményközpontú, csak racionális, a „kemény” eredményt – akár kiszorítósi útján – akarja elérni, mert énközpontú. Mindevel szemben, az együttműködő társadalmak jellemzője az értékeremtés, a hálózatoság, az emberközpontúság, a holisztikus megközelítés, az élmény, a kooperáció. Hankiss Elemér megállapítására hivatkozva tette hozzá, hogy elvesztettük biztonságérzetünket, a nagy interregnumban, ahol idegen, veszélyes a külvilág, sokféle rossz gyűrűzik be. A kiszámíthatatlannak tűnő világban két alternatíva mutatkozik: az egyik a globális társadalom, a magányos egyedekből álló fogyasztói civilizáció, ahol a munkamegosztás magas szintű, a fogyasztói igények kielégítése a piacról történik. A másik alternatíva az öngazgató kis közösségeké, melyek heterogén egyénekből állnak, ahol magas szintű a bizalom, a körülmények javítására irányuló motiváltság. Itt feltétlen az együttműködőkészség, kiemelkedő mértékű a közösségi aktivitás, gyorsan halmozódhat fel a társadalmi tőke. Értékei a szolidaritás, egyenlőség, önkéntesség, a nyitottság.



Prof. Dr. Miszlivetz Ferenc

A kisközösségek azonban önmagukban kiszolgáltatottak, ezért van szükségük a hálózatba szerveződnie. A társadalmi vállalkozó/feltaláló mellett szükség van a társadalmi innovációra is. A működés alapja a bizalom, a kooperációs készség – a helyi szint feletti intézményi együttműködés). Fontos a társadalmi reziliencia, vagyis az egyszerűen rugalmas ellenállóképesség.

A kreatív város – fenntartható vidék koncepciója (2011) új, integratív város-, vidékfejlesztési stratégiát jelöl. A fejlesztések, beruházások sikerének záloga, hogy egy adott térség meghatározott gazdasági, társadalmi, kormányzati és kulturális szereplői hatékonyan, s egyben tervezetten működjenek együtt a kölcsönös, hosszú távú előnyök felismerése alapján. A meglévő értékekre alapozva hasznosítsák a kulturális, épített örökséget a polgárokkal együtt. A közösségi tervezés, részvétel új formája jelenik meg, ahol cél a kreatív humán erőforrás azonosítása/felmérése, a kreativitást elősegítő, támogató környezet létreho-

zása. Ilyen a „jövő-egyetem” – az új tudás létrehozása, ahol kulcs a társadalmi fenntarthatóság, a közösségi kreativitás (társadalmi-intézményi innováció, K+F).

A kreatív városok (mint a „Pannon”-ok szövetsége: Nagykánizsa, Keszthely, Veszprém, Kőszeg együtt) reziliensek (azaz van rugalmas ellenálló képességük). „A kreatív, egészséges és boldog városok lényege az ott élő emberek összessége, akiket elérhető digitális hálózat, nyilvános adatok és lakosságközpontú szolgáltatások támogatnak, amiben a városi közegek design-ja fontos szerepet játszik” – fogalmazott az előadó. Erre nemzetközi példákat is hozott Nagy-Britanniából és Finnországból.



Dr. Lantos Zoltán

Dr. Lantos Zoltán (Health Value Services Zrt, Felsőbbfokú Tanulmányok Intézete) az elmúlt évek eredményei alapján a korszerű és fenntartható egészségügy megvalósításának alapeszközékként tekint az egyéni egészség-életutak támogatására. Eszerint a mai társadalmi közegnek megfelelő hálózatos egészségügyi szolgáltatási rendszerek az egyéni egészséget kiszolgáló, s ezzel egészségértéket létrehozó

folymatokat támogatnak. Az egészségügy sok pontján sötétben tapogatódzunk, nem tudjuk pontosan, hány hipertóniás van, ki szed rá gyógyszert. A cukorbetegség számáról a vezető diabetológus maga mondta, 770 ezren vannak, vagy esetleg 150 ezerrel többen. Pedig tudnunk kellene, és akár tudhatnánk is! A hálózatos társadalomban sok az információ, az internet bárhol elér minket.

Ami az egészségügyi szolgáltatókat illeti, ők életútban gondolkodnak (customer journey), a betegek pedig – ha megtehetik – a könnyebb (bár drágább) utat választják. Az egészségben élők többféle csoportba sorolhatók. Egyesekhez eljut a hiteles infó, a haszon-kockázathoz hozzáfér, online vásárol, ő a sokat kérdező „nehéz” beteg, akinek 5 percben nem is lehetne válaszolni. Mások a divatkövetők, az ellátással szemben bizalmatlanok, akik például csak akkor mennek orvoshoz, ha viszik őket. A halogatók csoportjába tartozókat nehéz nyomon követni. A távolmaradóknál pedig az egészség-üzenet ellenállást szül. A mai helyzet őket nem tudja elérni.

Az előadó utalt a populációs egészség svájci modelljére, az egyéni központú, értékalapú, az úgynevezett tanuló egészségügyre, ahol létezik az ügyfél-, az egészségérték, megélhető a medikális és egészségélmény. A Digital Health korszakában kapcsolódjon össze az egészség, az ökoszisztéma, a reziliens egészségügy legyen humán- és adatintenzív.

Dr. Vereckei Péter, az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének újonnan választott elnöke szerint demográfiai fekete lyuk kezd kialakulni hazánkban, miközben a világban népességrobbanás van. Eközben a biológiai gyógyszereket gyártó vállalatok világszerte nagy előrelépést tettek a gyógyszerfejlesztésben, ezzel járulhatnak hozzá a negatív demográfiai folyama-

tok megfordításához. Genetikai elváltozásokra, személyre szabott, célzott szert tudnak felkínálni. Az átlag élettartam növekedéséhez 73 százalékban járultak hozzá az innovatív gyógyszerek a 2000 és 2009 közötti periódusban. A 30 OECD országban 1,74 év az emelkedés a várható élettartamban. Az évente észlelt 2-3 hónapos javulás ellenére Magyarországon az EU-hoz képest mintegy még mindig 5 évnyi elmaradás mutatkozik (75,7 év). Hazánkban az életmód, a rossz szokások nagy számban okoznak halálhoz vezető betegségeket. Évente 46 ezer embert veszítünk el elkerülhető halálokok miatt. Sikertörténet viszont a HepaC ellátása, az innovatív antivirális szerekkel 95-96 százalékos lehet a gyógyulási arány. A reumatoid artritisz gyógyszerekkel 31 héttel hosszabb időt tölt munkában a kezelt egyén – ez a betegség nem a korosodó népesség problémája, az RA fiatal anyákat is érinthet.



Dr. Vereckei Péter

IPARPOLITIKA

Az ipar partnerséget ajánl. Sok klinikai vizsgálat folyik, hazánkban 20 ezer beteg ennek révén jut hozzá az új terápiákhoz. Az elmúlt 3 évben 141 új gyógyszert törzskönyveztek, ebből 41 jutott el a gyógyító ellátásba.

Prof. Dr. Kozmann György az IME főszerkesztője, a Pannon Egyetem EÜ Informatikai K+F központ részéről tartott előadásában bemutatta, hogy a mérés-technika és az informatika fejlődése tette lehetővé, hogy ebben az évtizedben megkezdődhessen az egészségipar lényeges megújítása. Az új technológiák indította fejlődés még a korai fázisában tart világszerte, ezért hazánk se maradt még le. Az ilyen irányú hazai fejlesztések piacra juttatására létezik megfelelő támogatás, így nagy kihívások előtt áll a haza egészségipar.



Prof. Dr. Kozmann György

Érdekes eredményre jutunk, ha a várható élettartamot az egészségügyi kiadások adatainak fényében vizsgáljuk. Kozmann György Kuba és az Egyesült Államok példáját vetette össze. Miközben az USA 25-ször többet költ egészségügyre, az elért eredmény az életek számában alig különbözik. Ennek oka, hogy Kubában jobb az alapellátás, mert például kevés lakosra jut egy családorvos (összesen 400 ezer orvos van a szigetországban), és az egészségipar is fejlett.

Fejlődött a mérés-technika, az informatika, a különleges anyagok technológiája. Az egészségipar megújulása előtt új lehetőségek nyíltak, pl. az iPhone megjelenésével, ugyanis az

ilyen okos eszközökbe beépíthető a monitorozásra szolgáló tudás egy része. Az egészségipar megújítása szorosan kapcsolódik a korszerű szenzorokhoz, okostelefonokhoz, a felhő alkalmazásokhoz. Az alaputatási eredményekre épülő hazai innováció sikerét azonban csak a támogatási rendszer hatékonyságának lényeges javításával lehet elérni.

Dr. Greskovits Dávid a Magyarországi Gyógyszer-gyártók Országos Szövetségének elnöke kijelentette, hogy a gyógyszergyártás a leginnovatívabb feldolgozóipari ágazat, K+F tevékenységének jó mutatója az új szabadalmak száma is. Az ágazatban magas a beruházási aktivitás, magas a felsőfokú végzettségű dolgozók száma (41 százalék). A 18 ezer foglalkoztatott 12 százaléka (2190 fő) K+F területen dolgozik, ez többszöröse a nemzetgazdasági átlagnak (1,8 százalék), megelőzi az összes többi iparágat. A hatályos szabadalmak száma 7721. Egy EU-s lista szerint, 2017-ben az európai gyógyszeripari és biotechnológiai cégek innovációs kiadásokkal kezdenek felzárkózni a hagyományosan élenjáró autópálya mellé. A listára bekerült egyik tagvállalatuk, a Richter – 113,6 millió eurós K+F kiadásával a 234. helyen végzett az EU Top1000 vállalat között. A gyógyszeripari vállalatok között a 29. lett, míg a globális 2500-as listán egyetlen magyar céggént a 846. helyen áll. A hazai gyártók érdekképviselői szervezete 35 tagvállalatot (18 hazai gyártót) tömörít. Joggal mondható, hogy a gyógyszeripar a nemzetgazdaság zászlóshajója. Az iparág kibocsátása megközelíti az ezer milliárd forintot, éves növekedési üteme meghaladja a nemzetgazdaságét. A teljes nettó árbevétel csaknem 80 százaléka külföldről származik, ami 2016-ban 902 milliárd Ft volt. Egy iparági foglalkoztatottra 26,6 milliárd Ft külkereskedelmi többlet esik, ami háromszorosa a járműipar (9,9 millió/fő) és a gépjárműipar (9,2 millió/fő) adatának.



Dr. Greskovits Dávid

Dr. Holchacker Péter (Innovatív Gyógyszer-gyártók Egyesülete) kiemelte, hogy évente százmilliárd forintnyi értéket termelnek a gyógyszerfejlesztési, klinikai vizsgálatok. Ezekben több ezer orvost, szakembert foglalkoztatnak, akik megismerik a modern technológiákat, és itt-hon maradnak. 2021-re az EU finanszírozási logikájában struktúraváltás várható. Az innovációban továbbra is kulcselem az ökoszisztéma fejlettsége, a szemléletváltás, aminek pl. az új betegirányításban is meg kell nyilvánulnia. Nem csak a fejlesztés, de a fenntartás (célzott vagy adóeltérítéssel) és az erőforrás hatékonyság maximálása (K+F forma)



Dr. Holchacker Péter

szükséges az egészségügyi szolgáltatás fejlesztéséhez. Az elszámolásnak ellenőrzött rendszerben kell zajlania.

EGÉSZSÉGPOLITIKA

Prof. Dr. Kovács Árpád, a Költségvetési Tanács (KT) elnöke szerint az egészségügyi ellátórendszer működésére, lehetséges fejlesztésére lényeges hatással lehet a társadalmi teljesítmény alakulása, az államháztartás helyzete, az egyéb területeken megvalósuló bővítések, valamint a lakossági várakozások, gondolkodásbeli attitűdök. Hozzátette: a magyar gazdaságnak nem belső, hanem külső



Prof. Dr. Kovács Árpád

kockázatai vannak. A V4 közepes húzóerő Európában, hiszen Németország nagyobb forgalmat bonyolít le ezekkel az országokkal, mint Kínával. Viszont kockázatot jelent az egyoldalú függés Németországtól. A 2018-22 közötti 4 százalék körüli fejlődéshez hátszél az EU-ból érkező forrás, az üzemanyagár világpiacon helyzete. Prognózisa szerint 2020-ra a GDP 70 százaléka alá csökken az államadósság. Az egészségügy finanszírozása hazánkban is az általános séma szerint működik: az állami (önkormányzati), ill. a magán szektor szolgáltat – ez utóbbitól a beteg közvetlenül vásárolja meg az ellátásokat. Mindkét fél kapcsolatban áll a finanszírozóval, aki/ami lehet: az államháztartás, illetve a rendszerbe tartozó társadalombiztosító és/vagy a magánbiztosító, magánbefektető. A magánszolgáltatók részesevése meglehetősen magas (bár nem éri el az 50 százalékot) Görögországban, Izraelben, Chilében és Lettországnak. Ami viszont a közkiadásoknak az egészségügyi költségekben mutatkozó arányát illeti, az előadó úgy fogalmazott, hogy az államháztartás által finanszírozott mérték tekintetében az összes eü-kiadáson belül hazánk jelentősen elmarad a környező országokhoz képest. Hazánkban 25 év alatt a magánfinanszírozás aránya, 14-ről 34 százalékra nőtt. A finanszírozásban az utóbbi években az államháztartási források valamelyest gyorsabban nőttek, mint a magánforrások. Ugyanakkor az államháztartás újraelosztása az elmúlt években csökkent. Ezen belül a kamatkidadások évekig együtt mozogtak az egészségügyre fordított kiadásokkal, sőt, 2012 és 2014 között meg is haladták azokat. A kamatkidadások visszaesésével egyidejűleg a gazdasági funkciók erősödnek. A gazdasági kiadások előretörése teremthet alapot a jóléti kiadások súlyának érdemleges növeléséhez.

Az állami egészségügyi kiadásain belül még mindig a kórházaké a meghatározó. Az Egészségbiztosítási Alap bevételein belül az adók (járulékok) kiadásai között a gyógyító megelőző ellátások a meghatározók. Az 1993 és 1998 között az önkormányzati irányítás mellett drága volt az alapkezelő működtetése. A központi költségvetés intézményrendszerébe történő fokozatos integrálódás erőteljes megtakarítást hozott. Az egészségügyi intézményekben a bérekre és járulékokra vetítve átlá-

gosan 15 százalékot tesz ki az alvállalkozók részére fizetett „közreműködői díjak” aránya. Ez, valamint az igénybe vett szolgáltatás összetétele intézményenként jelentősen eltér.

Dr. Tóth Árpád (Észak-Norvég Regionális Egészségügyi Hatóság – Helse Nord RHF) szerint Norvégiában, az átszervezések nyomán 4 egészségügyi régió működik, mindegyiknek van tanácsa, végrehajtó stábjába, szakminiszter vezeti, és igazgatóságot működtet – mutatta be az esetszintű költségmérés helyzete Norvégiában c. előadásában. Négy kórház, illetve gyógyszer-tári szervezet működteti a járó, illetve fekvőbeteg ellátást. Mindegyik régió K+F tevékenységet is folytat, finanszírozzák a szakellátást. Fele részben DRG alapon, fele részben bázis alapon történik a finanszírozás. Az 540 millió koronát 39 minőségi indikátornak megfelelően osztják el, külön keret szolgál a minőségi indikátorokra.



Dr. Tóth Árpád

2002-ban történt az átfogó reform, régióként megtörtént a kórházi struktúra kialakítása. Az állami rendszeren belül megmutatkozott az erősödő társadalmi igény a jobb költségkontrollra. 2008-ban alakították ki az esetszintű költségmérés nemzeti modelljét. 2010-12 között zajlott a 2 éves tesztidőszak, 2014-re az Egészségügyi és Szociális Minisztérium már előírta az esetszintű költségmérést. Mindent ápolási eseményt pontosan dokumentálnak. 2017-ben indult az éles alkalmazás, a helyi szintű kórházak bevonásával. Kérdésként felmerülhet, hogy a nagy átalakító reform során a társadalmi vitákban voltak-e ellenérdekeltek, hiszen ha egy-egy régióban egy központi kórház van, akkor a többi vagy megszűnik, vagy profilt vált. Sikeresen levezényelték az átalakítást, hiszen a nagy viták lefolytatására létezik társadalmi kultúra.

Dr. Rékassy Balázs egészségügyi közgazdász (Meso-pharma) a magán- és közellátás súlyát, helyzetét vizsgálta előadásában. *Az előadás publikációját jelen lapszámunkban olvashatják kedves Olvasóink.*

INNOVÁCIÓ AZ ONKOLÓGIÁBAN



Prof. Dr. Vályi-Nagy István

Prof. Dr. Vályi-Nagy István főigazgató (Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet) előadása felvezetőjében elmondta, hogy az utóbbi évtizedekben az orvoslás három korszakát éltük meg: az empirikus, majd a bizonyítékon alapuló (evidence based) és végül a személyre szabott medicina korát. Ez utóbbi azon az elven alapszik, hogy a

rosszindulatú daganatok genetikailag és genomikailag eltérnek egymástól, ezért a betegeknek egyénre szabott diagnosztikára és kezelésre van szükségük. Mindennek előzményéről szólva megjegyezte: míg az első humán genom szekvenálása tizenhárom évig tartott, addig ma egy új generációs szekvenálás mindössze két napot igényel. Elkészült a Rák Genom Atlasz, amely jelenleg 600 féle daganatot okozó génhibát tartalmaz. A bioinformatika, a genetika, a genomika és a big data elemzések fejlődésének következtében hatalmas mennyiségű, betegenként terabájtnagyságrendű adat keletkezik. Az előadó részletesen bemutatta azt a döntéstámogató rendszert, amelynek kiépítése az országos intézetek, az egészségpolitika és az egészségbiztosító részvételével történik. A rendszer középpontjában Fázis IV szintű klinikai vizsgálatnak megfelelő módon történik a betegek észlelése. A kifejlesztett számítástechnikai programban elektronikus rekord szintjén dokumentálják a betegeket. Az OncoGenomic rendszer a Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézetben már működik. Az egyéb betegcsoportokra is kifejleszhető innovatív regiszterek valós kitérésre lehetőséget jelenthetnek a magyar egészségipar számára – hangsúlyozta előadása zárszavában Dr. Vályi-Nagy István professzor.



Dr. Peták István

A témához szorosan kapcsolódott **Dr. Peták István** tudományos és vezérigazgató (Oncompass Medicine Hungary Kft.) előadása a cég munkatársai által kifejlesztett, személyre szabott diagnosztikai és terápiás döntéseket támogató orvosi szoftverről. A RealTime Oncology Calculator nem más, mint egy mesterséges intelligencia, amely húszer szabály alapján rangsorolja a hatóanyagokat (jelenleg

980 félélt), összeköti az egyes daganattípusokkal, a daganat-asszociált génekkel és a célpontokkal. Használatának előnye különösen nagy annak fényében, hogy a beteg számára legmegfelelőbb, személyre szabott terápiás stratégia felállításához az orvosnak 140 órát kellene irodalomkutatással töltenie egyetlen páciens esetében. Az új orvosi eszköz alkalmazásával elkerülhető, hogy a betegek feleslegesen részesüljenek számukra nem megfelelő terápiában, amit az előadó egy negyedik stádiumú tüdődaganatos beteg konkrét esetbemutatásával is illusztrált. Az orvosi eszköz iránt külföldről is nagy az érdeklődés, a cég az Amerikai Onkológus Társaság (American Society of Clinical Oncology, ASCO) idei konferenciáján start-up vállalkozásként mutatkozott be – mondta el Dr. Peták István, és beszámolt arról a gyermek-onkológiai programról, amelyet az Oncompass Kft. a párizsi Gustave-Roussy Intézettel történő együttműködés keretében folytat.

Dr. Bidló Judit szakmai főtanácsadó (NEAK Ártámogatási Főosztály) a differenciált árazáson alapuló támogatás hazai és nemzetközi gyakorlatát tekintette át. Elmondta, hogy míg a fejlesztések jelentős része a precíziós orvoslás kiszolgálása érde-

kében egy-egy daganat mutációval rendelkező alcsoportjainak ellátását szolgálja, addig – különösen az immuno-onkológia előretörésével – néhány gyógyszer többféle indikációban kerül törzskönyvezésre. Ezekben az esetekben az adott gyógyszer az eltérő indikációkban csak eltérő ártámogatással lehet költséghatékony, ennek szabályozását meg kell teremteni a támogatási rendszerben.

Prof. Dr. Tímár József igazgató (SE II. sz. Patológiai Intézet), az Egészségügyi Szakmai Kollégium Patológiai Tagozatának elnöke a molekuláris patológiai diagnosztika helyzetét és finanszírozását tekintette át. (Az előadás publikációja jelen lapszámunkban olvasható.)



Hegyi Ramóna

A molekuláris diagnosztika egyre nagyobb jelentőségű a kezelési döntések meghozatalában, az új készítmények folyamatos piacra kerülésével pedig nagy kihívás elé kerülnek a döntéshozók – foglalmazott **Hegyi Ramóna** vezető egészség-gazdaságtani szakértő (Healthware Tanácsadó Kft.). Meglátása szerint a speciális döntéstámogatás szükségessége egyértelmű, különösen a várható igénybevétel

száma és a felhasználandó technológiák költségterhe alapján. Az egyes döntési pontok eredményességének és költséghatékonyságának megítélése nagyszámú indikátort és folyamatos mérési pontot, országos szintű felügyeletet feltételez, illetve a szakmai és finanszírozási protokollok összehangolása szükséges hozzá. Egy országos mintavételen alapuló modellezési keretrendszer segítségével a molekuláris diagnosztikai orvosi döntések és a célzott terápiák költséghatékonyága is megíthető. Ezek alapján betegség-specifikus hozzáférési és teljesítményértékelési szabályok, megfelelő finanszírozási kockázatmegosztási szerződések alakíthatók ki, kiterjesztve akár az off-label és klinikai vizsgálatba sorolható esetekre is. A feltárt tapasztalatok támpontot adhatnak az egészség-gazdaságtani értékelések szélesebb körű elterjedéséhez a jelentős kiadási pontok támogatási felülvizsgálatában, a populációs egészség-menedzsment döntéselőkészítő és támogató folyamatának evidencia alapú tervezésében.

Dr. Pörnczy Edit klinikai onkológus (Országos Onkológiai Intézet, Kemoterápiás Centrum) elmondta, hogy az egészségügyi technológiai fejlődés, az immun-onkológiai innovációk, valamint az anti-CTLA4, anti-PD1, anti-PDL1 és car-T cell terápiák regisztrációja újabb kihívás elé állítja a döntéshozókat. Az egészségügyi technológiák kritikai értékelése mellett az ASCO



Dr. Bidló Judit

Value Framework, illetve az Európai Onkológus Társaság (European Society for Medical Oncology, ESMO) Magnitude of Clinical Benefit Scale és az NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Evidence Block értékelési rendszerei nyújtanak segítséget a finanszírozói döntések meghozatalában és a klinikai irányelvek kidolgozásában.



Dr. Pörnczy Edit

GYÓGYSZERÜGY



Dr. Horváth-Sziklai Attila

A magyarországi gyógyszer-azonosítási rendszerrel kapcsolatos aktuális információkat **Dr. Horváth-Sziklai Attila**, a HUMVO Nonprofit Zrt. igazgatósági tagja osztotta meg a hallgatósággal. Felvázolta a rendszer bevezetését szükségessé tevő jogi háttérrel, a felhatalmazáson alapuló EU rendelet tartalmát és az európai gyógyszerellenőrzési rendszer felépítését. Mint elmondta, a 2017. július 10-én alapított HUMVO Nonprofit Zrt. feladata az adattároló rendszer létrehozása és kezelése, az IT szolgáltató (Arvato Systems GmbH) kiválasztása és a vele történő szerződéskötés (megtörtént ez év februárjában), az egyeztetés a felhasználókkal, valamint a finanszírozás biztosítása. Az előadó felsorolta a nemzeti rendszerek éles indulásáig, azaz 2019. február 9-ig a különböző szereplőkre váró feladatokat. Mi várható 2018-ban? Szerződéskötések a MAH-okkal, a gyógyszertárakkal és a nagykereskedőkkel, az informatikai rendszer bevezetése (az IT fejlesztők kialakítják a rendszerhez való csatlakozáshoz szükséges interfészt), a rendszer tesztelése és a jogalkotás.

Dr. Süle András intézetvezető főgyógyszerész (Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Intézeti Gyógyszertár), az IME Szerkesztőbizottságának tagja az egyedi dobozazonosító rendszer kórházi vetületeit elemezte. Az Európai Parlament és Tanács 2011/62/EU irányelve (Falsified Medicines Directive, FMD) várható hatásai alapvetően három tekintetben befolyásolhatják markánsan a hazai kórházak meglévő gyógyszerellátási rendjét. A doboza-



Dr. Süle András

zonosító rendszerhez kapcsolódó infrastrukturális, hardver és szoftver eszközök egyszeri és ismétlődő technológiai költségei az ellátórendszer költségvetését terhelik. A dobozonkénti érvényesítési rendszer a teljes gyógyszer-logisztikai vertikum időigényét és válaszidejét egyaránt megnyújtja. A rendszer zökkenőmentes működtetése a rendelkezésre álló vizsgálatok szerint akár jelentős HR-bővítést is igényelhet, különösen a szakdolgozói kör tekintetében. Az előadó egy előzetes modellvizsgálat segítségével illusztrálta a kórházi környezet felkészültségét. Ebből kiderült, hogy a Péterfy utcai Kórházban, ahol évente 350 ezer doboz gyógyszert vesznek át, éves szinten 400 munkaóra (50 munkanap) plusz munkát igényelne a rendeletnek való megfelelés. A legnagyobb kérdést az előadó szerint az aggregált kódok jelentik, e tekintetben a különböző testületek eltérő véleményt képviselnek. Jó megoldásnak tűnik a digitális aggregáció, amelynek megvitatását az Európai Bizottság munkacsoportja napirendre tűzte.

zonosító rendszerhez kapcsolódó infrastrukturális, hardver és szoftver eszközök egyszeri és ismétlődő technológiai költségei az ellátórendszer költségvetését terhelik. A dobozonkénti érvényesítési rendszer a teljes gyógyszer-logisztikai vertikum időigényét és válaszidejét egyaránt megnyújtja. A rendszer zökkenőmentes működtetése a rendelkezésre álló vizsgálatok szerint akár jelentős HR-bővítést is igényelhet, különösen a szakdolgozói kör tekintetében. Az előadó egy előzetes modellvizsgálat segítségével illusztrálta a kórházi környezet felkészültségét. Ebből kiderült, hogy a Péterfy utcai Kórházban, ahol évente 350 ezer doboz gyógyszert vesznek át, éves szinten 400 munkaóra (50 munkanap) plusz munkát igényelne a rendeletnek való megfelelés. A legnagyobb kérdést az előadó szerint az aggregált kódok jelentik, e tekintetben a különböző testületek eltérő véleményt képviselnek. Jó megoldásnak tűnik a digitális aggregáció, amelynek megvitatását az Európai Bizottság munkacsoportja napirendre tűzte.



Dr. Richter Katalin

Mit tehetnek a kórházi és klinikai gyógyszerészek a gyógyszerbiztonság érdekében? – tette fel a kérdést **Dr. Richter Katalin** intézetvezető főgyógyszerész (Szent Borbála Kórház, Tatabánya, Intézeti Gyógyszertár). A betegellátás gyakorlati tapasztalatai szerint a gyógyszeres terápia megfelelőségét igen gyakran csorbítják különböző gyógyszerelési hibák, melyek felmérésére és értékelésére vállalkozott a tatabányai Szent Borbála Kórház. A gyengítő tényezők körébe tartozó, gyógyszerfelíráshoz kapcsolódó, illetve gyógyszerosztáshoz köthető hibák feltárása a szakirodalmi adatokkal összhangban igazolta, hogy a betegellátást igen jelentős mértékű gyógyszerelési hiba terheli. A további mérések igazolták, hogy a betegágy melletti klinikai gyógyszerészeti tevékenység bevezetése képes kiszűrni az elrendelési hibák túlnyomó többségét, és egyúttal részletes utilizációs elemzésekre is alkalmas. A gyógyszerelosztásnál tapasztalt komoly hibák egy teljes intézményre kiterjeszhető, nagy hatékonyságú megoldást tesznek szükségessé. Az intézmény kezdeményezte centralizált, automatizált gyógyszerelosztási eljárásrend bevezetését, amivel elkerülhető lennének a gyógyszerek adagolásából eredő hibák, továbbá nagy felbontású, esetszintű gyógyszer-gazdaságtani analízis elvégzése is lehetővé válna.

Boromisza Piroksa, Fazekas Erzsébet

