

IME
Interdiszciplináris Magyar Egészségügy

Az egészségügyi vezetők szaklapja

Tudományos folyóirat

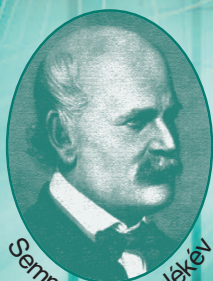
XVII. évf. 6. szám 2018. július

IME
Interdiszciplináris Magyar Egészségügy

Journal of Hungarian
Interdisciplinary Medicine

- **Boromisza Piroska,
Fazekas Erzsébet:**
A XII. IME Országos
Egészség-gazdaságtani
Konferenciáról jelentjük

A konferencia második napja



Semmelweis emlékévé

www.imeonline.hu

Főszerkesztő	Prof. Dr. Kozmann György
Felelős szerkesztő	Dr. Pásztélyi Zsolt
Olvasó szerkesztő	Nagy Anna Mária
Kishír szerkesztő	Tamás Éva

Rovatvezetők	
Dr. Barcs István	Dr. Kovács Gábor
Dr. Battyány István	Prof. Dr. Melegh Béla
Dr. Dank Magdolna	Prof. Dr. Nagy Zoltán
Dévényi Dömötör	Dr. Németh Attila
Prof. Dr. Domján Gyula	Prof. Dr. Nyírády Péter
Prof. Dr. Gadó Klára	Novákné Dr. Pékli Márta
Prof. Dr. Kerpel-Fronius Sándor	Dr. Rákay Erzsébet
Király Gyula	Dr. Valent Sándor
Dr. Kósa József	Vártokné Fehér Rózsa
	Dr. Weltner János

Szerkesztőbizottsági tagok	
Babos János	Puskás Zsolt
Dr. Dózsa Csaba	Dr. Rosta László
Dr. Gaál Péter	Dr. Sinkó Eszter
Dr. Horváth Lajos	Skultéty László
Joó Tamás	Dr. Süle András
Dr. Kósa István	Prof. Dr. Tóth Kálmán
Dr. Melczer Zsolt	Dr. Tóth Árpád
Prof. Dr. Molnár Zsolt	Dr. Varga Imre
Nagy István	Prof. Dr. Zámbo Katalin
Óri Károly	

Szerkesztőbizottság Tanácsadó Testülete	
Elnök	Prof. Dr. Vokó Zoltán
Alföldi István	Dr. Rauth Erika
Dr. Ivády Vilmos	Dr. Stubnya Gusztáv
Králik György	Prof. Dr. Szilvási István
Prof. Dr. Merkely Béla	Dr. Tamás László János
Dr. Nagy Kamilla	Dr. Vassányi István
Dr. Rácz Jenő	Dr. Velkey György

Senior tanácsadók	
Prof. Dr. Kékes Ede	Raffai Sándor
Smrcz Ervin	

Szerkesztőség / Hirdetésfelvétel	
Lapkiadó	Larix Kiadó Kft.
Felelős kiadó	Tamás Éva lapigazgató
Szerkesztőség címe	1085 Budapest, Gyulai Pál utca 2. IV. épület II. emelet (Rókus Kórház területe) 36 1 333 2434, 36 1 210 2682
Telefon / fax	36 30 9319 857
Mobil	ime@imeonline.hu
e-mail	larix@larix.hu
Honlap	www.imeonline.hu www.larix.hu
Megjelenik	havonta
Előfizetési díj egy évre	10 500 Ft (10 szám)
Terjesztés, előfizetés	LARIX Kiadó Kft.
Nyomdai előkészítés	Rózsa 44 Repró Stúdió
Nyomdai munka	KORREKT Kft.

Az e számban megjelent cikkek reprodukálása bármely módon és bármely nyelven, egészben vagy részben a Larix Kiadó Kft. előzetes írásos engedélye nélkül szigorúan tilos.

A Kiadó fenntartja magának a jogot a hirdetések elfogadására. Szerkesztőségünk a lapban közölt hirdetéseket a legnagyobb körültekintéssel gondozza, de a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

ISSN 1588-6387 (Nyomtatott)
ISSN 1789-9974 (Online)

Tartalom

Boromisza Piroska, Fazekas Erzsébet

A XII. IME Országos Egészség-gazdaságtani Konferenciáról jelentjük

A konferencia második napja

Társadalompolitika 5

Iparpolitika 6

Egészségpolitika 7

Innováció az onkológiában 9

Gyógyszerügy 10

Daganatos betegek rehabilitációja – kerekasztal 11



A XII. IME Országos Egészség-gazdaságtani Konferenciáról jelentjük

A konferencia második napja

TÁRSADALOMPOLITIKA

Dr. Orbán Balázst (Miniszterelnökség, államtitkár) képviselő **Dr. Lovászy László** szakértő kiemelte: A jólét, jólét, egészség fogalma, akár csak a nők szerepéről, a társadalmi munkamegosztásról vallott felfogás mára átértékelődött. Az elmúlt 150 évben tapasztalt – nem kis mértékben az orvosi ellátás minőségének javulásához köthető – népességrobbanásra is utalt előadásában: ma minden öt



Dr. Lovászy László

megszülető gyerekből négy életben marad, s megkezdni életútját. A termékenység ugyanakkor a felére esett vissza 1850-2013 között, a szaporulat 2 gyereknél kisebb (2011-ben 1,57). A kelet-közép-európai régióban radikális a csökkenés, ezzel ellentétes folyamat zajlik több térségben. Nő a népsűrűség India, Pakisztán, Afrika szub-szaharai területein – ott négyzetkilométerenként mintegy 400-an élnek, az USA-ban ez az arány 33-34, hazánkban 106. Ami a középosztályhoz tartozókat illeti, e népesség helyzete Észak-Amerikában, Európában 2030-ig várhatóan nem változik, miközben Ázsiában, a Csendes óceáni térségben számuk a 2009-es 525 millióról 3,3 milliárdra nőhet.

A magyar népesség 33 év alatt 800 ezerrel csökkent, ám az 1,25-ös termékenységi szint (2010) már 2016-ra 1,46-ra emelkedett. A házasságkötések száma nőtt, a válások száma visszaesett. A születéskor várható élettartam évente 2-3 hónappal több, de a népességfenntartáshoz arra van szükség, hogy az egészségben eltöltött életek száma is nőjön.

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 kizsárolódsdi útján – akarja elérni, mert én-köz-



Dr. Miszlivetz Ferenc

pontú. Mindezzel szemben, az együttműködő társadalmak jellemzője az értékteremtés, a hálózatoság, az emberköz-pontúság, 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 együttműködő-készség, kiemelkedő mértékű a közösségi aktivitás, gyorsan halmozódhat fel a társadalmi tőke. Értékei a szolidaritás, egyenlőség, önkéntesség, a nyitottság.

A kisközösségek azonban önmagukban kiszolgáltatottak, ezért van szükségük a hálózatba szerveződniük. 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 ellenálló-képesség.

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 létrehozása. 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: Nagykanizsa, 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 (Health Value Services Zrt, Felsőbbfokú Tanulmányok Intézete) az elmúlt évek eredményei alapján a korszerű és fenntartható egészségügy megvalósításá-



Dr. Lantos Zoltán

nak alapeszközékként tekint az egyéni egészség-életutak támogatására. Eszerint a mai társadalmi közegnek megfelelő hálózatos egészség-szolgáltatási rendszerek az egyéni egészséget kiszolgáló, s ezzel egészségértéket létrehozó folyamatokat támogatnak. Az egészségügy sok pontján sötétben tapogatózunk, 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 egyénközpontú, 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 népességszaporítás van. Eközben a biológiai gyógyszereket gyártó vállalatok világszerte nagy előrelépést tettek a gyógyszerfejlesztésben, ezzel járulhatnak hozzá a negatív demográfiai folyamatok 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



Dr. Vereckei Péter

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 veszünk el elkerülhető halálokok miatt. Sikertörténet viszont a HepaC ellátása, az innovatív antivirális szerekekkel 95-96 százalékos lehet a gyógyulási arány. A reumoid 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.

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.

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 létezhet megfelelő támogatás, így nagy kihívások előtt áll a hazai egészségipar.



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 alapvetési eredményekre épülő hazai innováció sikerét azonban csak a támogatási rendszer hatékonyságának lényeges javításával lehet elérni.

Dr. Greskovits Dávid a Magyarországi Gyógyszergyártók 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 fel-

sőfokú 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 kiadásaikkal kezdenek felzárkózni a hagyományosan élenjáró autóipar mellé. A listára bekerült egyik tagvállalatuk, a Richter – 113,6 milliárd 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 érdekképviseleti 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 millió Ft külkereskedelmi többlet esik, ami háromszorosa a járműipar (9,9 millió/fő) és a gépgyártás (9,2 millió/fő) adatának.

Dr. Holchacker Péter (Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete) kiemelte, hogy évente százmilliárd forintnyi értéket termelnek a gyógyszerfejlesztési, klinikai vizsgálatok. Ezekben több ezer orvost, szakembert foglalkoztatnak, akik

megismerik a modern technológiákat, és itthon 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 maximalása (K+F forma) szükséges az



Dr. Holchacker Péter

egészségügyi szolgáltatás fejlesztéséhez. Az elszámolásnak ellenőrzött rendszerben kell zajlania.

EGÉSZSÉGPOLITIKA

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



Dr. Greskovits Dávid

területeken megvalósuló bővítések, valamint a lakossági várakozások, gondolkodásbeli attitűdök. Hozzátette: a magyar gazdaságnak nem belső, hanem külső 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 százalékos körüli fejlődéshez hátszél az EU-ból érkező forrás, az üzemanyagár világpiacon helyzete. Prognózis 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 magán szolgáltatók részesedése meglehetősen magas (bár nem éri el az 50 százalékot) Görögországban, Izraelben, Chilében és Lettországnban.



Dr. Kovács Árpád

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 kamatkiadások évekig együtt mozogtak az egészségügyre fordított kiadásokkal, sőt, 2012 és 2014 között meg is haladták azokat. A kamatkiadások 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 átlagosan 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, mindegyik-

nek van tanácsa, végrehajtó stábjá, szakminiszter vezeti, és igazgatóságot működtet – mutatta be az esetszintű költségmérés helyzete Norvégiában c. előadásában. Négy kórház, illetve gyógyszerári 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 indikátoroknak megfelelően osztják el, külön keret szolgál a minőségi indikátorokra.

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 ellenérdekelték, 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 (Mesopharma) a magán- és közellátás súlyát, helyzetét vizsgáló előadásában a napjainkban a magánellátásra költött összeget 100 milliárd forintra becsülte. Az elmúlt években jelentős fejlődésen ment át a magán-szektor, a továbblépésnek ma már az itt is jelentkező orvos-, és szakdolgozó hiány szab gátat. Nyilvánvaló, hogy



Dr. Rékassy Balázs

hazánknak nincsenek forrásai két párhuzamosan működő egészségügy fenntartására. A magán ágazat ilyen mértékű fejlődése már-már a társadalombiztosítás fenntarthatóságát, a társadalmi esélyegyenlőséget is komolyan veszélyezteti. Miközben a magán átvesz bizonyos feladatokat a közfinanszírozott szektortól, és csökkenti is annak leterheltségét, egyben keresletet generál, és a hozzáférési esélyegyenlőség (egyenlőtlenség) szempontjából pedig torzító hatású. A szakértő közgazdász úgy véli, jelen formájában a magánfinanszírozott ellátás csak korlátozottan képes hozzájárulni a lakosság egészségi állapotának javításához.



Dr. Tóth Árpád

Évek óta hiányzik az egészségpolitikai koncepció, hiszen miközben zajlik a forráskivonás a közfinanszírozott ágazatból, a kormányzati hatalom megengedi a magánegészségügyi szolgáltatások virágzását, azért, hogy az ellátás egyáltalán fenntartható legyen. Ezzel azonban valójában magára hagyja a piacot. A magán és a közfinanszírozott szektornak egymásra épülő csapatmunkában kellene működnie. Ami a jelen trendet illeti: erősödik a magán, mert igenis ez jó üzlet (mintegy 10 százalék körüli adózott eredményt hoz). A konszolidálódott piacon erős a mozgás, megjelent a tőke. A közfinanszírozott járó-beteg ellátás éves OEP bevétele 132 milliárd, éves esetszáma nagyjából 50 millió. Evvel párhuzamosan a magán ellátás becsült éves bevétele 100 milliárd, miközben az esetszám pár millióra tehető. Ez utóbbi szám azonban korrekcióra szorul: az esetek egy része OEP finanszírozott a magánszolgáltatónál (pl. képző, labor, mesterséges megtermékenyítés IVF), másik része a nem közfinanszírozott alternatívája (foglalkozás egészségügyi ellátás, menedzserszűrés, amelyek összesen 60 milliárdot tesznek ki), tehát ennél jóval kisebb a valódi gyógyító és valóban magánfinanszírozott ellátások köre. E terület jellemzője: ellátási eset és nem teljes gondozás centrikus, növekvő kompetenciájú, a fiatalabb korú egészséges egyének ellátására fókuszáló szolgáltatás, ami out-of-pocket fizetéssel jár. Ezért joggal merül fel egyre élesebben a kérdés, mennyiben javít a lakosság egészségi állapotán a magánfinanszírozott ellátás, illetve mennyire sérti a társadalmi esélyegyenlőséget – mindezt ráadásul egy olyan országban, ahol már amúgy is kiemelkedően nagy a társadalom polarizáltsága az egészségi állapot tekintetében. ennek biztos mutatója, hogy az iskolai végzettség alapján 12 évnyi különbség mutatkozik a várható élettartamban. A magánfinanszírozott egészségügy tényerésének célja az lehet a politika számára, hogy ezáltal biztosítja a konfliktusmentességet, növeli a versenyképességet.

2018. május 14. és június 15. között 110 (50 év körüli) orvos töltötte ki az előadó internetes kérdőívét (a mintavétel nem volt reprezentatív). A válaszadók 9 százaléka egyáltalán nem dolgozik a közfinanszírozott szolgáltatónál. 27 százalék válaszolt úgy, hogy egyáltalán nem dolgozik a magán-szektorban. Volt, aki azzal érvelt, ez számára szakmai visszalépést jelentene. Arra a kérdésre, hogy miért maradt a közfinanszírozásban, 25 százalék mondta azt, a hivatástudat miatt. 22 százalék a biztonságot nevezte meg, 20 százalék szerint az általa végzett eljárás csak ott végezhető biztonságosan. A felmérés alapján az orvosok munkaidejük harmadából a magánban megkeresik jövedelmük felét. Amúgy pedig az a mindkét szférában dolgozó orvosok nagyon túlterheltek: a férfiak 52,5 órát tevékenykednek (a közfinanszírozottban 40,5 illetve magánban 12 órát). A nőknél összesen 40 óra a munkavégzés ideje (az arányok: 34,7 ill. 5,5). A csak közszférában munkát vállaló orvosok esetében az átlag munkaidő férfiaknál 47,3, nőknél 40,1 óra. A csak magánban dolgozóknál ez 32,5 illetve 31,5 óra. Felmerül joggal az a kérdés is, hogy mennyit termel intézményének az orvos? A magánfinanszírozott ellátásban esetenként 18-20 ezret, a betegre pedig alkalmanként 30 percet szán. Az államban esetenként

2-3 ezret, úgy, hogy mintegy tizenöt perc jut a betegre. A választadók jövedelemigénye a 800 ezer és a 2 millió között mozgott.

Az orvosok javaslatai: a magánrendelő legyen köteles megfelelő részletességű ambuláns lapot kiadni. Legyen a közfinanszírozott szektorban nagyfokú fejlesztés, a bérekre vonatkozóan is. Ugyanazon vizsgálat ne történjen meg párhuzamosan két helyen is. Határozottan ketté kell választani a magán és a közfinanszírozott ellátást. Legyen lehetőség biztosítást kötni a magánellátásra is, a közfinanszírozott szakrendelésekre magánorvos is adhasson beutalót. Magánból ne akarjanak átfordítani minden kivizsgálást a közfinanszírozott ellátásba. Legyen átjárhatóság – bizonyos tevékenységeket fizessen a biztosító is a magánellátásban.

A választadók véleménye szerint a magán szektor eredményesebb a diagnosztikai vizsgálatokban, a közellátásban pedig a team munka, a progresszivitás a jobb.

Az orvosi felmérés szerint sokan dolgoznak a közellátásban, hogy onnan a beteget átvihessék a magánellátásba. Az orvostársadalom mára alkalmazkodott a helyzet adottságaihoz. Jövedelemigényük nem teljesen elrugaszkodott a valóságtól, (átlagosan 1,1-1,2 millió Ft), s az alkupozió egyre nő. A hálapénz helyett a magánrendelés lép be. A köz- és a magánszféra között finanszírozási szakadék tátong, így minden szereplő ennek a rendezését várja!

Az előadó magánellátóknál vezetői interjúkat is végzett, amelyekből az alábbi tulajdonosi meglátások derülnek ki: napjainkban a növekvő lakossági és vállalati igényekhez alkalmazkodnak a profi szolgáltatások. A piac növekszik, és a topon lévők között egyelőre még nincs éles konkurencia harc. Viszont megindult a tulajdonosi átrendeződés. Ezek már nem egyszerű orvos-vállalkozások, hanem milliárdos nagy befektetők, for-profit hozzáállással, ám mindenütt a legnagyobb gond az orvoshiány.

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 bizonyítékokon alapuló (evidence based) és végül a személyre szabott medicina korát. Ez utóbbi azon az elven alapszik, hogy a rosszindulatú da-

gاناتok 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 terabájt nagyságrendű adat keletkezik. Az előadó részletesen bemutatta azt a döntéstámogató rendszert, amelynek kiépítése az országos intézetekkel, 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 kifejleszthető innovatív regiszterek valós kitérési 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 húszezer szabály alapján rangsorolja a hatóanyagokat (jelenleg 980 félétt), összekötve 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 érdekében egy-egy daganat mutációval rendelkező alcsoportjainak ellátását szolgálja, addig – különösen az immuno-onkológia előretörésével – néhány gyógyszer több-

féle 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. Mint elmondta, molekuláris diagnosztikát három szakterület – a klinikai genetika, a labor diagnosztika és a patológia – végez. A daganatos betegségek molekulárisan célzott terápiája számára döntően a molekuláris patológiai centrumok végzik ezt a típusú diagnosztikát, TVK részesedésük a kasszából 25 százalék. A centrumokra háruló munka mennyisége és a finanszírozás között óriási a feszültség – hangsúlyozta az előadó.



Prof. Dr. Tímár József

A jelenleg befogadott célzott terápiás gyógyszerekhez szükséges génvizsgálatok száma körülbelül 15 ezer, amelyek során mintegy 33 féle génhiba meghatározást kell elvégezni. Az egészségbiztosítónak nincs rálátása az elvégzett vizsgálatok típusaira, mivel a kódrendszer jelenleg nem tartalmazza azokat. Ezért a Szakmai Kollégium tagozatai elkészítették az új génvizsgálat típusokra specifikus OENO kódokat, ám ezek bevezetése még nem történt meg. A diagnosztikai központok a TVK keretüket sokszorososan meghaladó számú vizsgálatot végeznek, melyek értéke becslések szerint nagyságrendileg egymilliárd forintot tesz ki. Ennek következménye, hogy az új technológiák (például az újgenerációs szekvenálás) nem tudnak belépni a betegellátásba, jelentős szükséglet kielégítetlen marad, amelyet a magánszektor lát el. Míg tehát a precíziós onkológia költséghatékony, addig a hozzá kapcsolódó diagnosztika finanszírozása elmarad – mutatott rá Dr. Tímár József professzor. Az előadásokat követő diskuszió során megjegyezte: az Amerikai Egyesült Államokban a „molecular oncology board” dönt a daganatos betegek kezelésének módjáról. Nálunk is olyan multidiszciplináris teamekre lenne szükség, amelyeknek tagja a molekuláris onkológus is, ám ilyen szakma még nem létezik Magyarországon.

A molekuláris diagnosztika egyre nagyobb jelentőségű a kezelési döntések meghozatalában, az új készítmények folyamatos piacra kerülésével pedig nagy kihívás elé kerülnek a döntéshozók – fogalmazott **Hegyi Ramóna** vezető



Dr. Bidló Judit

egészség-gazdaságtani szakértő (Healthware Tanácsadó Kft.). Meglátása szerint a speciális döntéstámogatás szükségessége egyértelmű, különösen a várható igénybevétel száma és a felhasználandó technológiák költségerhe 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 kockázat-megosztási 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



Hegyi Ramóna

egészség-menedzsment döntés-előkészítő 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 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

A magyarországi gyógyszer-azonosítási rendszerrel kapcsolatos aktuális információkat **Dr. Horváth-Sziklai Attila**, HUMVO Nonprofit Zrt. igazgatósági tagja osztotta meg a hallgatósággal. Felvázolta a rendszer bevezetését szükségessé tevő jogi háttérrel, a felhatalmazáson alapuló EU ren-

delet tartalmát és az európai gyógyszer-ellenőrzési 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. Horváth-Sziklai Attila

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 dobozazonosító 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. Süle András

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 csorbitják 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 beteggyógyászati 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 elkerülhetők lennének a gyógyszerek adagolásából eredő hibák, továbbá nagy felbontású, esetszintű gyógyszer-gazdaságtani analízis elvégzése is lehetővé válna.



Dr. Richter Katalin

DAGANATOS BETEGEK REHABILITÁCIÓJA – KERÉKASZTAL

Az áttétes daganatos betegek mozgásszervi rehabilitációjáról szóló kerekasztalt moderáló **Prof. Dr. Dank Magdolna** igazgató (Onkológiai Központ), az IME rovatvezetője azzal a kérdéssel indította a beszélgetést, hogy vajon pontosan definiáljuk-e a tumoros beteg rehabilitációjának fogalmát. **Dr. Péntek Irén** rehabilitációs orvos (Onkológiai Központ) válaszában elmondta, hogy nemcsak a mozgásszervi panaszok, hanem számos egyéb probléma – depresszió, testsúlyvesztés stb. – enyhítése is az onkológiai rehabilitáció feladatkörébe tartozik. Az onkológus szakorvos irányítja a beteget rehabilitációra, ahol a beteg terhelhetőségének felmérését követően rehabilitációs team – onkológus, dietetikus, gyógytornász és pszichológus – foglalkozik a pácienssel. Prof. Dr. Dank Magdolna leszögezte, hogy kartörés esetén az áttétes emlődaganatos betegnek is szüksége van a rehabilitációra. Mindig fontos felmérni, hogy mi rontja leginkább a daganatos beteg életminőségét. Erre jó példa egy májáttétes beteg esete, akit a nyaki gerincfájdalma akadályozott az éjszakai alvásból. **Juhász Ágnes** gyógytornász (Onkológiai Központ) foglalkozott a beteggel, akinek a rehabilitáció hatására megszűntek a nyaki fájdalmai, ennek köszönhetően alvása javult, és vissza tudott állni a munkába. Prof. Dr. Dank Magdolna mindehhez hozzátette, hogy a beteg onkológiai szempontból stabil volt. Ez azért lényeges, mert nem fogadható el az a

korábbi gyakorlat, hogy az áttétes onkológiai betegek nem kaphatnak fizioterápiás kezelést. Azon áttétes betegek esetében ugyanis, akik nincsenek az aktív progresszió fázisában, igenis alkalmazható a mozgásszervi rehabilitáció. Dr. Péntek Irén arról tájékoztatta az egybegyűlteket, hogy erős evidencia támasztja alá a gyógytorna alkalmazhatóságát, és remélhetőleg hamarosan a fizioterápia (iontoforézis, ultrahang, lökéshullám-terápia) tekintetében is kellő evidenciák gyűlnek össze.

Mennyire vonódnak be ebbe a munkába a civil önszolgáltató csoportok? – kérdezte Prof. Dr. Dank Magdolna **Tóth Icót**, a Mályvavirág Alapítvány elnökét és kuratóriumi tagját, aki érintésként elmondta: az alapítvány öt éve áll a méhnyakrákos betegek mellett és segíti őket a diagnózis sokkjának feldolgozásától kezdve a betegút-menedzsmenten át egészen a rehabilitációig, amely – véleménye szerint – a diagnózis felállításának pillanatában meg kell, hogy kezdődjön. Prof. Dr. Dank Magdolna felvetette, hogy a betegek az okostelefonjukat is használhatják saját erőnlétük fejlesztése érdekében. Az Onkológiai Központban például a gyógytornász rögzíti és elküldi a betegek telefonjára azokat a gyakorlatokat, amelyeket a tíz alkalomból álló rehabilitációt követően otthon folytathatnak. Elképzelhető – hangozott el a moderátori kérdés –, hogy a civil szervezet hetente felhívja a beteget telefonon, arra figyelmeztetve őt, hogy ne feledkezzen meg a gyógy-

torna gyakorlatok elvégzéséről? Tóth Icó igennel válaszolt: „Vigyük házhoz a gyógyulási programot!”, ugyanakkor fontosnak tartotta azt is, hogy az orvos-szakma nyitott legyen a civil szervezetek irányában. Prof. Dr. Dank Magdolna elmondta, hogy a szakma keresi az együttműködésre kész civil szervezeteket, amelyek közreműködésével nagymértékben javulhatna a betegek adherenciája.

A beszélgetés során Juhász Ágnes kitért a sugárterápia következtében kialakuló mell-ödéma problematikájára, ami nem azonos a klasszikus limfoödémával. Elmondta, hogy az idejekorán megkezdett gyógytorna és masszázs ezt a problémát is segíthet megoldani, ahogyan a kemoterápia okozta legyengülés és súlyvesztés is orvosolható a rendszeres mozgással. Az erőnlét fokozásával, az életminőség javításával a beteg hamarabb visszanyeri az életkedvét. A gyógytornász szorosan együttműködik a diétetikussal, aki a beteg számára megfelelő étrend összeállításával nagyban hozzájárul a rehabilitáció sikeréhez. Prof. Dr. Dank Magdolna ezzel kapcsolatban felhívta a figyelmet arra, hogy a szarkopénia – az izomtömeg és izomerő jelentős lecsökkenése – csak az időben megkezdett rehabilitációval előzhető meg. Zárszavában elmondta, hogy a szakmára vár az onkológiai rehabilitáció irányelveinek kidolgozása, a „cölöpök leverése” és a civil szervezetekkel történő széleskörű együttműködés kialakítása az adherencia javítása érdekében.

Boromisza Piroska, Fazekas Erzsébet

