

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

A NEMZETI ERŐFORRÁS MINISZTERIUM

ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI

VEZETŐK EGYESÜLETE

KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

50. ÉVFOLYAM 1. SZÁM, 2012. MÁRCIUS

MEGELŐZÉS ÉS/VAGY GYÓGYÍTÁS?

AZ EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTAN SZEMPONTJAI



BESZÉLGETÉS

DR. HERINGH ALEXANDRÁVAL



Kulcs a hatékonysághoz!

A ProcedurePak intézetre szabott műtéti egységcsomag, ami minden olyan egyszer használatos terméket tartalmazhat, melyre egy beavatkozás során szükség lehet:

- operációs lepedők és kabátok,
- egyéb egyszer használatos termékek.

Az Ön számára ezzel

- akár 50%-kal csökkenthető a műtétek során keletkezett hulladék tárolására használt zsákok száma.¹
- akár 36,6%-kal csökkenthető a műtétek előkészületi ideje.²
- csökken az adminisztratív munka a beszerzés során.
- egyszerűbbé, áttekinthetőbbé válik a tárolás és termékkezelés.

1: Intézetre szabott egységcsomagok használatának előnyei. Emma Duffy & Anne Smith, 2005. október

2: A műtő kapacitásának fejlesztése az intézetre szabott műtéti egységcsomagok használata révén. Tanulmány, Mölnlycke Health Care Németország, 2002

 **ProcedurePak®**
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY

Tartalom

KÖSZÖNTŐ

Szerkesztői előszó (dr. Varga Piroska)	3
Tisztelt Olvasó! (dr. Szócska Miklós)	4

SZAKCIKK

Prevenció – kiadások – hatékonyság (dr. Vokó Zoltán, dr. Kaló Zoltán)	6
Megelőzés és gyógyítás (prof. dr. Kiss István)	9
Megelőzés keringési betegségekben – orvosi hatékonyság, költséghatékonyság (dr. habil. Kiss Róbert Gábor)	13
A háziorvosi munka nehézségei (dr. Horváth Andrea)	19
Egy gyógyító intézet innovatív szerepvállalása a népegészségügy területén (dr. Szörényiné Ványi Gabriella, dr. Moizs Mariann, prof. dr. Repa Imre)	21
Mennyibe fáj?	
A betegségteher és mérése (Kollányi Zsófia)	25
Módszertani kérdések a prevenciós programok költséghatékonyságának értékelésében (Kaló Zoltán – dr. Nagy Balázs)	29
Tudjuk-e, hogy mennyit költünk ma Magyarországon prevencióra? (Prof. dr. Orosz Éva)	32

PORTRÉ

Összeköt bennünket az egészség (Bene Zsolt)	39
---	----

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: Nemzeti Erőforrás Minisztérium
és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Megjelenik: kéthavonta
Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.
Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u 8. • telefon: (1) 788-9212
fax: (1) 700-2998 • web: www.weborvos.hu
Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója
Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4-6.
Telefon: (1) 795-1009
Főszerkesztő: Kövesi Ervin
Orvosigazgató: Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt
A Szerkesztőbizottság elnöke: prof. dr. Orosz Éva
A tanácsadó testület tagjai: dr. Ari Lajos, Bodrogi József,
dr. Gaál Péter, dr. Rác Jenő, Skultéty László

Nyomdai előállítás: MEGA Kft.

Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató
Az Egészségügyi Gazdasági Szemle
utcai terjesztésre nem kerül.
Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.
További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276

Éves előfizetési díj: 6615 Ft

Minden jog fenntartva!
A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez
a kiadó írásbeli engedélyre van szükség.
A hirdetések tartalmaért a hirdető vállalkozás felelőséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet
a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

Szerkesztői előszó

Ismét egy tematikus különszámot tart a kezében a Kedves Olvasó. A téma: megelőzés és/vagy gyógyítás? Az egészség-gazdaságtan szempontjai.

■ dr. Varga Piroska, ELTE EKG, programigazgató

A különszámban található cikkek egy tavaly novemberi szimpózium előadóitól származnak. A szimpóziumot az ELTE TáTK Egészség-gazdaságtani Kutatóközpontja (ELTE EKG) és az AstraZeneca gyógyszercég rendezte. Ez az együttműködés hosszú időre tekint vissza: immár 14. alkalommal teszi lehetővé az AstraZeneca nagyvonalú támogatása, hogy az egészségpolitika egy-egy aktuális kérdését szélesebb körben megbeszéljük, az érintett kutatók, gyakorlati szakemberek és egészségpolitikuskok a lehető legtöbb oldalról „körbejárhassanak” egy-egy témát, közelebb kerülve egy olyan álláspont kialakításához, amely elősegíti a bizonyítékokon alapuló döntéshozatalt.

Miért is a megelőzés és gyógyítás viszonya – és annak gazdasági vonatkozása – lett a választott téma? Mondhatnánk, közhely, hogy „olcsóbb a bajt megelőzni, mint gyógyítani”. Így hát a mai, forrásszegény világban könnyű lenne rávágni az egészségpolitikuskokra, hogy akkor járunk jól, ha kevesebbet költünk a gyógyító egészségügyre és a felszabaduló pénzt inkább megelőzésre fordítjuk.

Persze, attól, hogy közhely, még nem biztos, hogy igaz is, mint ahogy az sem, hogy ugyanazt érjük az idetartozó fogalmakon. Mit is tekinthetünk megelőzésnek, milyen fajtái vannak egyáltalán? Milyen feltételek mellett eredményezheti a prevenció szerepének növelése az egészségügy forrásainak hatékonyabb felhasználását? Miért nem tehető egyenlőségjel a kiadások csökkentése és a hatékonyság növelése közé? Hogyan mérhető és milyen tényezőktől függ egy prevenciós eljárás költséghatékonysága? A szűkös erőforrásaink elosztásakor hogyan határozzuk meg a megelőzésre és a gyógyításra fordított pénzek arányát? Tudjuk-e egyáltalán, hogy mennyit költünk ma Magyarországon prevencióra? Ilyen és ezekhez hasonló kérdéseket vitattak meg a résztvevők a novemberi szimpóziumon. Hogy milyen válaszok születtek, a tematikus számban olvasható cikkek szerzői világítják meg.

Szócská Miklós államtitkár úr, a rendezvény fővédnöke bevezetőjében a dohányzás-ellenes kormányzati intézkedések céljait, várható következményeit ismerteti. Bár sokszor hangoztatják, hogy a dohánytermékek nagy adóbevételt hoznak az államkasszában, ez olyan terület, ahol lépni kellett és kell, mert az intézkedések elmaradása népegészségügyi katasztrófával fenyegetne. A tárcsa célja az egészségben, jó életminőségben eltöltött évek számának gyarapítása. Az előadók között Kiss István nyomatékosan hangsúlyozza, hogy

a megelőzés és a gyógyítás egy érem két oldala; valódi hatékonyságról csak akkor beszélhetünk, ha nem választjuk mesterségesen szét a két oldalt, hanem kihasználjuk a rendszerben lévő szinergiákat. Ezt erősíti meg Kiss Róbert Gábor kardiológus, aki szemléletes példákon demonstrálja, hogy még a magas szintű gyógyítás hatékonyságát is lerontja, ha egyidejűleg nem fordítunk figyelmet – és pénzt – a másodlagos-harmadlagos megelőzésre. Horváth Andrea azt elemzi, hogy milyen feltételek is kellenének ahhoz, hogy a háziorvos valóban sikeres legyen a megelőzésben és a korai felismerésben, és javaslatot tesz arra, hogyan használják ki jobban e célból a háziorvosok kompetenciáit. Szörényiné Ványi Gabriella egy Magyarországon ma még ritkaságnak számító modellt mutat be: a kaposvári Kaposi Mór Kórház vállalta, hogy gyógyító intézményként is szervezője, központja lesz a térségben az elsődleges és másodlagos megelőzésnek, amely az eddigi adatok alapján nem csak kedvelt, de hasznos megoldás is a lakosság szempontjából.

Kérdés persze, hogy mindennek mi is az ára – egyáltalán, tudjuk-e mérni az árát és a hasznát ezeknek a tevékenységeknek? Kollányi Zsófia a betegségteher vizsgálatánál azt elemzi, hogy mennyit ér az egészség, mibe kerül a betegség a társadalomnak, hogyan lehet ezeket az adatokat nagyon eltérő társadalmi-gazdasági rendszerek esetében összehasonlítani. Rámutat arra is, hogy a rossz egészségi állapot, a nagy betegségteher egyes országoknál már a munkaerőpiac felborulását, a gazdasági versenyképesség, fenntarthatóság gátját jelenti. Orosz Éva felteszi a kérdést: Tudjuk-e, hogy mennyit költünk ma Magyarországon prevencióra? A kérdés megválaszolásához hazai és nemzetközi szinten meg kell egyeznünk abban, hogy mit is tekintünk prevenciónak, továbbá megfelelő minőségű adatokkal kell rendelkezünk – a cikk vázolja, hogy ennek érdekében melyek lennének a legfontosabb teendők. Kaló Zoltán és Nagy Balázs azt vizsgálták, hogy milyen módszertani problémákkal találkozhatunk magunkat szemben, amikor a prevenciós programok költséghatékonyságát értékeljük. A költséghatékonysági modellek alkalmazása minimalizálhatja a helytelen közfinanszírozói döntések kockázatát, az ilyen elemzések közzététele pedig védi a döntéshozókat, és helyreállíthatja a közbizalmat az egészségpolitikai döntések iránt.

Vokó Zoltán és Kaló Zoltán cikke akár összefoglalónak is tekinthető. Megerősítik, hogy módszertanilag nagyon kritikusán kell elemeznünk, értelmeznünk mind az egészség-

nyereségre, mind a gazdaságosságra vonatkozó adatokat. A megelőzési beavatkozások esetében rövid távon ugyan jelentkeznek az egészségügyi kiadásokban megtakarítások, de hosszú távon a megnövekedett élettartamból fakadó kiadás-növekedés meghaladja ezt.

Miért érdemes mégis többet fordítanunk a megelőzésre? A társadalom szempontjából mind a megelőzésre, mind a gyógyításra fordított összeg olyan kiadás, amely beruházás az egészségtőkébe, ami nélkül nincs fenntartható gazdaság

sem. A társadalmak számára alapvető célkitűzés kell legyen a megnyert egészséges életévek kapitalizációja, azaz az aktív életkor kitolása. A másik ok, amit szintén a fenti szerzők idéznek cikkükben, és ami mindenki számára összefoglalja a megelőzés hasznát, Geoffrey Rose-tól származik: „egészségesnek lenni jobb, mint betegnek vagy halottnak”.

ELTE EGK, programigazgató

Tisztelt Olvasó!

■ dr. Szócska Miklós

Megtiszteltetés számomra, hogy a prevenció szerepéről szóló tudományos szimpózium köszöntője után a témát tematikusan feldolgozó Egészségügyi Gazdasági Szemle beköszöntőjére is felkérést kaptam.

Miért lett a nemdohányzók védelme egészségpolitikai célkitűzés? Bizonyára a tisztelt Olvasó is számos érvet tudna felsorolni, magam ezért most csak a leglényegesebbekre kívánok koncentrálni. Valóban „fellelegezhetünk” végre?

A WHO évtizedek óta figyelmeztet arra, hogy beavatkozás nélkül a dohányzással összefüggésben bekövetkező halálozások következtében népegészségügyi katasztrófa fenyegeti az emberiséget. A dohányzás egészséget, egészségügyi ellátórendszert, nemzetgazdaságot és környezetet terhelő hátrányos hatásainak mérése, értékelése aktív kutatási terület hazánkban is.

A dohányzás közvetlen egészségkárosító hatásain túl fontos hangsúlyozni, hogy a dohányzás olyan egészségkárosító szokás, amelynek károsító hatása nemcsak az egyén, hanem a környezetében élő személyek esetében is jelentkezik.

Mi a helyzet nálunk? A lakosság egészségi állapota sokkal rosszabb, mint azt az ország gazdasági fejlettsége indokolná. Magyarországon dohányzással összefüggő betegségben évente mintegy 30 000 ember hal meg, átlagban 15 évvel korábban, mint nemdohányzó kortársai.

A tüdőrákot, mint az egyik vezető halálokot tekintve világszerte elsők vagyunk, ennek a betegségnek 90%-át írhatjuk a dohányzás számlájára. A szív és érrendszeri betegségek miatti halálesetek egynegyede is a dohányzás következményének tekinthető. Annak a valószínűsége, hogy egy dohányos szívinfarktusban meghaljon, két-háromszorosa a nemdohányzók kockázatához képest. Különösen aggasztó a helyzet, ha a felnövekvő nemzedékre vonatkozó statisztikai adatokat tanulmányozzuk. Ezekből ugyanis kiolvasható, hogy a 13–15 év közötti tanulók több mint a fele túl van az első cigarettán és az összes tanuló egynegyede dohányos.

Áttekintve tehát a hazai felnőtt és gyermek lakosság körében mért dohányzási szokások elterjedését, nem volt kérdéses, hogy több ország bizonyított, jó példáját követve Magyarországon is csak egyet tehetett végre a felelős egészségpolitika: életet ment. Ennek eredményeként a Parlament 2011. április 26-án kiugróan magas – 84 százalékos (271 igen szavazat) – többséggel elfogadta a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény (továbbiakban: Nvt.) módosítását. A törvénymódosítás eredményeként 2012. január 1-től a kijelölt helyek kivételével nem szabad dohányozni

közforgalmú intézmény nyilvánosság számára nyitva álló helyiségeiben, közösségi közlekedési eszközön, munkahelyen, a gyalogosforgalom számára nyitva álló aluljárókban és egyéb, zárt légtérű közforgalmú közlekedő, összekötő terekben, valamint közterületi játszótérekben.

2012. szeptember 1-től a dohánytermékek csomagolása csak képes egészségvédő feliratokkal gyártható, 2013. január 1-től pedig csak így hozható forgalomba. Ez fontos előrelépés a dohányzás elleni küzdelemben, a képekkel támogatott feliratok ugyanis bizonyíthatóan fokozott hatást képesek kifejteni, elősegítve az érintett, így különösen az életkoruk miatt kiemelt odafigyelést igénylő személyek egészségének védelmét.

Az Nvt.-ben foglalt módosítások végrehajtása érdekében meghozott Kormányrendelet tartalmazza a gyártók által kötelezően alkalmazandó, azaz sem tartalmában, sem pedig motívumaiban nem megváltoztatható képes egészségvédő figyelmeztetéseket, azok legkisebb méretét, és azt is, hogy a feliratokat hol kell elhelyezniük a csomagoláson. A csomagoláson a leszokásban segítségként konkrét információ kerül feltüntetésre: a www.leteszemacigit.hu honlapcím és a 06 40 200 493 telefonszám.

A jogi szabályozás azonban önmagában nem elegendő.

Feladatunk összetett, mert a jogszabályi tiltás mellett azon kell dolgoznunk, hogy

1. a megalkotott jogszabályt a lakosság ismerje meg és tartsa be,
2. a magyar gyermekek, fiatalok, felnőttek, rá se szokjanak a dohányzásra,
3. aki rászokott, az kellő információt, motivációt, segítséget kaphasson a leszokáshoz,
4. a dohányzási szokások rendszeres felmérésén, monitorozásán keresztül az intézkedések hatását elemeznünk, értékelnünk kell,
5. az előbbi célok mellé erőforrásokat és intézkedéseket kell illesztenünk, hogy meg is valósuljanak.

Kommunikációs kampány indult a törvénymódosítással járó változások lényegének ismertetése és a lakosság véleményformálása céljából. A dohányzás egészségkárosító hatásait a lakosság számára megfelelő ételszerűséggel bemutatott filmjelenetek hozzájárulnak a hiteles és pontos tájékoztatáshoz.

Leszokást segítő portált üzemeltetünk (neszivj.postr.hu), és megragadunk minden lehetőséget annak érdekében, hogy láthatóvá tegyük a rászokók által általában nem mérlegelt súlyos következményeket és hátrányokat. Fontos az

is, hogy az elhagyás előnyeit is széles körben, egyre jobban bemutassuk.

A módosított jogszabály rendelkezéseinek ellenőrzése már elindult, a Népegészségügyi Szakigazgatási Szervek 2012. január 2. és 2012. január 15. között összesen 1 584 ellenőrzést folytattak le. 2012. január 1-től hatályos rendelkezések be nem tartása miatt 2012. március 31-ig egészségvédelmi bírság kiszabására nem kerül sor.

Fontosnak tartjuk a dohányosok leszokási szándékának erősítését, a leszokásra motiválásukat.

Leszokásban segítséget nyújtó Kék szám (06 40 200 493) egy olyan telefonos szolgáltatás biztosítása, amely alkalmas a leszokásban segítséget nyújtó módszerekről és helyekről szóló tájékoztatásra, valamint lehetőséget teremt az esetleges törvényszegés bejelentésére. A www.leteszemacigit.hu honlap tartalmazza pl.: leszokás segítő rendelkezések aktuális listáját.

Európai uniós források bevonásával pályázat kerül meghirdetésre a leszokást támogató módszertani központ kialakítására. A központ feladata lesz még call-center üzemeltetése leszokástámogatás céljára. Ezen kívül továbbképzéseket fog szervezni tudógyógyászoknak, és dohányzás elleni minimál intervenciós képzést is biztosít. Szintén pályázat útján támogatni fogjuk a dohányzás leszokást segítő, a lakosság számára ingyenesen hozzáférhető csoportos tanácsadásokat.

A közelmúltban megjelent TÁMOP-6.1.2/11/3 pályázati felhívás keretében kistérségi egészségfejlesztési irodák kialakításának támogatására kerül sor. Az irodák kockázatbecslésen alapuló egészségfejlesztési tevékenységet végeznek majd az alapellátással és egyéb partnerekkel együttműködve. Ennek keretében feladatuk lesz pl. a dohányzással kapcsolatos rövid intervenció és a kistérségben az alapellátás és a kistérséget ellátó tudógondozó(k) együttműködésének javításával a dohányzásról való leszokás támogatása. Ezen kívül a dohányzás megelőzése területén további egészségfejlesztési programot is megvalósíthatnak.

Az egészségfejlesztés lokális szinterein megvalósuló egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok támogatásával sor kerül dohányzás megelőzést és dohányzásról való leszokást támogató programokra is. Fentiekén túl egy országosan reprezentatív 1000 fős felmérés keretében azt is mérik, hogyan változik az egyes társadalmi csoportok véleménye a bevezetett szigorításokról. Továbbá, a felmérés korcsoportonként lehetőséget nyújt a rendszeresen és az alkalmanként dohányzók, továbbá a leszokottak és a nemdohányzók arányának, valamint a passzív dohányzásnak való kitettség kielégítő pontosságú becslésére. A kutatás eredményei összehasonlító elemzés alapjául szolgálnak a dohányzási szokások törvényi szigorítás előtti, illetve – a kutatás későbbi megismétlését követően – az utáni adatait tekintve.

Az Nvt. módosításával javítani kívánjuk a magyar lakosság életminőségét, az egészségben eltöltött életevek számát, valamint a betegségekre, illetve az életmódbeli kockázati tényezők okozta betegségteher jellemzésére használt a rokkantsággal korrigált életevek (DALY) mutatót, amely figyelembe veszi a korai halálozást és a korlátozottságot is. A dohányfogyasztási adatok csökkentése növeli a munkaképes korúak egészségmutatóit. A hatékony szabályozási intézkedések alkalmazásával, valamint a fenntartható népegészségügyi célú kezdeményezések támogatásával csökkennek Magyarország dohányzás okozta megbetegedési és halálozási mutatói.

Valamennyi tevékenységgel célunk a dohányzás, mint egészségkárosító szokás denormalizálása, és leszokásra ösztönző társadalmi környezet kialakítása.

A munkát tehát csak elkezdtük, és folytatjuk tovább Önökkel. Mindenkinek sikereket kívánok!

A szerző egészségügyért felelős államtitkár.

Prevenció – kiadások – hatékonyság

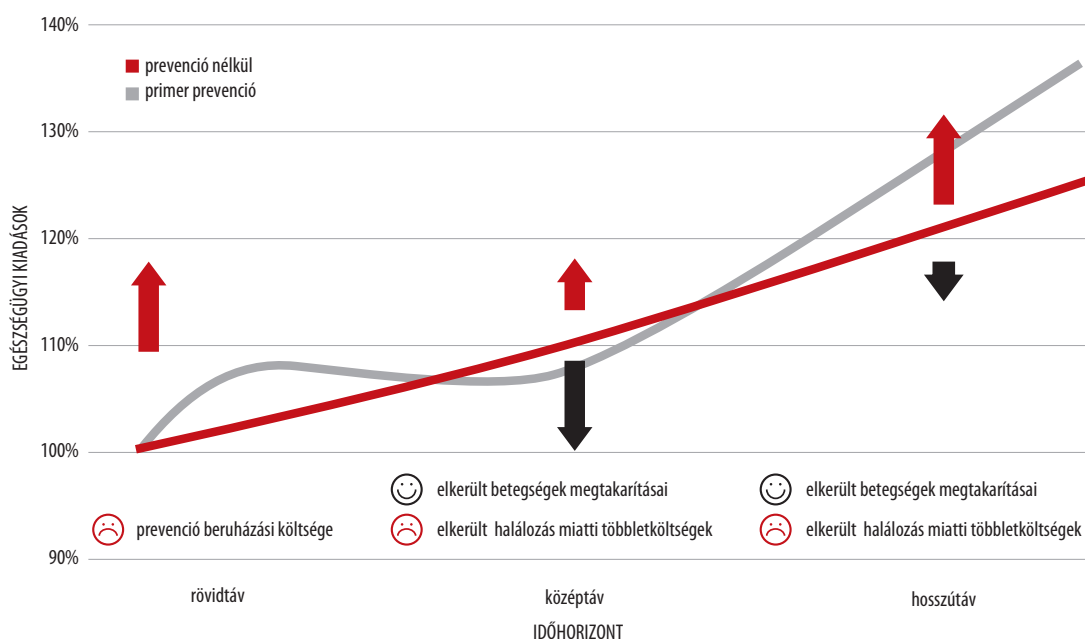
„Túl keveset költünk megelőzésre, pedig mennyivel ésszerűbb és olcsóbb lenne a betegségeket megelőzni, mint drágán kezelni!” – gyakorta hallott érv, különösen az ínséges időkben.

■ dr. Vokó Zoltán¹, dr. Kaló Zoltán²

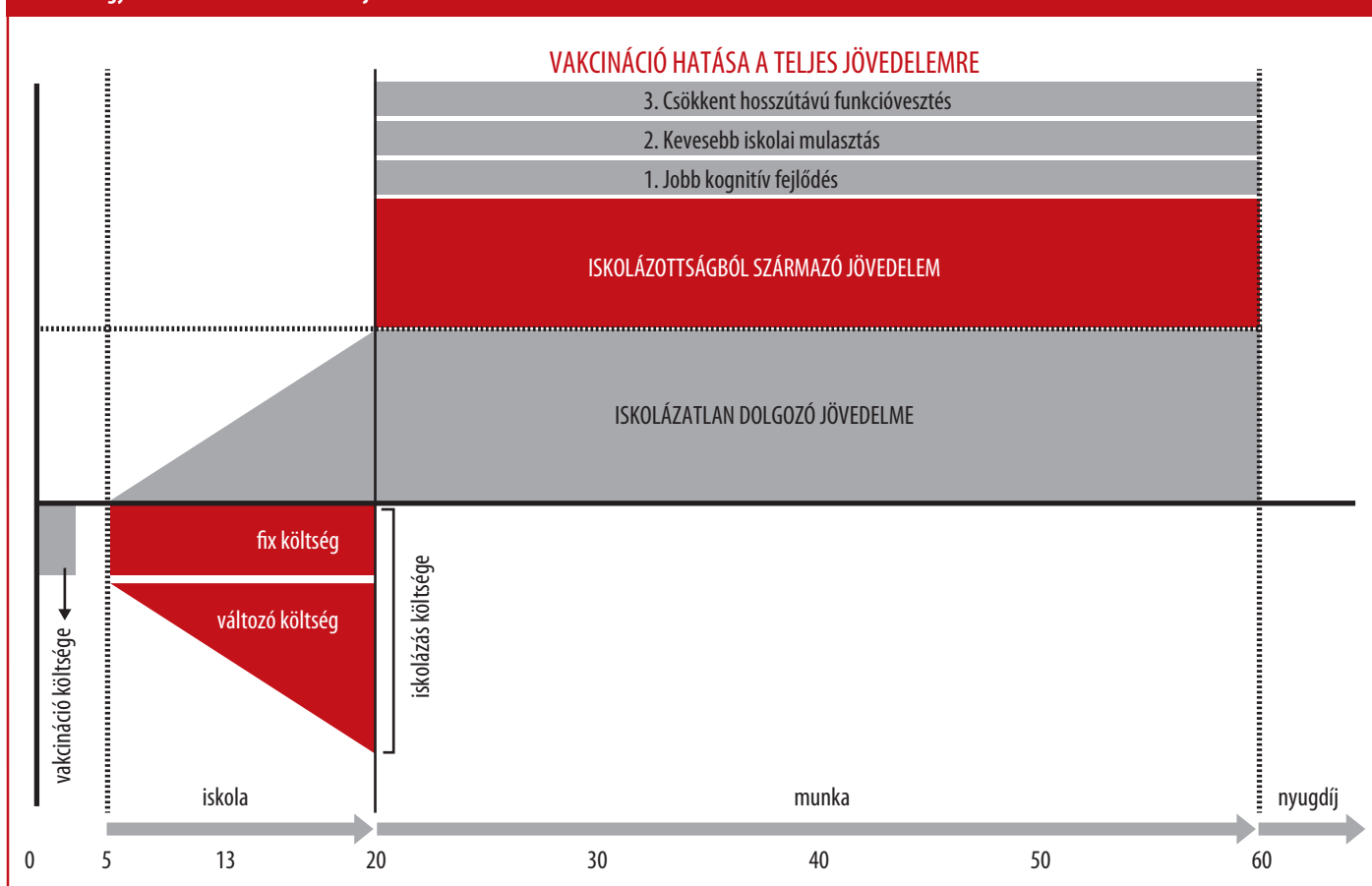
Sokan a prevencióban látják az egészségügy finanszírozási problémáinak egyik megoldási lehetőségét. A megelőzés egészség-gazdaságtana azonban nem ilyen egyszerű. Az eredményes betegségmegelőzés hosszabb és jobb egészségben megélt élettartammal jár (1). Kissé leegyszerűsítve, a krónikus nem-fertőző megbetegedések megelőzése képes időben kitolni a megbetegedések jelentkezését és az általuk okozott halálozást. A megnövekedett élettartam miatt azonban olyan betegségek is elő fognak fordulni, amelyek korai halálozás esetén nem fordultak volna elő. Egy egyszerű példát véve, ha valaki meghal 60 évesen emlőrákban, akkor 75 évesen nem kerülhet combcsonttöréssel kórházba. Így a megelőzés pénzügyi egyenlege az egészségügyi kiadásokat nézve nem feltétlen pozitív, azaz nem jár kiadáscsökkenéssel. A szakirodalomban nagyon kevés olyan, a nem-fertőző megbetegedések megelőzésére

irányuló beavatkozást találni, amely hosszú távon az egészségügyi kiadások csökkenésével járna. Egy, a közelmúltban publikált metaanalízis szerint, ilyen az aszpirin profilaxis azok körében, akiknek magas a keringési betegség kockázata, illetve már előfordult vaszkuláris eseményük; a dohányzás és alkohol minimális intervenció; illetve a 65 év felettiek körében a látásélesség szűrés (2). Paradox módon, minél eredményesebben növeli egy beavatkozás a várható élettartamot, annál jobban növeli a teljes élethosszra jutó egészségügyi kiadásokat. Egy holland tanulmányban, modellezve 20 éves egészséges életmódúak, elhízottak és dohányosok várható életútját, a várható élettartam és a teljes élethosszra jutó egészségügyi kiadás is az egészséges életmódúak körében volt a legnagyobb és a dohányosokéban a legkisebb (3). A megelőzési beavatkozások esetében rövid távon természetesen jelentkeznek az egészségügyi

1. ábra. A megelőzés hatása az egészségügyi kiadásokra



2. ábra. A gyermekkori védőoltás hatása a jövedelemre



kiadásokban megtakarítások, de hosszú távon a megnövekedett élettartamból fakadó kiadásnövekedés meghaladja ezt (1. ábra).

Felvetődhet a kérdés, hogy akkor egyáltalán mi értelme van a megelőzésnek, ha nem lehet vele csökkenteni az egészségügyi kiadásokat. Geoffrey Rose, a megelőző orvostan egyik meghatározó alakja igen közérthetően fogalmazta meg a megelőzés célfüggvényét, miszerint "egészségesnek lenni jobb, mint betegnek vagy halottnak" (4). Ahogy a kuratív medicinára se azért fordítanak forrásokat, hogy az egészségügyi kiadásokat csökkentsék – ha ez lenne a célfüggvény, akkor meg kellene szüntetni az egészségügyi ellátórendszert – úgy a megelőzésre, egészségfejlesztésre sem. Mindkettő beruházás az egészségtőkébe. Közgazdasági szempontból, az egyes eljárások, beavatkozások esetén az a kérdés, hogy ezekkel milyen áron vásárolható egészség. Az az eljárás tekinthető költség-hatékony, amelyikkel a társadalom számára ez elfogadható áron tehető meg. Az egészség-gazdaságtani elemzések révén az egyes eljárások ebből a szempontból összehasonlíthatóak. Szemben azonban a gyógyszer-támogatási eljárásokban megkövetelt egészség-gazdaságtani elemzésekkel, a megelőző beavatkozások esetén rutinszerűen nem készülnek ilyen elemzések Magyarországon. A nemzetközi vizsgálatok eredményei és néhány sporadikus hazai elemzés alapján ugyanakkor elmondható, hogy a költség-hatékony megelőzési beavatkozásoknak széles az arzenálja. Arra vonatkozóan, hogy mi az az összeg, amit még érdemes egy egészséges életév megvásárlására költeni, azaz mekkora a költség-hatékony küszöb, Magyarországon nincs formálisan meghatározott érték. Az Egészségügyi Világszervezet

állásfoglalása szerint az egy főre jutó nemzeti össztermék háromszorosa a javasolt költség-hatékony küszöb (5). Magyarországon egy olyan beavatkozás, amely segítségével hozzávetőleg 7,5 millió forintnál kisebb költség árán vásárolnak egy minőséggel korrigált életévet (QALY) az költség-hatékonyan mondható.* Ez úgy is értelmezhető, hogy egy QALY 7,5 millió forintot ér. Amennyiben a megelőzéssel járó egészségnyereséget (megnyert egészséges élet éveket) ily módon forintosítják, akkor monetáris egységben is jelentkezik a megelőzés társadalmi haszna, mert az egészségnyereség nettó jelenértéke a legtöbb eredményes megelőzési, egészségfejlesztési beavatkozás esetén meghaladja az egészségügyi kiadások nettó jelenértékét. Az egészségnyereség ily módon történő forintosítása arra is alkalmas, hogy a megelőzésbe történő befektetéseket gazdasági szempontból összevethetővé tegyék az egyéb szektorokban történő, más jöszág előállítására irányuló befektetésekkel (pl. autópálya építéssel). A megelőzési, és általában az egészségügyi kiadások indoka tehát nem a kiadáscsökkenés ígérete, hanem az egészségtőkébe történő költség-hatékony beruházás kell legyen.

A megelőzés egészség-gazdaságtana kapcsán minimálisan még további két fontos makroszintű kérdés adódik. Egyrészt, hogy az egészségtőkébe történő befektetésnek milyen egyéni, illetve társadalmi hasznai vannak az egészségnyereségen túl, illetve, milyen egyéb, az egészségügyön kívüli kiadásokkal jár? Másrészt, hogy ki fizesse ezeket a beruházásokat?

Az egészségre ma már a legtöbb országban társadalmi és egyéni szinten is erőforrásként tekintenek (6). A lakosság egészsége a gazdasági fejlődés egyik alapvető meghatározó tényezője (7). Az egészség gazdasági előnyei az egyének

szintjén is jól kimutathatóak. Az egészséges embereknek magasabb a jövedelemtermelő képességük és a megtakarítási rátájuk. Egy konkrét példát említve, a gyermekkori védőoltások a gyermekkori betegségek, iskolai mulasztások megelőzése révén hozzájárulnak a jobb kognitív fejlődéshez, a magasabb iskolázottság eléréséhez és ennek révén a magasabb jövedelemhez (2. ábra) (8). Az egészség-gazdaságtani elemzésekben ezeket az indirekt társadalmi hasznokat, csakúgy, mint az indirekt kiadásokat, ritkán veszik figyelembe. A megnövekedett élettartam a nyugdíj és a szociális kiadások növekedésével is jár. Így a társadalmak számára alapvető célkitűzés kell legyen a megnyert egészséges életévek kapitalizációja, azaz az aktív életkor kitolása. Ez nemcsak a nyugdíjkorhatár emelésével, hanem az idősek egyéb társadalmilag aktív szerepének erősítésével is megvalósulhat (9).

A betegségmegelőzési és egészségfejlesztési beavatkozások költséghatékonysági elemzéseiben a számba vett nyereségek és költségek körének meghatározásán túl több egyéb, az eredményeket alapvetően befolyásoló technikai, módszertani kérdés vetődik fel. Ilyen például az elemzés választott időtávja vagy az alkalmazott diszkontráta. Így e vizsgálatok eredményeinek értelmezésekor különösen fontos a módszertani részletek figyelembe vétele.

A „Ki fizesse a révészt?” kérdés kapcsán megint csak Geoffrey Rose-t idézném: „Az emberek sokat tehetnek a saját egészségükért. Az, hogy ténylegesen tesznek-e, nagymértékben függ attól a társadalmi és gazdasági környezettől, amelyben élnek. Ennek alakításáért a kormányok felelősek.” (10). Nem tagadva az egyéni felelősség kérdését, az egészség előfeltételeinek biztosítása, az egészség védelme, fejlesztése, a betegségek megelőzése állami feladat, beleértve a források biztosítását is. Ha történelmi perspektívából nézzük, a felvilágosodás kora óta a társadalmi szerződés alappillére, hogy az állam hatalma azzal indokolható, hogy védelmet biztosít a polgárok szabadságának, javainak és jólétének (11). Kétség sem férhet hozzá, hogy a modern társadalmakban a polgárok jólétét veszélyeztető két legjelentősebb veszély a szegénység és a betegségek.

Hivatkozás

* A pontosság kedvéért meg kell említeni, hogy a költséghatékonysági elemzések mindig komparatívak, két alternatív eljárás alkalmazása esetén az egészségnyereséget és a költségeket hasonlítják össze, azaz az inkrementális egészségnyereséget és az inkrementális költségeket. Egy megelőző eljárás

esetén gyakorta az alternatíva az, hogy nem végzik a kérdéses megelőzési tevékenységet.

Irodalomjegyzék

1. Puska P. *From Framingham to North Karelia: from descriptive epidemiology to public health action.* *Prog Cardiovasc Dis* 2010;53:15–20.
2. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. *Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis.* *Am J Prev Med* 2006;31:52–61.
3. van Baal PH, Polder JJ, de Wit GA, Hoogenveen RT, Feenstra TL, Boshuizen HC, Engelfriet PM, Brouwer WB. *Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure.* *PLoS Med* 2008;5:e29.
4. Rose GA, Khaw KT, Marmot MG. *Rose's strategy of preventive medicine: the complete original text.* Oxford, Oxford University Press, 2008, pp38.
5. *CHOosing Interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE).* http://www.who.int/choice/costs/CER_thresholds/en/index.html
6. Bennett J. *Investment in population health in five OECD countries.* *OECD Working papers*, 2003. <http://www.oecd.org/dataoecd/30/39/2510907.pdf>
7. Husain MJ. *Contribution of health to economic development: a survey and overview* *Economics* 2010;4:2010–2014.
8. Bloom DE. *The value of vaccination.* *Adv Exp Med Biol* 2011;697:1–8.
9. *Promoting active ageing – capitalising on older people's working potential.* Strassburg, Európa Tanács, 2010. <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doc10/EDOC12431.pdf>
10. Rose GA, Khaw KT, Marmot MG. *Rose's strategy of preventive medicine: the complete original text.* Oxford, Oxford University Press, 2008, pp153.
11. Locke J. *Chap. IX. Of the ends of political society and government.* In: *Two treatises of government (4th ed.).* London, A. Millar et al., 1764, pp305–306.

1 Országos Egészségfejlesztési Intézet

2 ELTE TáTK, Közgazdaságtudományi Intézet, Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék

Megelőzés és gyógyítás

Az egészségügyi rendszer elsődleges célja a lakosság egészségi állapotának javítása. Minden olyan tevékenység, amely az egészségmegőrzésre, egészségfejlesztésre irányul elsődleges megelőző, primer prevenció tevékenységnek minősül. Az egészség-gazdaságtani vizsgálatok kapcsán számos esetben felmerül az a tény, hogy a primer prevencióval csökkenthető halálozás növeli az életkort, de nem biztosítja az egészséges életévek növekedésének arányát, ezért a megért idős korban jelentős többletköltséget jelenthet a kialakuló betegségek, szövődmények gyógyítása. A megtakarítás, illetve az újonnan keletkező kiadás nem áll arányban, ami finanszírozási-gazdasági problémát okozhat. A fiskális és racionálisnak tűnő gondolkozásmóddal és tényekkel szemben áll a bevezető mondatban megfogalmazott gondolat, a lakosság egészségi állapotának javítása.

■ Prof. dr. Kiss István

Természetesen nem csak elsődleges megelőzés lehetséges, hanem másodlagos és harmadlagos is. Tehát a megelőzés során, a prevenció stratégiák kialakításakor hangsúlyosabban kell gondoljunk a már beteg emberekre is, hiszen krónikus nem fertőző betegségek esetén (pl. hipertónia) adott az egész életen keresztüli gyógyítási, gondozási költség. Ugyanakkor a megfelelő másodlagos prevencióval a stroke, a szívizominfarktus, az érelmeszesedés, az elhízás is megelőzhető, az általuk okozott károsodás mértéke csökkenthető, ideje eltolható. A másodlagos megelőzés célja a betegség korai felismerése és a nem-gyógyszeres/gyógyszeres kezelés korai megkezdése.

A jelentős betegségterhet hordozó magyar lakosságnál ez a gyógyító-megelőző tevékenység sokkal nagyobb hangsúlyt kell kapjon. A primer prevenció tevékenység hosszú távon spórol, rövid távon befektetést igényel és költségtöbbletet eredményez. A gyógyító tevékenységben rejlő megfelelő, minőségi másodlagos prevenció lehetősége pedig középtávon megtakarítás jelent és nem okoz azonnali többletköltséget sem. Azért nem, mert csak azt tesszük, amit az irányelv, vagy szakmai protokoll megkíván. Például meghatározott időben hívjuk vissza a beteget ellenőrzésre és minden szükséges vizsgálatot elvégzünk nála, hogy az eredmények alapján történő szükséges terápiamódosítás „megelőző” értékű legyen. A mai

gyakorlat az ellenőrző vizsgálatot az előjegyzési listához és a laboratóriumok pillanatnyi pénz- és eszköz-készlet lehetőségéhez köti, olyan kényszerkompromisszum, amelynek egészségkárosító hatása fel sem mérhető. A másodlagos megelőzésnek van speciális értelmezése is pl. a kardiovaszkuláris kockázatok csökkentésében, ami a betegség súlyosbodásának, ismétlődésének (pl. stroke, szívizominfarktus) és a következményes betegség kialakulásának elhárítását jelenti. A szekunder prevenció ilyen értelmezése már jelentős átfedést mutat a harmadlagos megelőzéssel, ami a fogyatékoság, szervkárosodás, betegség-súlyosbodás és kiújulás megelőzését jelenti (1. táblázat).

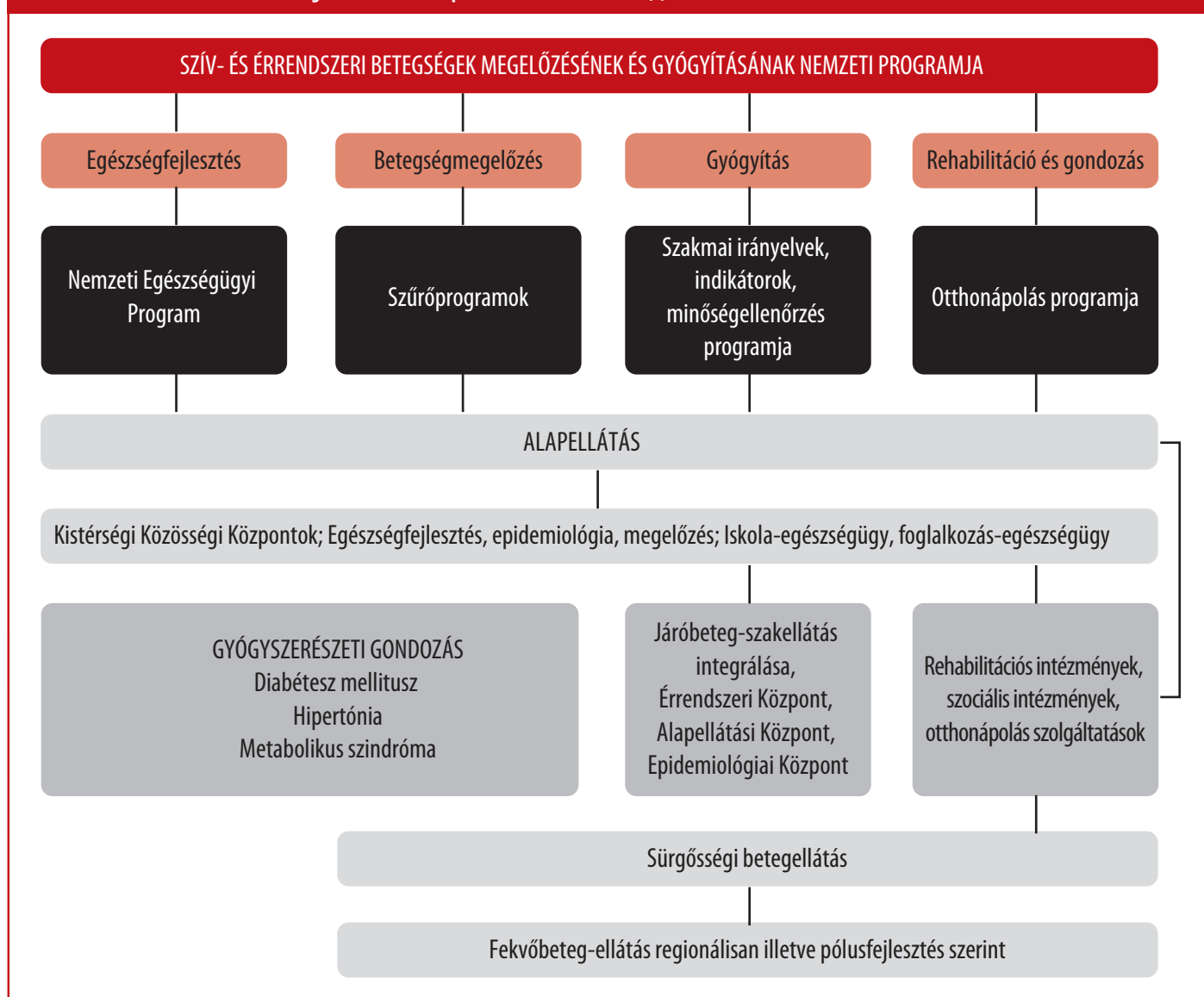
Számos értelmezési és a gyakorlat szempontjából is fontos problémát vet fel ez a fajta beosztás, mert nem egységes a fogalomhasználat, többszörös a hozzárendelés lehetősége az egy-egy preventív intézkedéshez, a tartalmi hiányosságok miatt alcsoportok képzése történik, nehéz a kockázat és a betegség megkülönböztetése, a másodlagos és harmadlagos megelőzésben keverednek a gyógyítás és megelőzés elemei. A nehézségeket és problémákat véleményem szerint is fel lehet oldani azzal, hogy a jelenleg használt prevenció kategóriákat a különböző célcsoportokra irányuló „betegségelhárító” stratégiának tekintjük. E szerint a kockázat nélkülieknél alkalmazható a primordiális prevenció, a kockázattal rendelkező, de tünetmentes egyéneknél a primér prevencióról, beteg-

1. táblázat. A megelőző tevékenység szintjei

ELSŐDLEGES MEGELŐZÉS		MÁSODLAGOS MEGELŐZÉS		HARMADLAGOS MEGELŐZÉS	
Primordiális megelőzés	Elsődleges megelőzés	Másodlagos megelőzés (szűkebb értelemben)	Másodlagos megelőzés (tágabb értelemben)	Harmadlagos megelőzés (szűkebb értelemben)	Harmadlagos megelőzés (tágabb értelemben)
A kockázati tényezők terjedésének megakadályozása	A betegség kialakulásának elhárítása kockázati tényezőkkel terhelt vagy nem terhelt egyéneknél/lakossági csoportokban	A betegségek korai felismerése a tünetek megjelenése előtt; korai kezelés	Korai felismerés és kezelés; a felismert betegségek súlyosbodásának és kiújulásának elhárítása	Fogyatékoság, károsodás elhárítása	Maradandó fogyatékoság, károsodás elhárítása, a betegségek súlyosbodásának és kiújulásának elhárítása

Az idézett és változtatás nélkül átvett táblázat az eredeti közlemény (1) fordításaként jelent meg magyarul az Orvostovábbképző Szemle 2008.XV. évf. márciusi számában.

1. ábra. A Szív és Érendszeri Nemzeti Program szerkezeti felépítése és funkcionális részei (3)



ségtünetek esetén másodlagos megelőzésről, illetve krónikus betegség, fogyatékoság esetén harmadlagos prevencióról lehet szó (1).

A nemzeti egészségügyi számlák szerkezetét vizsgálva megállapítható, hogy az anya-, gyermek- és csecsemővédelemre, iskola- és üzemegészségügyre, a fertőző- és nem fertőző betegségekre fordított közkiadások a magánkiadásokkal kiegészítve is csak 4,2%-ot jelentettek az összes egészségügyi kiadásban, 2003-2008 átlagában (2), ami egyrészt nem elégséges, másrészt szükségessé teszi a felhasználás gondos átvizsgálását és minőségi értékelését. Ugyanakkor a gyógyító ellátás részesedése 45,7% volt.

Mindezekre tekintettel is a gyógyító tevékenységben rejlő, az ahhoz kötődő megelőzés lehetőségét újra fel kell fedeznünk magunknak. Ez elsősorban a szakmai tevékenység minőségének javítását eredményezheti és az ellenőrzés szervezetebbé tételét igényli. A másodlagos megelőzést – tekintettel az érintett betegek igen nagy számára (hipertónia 3,5 millió lakos, diabetes mellitusz több mint 1 millió lakos) – csak az alapellátásban lehet elvégezni, a szakrendelések/szakambulanciák hathatós támogatásával. Ez a komplex rendszer érhet el mindenkit, teheti szervezetté a megelőzés-gondozás tevé-

kenységét és érhet el sikereket.

A megelőző tevékenység összes szintjét magában foglalva jött létre 2006-ban a példaként is idézhető szív és érrendszeri betegségek megelőzését és gyógyítását összefogó és koordináló Szív és Érendszeri Nemzeti Program (3). A program szerkezetét az 1.sz. ábra mutatja, melyben fellelhető a csaknem 50%-ot jelentő primordiális, primér prevenciós tevékenység (egészségmegőrzés, egészségfejlesztés és betegségmegelőzés), a 20%-os arányt képviselő gyógyító tevékenységbe foglalt másodlagos prevenció és a reszocializációt jelentő 30%-os rész (harmadlagos prevenció, gondozás és rehabilitáció). Jelentős részben a magánszektor és civil szervezetek támogatásán alapult tevékenysége és működése, de éppen célkitűzése és eszközrendszere alapján nagyobb állami egészségügyi integrációja kívánatos és szükséges. Erre már jelzésszerű utalást találhatunk a 2010-ben meghirdetett Semmelweis-tervben is.

A program számos alprogramot tartalmaz, illetve egymással is koordinál, ezek elsősorban a megelőző tevékenységet segítik. Az alprogramok egymáshoz kapcsolódásához magyarázatul is szolgálhat a kockázati tényezők és betegségcsoportok bonyolult, egymásra épülő, egymástól függő rendszerének bemutatása (2. ábra).

Az alprogramok közül az „Éljen 140/90 alatt!” Program a célvérnyomás megismertetésével, a hipertónia betegségről szóló lakossági információs tevékenységével a primer és szekunder prevenció programja, az egészségneveléstől a minőségi kezelésen keresztül a szövődmények megelőzésével bezárólag (4). A Program tevékenységének eredményeképpen is 2005-2007 között már 5%-kal nőtt a célvérnyomást elérő hipertóniás betegek aránya, ami azt jelenti, hogy Eger város lakosságának megfelelő számú hipertóniás betegnél csökkent jelentősen a kardiovaszkuláris kockázat (másodlagos prevenció). A Program keretén belül jött létre a Hipertónia Regiszter, alakult ki a „Tudatos Törődés” gondolata és programja, valamint a stroke-megelőző program.

Az „Ereink Védelmében” meghirdetett ÉRV Program a perifériás érbetegség szűrésére és a kardiovaszkuláris kockázat becslésére szolgáló egyszerű mérési módszert (boka/kar index) terjesztett el Magyarországon, ÉRV Regisztert is létrehozva a további epidemiológiai vizsgálatok és prevenció programok tervezésének, kivitelezésének segítésére (5).

A hipertóniás és diabeteszes betegeknél végzett mikroalbuminuria szűrés (Érgondnok Program) egyszerre jelentett kardiovaszkuláris és renális kockázatszűrést, amelynek eredménye alapján a módszer kiterjesztését javasolták a tünetmentes nagy, vagy nagyon nagy kockázatú egyének szűrésénél is (6).

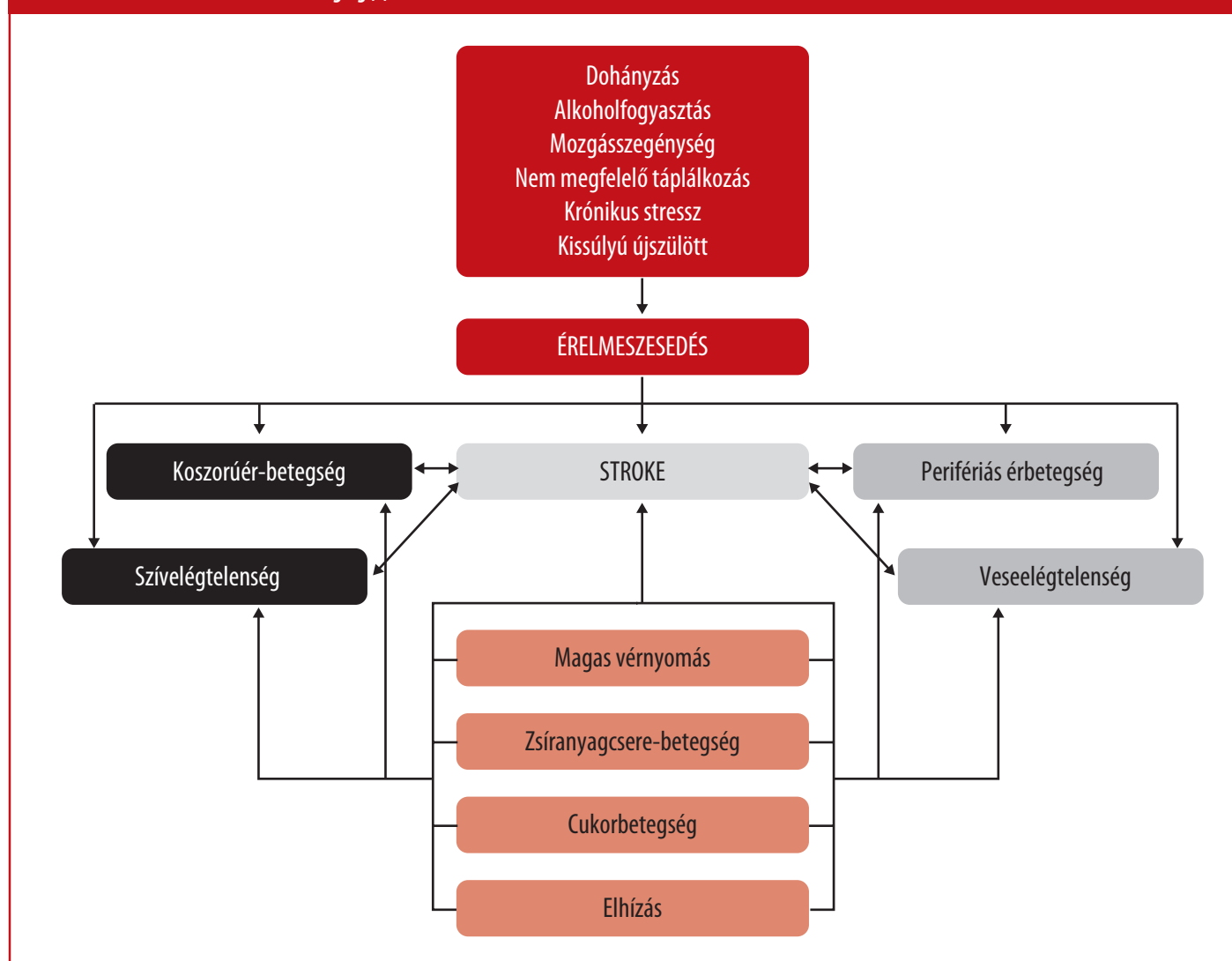
A cukorbetegség, elhízás, magasvérnyomás betegség, zsíryanycsere zavar együttese a metabolikus szindróma, ennek szűrésére, a metabolikus szindrómás betegek gondozására szolgált a Kontroll Pontok Hálózatának létrehozása (közel ötven hely Magyarországon, kapcsolódva a nemzetközi hálózathoz). Hasonló színteret jelenthet tulajdonképpen minden gyógyszerár, ahol egészséges egyéneket és betegeket egyaránt el lehet érni és a gyógyszerész-egyen/beteg találkozási száma is kiemelkedően nagy. Ezért kapcsolódott a Gyógyszerész Gondozás Programja is a különböző prevenció programokhoz a Szív és Érrendszeri Nemzeti Programban (7).

Önálló programként jött létre a Stroke Program, a Nemzeti Diabétesz Program, az Infarktus Regiszter Program, a Nemzeti Vese Program és a Szívelégtelenség Programja, amelyek a primer, szekunder és tercier megelőzés kiemelkedő lehetőségei és megvalósulásai.

Speciális területeket érintő komplex szűrőprogram a kamionos országjárást végző „Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja”, vagy az egy kiemelt területre fókuszáló „Nemzeti Sócsökkentő Program” (8).

A programok gyakorlati tevékenysége mellett folyamatos a szakmaterülethez tartozó irányelvek fejlesztése, megelőzési és kezelési gyakorlati útmutatók készítése, amelyet összefoglalóan a Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Kon-

2. ábra. Kardiovaszkuláris kockázat és betegség (3)



ferencia készít két évente, 2005 és 2011 között már öt alkalommal megrendezve (9).

Mindezek mellett fel kell hívni a figyelmet arra is, hogy 2006 óta létezik Magyarországon miniszteri rendelet, amely szerint egyéni aktivitás és orvosi megelőző tevékenység keretében az elsődleges és másod-, harmadlagos prevenció vizsgálati keretei adóttak mindenki számára, az életkori csoportoknak megfelelő vizsgálat biztosításával. Sajnos ezzel nagyon kevesen éltek, a hiányzó információ és az alapellátás túlterheltsége miatt. Egészen speciális célterülete a különböző szintű prevenciónak az időskorú lakosság. Az idősök és agykörűk száma folyamatosan nő, az egészségügyi költségek jelentős részét rájuk költjük és a gyógyító munka során itt lenne a legnagyobb lehetősége a megfelelő másodlagos és harmadlagos prevenciók tevékenységnek (10).

A kardiovaszkuláris területről kiemelt prevenciók programok, programlehetőségek példasora, szorosan a gyógyító tevékenységhez is kötődve, számos lehetőséget biztosít az egészségmegőrzésre és betegségmegelőzésre. A gyógyító-megelőző tevékenység feladatának ellátásához azonban egy valami biztosan szükséges, jól képzett és a rendszerben dolgozó szakember. A másodlagos, harmadlagos prevenciók tevékenység tehát humán erőforrás „befektetést” igényel. Az egészségügyi rendszerben dolgozó és hiányzó szakemberek számára az ilyen vonatkozású szakmai továbbképzés megszervezése és fenntartása is feltétlenül szükséges – központi tematikával és irányítással.

Mindezek alapján hangsúlyozni kell, hogy a prevenció és a gyógyítás bizonyos értelemben egymástól el nem választható fogalmak és fontos az együttes alkalmazásuk, ahogy ez számos nemzeti egészségügyi programban is megfogalmazódott.

Irodalomjegyzék

1. Slesina W. Primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre prävention Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2196–2198.
2. Egészségügyi kiadások, 2003–2009. KSH Statisztikai Tükör 2010; IV (121.szám): 1–5.; www.ksh.hu

3. A szív és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának nemzeti programja. Szerk.: Kiss I., Dózs Cs., Kapócs G., MOTESZ-EüM., 2006.
4. Kiss I., Pál L., Schanberg Zs., Barna I., Alföldi S., Farsang Cs., deChatel R., Kékes E.: A hipertónia betegség kezelésének szemléletváltása Magyarországon. Az „Éljen 140/90 alatt!” Program 5 éve és eredményei. Hipertónia és Nephrologia 2011; 15: 53–59.
5. Kiss I., Kolossváry E., Járai Z., Ludányi A., Farkas K.: „Ereink Védelmében”. Az ÉRV Program folytatása 2011-ben Hipertónia és Nephrologia 2011; 15: 95–96.
6. Kiss I., deChatel R.: A mikroalbuminuria előfordulása hipertónia és/vagy 2-es típusú cukorbetegségben Magyarországon, az „Érgondnok Program” eredményei alapján. Háziorvos Továbbképző Szemle 2006; XI: 308–312.
7. Kiss I.: A gyógyszereszi gondozás szerepe és jelentősége a Szív és Érrendszeri Nemzeti Programban Gyógyszerész Továbbképzés 2009; 3: 49–55.
8. Kiss I.: Élvezetes és láthatatlan kockázat: a só. A Magyar Hipertónia Társaság szerepe a Nemzeti Sócsökkentő Programban: STOP SÓ Hipertónia és Nephrologia 2010; 14: 6–8.
9. Pados Gy., Kiss I.: Módosított ajánlások az V. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencián – 2011. november 25. Kongresszusi beszámoló. MOTESZ Magazin 2011; 3-4: 51–52.
10. Peter Kriekard P, Gharacholou SM, Peterson ED. Primary and secondary prevention of cardiovascular disease in older adults: A status Report. Clin Geriatr Med 2009; 25: 745–755.

A szerző a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetségének volt elnöke, tanszéki csoportvezető egyetemi tanár, profilvezető főorvos Dél-budai Nephrologiai Központ (Szent Imre Kórház Nephrologia-Hipertónia Profil és B.Braun Avitum 1. sz. Dialízisközpont) és Geriátriai Tanszéki Csoport (Simmelweis Egyetem, ÁOK, II.sz. Belgyógyászati Klinika)

Megelőzés keringési betegségeiben – orvosi hatékonyság, költséghatékonyság

A civilizáció fejlődése megváltoztatta a halálokként legjelentősebb betegségek teljes palettáját. A rendkívül sikeres primer prevenciók kampányok és a kardiológia valóban bámulatos fejlődése ellenére az Amerikai Egyesült Államok lakosságából mintegy 60 milliónyian szenvednek kardiovaszkuláris ateroszklerózisban, és ez a szám bizonyosan nem csökkenő tendenciát mutat.

■ dr. habil. Kiss Róbert Gábor

Epidemiologia, rizikótényezők

A téma jelentőségét növeli, hogy:

- a kardiovaszkuláris betegség (CV) a leggyakoribb halálok a legtöbb európai országban, gyakran okoz rokkantságot, és hatalmas egészségügyi költséget jelent;
- háttérben gyakran ateroszklerózis húzódik meg, ami évek során lassan, tünetmentesen fejlődik ki;
- a halál, a szívinfarktus és a stroke gyakran váratlanul, gyorsan alakul ki, és már csak palliatív kezelésre nyílik mód;
- a kardiovaszkuláris betegség tömeges megjelenése az életmódbeli változtatásokra hívja fel a figyelmet;
- a rizikófaktorok megváltoztatása egyértelműen csökkenti a mortalitást és a morbiditást.

A jelenlegi epidémia alapjait az 1700-as években bekövetkező ipari forradalomtól eredeztethetjük. A három legfontosabb életmódi tényező, mely felelős lehet ezért a következő:

- a dohányzás elterjedése,
- a fizikai aktivitás csökkenése,
- a magas zsír-, koleszterin- és kalóriatartalmú étrend elterjedése.

Igazán csak a Framingham tanulmány megjelenése óta világos, hogy melyek azok a módosítható kockázati tényezők, amelyek leginkább felelőssé tehetőek az ateroszklerózis-epidemiáért: a dohányzás, a magas vérnyomás, a diabétesz és a hiperkoleszterinémia a legfontosabb közülük.

A szív és érbetegségek megelőzése a hazai egészségügyi legfontosabb feladata, hiszen a magyar lakosság több mint a fele (50,3%) szív és keringési betegségben hal meg.

Megjegyzendő, hogy Magyarországon a születéskor várható élettartam az utóbbi két évtizedben már 4,3 évvel emelkedett, 2007-ben a születéskor várható élettartam férfiaknál

73,3 év volt. Ebből a javulásból 1,8 év a csökkenő szív és érrendszeri halandóság eredménye. Figyelemfelkeltő, hogy az életkilátások 2007. évi értékei nemzetközi összehasonlításban még alacsonynak számítanak; a fejlett egészségi kultúrájú, iparosított és posztindusztriális országokban a születéskor várható élettartam már 80 év körül van. Ennek eléréséhez hazánkban még ideális esetben is 15–20 évre van szüksége. A felzárkózásnak csak akkor van esélye, ha csökkennek a halandóság jelenleg igen nagy, társadalmilag meghatározott különbségei (1).

Elsősorban a sikeres rizikóintervencióval lehetne csökkenteni a betegség kedvezőtlen népegészségügyi hatásait. A férfiak össz- és kardiovaszkuláris halálozásának csökkenését a lipidcsökkentőknek, a hipertóniás betegeknek az aszpirinnel, a kardiológusok pedig a robbanásszerűen növekvő teljesítményű invazív kardiológia sikerének tulajdonítják, az egészségbiztosító számára nem kis fejtörést okozva. Nyilvánvalóan mindezen említett tényezők együttes hatása lehet felelős a javulásért. Említendő továbbá az a nem egészségügyi jellegű változás, mely a társadalom nagy változás utáni stabilizációját és az életszínvonal lassú emelkedését foglalja magában. Nem szerepel a felsorolásban a legolcsóbb és leghatékonyabb eljárás, a primer prevenció és rizikóstatusz- modifikáció, arra ugyanis senki sem gondol hazánkban komolyan, hogy ebben bármilyen jelentős eredményt tudnánk e sorok írásának pillanatáig felmutatni.

A prevenció sikere egyértelmű a nyugati országokban. Az 1964-65-ös csúcshoz képest az amerikai szívhalálzási adatok 40%-kal, a stroke halálozás pedig 50%-kal csökkent a következő 30 év alatt. A legkifejezettebb csökkenés a fehér férfiak között volt látható, az amerikai nők kardiovaszkuláris halálozása 1984 óta meghaladja a férfiakét, tehát korábbi tetemes „előnyük” fokozatosan csökken.

Természetesen a prevenciós beavatkozások csak részleges sikert hozhattak. Amíg az Egyesült Államokban a legtöbb társadalmi csoportban a dohányzás aránya csökkent (pl. a férfiak között 55%-ról 30%-ra), a fizikailag aktív személyek aránya, továbbá a hipertónia kezelése, valamint a lipidkontroll is javult, egyes társadalmi csoportokban a dohányzás részaránya inkább nőtt. Egyértelműen romlott a helyzet a cukorbeteg és az obezitás területén. Az említett kardiovaszkuláris halálozási arányszámjavulás annál is értékeesebb, mert az említett 30 éves periódus alatt a 65 év feletti populáció megnégyszereződött!

A fentebb említett szociális alapú egészségügyi állapotváltozás leginkább a metabolikus szindrómaként jelölt állapot képében válik orvosi szemmel könnyen észrevehetővé. Felmérések szerint a felnőttek 23%-a, az 50 éven felüliek 44%-a metabolikus szindrómás (2–4). A könnyen felismerhető tünetegyüttes (hipertónia, abdominális elhízás, aterogén diszlipidémia és csökkent cukortolerancia) mintegy kétszeresére fokozza a koronária betegség előfordulását csakúgy, mint a kardiovaszkuláris halálozást.

A kardiovaszkuláris rizikó kezelése a klinikai gyakorlatban (5, 6)

- Magatartási rizikófaktorok
- Annak ellenére, hogy az igazolt CV-betegség, vagy a nagy kockázatok felismerése a hosszú évek során már rögzült helytelen életmód erőteljes megváltoztatását igényli, a betegek általában csak kevés és felületes tanácsot kapnak az orvostól.
- Sok beteg számára a változtatás igen nehéz akkor is, ha tudja, mit kellene tennie. Ilyenek a szociális és gazdasági szempontból hátrányos helyzetűek, a monoton és rosszul megfizetett munkát végzők, a családi stresszhelyzetben, valamint a szociális támogatás nélkül, egyedül élők. Ezen túl a preventív munka hatékonyságát a negatív érzelmek, pl. a depresszió, a szorongás, a veszekedések is csökkentik. Ezek leküzdése gyakran professzionális segítséget és gyógyszeres kezelést igényel. A pszichoszociális rizikófaktorok függetlenek más rizikófaktoroktól.
- A stressz leküzdésére és a szociális izoláltság megszüntetésére minden erőfeszítést meg kell tenni. A magatartási rizikófaktorok leküzdésének stratégiája:
 - alakítsunk a beteggel terápiás szövetséget;
 - a beteg értse meg az életmód és az egészség kapcsolatát;
 - ismerje fel a változtatás gátjait;
 - akarja a változtatásokat;
 - az orvossal együtt döntse el a változtatások sorrendjét;
 - ellenőrizzük az eredményeket;
 - vegyünk igénybe professzionális segítséget.

Fizikai aktivitás növelése

Minden korosztályban, minden betegnek és minden nagy rizikójú, még egészséges embernek ajánlani kell a fizikai aktivitást, és a biztonságosság figyelembevételével kell arra a szintre fokozni, amely a legalacsonyabb kardiovaszkuláris rizikót jelenti. Cél a hét minél több napján legalább fél óra fizikai aktivitás, de az ennél enyhébb aktivitás is haszonnal jár.

Egészséges emberek 30–45 percig heti 4–5 alkalommal végezzenek olyan aktivitást, amelynek során az átlagos maximális

szívfrekvencia 60–75%-át eléri. Betegeknél az előzetes terhelési teszt alapján kell a terhelés mértékét meghatározni.

Dohányzás

A dohányzás a megelőzhető szív- és érrendszeri betegségek vezető oka. A preventív medicina által teoretikusan megelőzhető összes haláleset döntő hányada (angliai statisztikák szerint 60-65%-a) az aktív és a passzív dohányzás megszüntetése révén lenne elérhető. Érrendszeri hatásai összetettek és egymást is rontják. A dohányzás hatása néhány perc alatt jelentkezik az érrendszerben. Gyulladásos mediátorok, citokinek kerülnek a vérbe a pulmonális szövetekből, melyek közvetlenül endotel működési zavart, trombocita aktivációt, a lipidanyagcsere kedvezőtlen megváltozását és haemodinamikai zavarokat okoznak. A leszokást, illetve a dohányzás abbahagyását követően már néhány órával javul a terhelési tolerancia, a többlet infarktus kockázat egy évvel a leszokást követően elfeleződik és három év elmúltaival a kardiovaszkuláris kockázat kezd megközelíteni egy nemdohányosét.

A dohányos feladata és felelőssége, hogy saját és környezete érdekében leszokjon a dohányzásról, illetve, hogy szenvedélyével ne terheljen másokat. A nemdohányos feladata, hogy minden eszközzel védje meg magát a dohányfüst passzív belélegzésétől, amely nem elhanyagolható kockázatot hordoz.

Társadalmi feladat a dohányzás, mint veszélyes drog elleni küzdelem. Igazolt, hogy a dohányfüst-mentes környezet képes a dohányzást visszaszorítani, elősegíteni a leszokást.

Meggondolandó, hogy a prevenció eszközei között az orvosi gondolkodásban mennyire nem általánosan ismertek a fenti tények és veszélyek. Sokunk tudatában a kardiovaszkuláris prevenció hallatán bizonyos jól sikerült gyógyszerkampanyok emléknymai jelennek meg. A rendkívül szigorú és kényes társadalmi harc, melyet a dohányzás visszaszorításának adminisztratív lehetőségei, szabályozása irányában folytatunk, sokszor éppen a dohányipar, valamint bizonyos költségvetési érdekek ellenérdekeltsége miatt válik elégtelenné.

Dohányzás abbahagyásához a következő orvosi tennivalók ajánlottak:

- Minden dohányost szakértelemmel ösztönözni kell a dohányzás tartós abbahagyására. A stratégia a következő kell, legyen:
- Minden orvos-beteg találkozáskor rá kell kérdezni a dohányzásra.
- Meg kell határozni a betegek dohányzáshoz való hozzászokásának a mértékét és a leszokási készségüket.
- Ösztökélni kell minden dohányost a leszokásra. A nagy kockázatúak ehhez kapjanak szakszerű segítséget.
- Meg kell a beteggel beszélni a leszokás stratégiáját, amibe a magatartási tanácsok adásán kívül beletartozik a nikotinpótló és/vagy gyógyszeres kezelés is.
- Rendszeresen ellenőrizni kell a beteget.

Étkezési zavarok, helyes és helytelen étrend

Étrendünk hihetetlen mértékben eltér a történelem előtti ember, vagy a mai kor néhány megmaradt gyűjtögető, vadonbéli

emberének étrendjétől. Mind kalória, mind pedig egyszerű szénhidrátok, továbbá szaturált és hidrogénezett transz-zsírok formájában a sokszorosát fogyasztjuk a néhány ezer év előtti étrendünkben fellelhető mennyiségeknek. Tovább súlyosítja a problémát, hogy a luxus kalóriafogyasztáshoz nem párosul fizikai aktivitás, a kalóriákat felhasználódó. A populáció ennél fogva 38–40%-ban túlsúlyos vagy elhízott, valamint felnőttkorban metabolikus szindrómával küzd. A túlsúly csökkentése, illetve az elhízástól való tartózkodás fontos a kardiovaszkuláris betegségben szenvedőknél, valamint a nagy rizikójú egyének esetében.

Az egészséges diéta több mechanizmussal csökkenti a rizikót: testsúly-, vérnyomáscsökkentés, a vércukorra, vérlipidszintekre való kedvező hatás és a trombózishajlam csökkenése.

A populáció magas kardiovaszkuláris kockázattal bíró tagjai számára általánosságban a következő diétás előírások népszerűsítése indokolt az Európai Kardiológus Társaság szerint (5).

Általános ajánlás

- az ideális testsúly fenntartásához kell a kalóriabevitelt adaptálni.
- Ajánlott táplálékok: gyümölcs, zöldség, teljes őrlésű gabona és kenyér, alacsony zsírtartalmú diétás anyagok, hal és sovány hús.
- A kalóriabevitel 30%-át ne haladja meg a zsírfogyasztás, és annak egyharmadánál ne legyen nagyobb a telített zsírok bevétele. A napi koleszterinbevitel ne legyen több 300 mg-nál.
- A telített zsírokat részben komplex szénhidrátok, egyszeres vagy többszörösen telítetlen zsírok (zöldségek, tengeri halak) váltsák fel.
- Azoknak a betegeknek, akik hipertóniában, diabéteszben, hiperkoleszterinémiában vagy más diszlipidémiában szenvednek, speciális diétás tanácsokat kell adni.

Lipidek

Általánosan az összkoleszterinszint (ÖK) 5 mmol/l alatti értéke kívánatos, az LDL-szint pedig 3 mmol/l alatt optimális. Igazolt vaszkuláris betegség, diabétesz fennállása esetén a terápiás célérték alacsonyabb: ÖK <4,5 mmol/l, LDL-koleszterin <2,5 mmol/l. A Heart Protection Studyban alkalmazott nagyon nagy rizikójú csoportnak célul tűzték ki az 1,8 mmol/l alatti LDL-koleszterinszint elérését, de ez egyrészt 3,9 fölötti kiindulási értéknél nem volt elérhető, másrészt nincs arra bizonyíték, hogy ez további kockázatcsökkenést jelent-e.

A fokozott kardiovaszkuláris rizikót bizonyító további értékek a következők:

HDL-koleszterin: – férfiak: <1 mmol/l; – nők: <1,3 mmol/l.
Éhomi trigliceridszintek: – mindkét nemre vonatkozóan: >1,7 mmol/l.

A HDL- és trigliceridszintek alapján is szükség lehet a terápia választására. A szív- és érrendszeri betegségek szempontjából fokozott veszélyeztetettségű, tünetmentes betegek (akiknek a kezeletlen összkoleszterin- és LDL-koleszterinszintje már közelít az 5, illetve 3 mmol/l-es értékhez) nyernek az összkoleszterin és az LDL-koleszterin további csökkentésével (<4,5 mmol/l, illetve <2,5 mmol/l szintre), ha ez a

lipidcsökkentő szerek mérsékelt dóziséval megvalósítható.

Tünetmentes betegek esetében az első lépés a teljes kardiovaszkuláris rizikó felmérése, illetve a megváltoztatható rizikótényezők feltárása.

Amennyiben a 10 évre vonatkoztatott kardiovaszkuláris halálozás rizikója kisebb, mint 5%, és nem haladja meg a 60 éves korra vonatkoztatva sem az 5%-ot, életmódi tanácsok (étrend, fizikai aktivitás, dohányzás elhagyása) javasoltak a rizikó későbbi fokozódásának megelőzésére. A veszélyeztetettség felmérését 5 évente kell megismételni.

Ne felejtjük el, hogy a rizikóbecslés nem vonatkozik a familiáris hiperkoleszterinémiás betegekre, mivel a 8 mmol/l feletti összkoleszterin és a 6 mmol/l feletti LDL-koleszterinszint definíció szerint már eleve fokozott kardiovaszkuláris rizikóba sorolja a beteget. Ha a kardiovaszkuláris halálozás 10 évre vagy 60 éves korra vonatkoztatva meghaladja az 5%-ot, a plazma-lipoproteinek teljes elemzése szükséges, illetve intenzív életmódi, különösen az étrendet érintő tanácsokkal kell a beteget ellátni. Amennyiben ennek hatására az össz- és LDL-koleszterinszint 5 mmol/l, illetve 3 mmol/l alá, a teljes számított kardiovaszkuláris rizikó pedig 5% alá csökken, a betegeket évente kell követni annak felmérésére, hogy rizikója gyógyszermentesen továbbra is alacsony marad-e. Ezzel szemben, ha a teljes kardiovaszkuláris rizikó továbbra is meghaladja az 5%-ot, lipidcsökkentő kezelés megkezdése megfontolandó az össz- és LDL-koleszterinszint további csökkentése érdekében. A fenti, perzisztálóan magas koleszterinszintű betegek esetében a célértékek a következők:

- összkoleszterin: <4,5 mmol/l,
- LDL-koleszterin: <2,5 mmol/l.

Az első statinkezeléssel klinikai előnyöket (javuló túlélést) dokumentáló vizsgálatokban 70 év alatti betegek vettek részt 5 mmol/l feletti koleszterinszinttel. Nemrég publikált vizsgálatok tanúsága szerint a statinkezelés hatásos időseknél és alacsonyabb koleszterinszintű egyéneknek is. Bizonyos betegek kezelésekor kombinációs terápiára lehet szükség. A számos, esetleges gyógyszeres kezelést igénylő társbetegségben szenvedő beteg esetén a kombinációs terápia komoly problémát jelenthet, amin csak gondos klinikai mérlegelés segíthet. Néhány beteg még maximális dózisu kezelés esetén sem éri el a célértékeket, de még ezek a betegek is profitálnak a beállított terápia mellett létrejött koleszterinszint-csökkenésből.

Diabétesz mellitusz

Világszerte, de különösen az alacsonyabb fejlettségű országokban a diabétesz, elsősorban a 2. típusú diabétesz előfordulása robbanásszerűen gyarapszik. 2020-ra 300 millió földlakó szenved majd diabéteszben. A diabéteszeseknél is hatékonyak a komplex kardiovaszkuláris prevenció elemei, a rizikó hasonló mértékben csökkenthető, mint a nem diabéteszes személyeknél. Azonban a kiindulási kétszeres kockázat a nem diabéteszesekhez képest fennmarad, a diabétesz mellituszban szenvedők esendőbbek az ateroszklerózis és az atherotrombózis tekintetében. Betegségük lefolyása súlyosabb, bizonyos eljárások, pl. a perkután intervenciók, a koronária-bypassműtét veszélyesebbek és sok esetben kevesebb hosszú távú előnyt hoznak, mint a diabéteszben nem szenvedő személyeknél. A diabétesz által okozott többletkockázat elemeit már jórészt ismerjük.

Fontos a lehető legtovább glikémiás kontroll elérése, a HbA1c 7% alatt tartása. Sokszor ehhez komplex diéta és gyógyszeres intervenció, gondozás, valamint a diabétesz prevenciója egyaránt szükséges lehet. A megfelelő életmódi elemek bevezetése metabolikus szindrómásokon éppúgy preventív hatású a későbbi diabétesz megjelenése tekintetében, mint az ACE-gátló (esetleg ARB) tudatos választása diabétesz szempontjából veszélyeztetett személyeknél. A már diabéteszes személyeknél kardiovaszkuláris prevenció hatású pl. perindopril alkalmazása, tekintet nélkül hagyományos indikációinak meglétére vagy hiányára.

Igazolt, hogy a manifest diabétesz kialakulása életmód-változtatásokkal megelőzhető vagy legalábbis késleltethető a csökkent glükóztoleranciával rendelkező betegeknél. 1-es és 2-es típusú diabéteszes betegeknél végzett randomizált, kontrollált vizsgálatokból származó meggyőző bizonyítékok szerint a jó metabolikus beállítás hozzájárul a mikrovaskuláris szövődmények megelőzéséhez.

Hipertónia

A hipertónia és az ateroszklerózis összefüggése nyilvánvaló. Ateroszklerózisban szenvedő betegeink döntő többsége hipertóniában szenved. A hipertónia, a hipertóniás beteg megfelelő kezelése drámaian képes csökkenteni elsősorban a cerebrovaszkuláris események, másodsorban a koronária események és a szívelégtelenség előfordulását.

Különös, hogy alig van még egy olyan életet veszélyeztető betegség, amely ilyen kevésbé hatékonyan lenne kezelve, mint a hipertónia. Az összes hipertóniás beteg mintegy harmada tekinthető célértéket elérő módon kezeltnek. Ennek megfelelően a következményes hipertóniás szívbántalom, valamint az ateroszklerózis, ateroszklerózis kezelése összefonódik a hipertónia kezelésével. Noha bizonyos terápiás módok az antihipertenzív hatásokon túl ígéretesek másodlagos, egyébként igen fontos célok, betegségek szempontjából is, a hipertónia kezelésének első számú és egyértelmű prioritása a célérték elérése. Csak ennek elérésével párhuzamosan célozhatunk meg továbbiakat, mint pl. aritmiás beteget inkább béta-blokkolóval, ateroszklerózis szempontjából veszélyeztetettet inkább Ace-gátlóval, mikroalbuminuriát ARB-vel, hiperurikémiát losartannal, a csontritkulásra hajlamos matrónt thiaziddal kezeljük és így tovább. Mellesleg a fentiek csak a kezdeti monoterápiás javaslat elemeire vonatkoznak, a hipertóniás esetek 65-80%-a eleve csak kombinációs kezeléssel lesz beállítható, sőt bizonyos esetekben már kezdettől kombinációs kezelés a javasolt. A CV-betegség rizikója a vérnyomás növekedésével párhuzamosan nő. A kezelés elkezdése nem csak a vérnyomásértéktől, hanem a globális CV-rizikótól, valamint a célszerv károsodástól is függ.

CV-betegség esetén az antihipertenzív gyógyszerek kiválasztása a CV-alapbetegségtől függ.

Nagy rizikójú egyének esetében a tartósan fennálló 140/90 Hgmm vérnyomás szintén gyógyszeres kezelést tesz szükségessé. Az elérendő vérnyomás célérték: <140/90 Hgmm.

Alacsony rizikójú, célszerv károsodással nem rendelkező, hasonló vérnyomású egyének esetében életmódváltozás az elsődlegesen választandó megoldás, gyógyszeres kezelés a beteg megkérdezése után jön szóba.

A kardiovaszkuláris megelőzés sikere a világban és Európában

A felmérések szerint jelenleg ez a tevékenység világszerte elmarad a kívánatostól, a klinikai tanulmányokból származó eredmények a mindennapi gyakorlatba csak lassan kerülnek át, és ma még sok beteg nem részesül az optimális szekunder prevenció kezelésben és a kardiológiai rehabilitációban. Ezt erősíti meg a koszorúérbetegek körében több európai országban 1995–2007 között végzett vizsgálatok sorozat, az EUROASPIRE I–II–III. (2–4) eredményei is.

Az EUROASPIRE I. (2) vizsgálatban több mint 3 000 olyan 70 év alatti beteg állapotát mérték fel, akik hat hónappal korábban súlyos koronária szövődményt szenvedtek el. A felmérés lesújtó volt: a betegek 1/5-e továbbra is dohányzott (vagy visszazokott a dohányzásra), 90%-uk összkoleszterinszintje 4,5 mmol/l felett volt, több mint 75%-uknak súlyfeleslege, 40%-uknak centrális elhízása és 50%-uknak rosszul kezelt hipertóniája volt.

A betegek mindössze 18%-a szedett statint, alig több mint 30%-a ACE-gátlót, csak 50%-a béta-blokkolót és 80%-uk aszpirint. Bár a betegek felénél kimutatható volt a koronária betegség családi halmozódása – ennek ellenére nem végezték el az érintett családtagok rizikóstatusának felmérését.

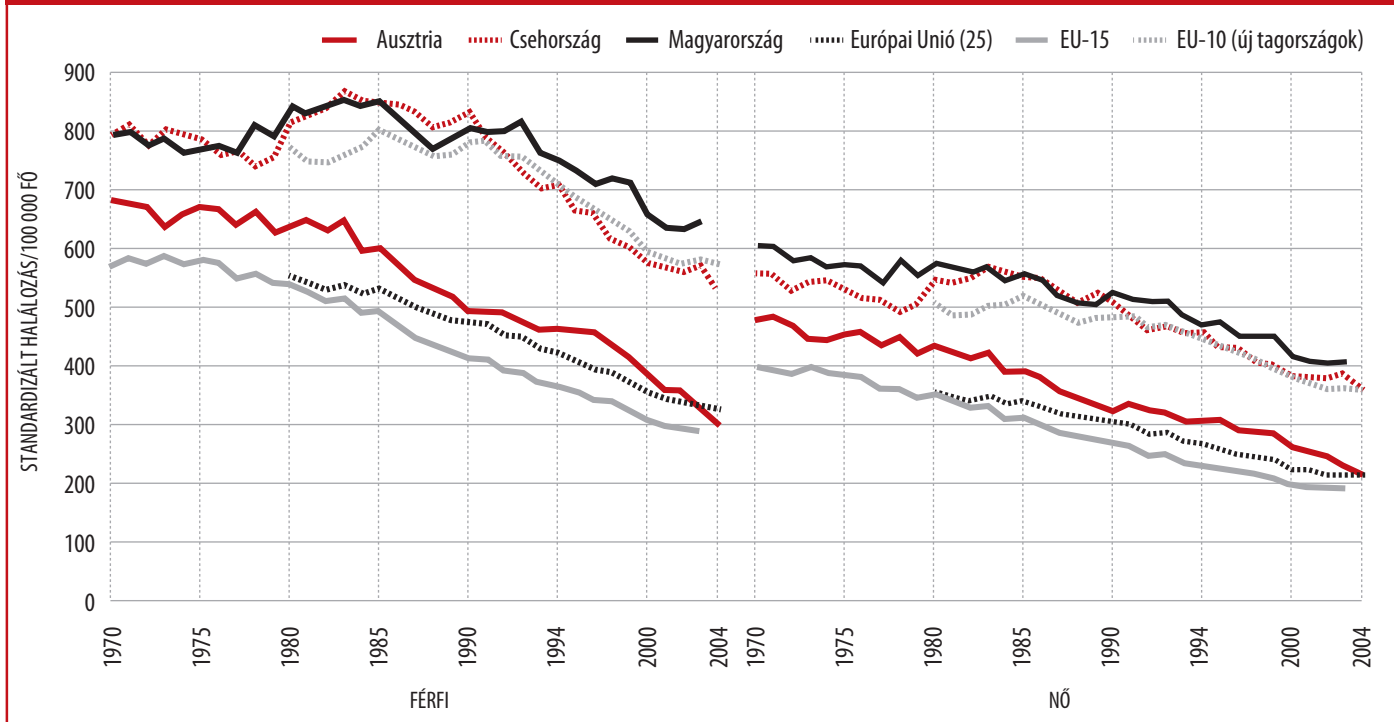
Az EUROASPIRE II. (3) vizsgálatban lényeges javulást nem észleltek a rizikófaktorok szempontjából, azonban a gyógyszeres kezelésben már némi javulás mutatkozott az EUROASPIRE I. vizsgálatához képest (a betegek mintegy 60%-a szedett statint, 50%-a ACE-gátlót, 70%-a béta-blokkolót és 84%-a aszpirint).

A közelmúltban befejezett EUROASPIRE III. (4) vizsgálat szerint további javulás észlelhető az anti-trombocita szerek (93%), a béta-blokkolók (86%), az ACE-inhibitorok/ARB-k (75%) és a statinok (87%) használatában, azonban nincs változás a dohányzás prevalenciájában (18%) és folytatódik a kedvezőtlen trend az obezitás (38%) és a centrális obezitás (55%) prevalenciájában is. Nincs változás a vérnyomáskontrollban, az antihipertenzív szerek növekvő alkalmazása ellenére sem: a betegek 61%-a a terápiás célérték (vérnyomás <140/90 Hgmm) felett van. A lipidkontroll javult ugyan a nagyobb

1. táblázat.

	primer	szekunder
aszpirin	Férfi és cv. kockázat igen	
Nő csak ha > 75 év	igen	
ACE	igen	igen
Béta-blokkoló	Nem adunk	igen
statin	Diabétesz vagy gyulladás esetén	igen
Életmód-változtatás (dohányzás, fizikai mozgás, diéta stb.)	Költség megtakarítás	Költség megtakarítás

1. ábra. Keringési rendszer betegségei miatti halálozás, 1970–2004 (forrás: WHO HFA Database, 2006)



statinhasználatnak köszönhetően, de a betegek 42%-a még mindig a terápiás célérték (összkoleszterin <4,5 mmol/l) felett van. Növekszik a diabétesz prevalenciája (28%) és romlik a terápiás kontroll (93% a terápiás célérték [$<6,1$ mmol/l] felett van). A koszorúérbetegeknek csak 31%-a kerül be a rehabilitációs programokba.

A kardiovaszkuláris rehabilitációs programok (7–11)

Az akut miokardiális infarktus (AMI) korai diagnosztikája és kezelése az utóbbi évtizedben jelentős fejlődésen ment át a koronáriaörzök bevezetése, a reperfüziós technikák általánossá válása és a korszerű gyógyszeres kezelés (aszpirin, ACE-gátlók, béta-blokkolók, statinok) elterjedése következtében. Ennek hatására jelentősen csökkent a kórházon belüli és késői mortalitás, azonban az akut szakot túlélő és a kórházból távozó betegek rizikója egy újabb kardiovaszkuláris esemény kialakulására továbbra is nagyobb, mint az átlagpopulációé. Különösen fokozott a veszély akkor, ha az infarktus létrejöttében szerepet játszó rizikófaktorok változatlanul fennállnak az infarktust követően is, vagy ha a beteg nem részesül a bizonyítottan kedvező hatású prevenció gyógyszeres kezelésben és kardiológiai rehabilitációban.

A hatékony, de ugyanakkor igen költséges akut ellátás sikere is csak akkor lehet tartós, ha a beteg megfelelő és hosszú távú (legtöbbször az élet végéig tartó) szekunder prevenció stratégiában részesül, amelynek célja az újabb infarktus és a késői szövődmények (pl. szívelégtelenség) elkerülése, végső soron a túlélés javítása. A posztinfarktusos betegek hosszú távú túlélése javításának jelenleg a legfontosabb és leghatékonyabb szempontjából is a leghatékonyabb módja a nagy klinikai tanulmányok eredményeire alapozott szekunder prevenció stratégia alkalmazása. A felmérések szerint jelenleg ez a tevékenység világszerte elmarad a kívánatostól, a klinikai tanulmányokból származó eredmények a mindenna-

pi gyakorlatba csak lassan kerülnek át, és ma még sok beteg nem részesül az optimális szekunder prevenció kezelésben és a kardiológiai rehabilitációban.

Egy hatékony, nem kellően kihasznált módszer: az ambuláns kardiológiai rehabilitáció

Napjainkra a szívbetegségek kezelése gyökeresen átalakult. Olyan azonnali segítséget nyújtó gyógyítási módszereink vannak, melyek révén a korábban hetekig életveszélyt majd végleges megrokkantást okozó betegségek és műtétek egy négyéjszakás kalanddá változtak. Az akut ellátást követően a betegek olyannyira egészségeseknek érzik magukat, és olyannyira csekély kórházi behatás éri őket, hogy pszichés öngyógyító mechanizmusaik néhány nap alatt letörlik a kellemetlen emlékeket. Ettől kezdve belsőleg tagadják a betegséget, a hibás életmódot, azt a zsákutcát, amibe kerültek, és amibe visszakerülnek rövid idő alatt.

Az előző század gyógyítási lehetőségei hatalmas fekvőbeteg szívgyógyászati rehabilitációs intézményeket tettek szükségessé. Itt három hetes, klasszikus kórházi feltételek között történnek a kezeléseket, oktatásokat, az otthonról távol, betegként, saját életükből átmenetileg kivaszítottként, szenvedő páriaként. Itt a betegek nagyobb része a rehabilitációs kórház átvészelésére rendezkedik be, titokban kiszöködve a környékbeli talponállókba. Nem vagy csak kevesek számára lesz valódi életmódváltási, „átnevelési” mérföldkő a fekvő-rehabilitáció. Gyorsan felejtendő emlék annál inkább.

Pedig a mai, sikeres műtéti és gyógyszeres eljárások az életmódváltás nélkül csekély eredménnyel kecsegtetnek, csak az idő kerekét forgatják vissza átmenetileg. A kardiovaszkuláris betegségek döntő többsége életmódi eredetű, az inaktív, dohányos, stresszes, túlsúlyos, rosszul beállított hipertóniás emberek betegségei ezek. Különösen a fiatal, munkaképes korosztályok nyerhetnek, nyerhetnének évtizedes életelönyt,

ha erre az életmódváltásra rá lehetne őket szorítani, rá lehetne venni valahogy.

Erre azonban a saját életükbe visszatérve, a saját egészségük, a saját testük épségét értéként tekintve van egyedül esély.

Az ambuláns kardiológiai tréningprogramok gerince a csoportos fizikai edzés, a betegteam. Azonos nyomorúságban szenvedő, azonos eseményeket átvészelt emberek együtt fedezik fel a közös fizikai edzést, a fokozatosan növekvő, ébredő erejük feletti örömet, a rivalizálást. Ebben a közegben végzett életmódi, dohányzás ellenes, diétás, pszichés oktatás, képzés gyökeret verhet és valódi életmód-módosítást eredményezhet.

Ehhez legkevesebb négy hónapos, minimum heti 2 edzést tartalmazó, lehetőleg már munka mellett végzett program szükséges, igen képzett gyógytornásszal, dietetikussal, pszichológussal, ismételt kardiológiai kontrollal, terheléses vizsgálatokkal, tréningpulzus megállapításával.

Ez a módszer nyugat-európai tapasztalatok szerint sokkal olcsóbb, sokkal eredményesebb, és persze sokkal emberibb, mint a fekvőbeteg-intézményi rehabilitáció.

Hazánkban az ambuláns rehabilitáció nincsen finanszírozva, bimbóit buzgón nyesegetik le a nagyhatalmú intézményi rehabilitátorok. Néhány megszállott végzi mindössze.

Költséghatékonyság

Ehhez a ponthoz érve a gyógyító orvos ismeretei, nemkülönben indíttatása drámai zuhanórepülésbe váltanak. Egy orvos számára nem ismert, nem megkívánt a költséghatékonyságra törekvés sem jelentésében, sem elemeiben, sem pedig a konkrét adott orvosi aktivitás vonatkozásában. Továbbá az orvosi gondolkodás alapvető pillére, hogy tégy meg mindent a betegért, amit csak a tudomány és a Te tudásod és lehetőség megenged. Úgysem Te fizeted, fizeti majd a beteg, vagy a társadalom. Vagy egyre többször: senki sem. Egy idő után pedig még azt sem fizeti ki senki, ami tényleg olcsó és életmentő, például a vakbélműtét vagy a penicillin. Már ha nem kezdünk el költséghatékonyságra gondolva gyógyítani. A tudomány és az ipar hatalma csaknem határtalan, bőven lesz motivációnk és mentális muníciónk a nem költséghatékony tevékenységekre is.

Ami a keringési betegségek megelőzését illeti, szerencsére jól ismert az egyes, már említett prevenciós módszerek hatékonysága (12–15). Egy táblázatban a következőképpen foglalhatóak össze ezen ismeretek (1. táblázat).

Hivatkozások

1. WHO HFA Database 2006.
2. EUROASPIRE STUDY GROUP. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *Eur Heart J* 1997; 18: 1569–1582.
3. EUROASPIRE II STUDY GROUP. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results. *Eur Heart J* 2001; 22: 554–572.
4. Euro Heart Survey Programme. Time trends in lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients 1995–2007. Presented by D.A. Wood on behalf of the Survey Expert Committee and all investigators participating in the Euro Heart Survey on Preventive Cardiology. ESC Congress, Vienna, September 2007.
5. European guidelines on cardiovascular disease prevention: 4th Joint Task Force of European Society of Cardiology and Other Societies and on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Cardiovasc Prev and Rehab.* 2007; 14 (Supp 2): E1–E40.
6. Czuriga I, Kancz S, Karlócai K, Zámolyi K.: A kardiovaszkuláris betegségek megelőzése a napi orvosi gyakorlatban. A Kardiológiai Szakmai Kollégium irányelve. Kardiológiai Útmutató. Medition kiadó, Budapest, 2009. III. kötet: 8–24.
7. Bokor Péter dr., Duba Jenő dr., Gara Imre dr., Hoffmann Artúr dr., Jánosi András dr., Kökény Mihály dr. Javaslat az ambuláns kardiológiai rehabilitáció szervezésére. *Rehabilitáció*, 1991. 1. évf. 2. sz.
8. Berényi István dr., Gara Imre dr., Hoffmann Artúr dr., Kende Mihály dr., Kéthelyi Judit dr., Sándori Klára dr., Szász Károly dr., Tahy Ádám dr., Veress Gábor dr. A kardiológia rehabilitáció szakmai és szervezeti irányelvei (feltétel- és követelményrendszer). *Orvosi Hetilap* 138. évf. (1997) 33. sz.
9. Gara Imre dr., Quo vadis rehabilitatio hungarica cardiologica? *Rehabilitáció*. 2006. 16. évf. 3. sz.
10. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja „Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja”. Készítette a Kardiológiai Szakmai Kollégium <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/kardiologia> Egészségügyi Közlöny 2006. év 5. szám 2. kötet CD melléklet
11. A Nemzeti Egészségügyi Tanács állásfoglalása a „Szív és érrendszeri megbetegedések megelőzésének és gyógyításának nemzeti programjáról” <http://www.eum.hu/nemzetkozi-kapcsolatok/nemzeti-egeszsegugyi/nemzeti-egeszsegugyi>
12. J. P. Greving: Cost-Effectiveness of Aspirin Treatment in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease Events in Subgroups Based on Age, Gender, and Varying Cardiovascular Risk Circulation. 2008doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.735340
13. Heeg B, Damen J, Van Hout B.: Oral Antiplatelet Therapy in Secondary Prevention of Cardiovascular Events: An Assessment from the Payer's Perspective *Pharmacoeconomics*. 2007;25(12):1063–82
14. Oscar H. Franco, Arno J. der Kinderen, Chris De Laet, Anna Peeters and Luc Bonneux: Primary prevention of cardiovascular disease: Cost-effectiveness comparison *International journal of technology assessment in health care* 2007, vol. 23, no1, pp. 71–79
15. Raikou M, McGuire A, Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, Charlton-Menys V, Fuller JH; CARDS Investigators: Cost-effectiveness of primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes: results from the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS) *Diabetologia*. 2007 Apr;50(4):733–40

A szerző a MH Honvédkórház Kardiológiai Osztályának vezetője.

A háziiorvosi munka nehézségei

A háziorvosok diagnosztikus lehetőségei, képzettsége és munkafeltételei határozzák meg az alapellátás minőségét, s ezen belül a betegségmegelőzési tevékenységet is. Az alábbiakban azokkal a tényezőkkel foglalkozunk, melyek leginkább akadályozzák a háziorvos gyógyító-megelőző munkáját.

■ dr. Horváth Andrea

A magyar egészségügy jelenlegi nehéz helyzetében az egyik lehetőség az olyan irányú racionalizálás, amelyben az alapellátás keretei között kerül sor számos olyan preventív, diagnosztikus és terápiás tevékenységre, melyek miatt a magyar háziorvosnak – nyugat-európai kollégáitól eltérően – egyelőre még szakrendelésekre, sőt kórházba kell utalnia betegét. Mindehhez azonban növelni kellene a háziorvosok lehetőségét, kompetenciáját a gyógyító-megelőző munkában. Az alábbiakban néhány olyan szempontra térünk ki, melyek igencsak megnehezítik a háziorvosok munkáját, s ennél fogva megkeserítik ide-oda küldözgetett betegek életét is.

Szakmai szempontok

Hideg zuhanyként éri az alapellátásba kerülő, olykor több szakvizsgálattal rendelkező és kórházban sok évet eltöltött orvosokat az, hogy hirtelen elveszítik minden olyan jogosítványukat, amellyel eddig rendelkeztek. Nem utalhatják betegeiket bizonyos diagnosztikus vizsgálatokra, nem írhatnak fel egyes gyógyszereket, sőt még preventív tevékenységük elé is akadályokat gördítenek. Érthetetlen például, hogy miért nem kérhet háziorvos pl. osteodensitometriás vizsgálatot, amikor amúgy is csak kétevente küldhető a beteg e vizsgálatra? Felesleges kórházi beutalásokhoz vezet, és egyáltalán nem költséghatékony, valamint sok esetben lehetetlenné teszi az akut diagnosztikát pl. az is, hogy nem kezdeményezhet D-dimer, troponin stb. vizsgálatot. Méltatlan, és hatékonyság romboló, hogy egyes gyógyszerek felírásához

szakrendelésen vagy kórházban dolgozó, jóval fiatalabb (esetleg rezidens) kollégától kell „engedélyt” kérni. A háziorvosnak nincs lehetősége szakképesítésének megfelelően, definitíve ellátni a betegét, a jelenlegi megszorítások rákényszerítik, hogy más orvoshoz utalja tovább. Ugyanakkor, a néhány éve bevezetett indikátor-rendszeren keresztül az OEP bünteti a továbbutalásokat.

A kényszerű továbbutalások következménye a háziorvos presztízsének csorbulása, a beteg bizalmának elvesztése. A beteg tehát elindul, hogy „magánúton”, szakrendeléseken vagy kórházban dolgozó orvost keressen. Ez természetesen párhuzamos vizsgálatokhoz vezet, követhetlenné válik a beteg útja, és rengeteg plusz költséget jelent az OEP számára. A fenti okokból sérült orvos-beteg kapcsolat miatt a háziorvosnak kevés lehetősége van arra, hogy az amúgy is vonakodó betegeket rávegye: törődjenek egészségükkel, vessék alá magukat a szűrővizsgálatoknak, vagy változtassanak ülő életmódjukon. Emiatt mind a megelőzés, mind a korai felismerés rosszabb hatásfokú, mint optimálisan lehetne.

Munkafeltételek

Hiába dolgozik vállalkozás keretében, a háziorvos teljesen kiszolgáltatott a munkakörülményeire. Ha az önkormányzat anyagi nehézségekkel küzd, a törvényi kötelezettségek ellenére olykor csak igen siralmas körülményeket tud biztosítani az alapellátás számára. A háziorvos viszont a későbbiekben részletezendő finanszírozási problémák miatt nem képes a rendelő karbantartására, sőt még azt is nehezen tudja kigazdálkodni, hogy az alapvetően fontos és az ÁNTSZ által előírt műszereket beszeresse. Holott, ha jól felszerelt rendelőben, helyben tudná ellátni betegét, több megelőző vizsgálatra, illetve korai diagnosztikára volna lehetőség.

Itt meg kell említenünk a közelmúltban az OEP által biztosított eszköztámogatást, mely 1,5 millió forint értékben teszi lehetővé a rendelő felszereléséhez szükséges műszerek beszerzését. Ez óriási lehetőség a megelőzés, a diagnosztika és betegellátás minőségének javítására, amit minden háziorvosnak ki kellene használnia. Mivel azonban ez az összeg három év alatt jut el a háziorvosokhoz, sajnos az idősebb kollégák – akik talán már árulják is praxisukat – nem mindig veszik igénybe ezt az egyedülálló lehetőséget.

Ki kell emelnünk az adminisztrációs terheket is, melyek igen csak megkurtítják a betegellátásra fordítható időt, pedig az

1. táblázat. A magyar és német háziorvos munkájának összehasonlítása

Háziorvos	Magyar	Német
Működési engedély megszerzése	viszonylag könnyű	nehéz
Képzettség	változó	magasan kvalifikált
Egyéb szakvizsga	nem használhatja	használhatja, sőt támogatott
Szakmai mozgástér	erősen korlátozott	szabad (bármely vizsgálatot kérhet)
		– pl. coronarographiát is
Rendelő felszereltsége	változó EKG?	EKG, terheléses EKG, labor, Rtg, UH, infúziós szoba, kisműtő
Preventív tevékenység	önállóan kevés lehetőség	saját hatáskörben minden lehetőség adott
Finanszírozás módja	kártyapénz	Eseti (tartományi szintű felső korláttal)

egészséges életmódra nevelés, a helytelen szokások megváltoztatása sok megbeszélést, konzultációt igényelne.

Nem könnyű a megfelelő asszisztencia biztosítása sem. Igen nehéz olyan asszisztensőt találni, akinek anyagi helyzete megengedi, hogy saját gépkocsi álljon rendelkezésére egész nap – enélkül ugyanis lehetetlen ellátni a feladatát. Mivel a háziorvos ehhez anyagi támogatást nem tud adni, az ilyen munkaerőt nyilvánvalóan anyagilag is meg kell/kellene becsülni.

Finanszírozás

Természetesen manapság bárki panaszkodhatna az anyagi megbecsülés hiányáról, de vizsgáljuk meg közelebbről, hogy a háziorvosok finanszírozásáról a médiában megjelenő „vérlázító” információk valójában milyen összeget jelentenek.

Az átlag finanszírozás havi 780–800 ezer Ft, ami valóban soknak tűnik, de mire költi ezt egy háziorvos? Íme, egy példa:

- Bér és járulékok: 532 ezer Ft (ez nettó 158 ezer Ft orvosi és nettó 130 ezer Ft ápolónői fizetést jelent, a többi járulék!)
- Rendelő fenntartása: minimum 95 ezer Ft, de inkább több (közüzemi díjak, vezetékes és mobiltelefonok, internet, számítógépes program, patronok, gyógyszerek, tesztanyagok, stb.)
- Benzin kb. 50 ezer Ft, könyvelés: 25 ezer Ft

Amint látják, minden hónap első napjaiban 702 ezer Ft ment el úgy, hogy ebből az orvosi fizetés 158 Ft! Ezután jönnek a soron kívüli javítások, felszerelés vásárlás, illetve az adók (szakképzési hozzájárulás, különadó, iparűzési adó, társasági adó, gépjárműadó, osztalékadó).

Kérdés, hogyan lehet ezek után egy üzemképes autót vásárolni és fenntartani? Hogyan lehet a rendelőt frissen festve, jó állapotban tartani? És valóban olyan irigylésre méltó egy háziorvos jövedelme?

A finanszírozással kapcsolatosan zárójelben megjegyzendő az is, hogy az érvénytelen TAJ kártyával rendelkező betegek ellátásáért kártyapénz nem jár. Óriási nehézségei vannak ennél fogva azoknak a kollégáknak, akiknek körzetében sok a munkanélküli.

Egy nyugat-európai példa

Minden orvos tisztában van a magyar és a nyugat-európai egészségügy helyzetének különbözőségeivel. Tekintettel azonban arra, hogy e cikk szerzője néhány évig egy németországi (Niedersachsen) háziorvosi praxisban dolgozott, engedjenek meg egy rövid, csupán néhány szempontra kiterjedő összehasonlítást (1. táblázat).

Röviden összefoglalva: Németországban az itteni helyzethez viszonyítva jóval nehezebben adnak ki működési engedélyt, mivel az az álláspont, hogy az önálló, kontroll nélkül végzett munka sokkal nagyobb felelősséggel jár. Persze meg is tudják szűrni a jelentkezőket, mivel egy önálló praxis az orvostársadalomban igen magas presztízsű munkát jelent. A képzéshez szükséges gyakorlati idő viszont hosszú, és ott bizony nem adnak ki úgy „igazolásokat” az eltöltött gyakorlatról, hogy az valójában nem történt meg. Sem az orvosnak, sem a betegnek nem érdeke, hogy az orvos esetleg akkor lásson először bizonyos kórképeket, amikor már senkitől sem tud tanácsot kérni. Tehát a „Zulassung”-ot (engedélyt) nehéz megkapni. Ha azonban az orvos megkapta, akkor jól felszerelt rendelőjében számos szűrő- és diagnosztikai vizsgálatot végez, ezért igen kevés beteget és

csak célzottan utal tovább. A röntgen-, és UH vizsgálatokat saját rendelőjében végzi. A háziorvos által elvégzett terheléses EKG pozitív lelete és előkészítés alapján például azonnal fogadják a beteget coronarographiás vizsgálatra. Természetesen van Németországban is megkötés: egy három hónapos periódus alatt meghatározott mennyiségben kérhet labor- vagy CT-, MRI-, illetve izotópvizsgálatokat. E kereten belül viszont szabad kezét kap, a betegbiztosítók pedig nagyvonalúak, különben elveszítenék betegeiket. Ha pedig a háziorvos egyéb szakvizsgákkal is rendelkezik, akkor végezhet például gasztroenterológiai vagy bármely egyéb vizsgálatot, akár kollégái betegei számára is, ezt a betegbiztosító szívesen finanszírozza, mivel nem kell ide-oda utaztatni a pácienseket.

Magyar szemmel tehát irigylésre méltó a német háziorvos gyógyító-megelőző tevékenységének szabadsága – kérdés, mikor érhetik el mindezt a magyar háziorvosok?

Külön szeretnék kitérni a finanszírozás módjára. Németországban eseti finanszírozást adnak, tehát minden egyes vizsgálatot külön finanszíroz a betegbiztosító. A társadalombiztosítási alappal szerződött orvosok finanszírozása relatív fee-for-service rendszer alapján történik. A finanszírozás regionális szinten korlátos: ha az adott régióban a tervezett teljesítményt túllépik az orvosok, a következő negyedévben csökken az egy teljesítménypont pénzbeli értéke. Mind a háziorvosnak, mind a betegnek az az érdeke tehát, hogy megtörténjenek a szükséges preventív, illetve korai felismerést célzó vizsgálatok! Ezt a szemléletet tükrözi az új indikátor-rendszer is, mely jutalmazza a háziorvost, ha bizonyos megelőző vizsgálatokat elvégez.

Javaslatok

A fentiek alapján a következő javaslatokat szeretném tenni:

- A háziorvosi szakvizsga belgyógyászati szakvizsgára épített szakképesítés legyen, és tartalmazzon sebészeti és egyéb szakmákban eltöltendő gyakorlati időt.
- A háziorvost ne fosszák meg egyéb szakképesítéseihez társuló jogaitól és lehetőségeitől, a definitív betegellátás és a rendszer hatékonysága érdekében.
- A minőségi indikátorok alapján történő finanszírozás jó kezdeményezés, de a betegek érdekében ennek mielőbbi átdolgozása szükséges, kiemelt figyelmet fordítva a megelőzés és a korai betegség-felismerés elismerésére.
- A háziorvoslás feltételrendszerét úgy kell meghatározni, hogy az térben és időben is lehetőséget biztosítson a megelőzésre, az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek átadására.

Hivatkozás

1. *Az orvosok regionális szövetségei megállapodnak a biztosítókkal az adott évi finanszírozási keretben, amit az orvos-szövetségek osztanak tovább a hozzájuk tartozó orvosok között, a beavatkozásokra vonatkozó pontrendszer alapján. Egy teljesítménypont pénzbeli értékét negyedévente határozzák meg az éves keret és az előző negyedévben az orvosok által teljesített összes teljesítménypont alapján. (Elveiben hasonló rendszer működött Magyarországon is 1993 után a járóbeteg-szakellátás finanszírozásában.)*

A szerző háziorvos, Budapest XXII. kerület

Egy gyógyító intézet innovatív szerepvállalása a népegészségügy területén

„Mit keres egy kórház a népegészségügy területén?” – tehetnék és teszik is fel sokan a kérdést, mióta a Kaposi Mór Oktató Kórház egyre több prevenciós programot indít a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében. Miért van szükség rá, hogy kórházként bekapcsolódjunk a prevenciós tevékenységekbe, amikor – elvileg – a népegészségügy, azon belül a prevenció, főként az alapellátás feladata? A válasz rendkívül egyszerű és gyakorlatias: a magyar lakosság egészségi állapota romokban hever. [1, 2, 3]

■ dr. Szörényiné Ványi Gabriella, dr. Moizs Mariann, prof. dr. Repa Imre

A magyar valóság

Az elmúlt húsz évben a rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozásban nem történt jelentős javulás. Ez a szomszédos országokhoz viszonyítva 1,3-szoros-kétszeres halálozási többletet jelent. A legriasztóbb adat azonban az, hogy a légcső-, hörgő- és tüdőrák miatti halálozásban 215%-os növekedést mutatott ki az egyik felmérés. [1]

A szervezett, célzott népegészségügyi emlőszűrésen az országos adatok alapján csupán a célcsoport 40–50%-a vesz részt, szemben a WHO által elvárt 70%-os részvételi aránnyal. [4]

Somogy megyében a 2002. évi 60%-os megjelenési arányhoz képest 2009-ben már csak a célcsoport 41%-a vett részt az emlőrákszűrésen.

A méhnyakrák-szűrésen való részvételi arányok még ennél is rosszabbak: a jelenlegi szűrési rendszerben az OEP adatrögzítése szerint a célcsoport mindössze 5%-a vesz részt, de más számítások szerint a tényleges átszűrtség kb. 30%-os lehet. A szűrési meghívó nélkül azonban ezek az adatok nem kerülnek be a rendszerbe. Az ÁNTSZ adatai és a becslések alapján, Magyarországon nagyjából 1,2 millió nő soha sem, vagy csak rendkívül ritkán vesz részt a méhnyakrák-szűrésen. [5]

A betegek egyre később és egyre elhanyagoltabb állapotban fordulnak orvoshoz, amikor már sokkal nehezebb javulást elérni, és a gyógyítás költségei is sokkal magasabbak.

Nem csak a daganatos betegségek miatti halálozás terén állunk rosszul, hanem a másik nagy népegészségügyi célkitűzésben [6], a szív- és érrendszeri betegségek miatti halálozás csökkentésében sem sikerült számottevő javulást elérni.

A munkaképes korú, aktív lakosság több mint egyharmada szenved kardio-metabolikus szindrómában, amely magában foglalja a magas vérnyomást, a cukorbetegséget és a zsíryanycsere zavarát.

Az ilyen betegek egynegyede nem kap semmilyen kezelést, a kezelésben részesülőknél pedig 50%-ban eredménytelen a terápia. A cukorbetegségeknél a testsúlycsökkentés szinte eredménytelen, 60%-uk elhízott, 90%-uknak pedig az alapbetegség mellett magasvérnyomás-betegsége is van. A kezelt betegek 40%-ánál nem sikerül a vércukorszintet a megfelelő szintre csökkenteni, amely így csak tovább fokozza a súlyos szövődmények kialakulásának kockázatát. [2, 3]

S bár a kórházak alapfeladata a gyógyítás, a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében cselekednünk kellett.

165 éves kórházunk életében a gyógyítás mellett mindig is jelen volt a prevenció, kezdve a család és növédelemtől a csecsemő és kisgyermekgondozáson át a kialakult betegségek állapotjavítását célzó egészségnevelésig.

Ahhoz azonban, hogy a kialakult helyzetben hatékonyan és eredményesen tudjunk cselekedni, és az eredményeink mérhetőek, nyomon követhetőek legyenek, innovatív stratégiai fejlesztésre volt szükség.

Az innovatív fejlesztések

1. Prevenciós és Egészségfejlesztési Iroda kialakítása

2008 decemberében kórházunkban kialakítottuk a Prevenciós és Egészségfejlesztési Irodát (továbbiakban: PREFI). A PREFI stratégiailag átgondolt, szakmailag és gazdaságilag jól előkészített döntés eredményeképpen kezdte meg működését, elsőként és eddig egyedülállóan a hazai kórházak között. [7, 8]

A PREFI kialakításának előkészítésekor feltételeztük, hogy: – a kórházak sokkal többet és hatékonyabban lennének képesek tenni a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében, mint azt a jelenlegi egészségügyi és finanszírozási rendszer lehetővé teszi;

- társadalmi összefogással és kórházi háttérrel sikeres prevenciós programokat lehet megvalósítani,
- a kórházaknak fontosabb szerepük van a népegészségügyi rendszerben, mint amilyet jelenleg betöltenek.

A PREFI fő feladatai:

- A lakosság részvételi arányának növelése a népegészségügyi szűrővizsgálatokon,
- Prevenciós programok kidolgozása és megvalósítása a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében,
- Kapcsolattartás a prevencióban érintett szakmai szervezetek, az alapellátás, a lakosság és a kórház között.

2. Komplex módon végzett népegészségügyi szűrőprogram

A szervezett szűrés vagy másképp népegészségügyi szervezett szűrés jellemzője, hogy nagy lakosságcsoportra terjed, az egészségügyi ellátó rendszer kezdeményezi, és behívási rendszeren alapul. Hazánkban jelenleg két ilyen szűrés létezik, a 45–65 éves korosztályú nők részére a két évente történő emlőrák szűrés, és a 25–65 év közötti nők részére – egy negatív lelet után – három évente végzett nőgyógyászati rákszűrés és citológiai kenetvétel. [9]

A vastag- és végbélrák szűrés népegészségügyi szűrőként való bevezetésére ugyan történtek kísérletek, de az elmúlt tíz évben gyakorlatilag semmit nem sikerült előrelépni, ahogy a szájüregi rákszűrés tekintetében sem. [10]

A fenti szervezett szűrések mellett, az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok közül a 40 év felettiek évente egyszer elvégzett tüdőszűrésére van lehetőség a szakellátásban. [11]

A Kaposi Mór Oktató Kórház ezért 2009 áprilisában elindította a komplex módon végzett népegészségügyi szűrőprogramot, melynek lényege, hogy a két népegészségügyi szűrővizsgálatot és az életkorhoz kötött térítésmentes tüdőszűrés lehetőségét egy napon, egy időben biztosítjuk a szervezett keretek között érkező, 45 és 65 év közötti nők csoportjai részére.

A programba bekerült valamennyi Somogy megyei település, aminek a hátrányos helyzetű települések szempontjából van óriási jelentősége.

Egy korábbi vizsgálat eredményei alapján bizonyított, hogy a komplex módon végzett szűrésekkel jelentősen megnövelhető a lakosság részvételi aránya a szűréseken, a program leegyszerűsíti a betegutakat, nyomon követhetővé válik a betegellátás a szűréstől a gyógyításig. [8]

A program első két évében nagy hangsúlyt fektettünk a szűrésben érintettekkel való kapcsolat kiépítésére az akkori ÁNTSZ (ma Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv) bevonásától kezdve a háziorvosi-, védőnői hálózattal és az onkormányzatokkal való együttműködés kialakításáig.

Rövid idő alatt nagy eredményeket értünk el; több ezer nőt tudtunk bevonni az emlőrák szűrés mellett a tüdőszűrésbe és nőgyógyászati rákszűrésbe [7, 8], azonban a program hatékonysága és eredményessége most, a program második ciklusában mutatkozik meg jelentősen.

A legfrissebb eredményeik

- A komplex szűrésbe mind a 245 Somogy megyei települést sikerült bevonni.
- 188 háziorvossal, asszisztensnőkkel és a szorosan velük együttműködő védőnői hálózattal sikerült szoros kapcsolatot kialakítanunk.

- Éves szinten több mint 2000 nőt sikerül bevonnunk a nőgyógyászati rákszűrésbe, a vizsgáltak 20%-a kerül további ellátásra nőgyógyászati kórképek miatt, illetve 4%-uk kóros citológiai lelet miatt.
- Éves szinten több mint 3000 nőt sikerül bevonnunk a tüdőszűrésbe.
- Az említett nagyszámú szűrések jelentősége, hogy a nők többsége nem vett volna részt, illetve nem tudott volna részt venni rajtuk, ha nem ilyen csoportosan szervezett módon biztosítjuk számukra a szűréseket. [8]
- A mammográfiás emlőrákszűrésen való részvétel százalékos összértékben való megemelkedésének értékelését a második ciklus végén tudjuk elvégezni, azonban már most érzékelhető, hogy a programban második alkalommal résztvevő településekről 20–50%-ban megnövekedett létszámban érkeznek a nők a komplex szűrésre, s ezen belül a mammográfiás emlőrákszűrésre.

3. Egészséges életmód program a mozgásszegény életmódból és elhízásból adódó betegségek megelőzésére és állapotjavítására

Nem kisebb célt tűztünk ki magunk elé, mint hogy Kaposvár város összefogásával, kórházi egészségügyi háttérrel, az alapellátással és az egészségügyben érintett valamennyi szereplővel együttműködve, támogatni tudjuk városunk, s a későbbiekben Somogy megye lakosságának egészségi állapot-javítását, egészségük megőrzését és egészségfejlesztésüket.

Hosszú távon célunk, hogy a lakosság egészségi állapotának javulása által csökkenjen az egészségtelen életmóddal összefüggésbe hozható korai, megelőzhető halálozás.

Jelenleg a program pilot-szakaszában tartunk.

A program célkitűzései:

- A mozgásszegény és helytelen életmódból adódó, megelőzhető betegségek rizikófaktorainak csökkentése.
- A kardiovaszkuláris, az anyagcsere, a daganatos, és a mozgásszervi megbetegedések megelőzése,
- A már kialakult betegségekben az állapotjavítás támogatása.
- A Programban résztvevők körében növelni a népegészségügyi szűréseken való megjelenések arányát.
- Egészségtudatos gondolkodásmód elterjesztése városunkban, megyénkben.
- Közösségformáló, közösséget erősítő, értékteremtő szerep felvállalása városunkban és megyénkben.

A program keretein belül a Kórház Prevenciós és Egészségfejlesztési Irodájában életmód-gondozást, egyfajta health-coaching-ot biztosítunk a lakosság számára, melynek része az egészségi állapotfelmérés, az életmódi tanácsadás, az étrendi és mozgás-tanácsadás, a rendszeres, térítésmentes mozgáslehetőségek biztosítása, rendszeres kontroll, és szükség esetén pszichológus biztosítása a programhoz csatlakozók számára.

Egészségnapokat, életmód-programokat szervezünk a csatlakozott tagok, családtagjaik és az érdeklődők számára.

A résztvevők egyénileg, illetve háziorvosuk vagy szakorvosuk javaslatára tudnak jelentkezni a programba. A résztvevőinket jellemzi, hogy családtagjaikkal (házaspárok, szülő a gyermekével, testvérek), baráti vagy munkahelyi társaságuk-

kal együtt jelentkeznek a programba, ami nagymértékben növeli a kitartásukat.

A program eddigi eredményei:

- a programhoz eddig több mint 700 résztvevő csatlakozott (2010. június 6. és 2011. november 9. között),
- jelenleg 627 aktív résztvevő gondozását végezzük (2011. november 9-i adat),
- heti 11 alkalommal biztosítunk térítésmentes tornát a résztvevők számára, amelyhez Kaposvár várostól és a városban lévő nagyobb intézményektől kapunk térítésmentes teremhasználati lehetőséget,
- a résztvevők 85%-ánál sikerült életmód-beli változtatásokat elérni, mind az étrend, mind a mozgás terén,
- a kaposvári háziorvosok egyre nagyobb körben és egyre nagyobb létszámban küldik hozzánk a betegeiket, továbbá
- a szakorvosi ellátás széles területéről, a belgyógyásztól a szülészet-nőgyógyászon, pszichiátrián keresztül a sebészetig egyre több szakorvos küldi hozzánk a betegeit a terápia részeként.
- Az összesített eredmények alapján a program résztvevői eddig több mint 1,1 tonna zsírfelüleltől szabadultak meg, de a legnagyobb eredményeket az egyéni sikerek jelentik, amely a vércukorszint normalizálódásában, az inzulinigény csökkentésében, a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek adagjának csökkentésében és a résztvevőink szubjektív egészségi állapot-megítélésében mérhető.

A program gazdasági szempontok alapján való értékelése előkészítés alatt áll, egyebek mellett magában foglalja majd a gyógyszerfelhasználás, a táppénzen töltött napok száma, és az egyes betegségekben való felépülés időtartama értékelését is.

Milyen nehézségekkel, buktatókkal kell megküzdenünk? A sikertörténet árnyoldalai

A Kaposi Mór Oktató Kórház a súlyos gazdasági és szabályozási nehézségek ellenére vállalt szerepet a prevenciós feladatokban, és teszi mindezt teljesen önerőből, és mindenféle támogatás vagy anyagi forrás nélkül.

Tudatában vagyunk, hogy a népegészségügyi szűrések gazdasági szempontból akkor költséghatékonyak egy ország számára, ha azon megfelelő létszámban (a WHO ajánlása alapján az emlőrák szűrésen ez a célcsoport 70%-át jelenti) vesznek részt a célcsoport tagjai, ezért korántsem dőlhetünk hátra, vagy lehetünk elégedettek az eredményekkel.

A szűrővizsgálatok területén rengeteg nehézséggel, a szabályozásban és finanszírozásban meglévő anomáliával [10] kell megküzdenünk, de ami a legnagyobb probléma a szakellátás számára, hogy míg a népegészségügyi szűrések nem esnek finanszírozási korlátozás alá, addig a szűrésen kiemelt ellátása intézményi szinten már finanszírozási korláttal sújtott. A szűrések tekintetében evidencia, hogy minél több embert szűrünk, annál több pozitív eredményt találunk, tehát meg-növekszik az ellátandók száma is.

Az egészséges életmód programban a legnagyobb nehézségünk, hogy olyan hatalmas nagy a szükséglet és az igény a program iránt, hogy elértük a kapacitásaink végét, s mind a szakemberek számát, mind a résztvevők számára biztosított programokat bővítenünk kellene, amire pályázati forrás, támogatás hiányában egyelőre nincs lehetőségünk.

A jelen és a jövő – folyamatos fejlesztés

Amiben biztosak vagyunk, hogy a megkezdett úton tovább kell haladnunk. Nekünk nem azt kell bizonyítani, hogy a szűrések egészség-gazdaságtani szempontból költséghatékonyak, hiszen azt a WHO-tól kezdve számos hazai tanulmány már vizsgálta. [12, 13] Az is ismert, hogy a „nemzetközi tapasztalatok és a hazai becslések alapján, a népegészségügyi szűrővizsgálatoktól – a működtetés 5–7. évétől – a célbetegségből származó halálozás mintegy 30%-os csökkenése várható, és pedig az emlőrák miatti halálozás 20%-kal, a méhnyakrák miatti halálozás 50%-kal, a kolorektális rák miatti halálozás 10%-kal csökkenhet.” [14] A mortalitás ilyen fokú csökkenése azonban csak akkor várható, ha a célcsoportokból megfelelő létszámban vesznek részt a szűréseken.

Ma már a költséghatékonyág mellett jóval inkább előtérbe kerül az a szemlélet, hogy „az egészségfejlesztés és betegség-megelőzés befektetés a humán tőkébe”, és célja az „egészség-nyereség elérése”. [15]

A jövő szempontjából ezért egyértelmű, hogy a szűrések szervezését és azokon a lakosság részvételi arányának növelését még tovább kell fokoznunk.

Az egészséges életmód program olyan szakaszához érkezett, ahol már azzal kell szembenéznünk, hogy a program jelentős népszerűsége hatalmas keresletet teremt. Hiánypótló mind a lakosság, mind az egészségügyi ellátás, mind a társadalom szempontjából. Ahhoz azonban, hogy eredményessége megmutatkozzon a morbiditási, mortalitási és gazdasági mutatókban, a jelenleginél sokkal több résztvevő ellátását kellene biztosítanunk, amelyhez már pályázati forrásra van szükség.

Javaslatok-gondolatok

Mikor lenne valóban gazdasági szempontból is költséghatékony PREFI-irodák kialakítása, a lakosság részvételi arányának növelése a szűrővizsgálatokon, vagy egészséges életmód programok indítása?

Abban az esetben, ha az egészségpolitika valóban fontosnak tartja a prevenciót. Ha nem csak beszélünk róla, hogy fontos a prevenció, hanem cselekszünk is, és ha megteremtjük azokat a jogszabályi és finanszírozási feltételeket, amelyek elengedhetetlenek a megvalósítás szempontjából:

- Feladatok és szerepek tisztázása (szervezés, végrehajtás, ellenőrzés)
- Egységes adatgyűjtés, adatbázis, nyomon követhetőség, értékelhetőség biztosítása: Egészség-obszervatórium(?), elektronikus TAJ kártya (?), naprakész és valid adatbázisok (?)
- A szűrésen kiemelt további kivizsgálásának és ellátásának finanszírozási korlát alóli feloldása
- Beteg-együttműködésen alapuló gyógyszerrendelési támogatási szintek
- Bónusz-malusz rendszer, kockázati besorolás, egyéni felelősség megjelenése (!)
- Kiegészítő egészségpénztárak (?)

Számtalan lehetőség és módszer áll rendelkezésünkre, amelyeket átgondoltan, összehangoltan, a szereplőknek együttműködve meg kellene valósítani.

Összefoglalás

Hisszük és valljuk az eltelt idő tapasztalatait, az adatok és eredmények birtokában, hogy a kórháznak kulcsszerepe lehet a népegészségügy területén. Hasonló Prevenációs és Egészségfejlesztési Irodák kialakításával – és hasonló módon való működtetésével –, rövid időn belül egy országos, minden szempontból hatékony népegészségügyi programot lehetne bevezetni, a jogszabályi és finanszírozási anomáliák rendezése után.

A megkezdett prevenációs tevékenységünket jellemzi, hogy két éve jól működő, egyre bővülő, de folyamatosan fejleszthető programok alkotják; az egészségfejlesztés szakemberek kezében van; romaprogramokhoz, ifjúsági és családi programokhoz kapcsolható, illetve az eddig megvalósult fejlesztésekkel összehozható, és teljes társadalmi összefogáson, együttműködésen alapul.

Javaslataink és programjaink megvalósítása egy uniós pályázati forrás esetén biztonságos, de egyben eredményes átmenet lehetne a prevenáció beépítéséhez a társadalombiztosítás rendszerébe.

Felhasznált források és hivatkozások:

1. EgységMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., „Jelentés egy egészségben elmaradott országból. Egészségjelentés – 2010”; Budapest, 2010. március
2. Radnai Anna: „Véget ért a népegészségügyi helyzetet felmérő országos program” in: Kórház 2009/3. 25-26. o.
3. www.gsk.hu: „Befejeződött a magyar lakosság egészségi állapotának javítását célzó három éves kutatási projekt” letöltés: 2011. október 22.
4. Kovács A., Boncz I.: „A szekunder prevenációs onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon.” Népegészségügy, 2009, 87 (4): 265–274. o.
5. dr. Vörös Ágnes „A célzott, szervezett népegészségügyi szűrések rendszere és folyamata” szóbeli közlés; Dél-

- Dunántúli Regionális Állami Népegészségügyi és Tisztifőorvosi Szolgálat, – SZOK projekt, TÁMOP 6.1.3. – 08/1-2008-0002; 2010. július 14. Kaposvár
6. Az „Egészség Évtizedének (Johan Béla) Nemzeti Programja, 46/2003. (IV.16.) OGY határozat
 7. Szörényiné Ványi Gabriella, Moizs Mariann: „A Kaposi Mór Oktató Kórház komplex szűrési programja” in: Egészségfejlesztés, LI. évfolyam, 2010. 1-2. szám, 25–28. o.
 8. Moizs Mariann, Szörényiné Ványi Gabriella, Molnár Tamás: „Szűrési hajlandóság a népegészségügyi szűrővizsgálatokon – lehet-e fokozni?” in: Népegészségügy, 2011. 89. évfolyam, 1. szám, 51.o.
 9. A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet
 10. Állami Számvevőszék, „Jelentés az egyes onkológiai szűrési programra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről”, 2008. május
 11. 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról
 12. Nemzetközi Rákkutatói Központ Állásfoglalása (IARC), 2007
 13. Betlehem J., Kriszbacher I.: „A szervezett lakossági emlőszűrő vizsgálatok áttekintése” in: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2008/6 22–25. o.
 14. Nemzeti Rákellenes Program, Daganatos Betegségek megelőzése, OTH 2007. január (5. o.)
 15. Boromisza Piroska: „Interjú dr. Vokó Zoltánnal – A népegészségügy cselekvési irányai” in: IME X. évf. 9. szám, 56–58. o. 2011. november

A szerzők Kaposi Mór Oktató Kórház vezető munkatársai.

Mennyibe fáj?

A betegségteher és mérése

A betegségek költségeinek mérése kiemelten fontos mindazokban az országokban, ahol közösségi forrásokból finanszírozzák az egészségügynek legalább egy részét. A betegségek okozta gazdasági terhek az egyik kiindulópontját jelenthetik a közfinanszírozott egészségügy hatékonysági vizsgálatának, de önmagukban is hathatós „érvekkel” szolgálhatnak amellett, hogy érdemes egy társadalomnak az egészségre – a betegségek elkerülésére – költenie.

■ Kollányi Zsófia

A cikkben röviden bemutatom a betegségek okozta terhek értelmezésének és mérésének néhány elterjedt módszerét. A terület terminológiája nem túl precíz: a kifejezetten gazdasági és tágabban értelmezett társadalmi költségeket, pénzben vagy egyéb, „természetes” egységekben mért terheket a különböző tanulmányok sokszor ugyanazzal a megnevezéssel illetik. A cost-of-illness kifejezést jellemzően a kifejezetten pénzben mért költségekre értik, a „burden of disease” terminust ugyanakkor a természetes és a monetáris egységekre egyaránt alkalmazzák. Mivel az alábbiakban külön-külön bemutatom a monetáris és a természetes egységekben való költségmérést, az egyértelműség kedvéért pénzbeli terhek mérésének módszerét cost-of-illness (COI) vagy a betegség költsége-módszernek, a természetes egységekben való mérést pedig „burden of disease” (BOD) avagy betegségteher-módszernek nevezem majd.

A betegségek okozta költségek, terhek mérésének leginkább az egészségügyi forrásallokáció, illetve az azt támogató egészség-gazdaságtani elemzés területén van gyakorlati jelentősége: a betegség költsége az a teher, amit egy-egy betegség megelőzésével, meggyógyításával el lehet kerülni, illetve csökkenteni lehet, vagyis ez az elérhető „haszon”. A pénzügyi egységekben mért költségek könnyen érthetőek és összemérhetőek más költségekkel, a természetes egységek esetében ugyanakkor a változás értelmezhető.

Egyes betegségeknek, betegségcsoportoknak, akár rizikó-tényezőknek mind a „költsége”, mind a „terhe” egyaránt kiszámolható úgy, mint az összes egészségkárosodásnak együttvéve. Utóbbi eset kétségkívül egyszerűbb: csak össze kell adnunk mindent, aminek az egészségromláshoz köze van, és megkapjuk a teljes költséget. Egyes betegségek vagy rizikó-faktorok okozta költségeket megbecsülni sokkal nehezebb: még az egészségügyi rendszer által felhasznált forrásokat sem lehetséges maradéktalanul „hozzárendelni” külön-külön betegségekhez (Heijink – Renaud 2009). Mivel ezen a területen nincs egységes nemzetközi módszertan, a különböző ku-

tatások eredményei jelentősen különböznek egymástól, ami megbízhatóságukra, sőt, érvényességükre is árnyékot vet.

Mennyit ér az egészség?

Ha arra keresünk választ, mekkora gazdasági terhet okoznak a betegségek, akkor végső soron az emberi egészség, az emberi élet értékére vagyunk kíváncsiak: akkora kárt okoz a betegség, amennyit az elvesztett egészség ért. Az egészség konkrét pénzbeli értékének meghatározására a gyakorlatban elterjedt a fizetési hajlandóság (willingness to pay, WTP) utilitarista megközelítésű módszere. A módszer számos más területen is használatos, jellemzően közszolgáltatások, közjóságok értékelésénél. Az egyének egészségükkel kapcsolatos fizetési hajlandóságának, vagyis annak felderítésére, mennyit ér számukra az egészségük, életük, egy-egy egészségben eltölthető életévük, többféle módszer ismeretes. A legegyszerűbbnek ezek közül kétségtelenül az tűnhet, ha megkérdezzük őket: mennyi pénzt volnának hajlandóak fizetni életük egy évvel való meghosszabbításáért, vagy mennyi pénzért mondanának le egy életévükről. Az eljárás hátránya, hogy az eredmény számtalan tényezőre nagyon érzékeny: a megkérdezettek anyagi körülményei, iskolázottsága, életkora, konkrét élethelyzete, egészségi állapota, de még pillanatnyi lelkiállapota és a kérdésfeltevés módja is nagyban befolyásolhatja. Ezért a gyakorlatban ennél lényegesen szofisztikáltabb módon közelítik a kutatók a kérdést, és olyan, hipotetikus piaci döntés elé állítják a megkérdezetteket, amelyben azok egészsége nem, vagy csak kis mértékben, illetve kicsiny valószínűséggel sérül (Adorján 2001). Léteznek további módszerek is annak felderítésére, hogy az egyes egyének számára mennyit ér saját életük, ezeknek az a közös alapja, hogy az emberek nap mint nap meghoznak döntéseket – drágább és biztonságosabb autókat, munkahelyi védőfelszereléseket vásárolnak, a szokásosnál magasabb fizetésért cserébe elvállalnak veszélyesebb munkákat, stb. –, amelyekkel impliciten pénzügyileg értékelik

saját életüket, egészségüket. Az ezeket vizsgáló módszereket kinyilvánított preferencia-módszernek nevezzük. A megfelelő árakat (például a biztonsági berendezés felárát) és megfelelő valószínűségeket (például a baleset, egészségkárosodás bekövetkeztének valószínűségét) ismerve, kiszámítható, számukra mennyit ér az életük, egészségük.

Valamennyi módszer közös jellemzője ugyanakkor, hogy megbízhatóságuk igen alacsony: a vizsgálatok eredményei meglehetősen nagy variabilitást mutatnak. Egy 1993-ban, amerikai mintákon kapott eredményeken végzett meta-analízis szerint, a munkabér alapú megközelítés esetében 600 000 és 17,5 millió, a biztonsági berendezések vizsgálata esetében 600 000 és 4,3 millió, a kérdőíves megkérdezéseknél pedig 100 000 és 9,5 millió dollár közötti összegekre adódott egy-egy emberélet értéke (Duke University Center for Health Policy, Law, and Management, 1993).

Magyarországon kevés fizetési hajlandóság-alapú kutatás készült eddig. Az egyik legelső ilyen célú tanulmány a munkahelyi baleseti kockázat és annak munkabérbeli kompenzációja alapján arra a következtetésre jutott, hogy Magyarországon 78 és 393 millió forint közötti összegre tehető egy statisztikai emberélet értéke¹ (Adorján 2001, 2004). Egy másik kutatócsoport 2005-ben ugyanezt a megközelítést, de más adatbázist használva 12,4 és 44,6 millió forint közöttire becsülte az élet értékét (Kaderják et al 2005).

Mennyit árt a betegség?

A fizetési hajlandóság alapú megközelítés problémái miatt jellemző, hogy az elvesztett egészség értékének meghatározása helyett inkább a betegség által okozott konkrét kiadásokat, károkat számolják össze.

A betegségek okozta költségek három csoportba sorolhatók: a közvetlen, a közvetett, és az úgynevezett megfoghatatlan, nehezen számszerűsíthető költségek körére. Utóbbiak a betegségekhez kapcsolódó fájdalom, félelem, szenvedés „költségei”.

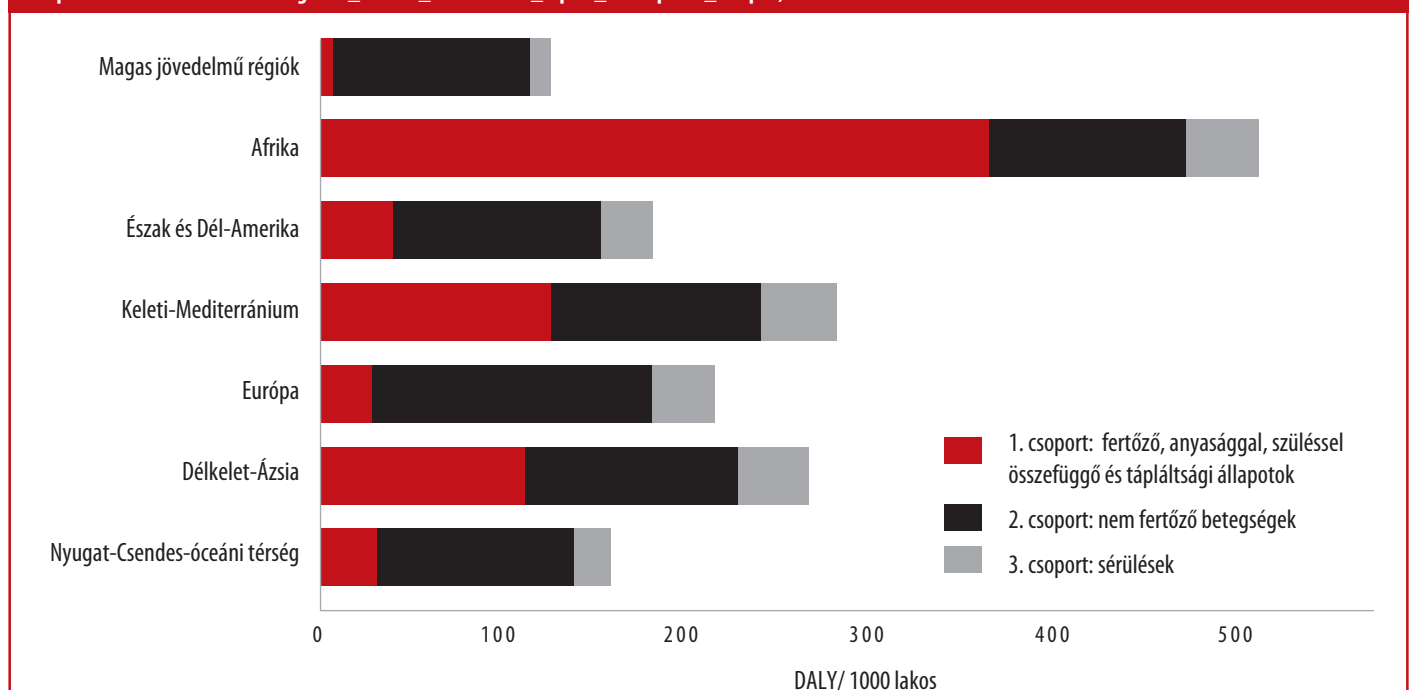
Ezeket, lévén gyakorlatilag nem, vagy csak nagyon megbízhatatlan módon számszerűsíthetők, operacionalizálhatók, sok kutatás eleve figyelmen kívül hagyja, jóllehet, nagyságrendjük messze felülmúlhatja a másik két költségkört.

A közvetlen költségek a betegség miatt felhasznált (többet) erőforrások összességét jelentik. Ezek egyrészt az egészségügyben, a betegség kezelése során felmerülő költségek, legyen az a beavatkozások (társadalombiztosítás által térített vagy zsebből fizetett) díja, a felhasznált anyagok, eszközök, gyógyszerek ára, a közüzemi számla, a személyzet bére, stb. A betegség közvetlen költsége a betegszabadság és a táppénz összege is, akárcsak a rokkantnyugdíj a tartósan munkaképtelenné válók esetében. A közvetlen költségek között számolhatjuk el az orvoshoz való oda-vissza utazás költségét is. Sőt, hangozzon elsőre bármilyen meglepően: az egészségügyi szakemberek képzésének, és az egészségügyi prevenciónak a költségét is a betegség közvetlen költségének tekinthetjük, hiszen egyikre se volna szükség, ha nem volna betegség.

Fontos ugyanakkor rámutatni, hogy a betegség közvetlen költségeinek fenti elemei közül valamennyi csak a társadalom egy része számára jelent valóban költséget, míg másoknál bevételként jelenik meg: a betegeknek a transzferkifizetések, egészségügyi alkalmazottaknál a bérek, beszállítóknál az anyagköltség, a közüzemi díj, és így tovább.

A közvetett költségek köre ezzel szemben valóban a teljes társadalom számára elvész: ez ugyanis az a termelés, amire a betegség, rokkantság miatt nem kerül sor. A kiesett termelés értékének becslésére több lehetőség is adódik az illető egyén napi béréből az adott nemzetgazdaság egy napra, egy főre eső GDP-jéig. A szokásos eljárás a munkabér használata, de a többi lehetőség mellett is szólnak legalább ennyire jó érvek. Mivel az egyének a legritkább esetben dolgoznak időben-térben elszigetelten, hiányzásuk valószínűleg munkatársaik munkájára is hatással lesz valamilyen mértékben: mert team-ben dolgoznak, mert az el nem végzett munka miatt a vállalat egy másik munkatársa sem tud a saját munkájával tovább haladni, vagy, mert a cégük külső

1. ábra: Betegségteher tágabb betegségcsoportok és régiók szerint, 2004. (Forrás: The global burden of disease, 2004 update. WHO 2008. 41. oldal http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)



határidőt mulaszt el az ő hiányzásuk miatt. Ezek a „járulékos” költségek becslések szerint tetemesek lehetnek: több mint a kiesett termelés 40 százalékára rúghatnak (Pauly et al 2005).

Az úgynevezett „frikciós” megközelítés szerint ugyanakkor figyelembe kell venni, hogy a munkából kiesett dolgozók helyét képesek átvenni mások, akár a munkahelyen belüli át-szervezés, akár külső munkaerő-felvétel révén (Boncz 2005). Ezért hiba volna a hosszan lebetegedettek és különösen a le-rokkantottak kiesett költségeit betegségük, illetve aktív éveik végéig összegezni, hiszen munkájukat hamarosan átveszik mások. Ez, különösen munkaerő-túlkínálat esetén jogos érv, még ha a képzés, gyakorlat, specifikus ismeretek megszerzése időt vesz is igénybe, sőt, részben valószínűleg pótolhatatlan. Másrészről ugyanakkor továbbra is problémát jelent – éppen ez jelenti a problémát – hogy fiatal, aktív embereket kényszerít megromló egészségük elhagyni a munkaerőpiacot. Berendezkedhet egy társadalom arra, hogy nap, mint nap tömegek hagyják el állásaikat, mert megbetegszenek, és nyomukban már ott is a következő „vonal” – makrogazdasági szempontból a humán tőke ilyen mértékű devalválódása katasztrofális következményekkel járhat. Gyakorlatilag ez történik Fekete-Afrika számos országában, és jól nyomon követhető, hogy ezek a gazdaságok képtelenek kitörni abból az ördögi körből, amelybe a rossz egészségi állapot miatti alacsony termelékenység, alacsony iskolázottság, szélsőséges szegénység taszítja őket².

Bár a legtöbb COI-tanulmány számszerűsítésük problematikussága miatt már a közvetett költségek körét sem veszi figyelembe, arra végképp alig akad példa, hogy számításba vegyék, hogy az emberek néha elmennek dolgozni akkor is, amikor nincsenek éppen tökéletes egészségi állapotban („presenteeism”, az „absenteeism” mintájára) – amire a fent már idézett Mark V. Pauly és munkatársai felhívták a figyelmet. Csakhogy, a munkateljesítményük ilyenkor általában alatta marad az elvárhatónak, és ez – lévén sok-sok munkavállalóról szó – tetemes veszteséget jelenthet. A kutatók becslése szerint több mint tízszer annyit, mint a hiányzás miatt kiesett termelés. Ezek a számítások az USA-ban felvett adatokon alapulnak, ezért valószínűleg jelentősen különböznek a magyar arányoktól, de nincs okunk feltételezni, hogy ez az eltérés nagyságrendnyi volna. Mindezt figyelembe véve a közvetett költségek nagyságrendjükből a közvetlen költségekhez mérhetők (ld. pl. Dror et al 2008).

A betegségteher

Mint említettem, a fentiekben bemutatott módszereknek számos hátrulütőjük van. Megengedhető-e, hogy az ember életének értéke attól függjön, mennyire jómódú országban él?³ Vagy hogyan vegyük figyelembe a kiesett termelés módszerével azon emberek életének az értékét, akik nincsenek jelen a munkaerőpiacon? A háztartási munka, a családtagok gondozásának „értéke” a piacon kínált hasonló tevékenységek ára alapján becsülhető, de mi a helyzet a valóban idősekkel, vagy azokkal, akik olyan testi fogyatékkal élnek, hogy gyakorlatilag ilyen munkát sem képesek végezni?

A betegségteher (burden of disease) mutatóját mindezen problémák kiküszöbölésére alakította ki a WHO és a Világbank az 1990-es években. A mutató kidolgozásának célja egyrészt az egészségpolitikai döntések támogatása, másrészt pedig a betegségek okozta veszteségek globális összevethetőségének megteremtése volt. A mutató maga a szakadékot méri

a tényleges egészségi állapot és azon, ideális helyzet között, amelyben mindenki egészségben éri meg az öregkort⁴. A betegségteher mérőszáma a DALY (disability adjusted life year), 1 DALY egy egészséges életév elvesztését jelenti.

Egy adott betegség terhe, a társadalom számára okozott vesztesége egyenlő a betegség miatt bekövetkező halálozás miatt elvesztett életévek és a betegség miatt tartósan megromlott egészségűek egészségkárosodásának mértékével súlyozott életévek összegével. Az összegzés alapja jellemzően a várható élettartam, az egészségkárosodás súlyosságát szakértői becsléssel állapítják meg. A számításnál évi 3%-os diszkontrátával kalkulálnak, és alkalmaznak életkor szerinti súlyokat is (az idősök és a gyerekek valamelyest kisebb súllyal szerepelnek).

Az 1. ábra alapján jól látszik, hogy Afrikára mekkora terhet ró a betegség. Ezzel szemben, ha a munkaerőpiaci alapú COI-becsléssel vagy valamely WTP-módszerrel éltünk volna, nyilvánvalóan egészen más eredmény adódik. Ez tehát a Burden of Disease legfőbb jelentősége: globálisan összemérhetővé teszi a különféle betegségek okozta károkat, ráirányítva a figyelmet a szélsőséges lemaradásban levő országok, népcsoportok problémáira, amely képessége akár országokon belül is hasznosnak bizonyulhat.

Ami a két módszer Magyarországon való alkalmazhatóságát jelenti, mindkettőnek kiemelt helye és jelentősége van. A nem monetizált megközelítés legfontosabb előnye, hogy lehetővé teszi egyébként nehezen összehasonlítható népcsoportok egészségi állapotának összevetését, így például nemzetközi összehasonlításokat, vagy országon belüli csoportokét, akár területi, akár egyéb szempontok szerinti bontásban. A monetizált megközelítés ugyanakkor egyebek mellett érthetővé és kézzelfoghatóvá teszi a betegségek anyagi, gazdasági következményeit az egészséghez, egészségüghöz kevésbé értő döntéshozók számára.

Hivatkozások

1. *A statisztikai emberélet definiálását és tárgyalását ld. Adorján (2001, 2004). Itt elegendő vele kapcsolatban annyit, hogy nem konkrét, létező emberek életének értékeléséről van szó, hanem – a kényszerű szűkösség körülményei között meghozandó – közpolitikai allokációs döntések meghozatalában és értékelésében használható, statisztikai jellegű mérőszámról.*
2. *Természetesen nem akarom Afrika problémáját ennyire leegyszerűsíteni, de egyes kutatási eredmények arra utalnak, hogy egyes országokban igenis az egészségi állapot vált a szegénységből való kitörés legfőbb akadályává, lásd Lopez-Casanovas et al (ed.): Health and Economic Growth*
3. *Mint a WTP megközelítésnél hangsúlyoztam, a módszer nem konkrét emberi életek értékelésére irányul. Ugyanakkor, mivel az ilyen jellegű kutatások általában országokon belüliek, az országok közötti jelentősebb jövedelmi különbségek igenis befolyásolják az eredményeket, és a szegényebb országokban kevesebbet „ér” az emberélet, mint a gazdagabbakban.*
4. *Felmerülhet a kérdés, hogy akkor mégis, miben, miért és mikor halnánk meg? Elfogadva, hogy az emberi test nem képes örökké élni, fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az elmúlt évtizedekben fokozódott az öregség medikalizációja, vagyis olyan állapotokat, amelyeket*

korábban az öregség természetes velejárójának tekintettek az emberek, mára betegséggé definiálódtak át, és legalábbis részben gyógyíthatóvá váltak (csontritkulás, látás- és halláskárosodások).

Irodalomjegyzék

1. Adorján Richárd (2001): Az emberi élet értéke Magyarországon. Statisztikai Szemle, 79. évfolyam, 2001. 8. szám
2. Adorján Richárd (2004): Az emberi élet értéke. Egy rendhagyó közgazdasági kérdés magyarországi vizsgálata. PhD értekezés, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Gazdálkodástani PhD. Program.
3. Boncz, I. (2005): A termelékenység költségeinek mérésének összehasonlítása Magyarországon: emberi tőke és súrlódási költség. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 43/5.
4. Cost-of-Illness Studies – A Primer. Joel E. Segel, RTI International, RTI-UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics, 2006.
5. Dror, D. M.–van Putten-Rademakers, O.–Koren, R. (2008): Cost of illness: Evidence from a study in five resource-poor locations in India. Indian J Med Res 127, April 2008, pp 347–361
6. Pauly, Mark V. et al (2005): How to present the business case for healthcare quality to employers? (Knowledge@Wharton; 2005)
7. Duke University Center for Health Policy, Law, and Management (1993): Willingness to Pay per Added Year of Life, United States, 1993. www.hpolicy.duke.edu/cyberexchange/wtpvalue1.pdf
8. Global Burden of Disease and Risk Factors. Editors: Alan D. Lopez, Colin D. Mathers, Majid Ezzati, Dean T. Jamison, Christopher J. L. Murray. 2006. World Bank / Oxford University Press.
9. Heijink, R.–Renaud T. (2009): Cost-of-Illness Studies: a Five-Country Methodological Comparison. Australia, Canada, France, Germany and the Netherlands. Institute for research and information in health economics, Issues in health economics 143, 2009. június.
10. Kaderják Péter–Ábrahám Árpád–Pál Gabriella (2005): A csökkenő halálozási és baleseti kockázat közgazdasági értéke Magyarországon. Egy munkaerő-piaci elemzés eredményei. Közgazdasági Szemle, LII. évf., 2005. március
11. Kollányi, Zs., Imecs, O. (2007): Az egészség – befektetés. Budapest: Demos Magyarország
12. P. Rice, D. (2000): Cost of illness studies: what is good about them? Inj Prev 2000;6:177–179
13. Quantification of the disease burden attributable to environmental risk factors. WHO. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/summaryEBD_updated.pdf
14. The Australian Burden of Disease Study: measuring the loss of health from diseases, injuries and risk factors. Colin D Mathers, E Theo Vos, Chris E Stevenson and Stephen J Begg. Medical Journal of Australia 2000; 172: 592–596

A szerző PhD hallgató, ELTE

Módszertani kérdések a prevenciós programok költséghatékonyságának értékelésében

A betegségek költségeinek mérése kiemelten fontos mindazokban az országokban, ahol közösségi forrásokból finanszírozzák az egészségügynek legalább egy részét. A betegségek okozta gazdasági terhek az egyik kiindulópontját jelenthetik a közfinanszírozott egészségügy hatékonysági vizsgálatának, de önmagában is hathatós „érvekkel” szolgálhatnak amellet, hogy érdemes egy társadalomnak az egészségre – a betegségek elkerülésére – költenie.

■ dr. Kaló Zoltán^{1,2} – dr. Nagy Balázs^{1,2}

A rendelkezésre álló erőforrások korlátossága miatt közpénzekből nem vállalhatjuk fel minden hatásos egészségügyi technológia és szolgáltatás finanszírozását. Ezért a költséghatékonyság egyre fontosabb szerepet kap az egészségügyi technológiák és szolgáltatások finanszírozási döntéseinek indoklásában.

Bár manapság már mindenki számára egyértelműnek tűnik azon egészségpolitikai cél, hogy a prevenció részarányát növelni kell a gyógyító eljárásokhoz képest, a költséghatékonyság vizsgálata a megelőző ellátások esetében is kulcskérdés. A preventív ellátások költséghatékonyságának vizsgálata módszertani szempontból nem egyszerű, ezért az alábbiakban összefoglaltuk az egészség-gazdaságtani értékelés néhány fontos szempontját.

Egészségnyereség mérésének módszertani nehézségei

Az egészségnyereség számszerűsítésének a preventív medicinában három komoly módszertani korlátja van. A program hatása csak korlátozott keretek között mérhető prospektív, kontrollált vizsgálatban, helyette az obszervációs vizsgálatokból származik a bizonyítékok többsége. Randomizáció hiányában az ilyen vizsgálatokban mért nyereség a vizsgált csoportok eltérőségéből is fakadhat, hiszen például a prevenciós ellátásban résztvevő betegek csoportja egyéb egészségtudatos módszert is alkalmazhat, egészségesebben táplálkozhat vagy kevésbé káros életmódot folytathat. Ezen zavaró tényezők hatását nehéz kiszűrni.

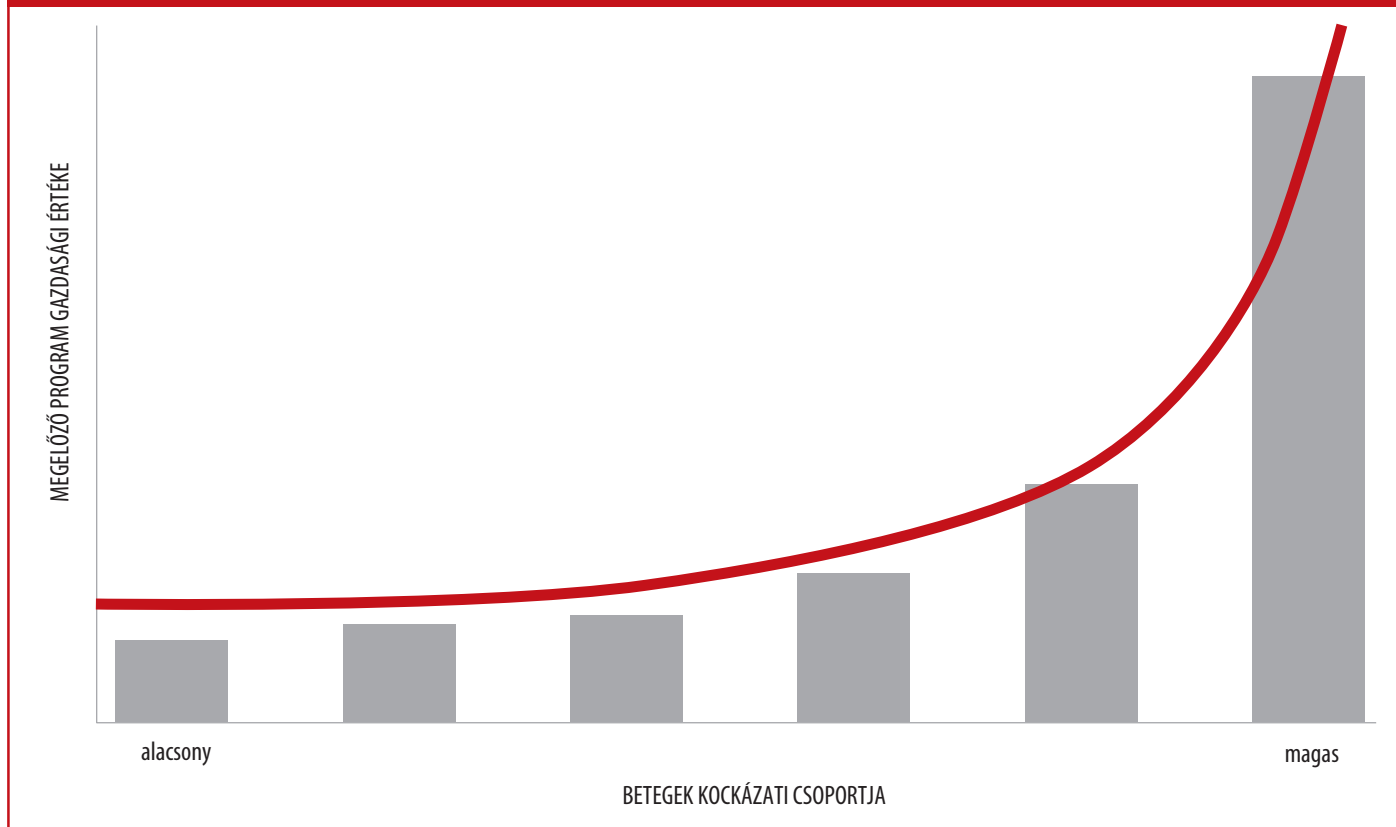
További nehézség, hogy a vizsgálatok időtávjának rövidsége miatt elsősorban közbülső vizsgálati végpontokat (pl. test-

súly, vérnyomás, vércukor) mérnek kemény végpontok (pl. halálozás) helyett. A bizonyítékokon alapuló orvoslás számos tancélos esete bizonyítja, hogy a közbülső végpontokban mért nyereségek nem feltétlenül eredményeznek kemény végpontokban is számszerűsíthető egészségnyereséget.

A közbülső végpontok validálásnak problémáját jól illusztrálja a járványok megelőzését szolgáló védőoltások esete. A közfinanszírozói döntés előtt gyakorlatilag nem állnak rendelkezésre hosszú távú tudományos bizonyítékok, például egy új típusú influenza elleni védőoltásról. A védőoltás immunvédelemre vonatkozó rövid távú közbülső eredményeit nem validálhatjuk hosszabb távra úgy, hogy egy évig adunk védőoltást, utána egy évig nem adunk, majd a megbetegedettek és az elhunytak számának különbözőségéből következtetünk a védőoltás valós egészségnyereségére. A jelentős egészségkárosodással és gyors terjedés kockázatával bíró járványos megbetegedések elleni védőoltások gyakran válnak saját sikereik áldozatává: ha sikeres a megelőzés, úgy tűnik, hogy egyben felesleges is volt az oltási program.

A harmadik korlátja a prevenciós programok egészségnyereségét számszerűsítő vizsgálatoknak, hogy a megfigyelési időszakon és csoporton kívüli eredményekről, azaz a vizsgálatban mért jótékony paraméterek változásának tartósságáról a valós életben nehezen általánosítható következtetésekre juthatunk. Ha például valaki egy kiemelt figyelemmel kísért vizsgálat során egy új fogyókúra módszerrel, melynek része az intenzív testmozgás, egy hónap alatt 3 kg-ot fogy, nem élhetünk azzal a feltételezéssel, hogy egy év alatt 12 x 3 kg, azaz 36 kg lesz a fogyás mértéke. Sőt, a program vizsgálati

1. ábra. A megelőző programok gazdasági értéke a betegek kockázati besorolásának függvényében



részének befejezése utáni időszakban, részben az úgynevezett jójöeffektusnak köszönhetően akár további testtömeg növekmény és ebből eredő büntudat miatti életminőség-vesztés is kialakulhat a páciensek egy részében. Azaz, a prevencióhoz kapcsolódó egészségnyereség nem csak a rövidtávú kockázatcsökkentő hatástól függ, hanem a program fenntarthatóságától, a betegek hosszú távú együttműködési készségétől is.

A megelőző program költsége

A megelőző ellátás költségeinek nem jelentéktelen része kapcsolódik a program beindításához. Ez adódhat a szakemberek képzéséből, a prevenció végrehajtásához szükséges infrastruktúra-fejlesztésből, valamint a megelőző programhoz kapcsolódó kezdeti kommunikációs kampányból és szervezési költségekből.

A rendszeres testmozgást elősegítő programok megvalósításához szükséges kapacitás vagy infrastruktúra értékelése azért is fontos, mert számos tömegsport komoly egyszeri befektetést igényel (pl. uszoda, tornaterem), és ezen létesítmények finanszírozásának magában kell foglalnia az intézmények karbantartását is.

A program fenntartása folyamatos forrásokat igényel, a falonapon az egyszeri koleszterinszűrés vagy az egészségház szalagjának átvágása a politikusok jelenlétében biztosan nem eredményeznek átütő egészségnyereség-javulást. Ráadásul a diagnosztika alkalmazásától nem gyógyul meg senki sem, a szűréshez kapcsolódó kezeléshez további források is szükségesek. A rákszűrő programok például jelentősen emelhetik a műtéti, a sugárterápiás és a gyógyszerkiadásokat.

Az egészség-gazdaságtani elemzésekre vonatkozó módszertani irányelvek alapján „a gyógyító-megelőző ellátások

során megjelenő költségek közül csak azokat kell figyelembe venni, amelyek az ellátással szorosan összefüggnek, és figyelmen kívül kell hagyni azokat, amelyek az ellátással nem összefüggő betegségek következtében vagy a terápia által meghosszabbított élet során, de nem az eredeti betegséggel összefüggésben merülnek föl.”

Ebből mindazonáltal az is következik, hogy amennyiben egy megelőző ellátás a gazdasági elemzésben költségmegtakarítónak bizonyul, a valós életben is csökkenti az egészségügyi kiadásokat. A megelőzés miatt nyert többlet életek során jelentős többletkiadások indukálódhatnak. Az élettartam növekedése ugyanis törvényszerűen együtt jár olyan betegségekkel és azok következtében olyan egészségügyi kiadásokkal, melyek a korai halálozás esetén nem következtek volna be.

A megelőző program célzottsága

Egy megelőző program költséghatékonysága nagyban függ a populációs célcsoport kockázatától (1. ábra). Ha például a teljes populációra vonatkoztatva a magas költségek miatt nem bizonyul költséghatékonynak egy megelőző program Magyarországon, a célpopuláció szűkítése az átlagosnál nagyobb kockázatú egyénekre jelentősen javíthatja a költség-hatékonysági rátát, azaz a megelőző program egy főre jutó társadalmi és gazdasági értékét. A méhnyakrák elleni védőoltás esetében a célpopuláció szűkítése a 12 éves lányokra nemcsak a költség-hatékonysági rátát javítja jelentős mértékben, hanem ráadásul a kezdeti befektetés mértékét, azaz a program költségvetési hatását is csökkenti.

A megelőző ellátás célzottsága nemcsak a kiválasztott populáción múlik, hanem a programban résztvevő prevenciós szakemberek felkészültségén is. Egy sikeres pilot mentálhigi-

énés program országos kiterjesztésének eredményessége és ebből eredően a költséghatékonysága például azon is múlik, hogy milyen szakembereket sikerül a program végrehajtásába bevonni.

A populációs program célzottságának értékelésében figyelemmel kell lennünk a hozzáférési korlátokra. Ez a szempont méltányossági megfontolások alapján is komoly jelentőséggel bír, hiszen az infrastrukturális fejlesztések, például uszodák és tornatermek építése sokszor a gazdagabb kistérségekre és régiókra koncentrálódik, ahol az egészségi állapot alapvetően jobb, mint a rosszabb szocioökonómiai státuszú régiókban.

Az időtényező szerepe

A primer prevenció programok költséghatékonyságát jelentősen befolyásolja a társadalmi diszkontráta mértéke. Ellentétben a gyógyító ellátásokkal, a prevenció esetében a kiadások azonnal jelentkeznek, a hozamok pedig sok-sok évvel később. Ezért minél nagyobbak a költségekre (így a pénzbeli megtakarításokra) és az egészségnyereségre alkalmazott diszkontráták, annál kisebb a megelőző ellátás nettó jelenértéke számított gazdasági értéke, más szóval a program annál kevésbé költséghatékonnyá válik.

Ezzel párhuzamosan minél rövidebb időtávot vesszük figyelembe a gazdasági elemzésben, annál nehezebb bizonyítani egy prevenció program költséghatékonyságát. Emiatt a megelőző ellátások esetében hosszú távú, akár élet-hosszig tartó időszakot célszerű figyelembe venni a költséghatékonyság értékelésénél.

Összefoglalás

A közhiedelemmel ellentétben az esetek döntő többségében az egészségügyi kiadások nőnek a sikeres prevenció programok következtében. Kiadáscsökkentés leginkább csak akkor várható, ha a megelőző ellátás nem növeli jelentősen a várható élettartamot. Ráadásul a megelőző ellátások némelyike esetében megkérdőjelezhető azok költséghatékonysága is. Például, az éves vagy kétéves nőgyógyászati méhnyakszűrés hatásos, de nem költséghatékonnyá módja a méhnyakrák megelőzésének. Természetesen a megelőző ellátások jelentős része költséghatékonnyá alternatívát nyújt a gyógyító eljárásokra épülő egészségügyi ellátással szemben.

Mindazonáltal a kiemelt közpénz-felhasználással járó megelőző programok esetében is ugyanolyan fontos a költséghatékonyság számszerűsítése, mint az innovatív egészségügyi technológiák támogatáspolitikai döntéseinek esetében. A

módszertani nehézségek ellenére az egészség-gazdaságtani modellezési módszerek lehetőséget nyújtanak a fentiekben jelölt problémák kezelésére. A szakmai ismereteket szintetizáló, a legjobb elérhető tudományos bizonyítékokat alkalmazó, a bizonytalanságot érzékenység-vizsgálati módszerekkel kezelő költséghatékonysági modellek alkalmazása minimalizálja a helytelen közfinanszírozói döntések kockázatát ahhoz képest, mintha ilyen elemzések nélkül döntenénk. Ráadásul, ilyen elemzések közzététele védi a döntéshozókat, és helyreállíthatja a közbizalmat a döntések helyességére iránt.

Irodalomjegyzék

1. Dózsa Cs.: *Struktúra-váltás az egészségügyben – a kórházak stratégiai mozgásterét a 2000-es években*, IME, 2011. 10. 3. 22–28.
2. Kaló Z, Kovács A, Margitai B, Mészner Zs, Vokó Z. „Value of vaccine – A védőoltás érték” program Fehér Könyve. IME, 2010. 10. 1. 39–44.
3. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve A bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez (2004) Egészségügyi Közlöny, 3. szám
4. Barendregt JJ, Bonneux L, van der Maas PJ. The health care costs of smoking. *N Engl J Med*. 1997. 9. 337. 15. 1052–7.
5. van Baal PH, Polder JJ, de Wit GA, Hoogenveen RT, Feenstra TL, Boshuizen HC, Engelfriet PM, Brouwer WB. Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure. *PLoS Med* 2008;5:e29.
6. Westra TA, Rozenbaum MH, Rogoza RM, Nijman HW, Daemen T, Postma MJ, Wilschut JC. Until which age should women be vaccinated against HPV infection? Recommendation based on cost-effectiveness analyses. *J Infect Dis*. 2011. 1. 204. 3. 377–84.
7. Vokó Z, Kaló Z: *Prevenção – kiadások – hatékonyság*, Egészségügyi Gazdasági Szemle, mostani szám 2012
8. Vokó Z, Nagyjánosi L, Margitai B, Kövi R, Tóth Z, László D, Kaló Z. Modeling cost-effectiveness of cervical cancer screening in Hungary. *Value in Health* 2012. 15. 39–45.

1 Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék,
Társadalomtudományi Kar, Eötvös Loránd Tudományegyetem
2 Syreon Kutató Intézet

Tudjuk-e, hogy mennyit költünk ma Magyarországon prevencióra?

Ezen rövid írás célja, hogy áttekintse azokat a koncepcionális és módszertani problémákat, amelyek akadályozzák, hogy kielégítő választ tudjunk adni a címben feltett kérdésre; továbbá annak felvázolása, hogyan javíthatjuk a prevencióra fordított kiadások adatainak megbízhatóságát.

■ Prof dr. Orosz Éva

Bevezető

A prevenció szerepét erősíteni kívánó egészségpolitika számára alapvető kérdés, hogy megfelelő képe, információja legyen a prevencióra fordított kiadások nagyságáról, szerkezetéről és a kiadások forrásairól. A címben feltett kérdés rendkívül egyszerűnek tűnik – látni fogjuk azonban, hogy a válasz egyáltalán nem az.

A közpénzek átlátható felhasználása különösen kritikus kérdés a gazdasági válság időszakában, amikor a költségvetési egyensúly javításának elkerülhetetlen eszköze a kormányzati kiadások csökkentése. Ha nem állnak rendelkezésünkre megbízható adatok, nehéz érvelni amellett, hogy még a gazdasági válság időszakában is célszerű lehet a prevencióra fordított kiadások növelése. A megbízhatóbb információ nemcsak a hazai egészségpolitikai döntések megalapozásához szükséges. A WHO Európai Irodája – jelenleg széleskörű eszmecsere alatt álló – „Health 2020” stratégiáját megalapozó elemzések egyik kiemelt témája várhatóan a megelőzés gazdaságtanulása (WHO Regional Office for Europe, 2011). Ehhez is fontos, hogy nemzetközileg összehasonlítható adataink legyenek a megelőzésre fordított kiadásokról. A prevencióra nemcsak a kormányzat költ, így a megbízhatóbb adatok általában is javítanák ismereteinket a kormányzat, vállalatok, non-profit szektor és az egyének szerepéről az egészségügyben.

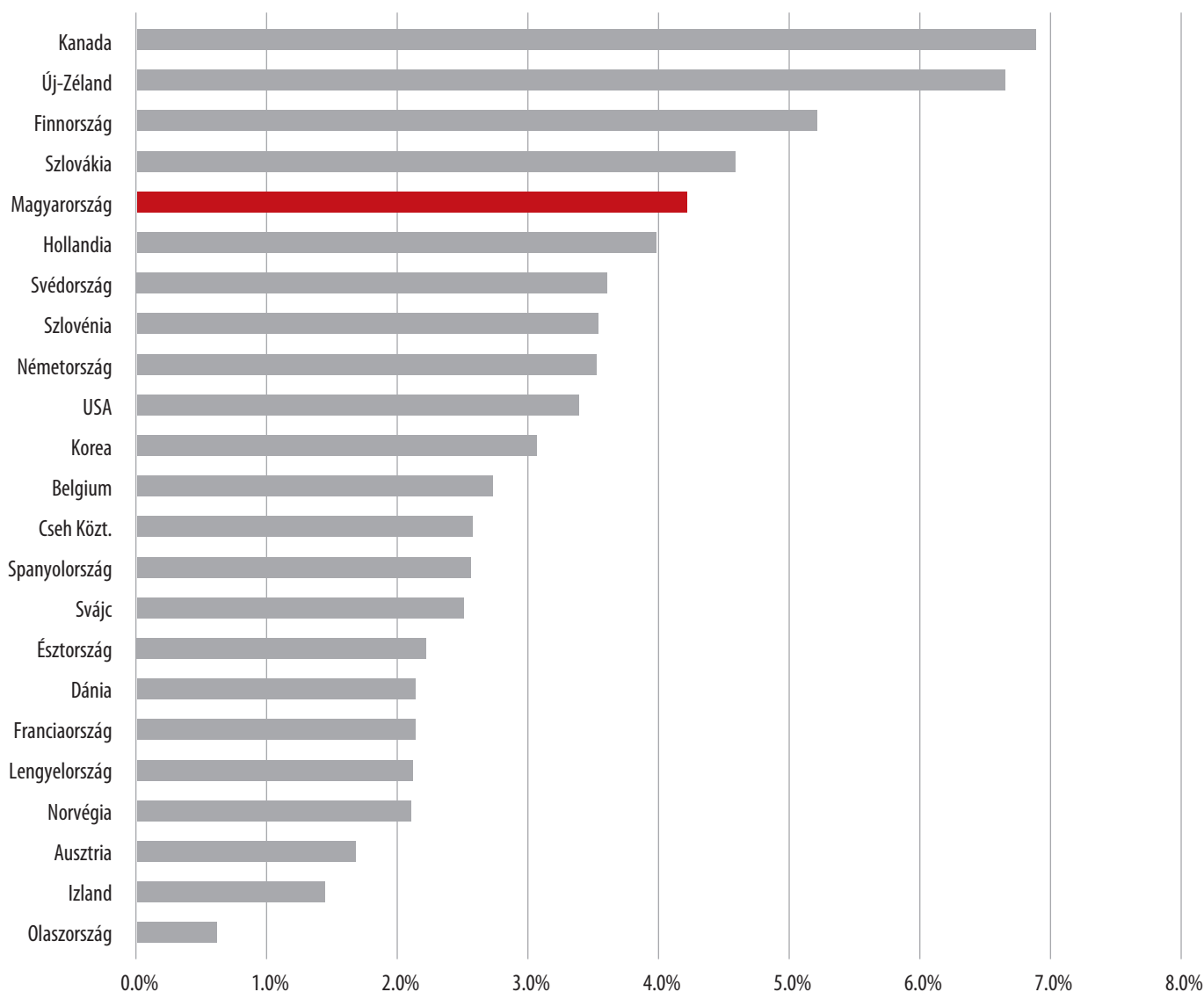
Minden megbízható indikátor, adat esetében alapvető kérdés: megfelelő-e a koncepcionális keret, definíció, amelynek alapján az adott indikátort, adatot előállítják. A prevenció, mint egészségügyi tevékenység esetében különösen fontos a világos definíció, annak egyértelmű meghatározása, mely tevékenységeket (beleértve bizonyos termékek fogyasztását is) sorolunk a prevenció körébe, és melyeket nem. A prevenció definíciójához kiindulópont magának az egészségügyi „határainak” egyértelmű definíciója. Az egészségügyi kiadások nemzetközi számbavételének koncepcionális keretét jelentő

System of Health Accounts (SHA)1.0 (OECD, 2000) szerint az egészségügyi rendszerbe olyan tevékenységeket sorolunk, (1) amelyek elsődleges célja az egészség fenntartása, helyreállítása, az állapot-romlás megakadályozása, az ápolás, végző stádiumban a fájdalom csillapítása; továbbá (2) az adott tevékenység egészségügyi szaktudást, gyakorlatot (vagy szaktudással rendelkező személy általi felügyeletet) igényel. Ebből következően a SHA nem minden tevékenységet sorol a prevenció körébe, amely pozitívan hat az egészségünkre. Azokat a tevékenységeket, amelyeknek nem elsődleges célja az egészségi állapot javítása, vagy a tevékenységet végző személyektől nem igényelnek egészségügyi szaktudást, gyakorlatot, vagy szaktudással rendelkező személy általi felügyeletet, nem soroljuk a prevenció, mint egészségügyi tevékenység körébe. Például egy egészséges táplálkozásra vonatkozó kampány költségei az egészségügyi kiadások részét képezik (egy ilyen kampány egészségügyi szaktudást igényel), viszont az egyének által egészséges táplálkozásra fordított kiadás nem tartozik az egészségügyi kiadások körébe. Másképp megfogalmazva: számos, az egészségügyi rendszeren kívüli tényező, tevékenység befolyásolja az egyének egészségi állapotát. Ezeket azonban nem soroljuk a prevenció, mint egészségügyi tevékenység körébe, következésképpen a rájuk fordított kiadásokat sem vesszük számba az egészségügyi kiadások között. Az előzőekben írtak általában is rávilágítanak az egészségügyi kiadásokra vonatkozó adatok interpretációjának a fontosságára.

A jelenlegi adatok

Az egészségügyi kiadásoknak a nemzetközi összehasonlítására használt adatok fő forrása: az OECD adatbázisa (OECD Health Data), amely – az egészségügyi kiadásokra vonatkozó – közös OECD-Eurostat-WHO adatgyűjtésen alapul (Joint Health Accounts Questionnaire). Ezen adatgyűjtés számára – az

1. ábra. A megelőzésre fordított kiadások részesedése az összes egészségügyi kiadásból, 2009



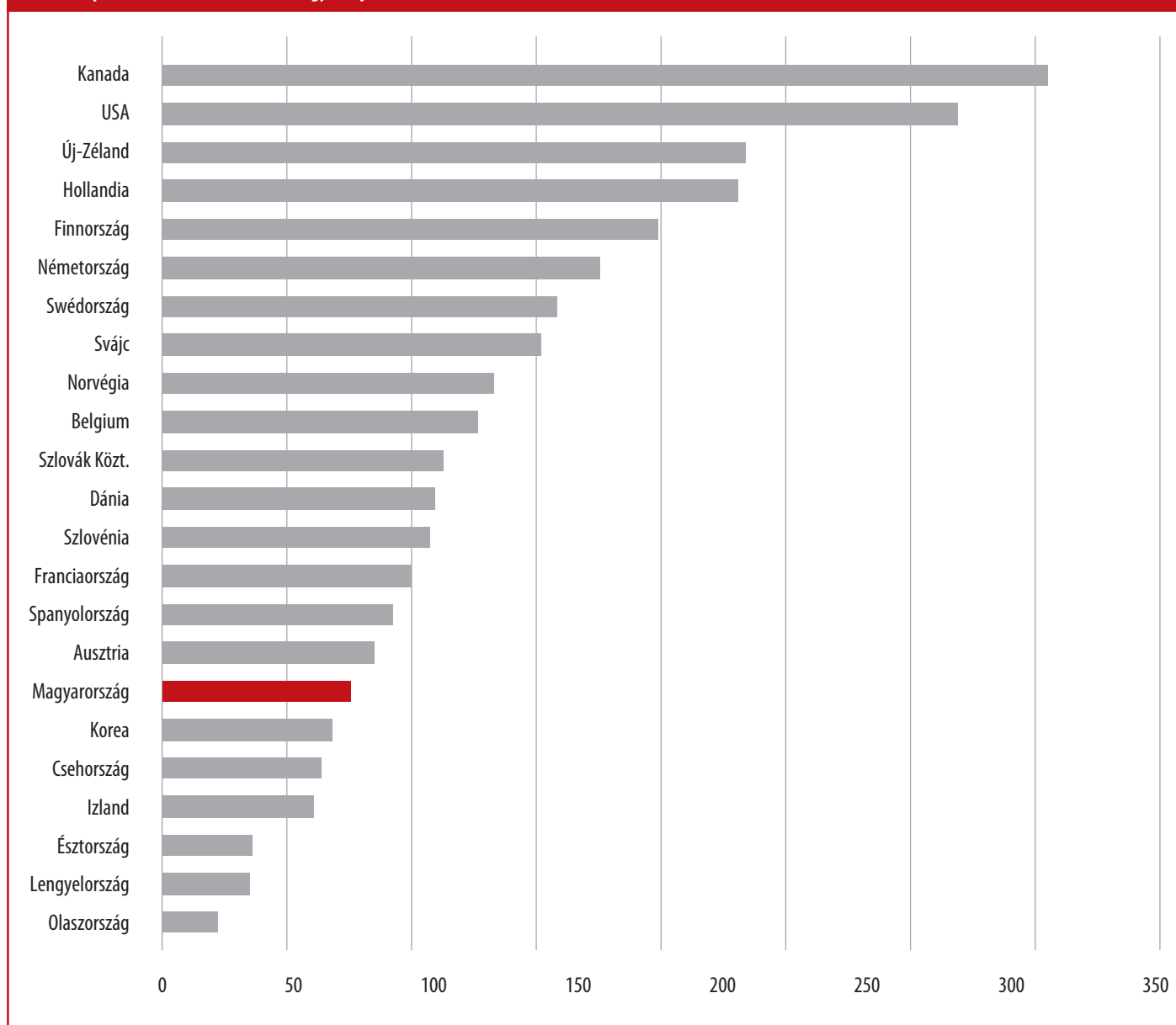
SHA (Egészségügyi Számlák Rendszere) módszertana alapján – a KSH szolgáltatja a magyar adatokat, amelyek megbízhatóságát az OECD ellenőrzi. Az adatoknak mind az általános módszertani problémáira, mind az egyes országok esetében az SHA módszertantól történő esetleges eltéréseire az OECD Health Data felhívja a figyelmet. A megelőzésre fordított kiadásokat a jelenlegi OECD-Eurostat-WHO közös adatgyűjtés szűken értelmezi: az adatok a népesség egészségi állapotának javítását és a betegségek korai felismerését szolgáló (a kormányzat vagy magánszektor által megvalósított) szervezett programokra fordított kiadásokat foglalják csak magukba (pl. a különböző szűrési programokra fordított kiadásokat). Például nem foglalják magukba, ha nem a szervezett szűrővizsgálat keretében, hanem egyéni kezdeményezésre megy el valaki mammográfiái vizsgálatra. Ebben az esetben az adatokból ugyanis általában nem állapítható meg, hogy már felfedezett betegséggel kapcsolatos diagnosztikai vizsgálatról van-e szó, amit a gyógyító tevékenységek kategóriájába sorolunk, vagy prevencióról. Így a következőkben bemutatott adatok csak arra a kérdésre tudnak választ adni, hogy mennyit költsünk nemzetközi összehasonlításban a szervezett prevenció

programokra. A „szervezett prevenció programokat” ugyanakkor széles értelemben használjuk: pl. magukba foglalják a kötelezően előírt munkaegészségügyi vizsgálatokat is. Ezek a példák is illusztrálják a metaadatok, módszertani leírások fontosságát, annak világos megadását, hogy a közölt adatok mit mérnek, ill. mire vonatkozó becslést jelentenek. Ugyanakkor még az előzőekben vázolt módon definiált prevencióra fordított kiadások összehasonlíthatóságát is számos tényező korlátozza, például egyes prevenció szolgáltatások finanszírozásának országonként eltérő jellemzői. Ezek közül az egyik leglényegesebb, hogy a kötelező munkaegészségügyi vizsgálatok szabályozása, finanszírozása jelentősen eltérhet: egyes országokban az állami egészségügyi rendszer keretében végzik el ezeket és nem a munkáltatónak kell kifizetnie. Így számos országban nem különíthetők el ezek a kiadások a gyógyító ellátásra fordított kiadásoktól.

A megelőzésre fordított kiadások nemzetközi összehasonlításban

A magyar egészségügyben a megelőzésre fordított kiadások az összes egészségügyi kiadás 4,3%-át tették ki 2009-

2. ábra. A prevencióra fordított kiadások egy főre jutó értéke (USD PPP), 2009



ben (1. ábra). Ez az egyik legmagasabb arány volt az OECD országokban, amire elsősorban az a magyarázat, hogy az adatok magukba foglalják a munkáltatók által finanszírozott – meglehetősen jelentős mértékű – üzem-egészségügyi ellátást is.

Az összes egészségügyi kiadáson belüli viszonylag magas arány nyilvánvalóan nem jelenti azt, hogy abszolút értékben is magas lenne a prevencióra fordított kiadás. Az egy főre jutó kiadások szerinti rangsornak épp a másik végén helyezkedik el Magyarország (64,2 USD volt a prevenció kiadások egy főre jutó értéke, vásárlóerő-paritáson számítva) (2. ábra).

A közkiadásokon belül a megelőzésre fordított kiadások aránya 3,5 százalék volt 2009-ben (3. ábra). Ezzel lényegesen hátrább vagyunk az OECD-országok rangsorában, mint a magánkiadásokat is magába foglaló összes egészségügyi kiadás esetében. Ebből következik, hogy a megelőzésre fordított kiadásokon belül az OECD-országokban nálunk az egyik legalacsonyabb a közkiadások részesedése, ill. egyik legmagasabb a magánkiadásoké (4. ábra).

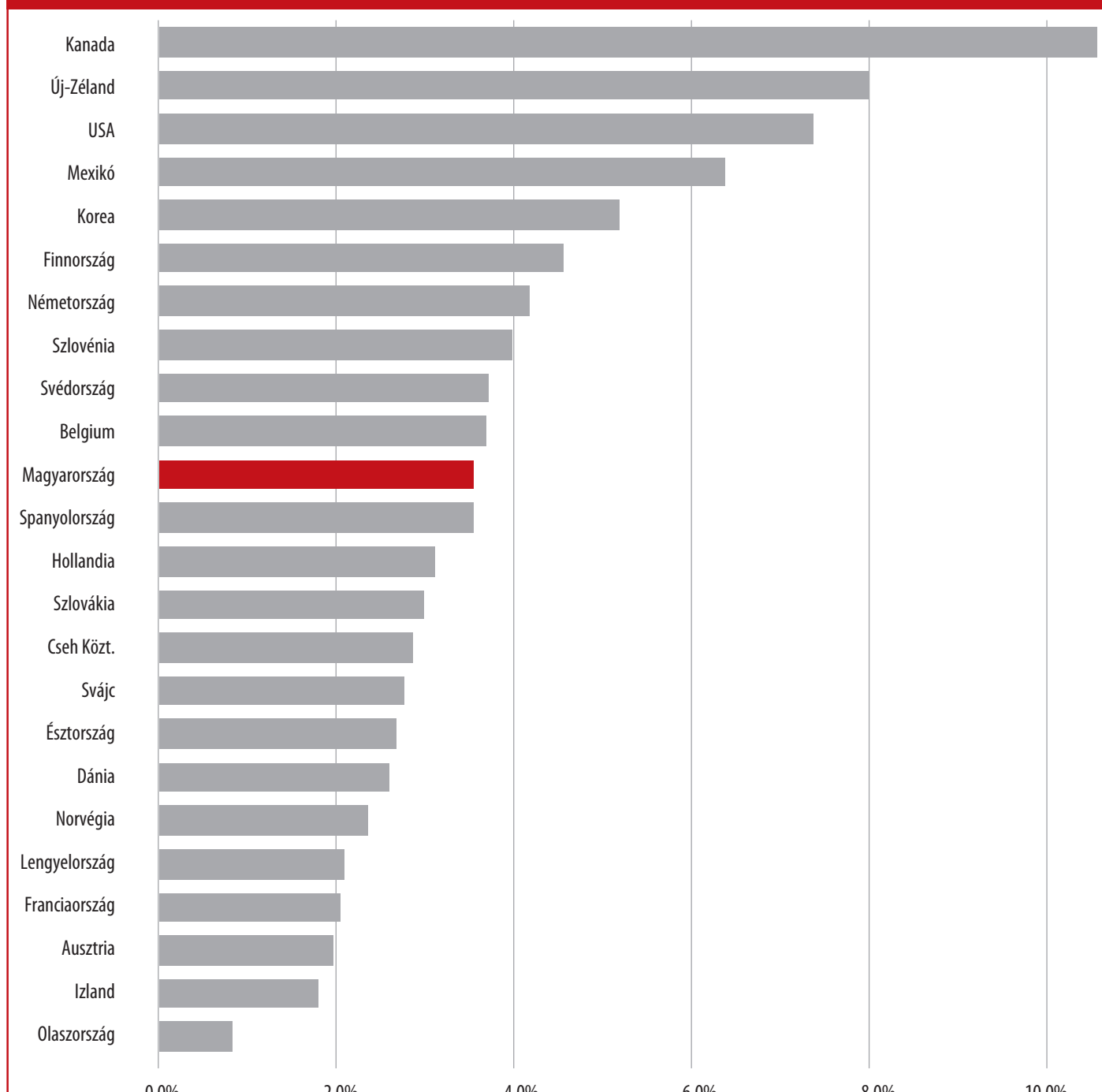
A megelőzésre fordított kiadások a finanszírozási alrendszerek szerint

A hazai adatok mélyebb elemzésekor az egyik alapvető kérdés: ki fizeti a prevenció tevékenységeit, azaz a magyar egészségügy-finanszírozási rendszer egyes alrendszerei milyen arányban vesznek részt a megelőzés finanszírozásában. Meglepő adatokat kapunk: a legnagyobb súlya a vállalati programok prevenció kiadásainak van – az előbb már említett ok miatt: az üzem-egészségügyi ellátás nem tartozik a kötelező egészségbiztosítás szolgáltatási csomagjába, hanem a vállalatok közvetlenül fizetik a szolgáltatóknak.

A vállalati programok 26,8 százalékos részaránya után a központi kormányzati programok (24,2 százalékos részaránnyal), majd a kötelező egészségbiztosítás (18,7 százalék) következnek (1. táblázat).

Ugyanezen adatok elemzésének másik nézőpontja, hogy az egyes finanszírozási alrendszerek által az egészségügyre fordított kiadásokon belül mekkora a prevencióra fordított kiadások részaránya. A központi kormányzat finanszírozási programjainak 27,8 százalékát, a kötelező egészségbiztosítás

3. ábra. A megelőzésre fordított kiadások részesedése a közkiadásokból, 2009



kiadásainak csupán 1,6 százalékát, míg a vállalati egészségügyi programok kiadásainak 97,6%-át tették ki a prevencióra fordított kiadások (2. táblázat).

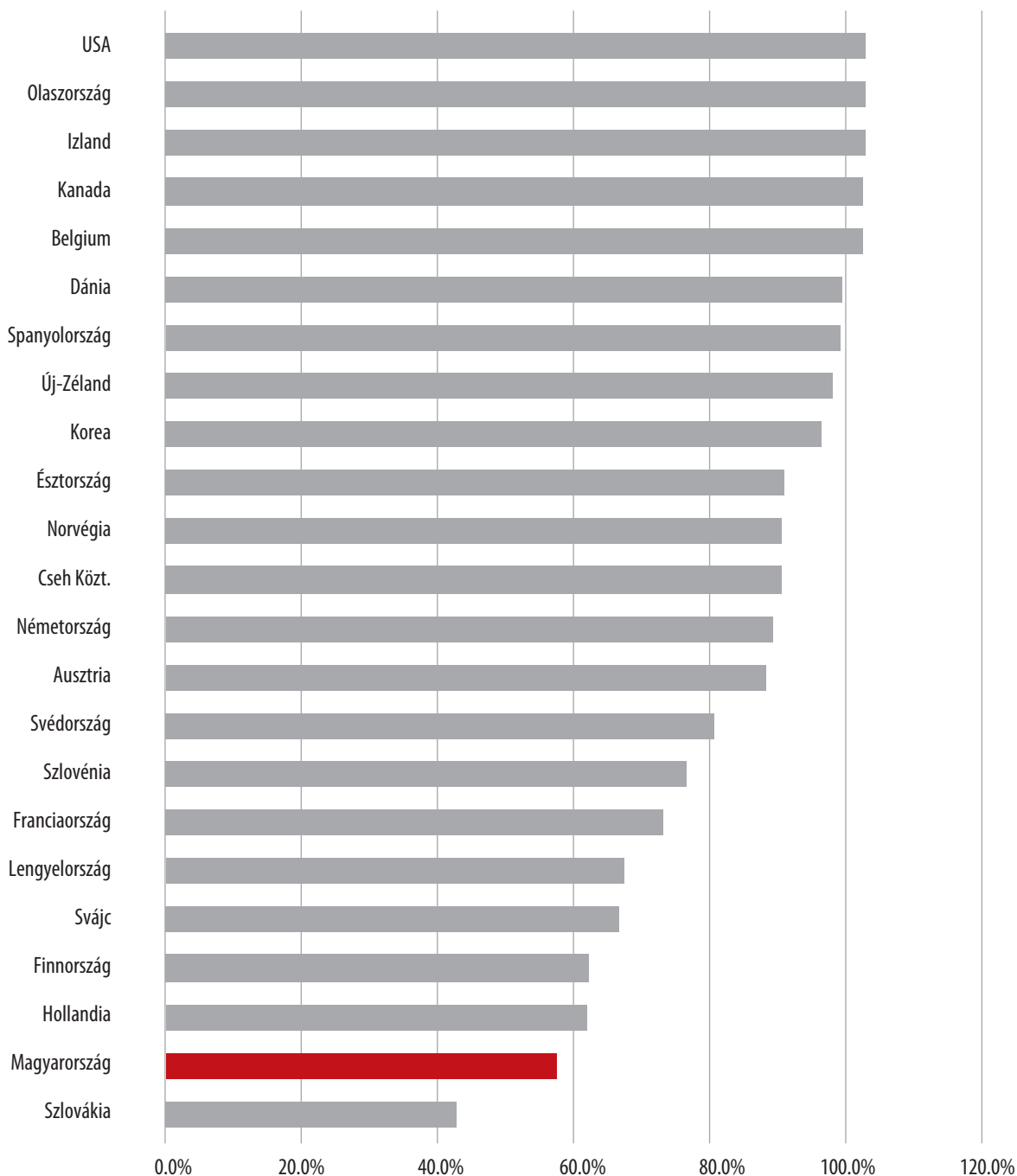
Az adatok problémái

Jó minőségű adatok fő kritériumai: a relevancia, megfelelőség, megbízhatóság, időszerűség, elérhetőség, interpretálhatóság, koherencia (OECD,2003). Másképpen fogalmazva: megfelelő definíció, mérhetőség, a definíciónak megfelelő adat-tartalom és megbízható adatgyűjtés. Ahogy arról már szó volt, az OECD-Eurostat-WHO közös adatgyűjtésben alkalmazott definíció – az adatok elérhetősége érdekében – szűken értelmezi a prevenciót. Azaz a prevencióra fordított kiadások esetében alapvető konfliktus áll fenn a megfelelőség

(a jelenséget tükröző tartalom) és az adatok elérhetősége között. Elméleti megközelítésben ugyanis nemcsak a szervezett programok keretében, hanem az egészségügyi szakemberek és az egyének által kezdeményezett preventív vizsgálatokra fordított kiadásokat is tartalmaznia kellene az adatoknak. Ahogy korábban már említettem, további probléma, hogy az adott definíció mellett is jelentősen eltérhet az adatok tartalma az egyes országok között (pl. a munkaegészségügyi szűrővizsgálatok eltérő szervezése miatt).

Az egészségpolitikai elemzés nézőpontjából, a magyar adatok talán legkritikusabb kérdése: a háztartások prevencióra fordított kiadásainak definiálása és becslése. Ezt illusztrálja a következő két adat közötti óriási eltérés: az OECD-Eurostat-WHO JHAQ 2011 adatgyűjtés szerint a háztartások prevencióra fordított kiadása: 0,6 milliárd Ft volt. Az ELEF (Európai

4. ábra. A közkiadások részesedése a megelőzésre fordított összes kiadáson belül, 2009



1. táblázat. A megelőzésre fordított kiadások Magyarországon, a finanszírozási alrendszerek szerint, 2009 (OECD-Eurostat-WHO JHAQ,2011)

	Megelőzésre fordított kiadás (milliárd Ft)	Összes eü. kiadás (milliárd Ft)	Megelőzés részesedése az alrendszer összes kiadásából
Államháztartás	46,1	1320,7	3,5%
Központi kormányzati programok	24,2	87,1	27,8%
Helyi kormányzati programok	3,2	92,9	3,4%
Kötelező egészségbiztosítás	18,7	1140,7	1,6%
Magánkiadások	36,4	576,1	6,3%
Önkéntes biztosítás	0,9	52,2	1,8%
Háztartások közvetlen kiadásai	0,6	460,5	0,1%
Non-profit szervezetek programjai	8,0	35,9	22,4%
Vállalatok programjai	26,8	27,5	97,6%
Összesen	82,5	1896,8	4,3%

Lakossági Egészség Felmérés) adatai szerint a háztartások gyógythatású készítményekre 99,3 milliárd Ft-ot költöttek 2009-ben (Orosz-Németh, 2012). Nyilvánvalóan nem minden gyógythatású készítményt vásárolják prevenció céljából az egyének, de teljes kihagyásuk a prevencióra fordított kiadásokból jól példázza az említett konfliktust az adatok megfelelősége (a jelenséget tükröző tartalom) és az adatok elérhetősége között.

A megelőzésre fordított kiadások az „Egészségügyi Számlák Rendszere 2011-es kiadása” szerint

Az Egészségügyi Számlák Rendszerének 2007 és 2011 között zajlott átfogó felülvizsgálata során kiemelt kérdés volt,

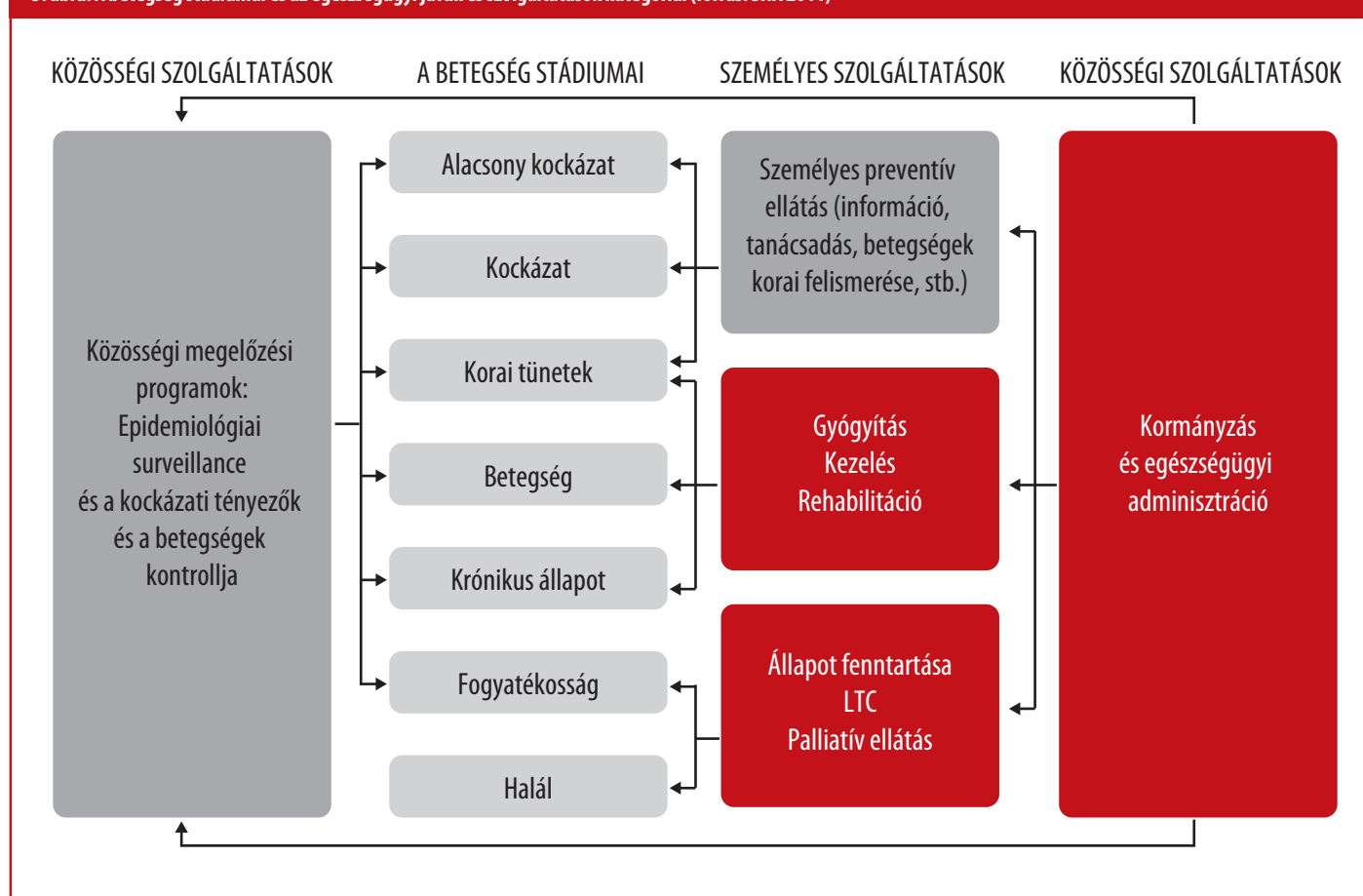
hogyan van-e lehetőség a megelőzésre fordított kiadások becslésében jelentkező problémák csökkentésére. Az SHA 2011 a koncepcionális kereteket sokkal világosabban és részletesebben fogalmazza meg, mint az SHA első verziója (OECD, 2000), beleértve, hogy a prevenció összetevőit is a korábbi rendszertől eltérően határozta meg. Azonban a legfontosabb problémán nem tudott változtatni: az országokkal való konzultáció is megerősítette, hogy a nemzetközi összehasonlítás céljára nem állíthatók elő olyan adatok, amelyek az egyének által kezdeményezett prevenciót is magukba foglalják.

Az 5. ábra mutatja a megelőzés és a gyógyítás határainak meghúzását. Fontos hangsúlyoznunk, hogy az SHA 2011 az orvosi szakirodalom szerint „harmadlagos prevencióba”

2. táblázat. A megelőzésre fordított kiadások Magyarországon, a finanszírozási alrendszerek szerint, 2009 (OECD-Eurostat-WHO JHAQ, 2011)

	milliárd Ft	az adott finanszírozási alrendszer részesedése a prevencióra fordított kiadásokon belül
Államháztartás	46,1	55,9%
Központi kormányzati programok	24,2	29,3%
Helyi kormányzati programok	3,2	3,9%
Kötelező egészségbiztosítás	18,7	22,7%
Magánkiadások	36,4	44,1%
Önkéntes biztosítás	0,9	1,1%
Háztartások közvetlen kiadásai	0,6	0,7%
Non-profit szervezetek programjai	8,0	9,7%
Vállalatok programjai	26,8	32,5%
Összesen	82,5	100,0%

5. ábra. A betegség stádiumai és az egészségügyi javak és szolgáltatások kategóriái (forrás: SHA 2011)



sorolt tevékenységeket a gyógyító szolgáltatások körébe sorolja.

Az SHA 2011 szerint a megelőzés összetevői:

- az egészségmegőrzést szolgáló információ, oktatás, tanácsadás,
- az immunizációs programok,
- a betegségek korai felismerését szolgáló programok,
- bizonyos egészséges állapotok monitorozását szolgáló programok (pl. terhes-gondozás),
- epidemiológiai surveillance, kockázati tényezők és betegségek kontrollját célzó programok, valamint
- a katasztrófákra és sürgős beavatkozásokra való felkészülés.

Hogyan javíthatjuk az adatok minőségét?

Az előzőekben vázolt problémák – az SHA 2011 rendszerében a nemzetközi összehasonlíthatóság végett továbbra is kényszerűen szűken értelmezett definíció – miatt a magyar egészségügyi kiadásokkal és a kormányzati prevenciós programokkal foglalkozó intézményeknek érdemes lenne megfontolniuk a nemzetközi adatgyűjtés számára és a hazai elemzések számára előállított adatok megkülönböztetését. A nemzetközi adatgyűjtés számára a feladat nyilvánvalóan az SHA 2011 definíció minél teljesebb követése a magyar Nemzeti Egészségügyi Számlák esetében. A hazai elemzési célokra azonban érdemes lenne megfontolni egy olyan módszertani fejlesztést, ami a prevenció tágabb értelmezésén alapulna: a nem szervezett programok (alapellátás, járó- és fekvőbeteg-ellátás, egészségügyi termékek vásárlása) során megvalósuló prevencióra fordított kiadások becslését is megkísérelné. Ehhez a hasonló célt szolgáló nemzetközi példák tanulmányozása jelentheti a kiindulópontot. Például egy francia kutatás az orvosok körében végzett empirikus felmérés alapján törekedett annak becslésére, hogy munkaidejük mekkora részét fordítják prevencióra – és ennek alapján becslést készíteni a prevencióra fordított kiadásokra. A szélesebb értelmezés részét képezné a háztartások prevencióra fordított kiadásainak megbízhatóbb becslése. Például a vitaminokra költött kiadás jelenleg teljes egészében a gyógyszerkiadások között szerepel. Ezek egy részét nyilvánvalóan prevenció céljából fogyasztják az egyének. Egy ilyen módszertani fejlesztés hozzá tudna járulni az egészségpolitika jobb megalapozásához azáltal, hogy az egészségügyi kiadások felhasználásáról megbízhatóbb képünk lenne. Továbbá megbízhatóbb helyzetképet

kaphatnánk a kormányzat, a vállalatok, a non-profit szektor és az egyének szerepéről is az egészségügyben. Ugyanakkor hangsúlyozom, hogy az egészségügyi kiadásokra vonatkozó adatok csak az egyik összetevőjét jelentik az egészségpolitikai döntésekhez szükséges információnak, továbbá a jobb információ csak szükséges, de egyáltalán nem elégséges feltétele a megalapozottabb egészségpolitikai döntéseknek.

Hivatkozások

1. *A SHA 2011 szerint egy ország finanszírozási rendszerének a fő alrendszerei a következők lehetnek (az SHA 2011 ezen alrendszerek további részletesebb kategóriáit is tartalmazza): Kormányzati finanszírozási programok; Kötelező egészségbiztosítás; Kötelező Egészségügyi Megtakarítási Számlák; Önkéntes egészségbiztosítás; Non-profit szervezetek finanszírozási programjai; Vállalatok finanszírozási programjai; Háztartások közvetlen egészségügyi kiadásai; A külföld intézményeinek finanszírozási programjai.*
2. *A vállalati egészségügyi programok kiadásai nem tartozik bele az egészségbiztosítási járulék fizetése, ami az egyik forrását jelenti a kötelező egészségbiztosítás kiadásainak.*
3. OECD, Eurostat, WHO (2011), *A System of Health Accounts 2011 Edition*, OECD Publishing, Paris. (SHA 2011)

Irodalomjegyzék

1. WHO Regional Office for Europe (2011), *The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches*. EUR/RC61/9
2. OECD (2000), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing, Paris
3. OECD (2003), *QUALITY DIMENSIONS, CORE VALUES FOR OECD STATISTICS AND PROCEDURES FOR PLANNING AND EVALUATING STATISTICAL ACTIVITIES*. STD/QFS(2003)1
4. OECD, Eurostat, WHO (2011), *A System of Health Accounts 2011 Edition*, OECD Publishing, Paris, 521 p.
5. Orosz-Németh (2012) *Mennyit költünk „zsebből” egészségügyre? A lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai az ELEF2009 alapján* (KSH, megjelenés alatt)

Összeköt bennünket az egészség

Az AstraZeneca Kft. és az ELTE Társadalomtudományi Karának Egészség-gazdaságtani Kutatóközpontja – az eddigi hagyományoknak megfelelően – „Megelőzés és/vagy gyógyítás? Az egészség-gazdaságtan szempontjai” címmel 2011-ben is megrendezte egészség-gazdaságtani szimpóziumát. A rendezvényről és az AstraZeneca társadalmi szerepvállalásáról dr. Heringh Alexandra orvosi és törzskönyvezési igazgatóval beszélgettünk.

■ Bene Zsolt

– Szeretnék egy rövid szakmai bemutatkozást kérni – mióta dolgozik az AstraZenecánál?

– Eredetileg orvos vagyok, Debrecenben végeztem. Az egyetemi évek alatt mentőtisztként dolgoztam, utána a Dél-pesti Kórház pszichiátriai osztályán töltöttem 1,5 évet, ezután – 1995. március 1-jével – kerültem a gyógyszeriparba. Lassan tehát már 17 éve az AstraZenecánál vagyok. Itt fokozatosan végigjártam a „ranglétrát”. Az ember, ha 17 éve van a pályán, nagyon sok változást ér meg. A gyógyszeripari létben különböző korszakok követik egymást. Most nehéz idők járnak az ágazatunkban, de a gazdaság egyik szereplőjének sem könnyű.

– Hogyan született meg az elgondolás, hogy az egészség-gazdaságtan témakörében szimpóziumokat szervezzenek?

– Az egészség-gazdaságtannal kapcsolatos szimpóziumot mint entitást 1998-ban indítottuk el. Dolgozott nálunk akkoriban egy kolléganő, aki Angliában tanulta ezt a mesterseget. Magyarországon akkor ez még ismeretlen terület volt, egyáltalán nem kellett ilyen típusú elemzéseket végezni, sőt tulajdonképpen nem is nagyon értették az emberek, hogy ez valójában miről is szól. Mivel Nyugat-Európában már egyre szélesebb körben alkalmazták az egészség-gazdaságtan módszereit a gyógyszer-támogatási döntések megalapozásához, számítottunk arra, hogy idővel itt is teret nyernek. Mi magunk is meglepődtünk, hogy néhány év alatt hová nőtte ki magát ez a tudomány.

– Miként biztosították az előadások szakmai háttérét?

– Arra mindig nagy hangsúlyt fektettünk, hogy együttműködjünk valamilyen egyetemi háttérintézménnyel. Ez a tevékenységünk ugyanis nem promóció, mert úgy gondoljuk: ennek a társadalomnak a tagjaiként fontos a számunkra, hogy megfelelő tudás birtokában születessenek a mindannyiunkat érintő döntések. Kezdetben a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjával működöttünk együtt, tíz éve pe-



dig az ELTE Egészség-gazdaságtani Tanszékével dolgozunk. Ez biztosítja a szimpóziumok magas szakmai színvonalát.

– Milyen célt tűztek ki a szimpóziumok szervezésével?

– Az AstraZeneca lehetőségeihez mérten fontosnak tart felkarolni minden olyan kezdeményezést, amelynek révén valami pluszt tud nyújtani az egészségügy szereplői számára. Nagyon érdekes volt, hogy a szimpózium előtti sajtótájékoztatón megkérdezték: tulajdonképpen miről is lesz szó, és hogy jön ehhez a témához az AstraZeneca? Fontos hangsúlyozni, hogy ezek a szimpóziumok nem az AstraZenecáról szólnak. Mi csak a lehetőségét biztosítjuk ezeknek az alkalomnak, amelyek évről-évre releváns témákat járnak körül. A témaköröket

sem mi választjuk meg. Ebben az évben az ELTE egyeztetette Szócska Miklós államtitkár úrral, hogy a témakör a prevenció legyen. Mindig arra törekszünk, hogy az egészségügy aktuális kérdései kerüljenek terítékre a téma elismert szakemberei előadásában.

– Ezek szerint a mindenkori egészségügyi ágazatvezetés is érdeklődik/érdeklődött a szimpóziumok iránt?

– Igen, minden alkalommal érkeztek előadók az egészségügyi vezetés részéről – így pl. az OEP-től vagy a minisztériumtól – is. Annak érdekében, hogy minél szélesebb közönséget szólítsunk meg, fontos szempont, hogy a hallgatóság számára ingyenes maradjon a rendezvény. Ez részünkről társadalmi szerepvállalás-típusú tevékenység.

– Mi alapján választottak helyszínt?

– Hosszú időn keresztül a Brit Nagykövetség volt a rendezvény helyszíne, ami különleges atmoszférát biztosított az eseménynek. Az érdeklődők száma évről évre nőtt, míg végül „kinőttük” az épületet. Ebben az évben már az Aesculap Akadémiával tárgyalt az ELTE vezetése. Ők ajánlották fel a számunkra megfelelő helyszínt, ahová már több érdeklődőt tudtunk meghívni.

– Van-e pontos információja arról, hogy milyen összetételű a hallgatóság?

– Korábban döntően kórházigazgatókat hívtunk meg, mert ők voltak azok, akik menedzserként szemlélték az egészségügyet, hiszen nekik egy intézmény működését kellett irányítani. Később a közsférából is meghívtunk szakembereket. Szívesen látjuk az egészségügy minden szereplőjét. Az idén a résztvevőket tekintve többen voltak az államigazgatásból, és az ELTE hallgatói is szép számban megjelentek. Hozzáteszem, hogy örömmel láttuk versenytársainkat, a más gyógyszerállalatoknál dolgozó kollégákat is.

– Mi történik, miután lezajlik egy-egy rendezvény? Lehet-e bármilyen utóhatásról beszélni?

– A rendezvénynek annyi hozadéka mindenképpen van, hogy egy asztalhoz ülteti a különböző érdekek mentén tevékenykedő szereplőket. Az AstraZeneca folyamatosan arra törekszik, hogy egyfajta párbeszéd alakuljon ki az egészségügy szereplői között. Új szlogenünk így szól: „Összeköt minket az egészség!” Úgy gondoljuk, hogy az egészségügy minden szereplőjének közös érdeke és felelőssége, hogy javítson a társadalom egészségi állapotán. Részünkről ennek egyik eszköze, hogy lehetővé tettük ezt a szimpóziumot, mely egyben nyitottságunkat is kifejezi arra, hogy az egészségügy más kérdéseiben is partnerként tekintsenek ránk.

– A legutóbbi szimpózium fő témaköre a prevenció volt. Hogyan került a megelőzés a középpontba?

– Az idén az ELTE egyeztetette a fő témakört a minisztériummal. Az egészségtelen életmód – különösen a dohányzás – elleni küzdelem kiemelt egészségpolitikai prioritás volt 2011-ben. A prevenció számunkra is rendkívül fontos kérdés, ezért igyekszünk átfogóan megközelíteni portfólióink terápiás területeit, a primer prevenciótól egészen a gondozásig.

– A szimpózium megrendezésén kívül, az AstraZenecának milyen további társadalmi szerepvállalásai vannak?

– A vörösiszap-katasztrófa idején anyagi támogatást nyújtottunk a rászorulóknak, mert minket, itt dolgozó embereket is mélyen megérintettek a történetek. Egy másik programunkban felvettük a kapcsolatot az Ökumenikus Szeretetszolgálattal, és idős emberek megsegítésében személyesen is közreműködtünk. A kollégák a szeretetszolgálat embereivel együtt meglátogattak egy idősothont, segítettek a kerti munkálatokban, festettek, ebédet főztek. Ez egy más típusú program volt, nem szokásos karitatív feladatokat végeztünk, és ha nem hajtottunk is végre hatalmas nagy tetteket, mégis jó érzés volt, hogy segíthettünk.

– Volt-e kifejezetten a szakma felé irányuló – a szimpóziumok megrendezéséhez hasonló – szerepvállalásuk?

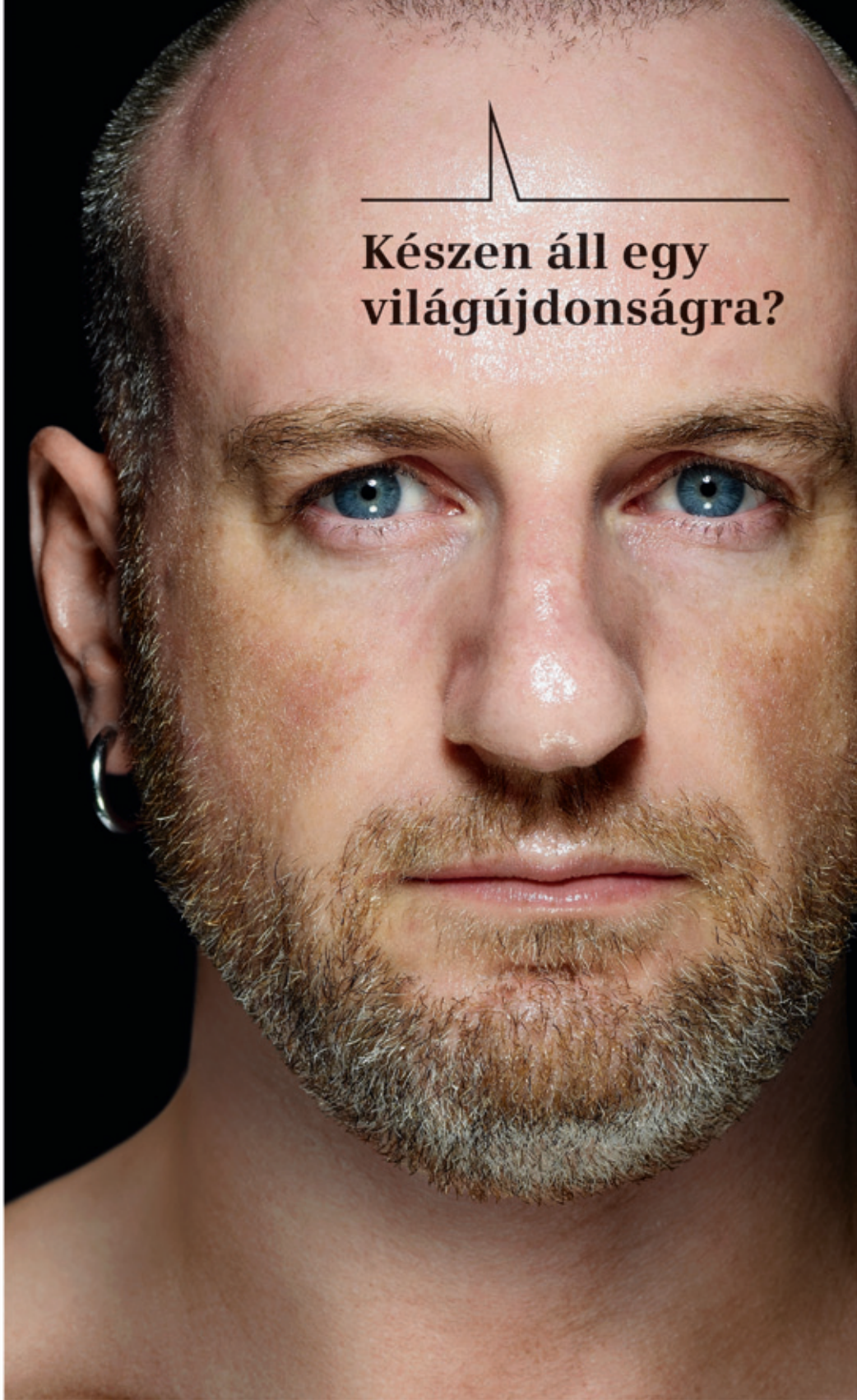
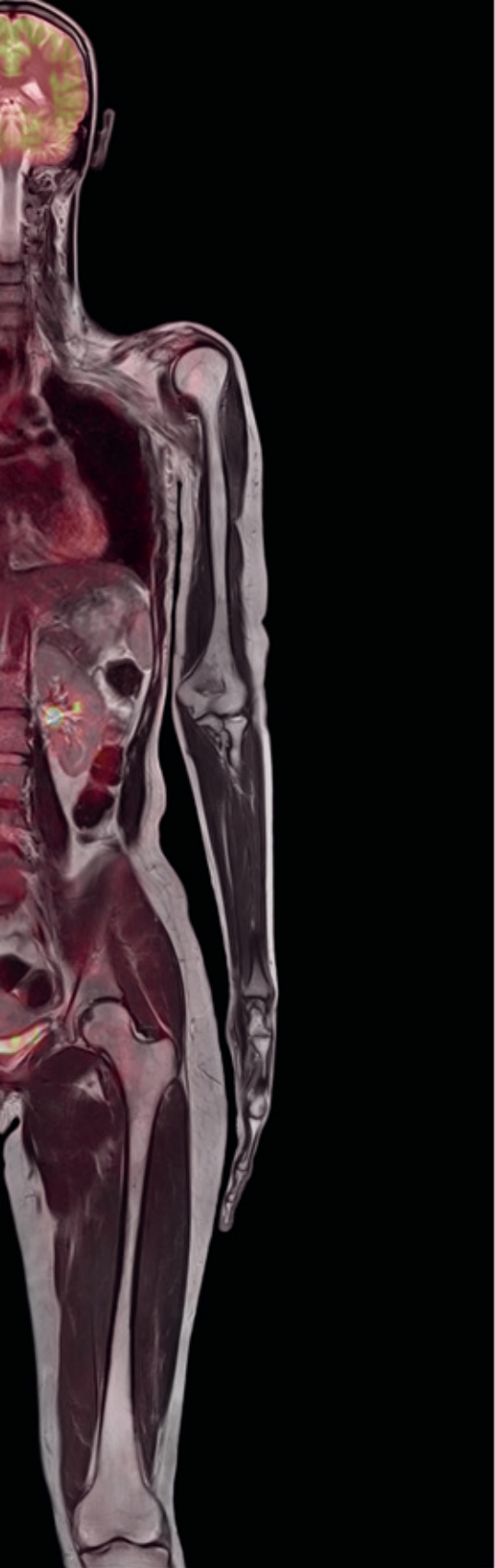
– Annak idején az AstraZeneca lehetőséget teremtett az érdeklődő orvosok számára, hogy GCP tanfolyamokon ingyenesen részt vehessenek. Ez még a 90-es években történt, ezen a téren is úttörők voltunk. Mindig igyekeztünk saját gazdasági érdekeinken túlmutatóan is szerepet vállalni a társadalom életében. Hitvallásunk, hogy korrekt és minden szempontból kifogástalan kapcsolat fűzzön minket minden egyes partnerünkhöz – ideértve az orvosokat, az egészségbiztosítót és valamennyi szereplőt, akivel tevékenységünk során találkozunk. Az iparágban nagyon keveseknek van olyan szigorú etikai szabályozása, mint az AstraZenecának. Minden szempontból példaértékű lehet akár a magyar szabályozás tekintetében is, hogy miként lehetne ezt az iparágat mindenki számára elfogadható, érthető és átlátható módon működtetni.

– Milyen egyéb társadalmi elkötelezettségeik vannak?

– A terápiás területeinken szereplő betegségek kapcsán az orvosokat segítjük abban, hogy a rendelkezésre álló szűkös időkereteken belül a betegeknek megfelelő tájékoztatást nyújthassanak a kíváncsós életmódról, megelőzésről. Szükség van arra, hogy a beteg felismerje az orvosával való együttműködés fontosságát.

– A közeljövőben már az is lényeges lesz, hogy a beteg mennyire együttműködő.

– A betegről akkor várhatjuk el, hogy együttműködő legyen, ha érti, hogy mi a betegsége, mi miért történik vele, illetve, hogy neki magának hogyan kellene hozzájárulnia ahhoz, hogy állapota javuljon.



Készen áll egy
világújdonságra?

Az egyidejű teljes test MR-PET megérkezett.

Ez az első alkalom, hogy a legmodernebb 3T térerejű MR és a csúcstechnológiát képviselő molekuláris képalkotás teljesen integráltan jelenik meg egy képalkotó berendezésben. Biograph mMR. Csak a Siemens képes arra, hogy biztosítsa az Ön számára ezt az áttörést jelentő rendszert, ezzel teljesen újra definiálva a megjelenítés, a diagnosztika, a kezelés és a betegellátás fogalmát. A lélegzetelállítóan precíz képek lehetőségével új utat nyit a kutatásban és elérhetővé teszi a különleges klinikai felhasználást. Ezzel kiterjesztve az élettani folyamatok megértését. Mélyrehatóan befolyásolva az egészségügyben nyújtott megoldásokat. Mit fog először tenni? www.siemens.com/mMR

Answers for life. *

SIEMENS

* Válaszok az életért.



MEGELŐZÉS ÉS GYÓGYÍTÁS

Az AstraZeneca Kft. és az ELTE Társadalomtudományi Karának Egészség-gazdaságtani Kutatóközpontja az idén immár 10. alkalommal rendezte meg hagyományos egészség-gazdaságtani szimpóziumát.

Az AstraZenecánál mindannyian nagyon komolyan vesszük az egészség helyreállítását, megőrzését, javítását. Nyitottsággal, és energiával rendelkezünk ahhoz, hogy eredményesen működjünk együtt az egészségügy minden szereplőjével azért, hogy a hosszú távú problémákra hosszú távú megoldásokat találjunk.

**Az egészségügy változik, így mi is változunk.
Mert biztosan tudjuk: Összeköt minket az Egészség!**