

A XIII. IME Országos Egészség-gazdaságtani Konferenciáról jelentjük I.

„Forrásteremtés a magyar egészségügyben – makrogazdasági keretek és lehetőségek” címmel, Prof. Dr. Kásler Miklós, az emberi erőforrások minisztere és Prof. Dr. Merkely Béla, a Semmelweis Egyetem rektora fővénkönségével tartotta meg XIII. Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzését és Konferenciáját az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja. A tanácskozás egyszersmind az IME és a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság második közös konferenciájaként került megrendezésre 2019. június 19-20. között, Budapesten. A konferencia első napján elhangzott plenáris előadások összegzését jelen tudósításunkban adjuk közre.

Tamás Éva lapigazgató üdvözölte a jelenlévőket, és köszönetet mondott szakmai partnerségéért a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaságnak (MEMT), valamint a rendezvényt támogató cégeknek, amelyeknek köszönhetően immár tizenharmadik alkalommal kerülhetett sor az egészség-gazdaságtani konferencia megrendezésére. Prof. Dr. Kozmann György, az IME főszerkesztője megnyitójában rámutatott, hogy a szakmai program összeállításakor a szervezők az egészségügy orvosi és gazdasági vonatkozásain túl egyre nagyobb hangsúlyt helyeznek az igen gyors ütemben fejlődő technológiai háttér megjelenítésére, így a kutatás és fejlesztés mára a tanácskozások elmaradhatatlan fókuszpontjává vált. Dr. Pásztélyi Zsolt, az IME felelős szerkesztője elmondta, hogy a szerkesztőbizottság a társadalmi folyamatokat leképező forrásteremtést és annak makrogazdasági vonatkozásait állította fókuszba, de a hagyományoknak megfelelően lehetőséget biztosított a technológiaértékelő módszerek bemutatásának is.

A konferencia kiemelt eseményeként stratégiai együttműködési megállapodást írt alá Tamás Éva, a Larix Kiadó Kft. ügyvezető igazgatója és Dr. Steiner Arnold, a Magyar Medikai Gyártók és Szolgáltatók Klaszter (MediKlaszter) elnöke. A MediKlaszter olyan gazdasági társaságok, intézmények hálózata, amelyek profitorientált, vagy non-profit alapon a magyar egészségügyi műszerek fejlesztésével, gyártásával és értékesítésével foglalkoznak, illetve ahhoz köthető tevékenységet végeznek, szakmai-tudományos támogatást nyújtanak. Az ünnepélyes aláírás alkalmával Dr. Steiner Arnold kiemelte, büszke arra, hogy a MediKlaszter olyan kiváló partnerrel léphet együttműködésre, mint az IME tudományos folyóirat. Mint elmondta, a kormány 2017 decemberében határozatot hozott az ágazat fejlesztésére, amelyet a MediKlaszter tartalommal kíván megtölteni. A MediKlaszter tagjai sorában tudja azt a vállalatot is, amely az innovációt jelképező Rubik-kocka előállítója. Tudomány nélkül nincs ipar – szögezte le az elnök, és hozzátette: mivel az ipar fejlődése és az innováció a tudományra épül, a MediKlaszter számos magyar egyetemmel ápol szoros kapcsolatot. E gondolathoz kapcsolódva Tamás Éva elmondta, hogy a Larix Kiadó is az egyetemi kapcsolatok erősítésére törekszik, amit jól példáz a Pannon Egyetemmel, a Pécsi Tudományegyetemmel és a Szegedi Tudományegyetemmel hosszú évekre visszatekintő együttműködés, nem utolsósorban az a stratégiai együttműködési megállapodás, amelyet a kiadó 2019. május 13-án kötött a Semmelweis Egyetemmel. Mindennek különösen nagy a jelentősége annak fényében, hogy a tudományos folyóirat fontos küldetésének tekinti a kutatás, fejlesztés és innováció legfrissebb eredményeinek megjelenítését, valamint az egészségügyben dolgozók és a döntéshozók számára fontos információk, üzenetek közvetítését.



Tamás Éva,
Dr. Steiner Arnold
és Tóth Zsolt

EGÉSZSÉGPOLITIKA

Felvezető előadásában **Prof. Dr. Kozmann György** azt elemezte, hogy milyen szerepet játszhat a kutatás és fejlesztés a halálozásért legnagyobb részét felelős népbetegségek primer és szekunder prevenciójában. Mint mondta, gyakran éri kritika a mindenkori kormányzatot azért, mert keveset költ az egészségügyre, ugyanakkor hajlamosak vagyunk megfeledkezni arról, hogy a születéskor várható élettartam és az egészség nem csak pénz kérdése. A megelőzés és a sürgősségi ellátás terén létrejött új tudományos módszerek és felismerések nehezen találnak helyet az egészségiparban, és maguk az állampolgárok sem aknázzák ki azokat a lehetőségeket, amelyek megjelentek a mindenkori által hozzáférhető mérés-technika és tömegkommunikáció területén. Dr. Kozmann György megemlítette, hogy a 2010-ben fejlődésnek indult mHealth üzletág forgalma 2020-ra elérheti a 60 milliárd dollárt, vagyis a magyar GDP kétharmadát. Az egészségügyre fordított kiadások világszerte évről évre magasabbak, Európában évente 3-4 százalékkal növekednek. A hiányzó forrásokat a gazdaságnak kell előteremtenie, amelynek részét képezi az egészségipar is. Az Irinyi Program hátteret biztosíthat a K+F eredmények befogadására alkalmas egészségipar megteremtéséhez, de fontos az egészségipari kutatásokra és fejlesztésekre felkészítő egyetemi oktatás, valamint a kutatóhelyekhez kapcsolódó start-up vállalkozások jogi szabályozása, az ilyen irányú kutatások megfelelő finansziális támogatása, és nem utolsósorban a bürokratikus döntések felgyorsítása.

Dr. Gaál Péter, a MEMT elnöke, az IME Szerkesztőbizottságának tagja az egészségpolitika szemszögéből járta körül az egészségügyi forrásteremtés dilemmáit. Megállapította, hogy a forrásteremtés nem cél, hanem eszköz a társadalmi, egészségpolitikai célok elérésében. Forrásteremtés – vagyis az egészségügy működéséhez szükséges pénz beszedése a lakosságtól – történhet adók, járulékok, magánbiztosítási díj, egészségügyi takarékszámra és közvetlen (zsebből fizetett) lakossági hozzájárulás formájában. Dr. Gaál Péter felidézte az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata 25. cikkének első pontját, mely szerint „minden személynek joga van saját maga és családja egészségének és jólétének biztosítására alkalmas életszínvonalhoz (...), orvosi gondozáshoz, valamint a szükséges szociális szolgáltatásokhoz, joga van a munkanélküliség, betegség, rokkantság, özvegyiség, öregség esetére szóló, valamint mindazon más esetekre szóló biztosításhoz, amikor létfenntartási eszközeit akarától független körülmények miatt elveszíti.” Az egyezmény aláírásával Magyarország megerősítette azokat a célokat, amelyekre optimalizálni kell az egészségügyi rendszerünket. Milyen szerepe van a forrásteremtésnek mindezen célok elérésében? – tette fel a kérdést Dr. Gaál Péter. Az egészségügyi ellátás elsődleges fontosságú társadalmi jószág, amelyhez a hozzáférést és az ellátás minőségét nem szabadna, hogy az egyének anyagi helyzete határozza meg. Időről időre felvetődik a gondolat, hogy miért nem működtetjük magánalapon az egészségügyet. Nemzetközi tudományos bizonyítékok

támasztják alá, hogy a magánbiztosításra épülő rendszerek nagyon rosszul teljesítenek mind a hozzáférés és igazságosság, mind a hatékonyság szempontjából. Jó példa erre az USA egészségügyi rendszere, amely nagyon drágán és pazarló módon igen lyukas társadalmi hálót nyújt. Szintén gyakran vetődik fel, hogy hozzuk be a magánbiztosítókat a társadalombiztosítás rendszerébe. Chile jól példázta, hogy a társadalombiztosítás egységességének megbontása a szegény és a gazdag egészségügy kialakulásához, társadalmi hasadáshoz vezet. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyetemes hozzáférés (universal health coverage, UHC) nem csak a közösségi forrásteremtési módszerek (adók, járulékok) dominanciájára épülő egészségügyi rendszerben valósítható meg. Az UHC szempontjából elsősorban nem a források összetétele lényeges, hanem az egészségügyi kiadások mértéke. Az egészségpolitikai és a gazdaságpolitikai célok összeegyeztethetők, de ehhez szükség van a fiskális és egészségpolitikai döntéshozók közötti értelmes párbeszédre, amely egymás szempontjainak a megértésén alapulhat.

Dr. Evetovits Tamás, az Egészségügyi Világszervezet Barcelonai Irodájának vezetője elmondta, hogy a szükségleteknek megfelelő egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása az ENSZ fenntartható fejlődési céljainak egyike. A WHO Európai Irodája 2019-ben közzétett, öt éven át végzett kutatást összefoglaló jelentése szerint a betegek bizonyos hányada anyagi okok miatt nem fér hozzá a szükséges ellátásokhoz, illetve anyagi nehézségekkel küzd az ellátásért fizetendő díjak miatt. Mennyire működik jól a költségteher elleni védelem és annak mérése? A barcelonai iroda szakemberei olyan új módszertant dolgoztak ki, amely mind a fejlődő, mind a fejlett országokra nézve is releváns, érzékeny az egészségügyi kiadásokat megfizetni nem tudó rétegek részarányának kimutatására és az egészségpolitikai változtatásokra. A huszonnégy országot felölelő kérdőíves adatelemzés elkészítésében több mint ötven kutató és egészségpolitikai elemző – hazánk részéről Dr. Gaál Péter és **Lindeisz Ferenc** – vett részt. Olyan egészségbiztosításra van szükség – szögezte le Dr. Evetovits Tamás –, amely megfelelő védelmet nyújt az egészségügyi ellátások katasztrofális anyagi terhe ellen. Az, hogy valakinek van biztosítása, nem feltétlenül jelenti azt, hogy nem fog anyagi nehézségekkel szembesülni. A visegrádi országok összehasonlításában Magyarországon a legmagasabbak a betegterhek – mutatott rá –, a zsebből történő lakossági hozzájárulás WHO által ajánlott 15 százalékos maximumértékét közülük egyedül Csehország éri el, míg hazánkban ez az érték 30 százalék körüli. A magyar háztartások 6 százalékának elszegényítő mértékű egészségügyi kiadásai vannak, és közel 12 százaléka szembesül katasztrofális mértékű kiadásokkal, melyek tetemes részét a gyógyszerköltségek teszik ki. Az előadó adatokkal támasztotta alá, hogy szoros összefüggés mutatható ki a katasztrofális kiadásokat elszenvedő háztartások aránya és a közvetlen lakossági hozzájárulás teljes egészségügyi kiadásban belüli aránya között. Hozzátette: a katasztrofális kiadások előfordulása ott a legalacsonyabb, ahol az

utóbbi érték 15 százalék alatt van. Mit várhatunk a kiegészítő magánbiztosítási és egészségpénztári rendszertől? Nem sokat! Ahol jelentős mértékű a kiegészítő magánbiztosítási piac, ott a szegényeknek nem kell biztosítási díjat fizetniük, vagy jelentős kedvezményt kapnak, és a biztosítás fedezi az igénybevételi díjat (co-payment). Hogyan lehet javítani a helyzeten? A közfinanszírozás növelése mellett a támogatáspolitikai átalakítása és fejlesztése jelentheti a megoldást erre a rendszerszintű problémára. A jól teljesítő országok gyakorlata sok tanulsággal szolgál Magyarországnak számára.

Dr. Birkner Zoltán elnök (Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal) előadásában bemutatta Magyarország kutatási, fejlesztési és innovációs helyzetét. Mint elmondta, innovációs teljesítménye alapján hazánk az EU mérsékelt innovátorai közé tartozik, ezért az a célunk, hogy a következő évtized végéig az élbolyba emelkedjen. Óriási tartalékokat mozgósíthatunk, ha növelni tudjuk a hazai vállalkozások innovációs képességét, és a tudástermelő egyetemek is hatékonyan bekapcsolódnak az innovációs láncba. Ehhez célszerű, kiszámítható és fenntartható finanszírozási rendszer szükséges. A KSH adatai szerint 2017-ben a hazai K+F ráfordítás összesen 517,3 milliárd forint volt, ami a GDP 1,4 százalékának felel meg. Ebből az orvostudományok mind a ráfordítást, mind a kutatói-fejlesztői létszámot tekintve 8-9 százalékkal részesedtek. Az egészségtudományi és egészségipari támogatások a 2015-2018 között megítélt összes K+F+I támogatás (NFKI Alap, GINOP és VEKOP források) negyedét tették ki, és növekedett a multidiszciplináris kutatások súlya is. A kormányzat célul tűzte ki, hogy a GDP-arányos K+F ráfordítás 2020-ra elérje az 1,8 százalékos szintet. Az előadó megosztotta a hallgatósággal azt az örömteli hírt, miszerint a K+F+I-re szánt állami támogatások jelentős összeggel, 32 milliárd forinttal nőnek, így jövőre meghaladják a 160 milliárd forintot.

Dr. Kókai-Nagy Ákos elnökségi tag (Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete) a hazai gazdaságpolitikai irányokat vázolva kiemelte: az egészségügy hosszú ideig nem szerepelt a politikai prioritási lista élén. Az elmúlt évben azonban mind a Pénzügyminisztérium, mind a Magyar Nemzeti Bank (MNB) rámutatott a hatékony egészségügy és az egészsé-

ges társadalom hazai versenyképességre gyakorolt kiemelt jelentőségére. Az MNB Versenyképességi Programjában foglaltak szerint: „A magyar lakosság egészségi állapota – hasonlóan a régiós országokéhoz – elmarad a nyugat-európai szinttől, ami jelentős hatékonysági, termelékenységi és növekedési tartalékot jelent a gazdaság számára.” A várható élettartam egy évvel történő növelése 3-5 százalékkal növeli a GDP mértékét a potenciálisan elvesztett életek csökkenése következtében. A lakosság egészségesen, munkában eltöltött napjainak száma a V4 országok közül hazánkban a legalacsonyabb: a KSH becslése szerint naponta 100 ezer ember hiányzik ideiglenesen a munkahelyéről egészségügyi okokból. A munkába történő visszaállítás gyorsasága szintén a versenyképességet közvetlenül befolyásoló tényező. Tény, hogy az innovatív gyógyszerek megfelelő vonalban és időben történő alkalmazása döntően befolyásolja a terápia sikerességét és a munkába történő visszaállás gyorsaságát. Az innovatív terápiák versenyképességre gyakorolt hatását befolyásolja a pénzügyi és jogszabályi kiszámíthatóság, a gyógyszer-befogadási rendszer anomáliái, a gyorsított befogadás hiánya, a klinikai vizsgálatok ösztönzése, a finanszírozott gyógyszeres egészségügyi technológiák hatékonyságának mérése és a prevenció. Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete javasolja az egészségpolitikai döntéshozókkal közös kerakasztal felállítását, amelynek keretében az érdekelt felek álláspontjaikat közelítve, hatékonyan és rövid idő alatt képesek elérni a hazai lakosság egészségi állapotának javítását, és ezzel párhuzamosan a gazdaságpolitikai célokat is.

Asztalos Péter közgazdasági elemző (Magyar Nemzeti Bank, Versenyképességi és Strukturális Elemző Főosztály) gondolatébresztőnek szánt előadásában bemutatta, hogy az egészségügy milyen csatornákon keresztül tud hozzájárulni a gazdasági növekedéshez. Megerősítette Dr. Gaál Péter megállapítását, miszerint a gazdasági és az egészségügyi célok nagyon is összeegyeztethetők. Az egészségi állapot a gazdaságban elérhető munkaerő mennyiségét és minőségét egyaránt befolyásolja. Újra kell gondolni az egészségügy gazdaságban betöltött szerepének kommunikációját, hogy az ágazaton kívüli szereplők is megértsék az egészségügy önmagán túlmutató gazdasági jelentőségét. A döntéshozók



látóterébe ugyanis elsősorban a ráfordítások nagysága kerül, hiszen a kormányzat végső fogyasztási kiadásai között messze az egészségügyre fordított összeg a legmagasabb. Az előadó adatokkal támasztotta alá, hogy a munkaerő minőségjavulása jelentős termelékenység-növekedési potenciált jelent. Javaslatra szerint egészség-gazdaságtani elemzésekkel minél inkább alá kellene támasztani az egészségi állapot gazdasági jelentőségét, és az egészségügyi kommunikációt a „mit kérünk” helyett a „mit tudunk adni” mederbe lenne célszerű terelni.

FINANSZÍROZÁS ÉS FORRÁSTEREMTÉS

Kiss Zsolt főigazgató (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, NEAK) képviselőként **Dr. Pálosi Mihály** főosztályvezető (NEAK Projektigazgatási Főosztály) elmondta, hogy a magyar egészségbiztosítási rendszerben 1993-tól kezdődően került bevezetésre az egészségügyi szolgáltatások teljesítményarányos finanszírozása. Az új finanszírozás nagy előrelépést hozott a normativitás, a transzparencia és az elszámoltathóság tekintetében. Az elemi, beteghez kapcsolt ellátási jelentések által a betegek szintjén is megismerhetővé váltak az ellátási utak és az egyes szolgáltatók által elvégzett ellátások. Az előadó a csípő- és térdprotézis műtétek ellátásáról mutatott be példát és elemzést arra vonatkozóan, hogy a különböző adatforrások együttes értékelésével, a betegek egészségi életútjának követésével milyen módszerek alkalmazhatók a teljesítmény elv mellett az értékelv megvalósítására.

Dr. Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász, egyetemi docens (Miskolci Egyetem), az IME Szerkesztőbizottságának tagja előadása szorosan kapcsolódott a Dr. Pálosi Mihály által elmondottakhoz. A magyar egészségügyi finanszírozás legfontosabb típusainak számba vételét követően nemzetközi kitekintést nyújtott, és a bemutatott kezdeményezések és pilotok alapján vázolta a lehetséges újszerű finanszírozási megoldásokat. Megállapította, hogy ki kell mozdulni a több évtizedes keretek közül, és fel kell gyorsítani az új, vagy kiegészítő finanszírozási formák kidolgozását, modellezését és bevezetését. Éves innovációs finanszírozási keret elkülönítését javasolta az E-Alapon belül az innovatív finanszírozási technikák támogatására 3-5 éves tervezés alapján. Továbbá az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet ismételt létrehozását szorgalmazta a 2400 milliárd forintnyi közpénz elköltésének monitorozására, hatékonyságának javítására, új finanszírozási módszerek kidolgozására és modellezésére, valamint minőségi indikátorok fejlesztésére.

Joó Tamás egészségügyi közgazdász (SE Egészségügyi Közszerkeztési Kar) a fiskális eszközöknek a népegészségügyi célok elérésében betöltött szerepét világította meg. Köztudott, hogy az egészségtelen életmód jelentős egészségügyi, társadalmi és gazdasági károk okozója, ezért viszszaorientálásának valamennyi technikája és módszere támogatandó. A fiskális eszközök hatékonynak bizonyultak a táplálkozás-egészségügy és a dohányzás területén is. Nem véletlen – jegyezte meg Joó Tamás –, hogy a népegészség-

ügyi termékadót (NETA) a táplálkozás-egészségügyi intézkedések hungarikumaként emlegetik, hiszen ilyen széleskörű, sokféle termékkategóriát érintő szabályozás a világon sehol nem létezik. Hozzátette: még mindig van ezen a téren tartalék, hiszen a WHO a cukrozott üdítőkre 20 százalékos fogyasztói áremelkedéssel együtt járó adó kivetését javasolja, amit még messze nem ér el például a kólafélek hazai adószintje. A NETA fejlesztésében tehát komoly potenciál van, ami az MNB 330 pontos javaslatcsomagjában is megjelenik – mutatott rá az előadó –, mégpedig a cukrozott üdítők sávok adóztatására tett javaslat formájában. A másik lehetséges eszköz a termékkör bővítése, például a fiatalok által közkedvelt kézzel sodort cigarettára. A dohányzás prevalenciája 25 százalékról 39 százalékra nőtt a fiatal korosztályban, ezért különös hangsúlyt kell fordítani a fiatalok védelmére, és célravezető lehet a fogyasztási dohány terjedése elleni fellépés, illetve a hatékonyabb adópolitika.

Jesko József egészségfinanszírozási elemző (Healthware Tanácsadó Kft.) egészségügyi magánkiadások szerkezetét analizáló előadása bevezetőjében szintén az MNB tanulmányára, valamint a Versenyképességi Tanács reformjavaslataira utalt, amelyek külön fejezetet szentelnek az egészségügy kérdésének. A szerzők megállapították: a hazai egészségügyi rendszer egyik alapproblémája, hogy az egészségügyi magánkiadások nem intézményesített formákban kerülnek elköltésre. A magyar egészségügyi kiadások elmaradnak az uniós átlagtól, ugyanakkor a régióbeli országokkal hasonló szinten állnak. A megelőzhető és elkerülhető halálozás mértékét tekintve hazánk mégis a kontinens legrosszabban teljesítő országai között szerepel. Az alacsony közfinanszírozás miatti problémákat nem lehet kizárólag a magánforrások bevonásával kezelni, azonban a magánkiadásokon belül a közvetlen kiadások intézményesült formák felé terelése, különösen jól szabályozott keretek esetén pozitív hatással lehet a gazdasági szempontból is kiemelkedően fontos népegészségügyi célok megvalósításában.

GYÓGYSZERIPAR

Prof. Dr. Kerpel-Fronius Sándor tudományos tanácsadó (SE Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet), az IME rovatvezetője az új típusú gyógyszerek, elsősorban az ún. Fejlett Terápiás Készítmények (FTK) vizsgálatával és alkalmazásával kapcsolatos gazdasági és etikai kihívásokat vette számba. Az FTK-k a génterápia, a szomatikus sejtherápia, az ún. tissue engineering (hibás szövetek helyettesítése, regenerálása) és a kombinált (többféle metodika egyesítése révén készült), általában gyógyászati segédeszközök és gyógyszerek kombinációjára épülő, integrált készítmények. A génterápiás készítmények általában ritka gyógyszer (orphan drug) minősítést kapnak, e készítmények fejlesztésében a cégek szakmai és anyagi támogatásban részesülnek. A ritka gyógyszerek árszintje rendkívül magas, aminek célja a nagy forgalmú gyógyszerekéhez hasonló árbevétel biztosítása. Jelenleg a génterápiás készítmények hatástartamának

hossza nem ismert. Egész életre szóló egyszeri adagolás csak magas ár mellett biztosítja a gyár befektetésének és hasznának biztosítását. Emiatt számos beteg nem jut a számára szükséges készítményhez, a magas ár pedig elszívja a más gyógyszerekre fordítható egészségügyi keretet. E készítmények klinikai vizsgálatához és későbbi alkalmazásához multidiszciplináris és multiprofessionális klinikai munkacsoportokra van szükség, melyek fenntartása jelentős gazdasági kihívást jelent a gyógyszerfejlesztők és a klinikai alkalmazók számára. A multiprofessionális munkacsoportok orvos és nem orvos tagjainak közösen kell viselniük a beavatkozások szakmai és etikai felelősségét. Az International Federation of Associations of Pharmaceutical Physicians (IFAPP) 2018-ban közreadott „Nemzetközi Etikai keretrendszer” részletes támogatást igyekszik nyújtani az ilyen komplex csoportok klinikai munkája során felmerülő etikai problémák megoldásához. Prof. Dr. Kerpel-Fronius Sándor felhívta a figyelmet a klinikus gyógyszervizsgálókat, valamint a nem klinikus gyógyszervizsgálókat is érintő etikai problémákra. Rámutatott, hogy a humán vizsgálatokat meghatározó főbb etikai követelményekhez általában alkalmazkodnak a szakemberek, azonban eltérő esetekben különböző módon súlyozzák azokat. A multiprofessionális team tagjai csak akkor tudnak együttesen dolgozni, ha kölcsönös bizalommal vannak egymás iránt, és egyeztetni tudják az egymástól eltérő etikai prioritásait is. A FTK területén számos új problémával kell számolnunk az elkövetkezendő években, és az új terápiás készítmények bevezetésekor újra kell gondolni a gazdasági számításokat is.

Dr. Tarnai Judit általános főigazgató-helyettes (Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet, OGYÉI) az intézet működéséről szólva elmondta, hogy szerepköre az utóbbi években az éttrendkiegészítők, speciális élelmiszerek és az orvostechonikai eszközök felügyeletével bővült. Az intézet hatósági jogköreiben koherenciára törekszik, ám mivel a tevékenységi köre rendkívül szerteágazó, prioritási sorrendet állított fel, amelynek élén 2019-ben az innováció, a klinikai vizsgálatok élénkítése, az ellenőrzési funkciók és az akadémiai szektor támogatása áll. A tapasztalatok szerint világszerte rendkívül nagy az igény az ún. támogató hatóságokra. Fontos, hogy már a fejlesztés stádiumában aktív konzultáció alakuljon ki a regulátorok és a fejlesztők között. Nagy kérdés – vetette fel Dr. Tarnai Judit –, hogy készen állunk-e a tudományos innováció befogadására. A tudomány és a technológia hatalmas fejlődése a szabályozási környezetet és a jó gyakorlatot érintő kihívások elé állítja a hatóságokat. Dr. Tarnai Judit az újfajta gyártástechnológiák kapcsán felhívta a figyelmet arra, hogy az elkövetkezendő évtizedekben egyre nagyobb szerepe lesz a helyszínen történő gyógyszergyártásnak, amihez nem csak a regulátoroknak, hanem a gyártóknak is alkalmazkodniuk kell. Annak érdekében, hogy a regulátorok lépést tudjanak tartani a változásokkal, az OGYÉI létrehozta az ún. FTK kerekasztalt, amelynek működésében belső és külső szakemberek is részt vesznek. A kerekasztalon áttekintik az EMA (European Medicines Agency) irányelveit és minden olyan dokumentá-

ciót, amellyel a fejlesztők megkeresik a hatóságot. A kerekasztal szakembert delegál az EMA terápiás bizottságába azzal a céllal, hogy a hazai fejlesztők rendelkezésére tudja bocsátani az EMA módszereit és segédanyagait, és koordinációt tudjon biztosítani a kis- és középvállalkozások, akadémiai fejlesztők számára. Dr. Tarnai Judit kitért az EMA 2016-ban létrehozott PRIME elnevezésű regulációs eszközére, amely az elengedhetetlenül szükséges terápiák eddig nem, vagy nehezen kezelhető betegségek célzó fejlesztéseinek támogatását, illetve a már elfogadott készítmények használatának nyomon követését célozza. Nagyon fontos – hangsúlyozta Dr. Tarnai Judit –, hogy már a kezdeti fejlesztési stádiumban egészség-gazdaságtani értékelés történjen, amiben az OGYÉI innovációs irodája segítséget tud nyújtani a fejlesztőknek. Megemlítette, hogy az OGYÉI csatlakozott az EMA által 2018-ban létrehozott ún. „European Regulatory Network Strategy to 2025” hálózathoz, amely támogatja a gyógyszerkészítmények életciklusa alatti hatósági döntéshozatalt. A network célja továbbá az innováció elősegítése a klinikai vizsgálatok során, az adatok generálására vonatkozó szabályozási keret kialakítása, és az egyetemek és kutatóhálózatok közötti együttműködés elősegítése. Az OGYÉI csatlakozott továbbá az EMA húsz tagállamot magában foglaló, 2019-2021 között működő STARS (Strengthening Training of Academia in Regulatory Sciences and supporting regulatory scientific advice) projektjéhez is, amelynek célja a klinikai, egyetemi, akadémiai kutatók regulációs ismereteinek bővítése. Az OGYÉI létrehozta módszertani központként működő Innovációs Irodáját, melynek elsődleges feladata a tudományos és regulációs tanácsadás, az EMA erőforrások közvetítése és a korai fejlesztés támogatása.

Dr. Mathiász Dóra klinikai ügyek igazgató (Oncompass Medicine Hungary Kft.) a precíziós orvoslás világába kalauzolt, amely a Human Genom Project és a Cancer Genom Project sikeres lezárása után hatalmas lendületet vett. Mára több mint 600 rákgén azonosítása indult el, 300 feletti célzott gyógyszer szerepel kisebb részben a piacon, nagyobb részben a klinikai vizsgálatokban. Az Amerikai Onkológus Társaság (American Society of Clinical Oncology, ASCO) idei kongresszusán deklarálták, hogy az onkológia a mesterséges intelligencia korszakába lépett, amikor a rendelkezésre álló nagy mennyiségű adatot szoftverek alakítják a gyógyító orvosok számára értelmezhető adatokká. Az onkoteamek bioinformatikus, bionikus szakemberekkel egészültek ki, akik a számítógépek által előállított adatokat segítenek értelmezni. A daganatos betegek több mint felének egy százalékánál ritkább előfordulású mutációja van, ezért sok beteget kell tesztelni az adott típusú genetikai elváltozást hordozó betegek megtalálásához és a klinikai vizsgálatokhoz elegendő betegszám rendelkezésre állásához. A betegek daganatelemzést követő genetikai stratifikálása új kihívást jelent a gyógyszerfejlesztésben, hiszen a nagy betegszámot mozgató, kettős-vak randomizált vizsgálatokon alapuló, akár tíz-tizenkét évig tartó fejlesztéssel szemben erősödik a kis betegszámú, flexibilis struktúrájú, gyors eredményt nyújtó tanulmányok igénye. A törzskönyvező hatóságok partnerek

ebben a fejlődésben, alig két éve megszületett az első tumor-genetikai vizsgálatra alapozott célzott gyógyszertervezés. Dr. Mathiász Dóra elmondta, hogy az onkológusok munkáját segítheti a RealTime Oncology Calculator elnevezésű öntanuló informatikai rendszer, amely nem más, mint egy mesterséges intelligencia, amely tudományos evidenciák alapján rangsorolja a hatóanyagokat, nem törzkönyvezett hatóanyagok esetén pedig a folyamatban lévő klinikai vizsgálatokról nyújt információt.

VÁLTOZTATÁSMENEDZSMENT, VEZETŐKÉPZÉS

Dr. Gaál Péter dékán (SE Egészségügyi Közzolgálati Kar) előadása bevezetőjében elmondta: egyre többet tudunk arról, hogy mit lenne célszerű tenni az egészségügyi rendszer teljesítményének fokozása érdekében, a változtatási reformjavaslatok azonban sok esetben elbuknak. A SE Egészségügyi Menedzserképző Központja az Egészségügyi Világszervezettel közösen gondolkodott a megoldáson, és megállapította, hogy nincs kellő hangsúly a gyakorlatba való átültetés mikéntjén. Szükség van az egészségügyi programok megvalósíthatóságának fejlesztésére, amihez rendszeres tudásra, készségfejlesztésre és a szemléletmód alakítására van szükség. Ennek a közös gondolkodásnak a végeredménye a WHO európai régiójával közösen kialakított Változtatásmenedzsment Akadémia. A program gyakorlatba való átültetésére Lettországból érkezett megkeresés, így a lett Egészségügyi Minisztériumban és háttérszervezeteiben négyhetes képzési program indult az Egészségügyi Menedzserképző Központ szakembereinek közreműködésével. Az Európai Unió által anyagilag támogatott program a Beckhard-Harris modellre épül, és legfontosabb alapelve a gyakorlatorientáltság, a tapasztalati úton történő tanulás.

Dr. Safadi Heléna szakértő (SE Egészségügyi Menedzserképző Központ) egy nemzetközi betegbiztonsággal foglalkozó oktatás-módszertani projekt tanulságait mutatta be. A munkacsoport arra a kérdésre kereste a választ, milyen módszerekkel oktassunk, hogy az oktatás eredménye érdemben megjelenjen a mindennapi betegellátás gyakorlatában? Mint kiderült, bármelyik módszertan alkalmas arra, hogy tudást hozzon a gyakorlatba. A háromféle módszer – nagy létszámú elméleti, kiscsoportos gyakorlatorientált és belső trénerképzés – egy-egy magyar, illetve lengyel kórházban történő tesztelése során a kutatók azt tapasztalták, hogy a különböző módszertanok más-más eredményt hoznak az egyes intézményekben, és nincs következetes kapcsolat a képzésbe bevont és nem bevont osztályok eredményei között. A képzés után fél évvel elvégzett egyéni fókuszcsoportos interjúk és környezettanulmányok során számos olyan tényezőt sikerült azonosítani, amely befolyásolhatja az oktatás eredményét. A kutatás fő üzenete az, hogy az oktatásra tekinthetünk lehetőségként, a menedzsment eszközöként is a változtatásvezetés folyamatában.

Nyitrai Imre stratégiai vezető (SE Egészségügyi Közzolgálati Kar, Szociális vezetőképzés) a vezetőképzést szociális ágazati innovációként mutatta be előadásában. Mint el-

mondta, a szociális szolgáltatások gigantikus kihíváshalmaz előtt állnak, tekintettel a demográfiai helyzetre, az információs technológia jövőbeni szerepére, illetve az állandósult munkaerő-piaci problémára. A szociális ágazat leendő vezetőinek felkészítéséhez az EMMI az egészségügy területén, a Semmelweis Egyetemen találta meg a megfelelő szakmai partnert. A teljes képzési rendszer kidolgozását EFOP és VEKOP forrásokból biztosítják. Így elindulhatott egy szükséglet alapú innovációs folyamat, amely képzett és képessé tett vezetői kört hivatott felkészíteni a szociális ágazat számára. A modellprogram összeállításában 30 mesterszinten és 240 alapszinten képzett szakember működött közre. A jelenleg már futó program a tervek szerint 2020 fő szociális vezető képzését biztosítja, ami annak fényében különösen fontos, hogy egy 2018-as önálló miniszteri rendelet szerint az, aki 2020 végéig nem szerzi meg a vezetőképzési tanúsítványt, nem tölthet be vezetői pozíciót a szociális ágazatban. A képzés nem a szakmai típusú elmélyedést, hanem a szervezési-vezetési ismeretek alapozását és bővítését célozza meg, két legfontosabb alapértéke a tudatosság és a gyakorlatiasság. A Semmelweis Egyetemen indított szociális vezetőképzés új szemléletet kíván biztosítani, amely egyfajta megerősítést adhat a kollégáknak, elérhetővé téve a szociális szolgáltatások minőségének javulását.

Az interaktív iskolai egészségnevelésről és orvostanhallgatói felelősségvállalásról **Veréb Fanni** egyetemi hallgató (Budapesti Orvostanhallgatók Egyesülete) osztotta meg gondolatait. Mint elmondta, a 600 orvostanhallgatót tömörítő egyesület a kardiovaszkuláris és tumorprevenciótól kezdve a véradáson és transzplantáción, elsősegélynyújtáson át a reprodukív egészségügyig (fogamzásgátlás, STI) a megelőzés számos területével foglalkozik, és élen kíván járni a védőoltásokkal kapcsolatos tudás átadásában. Egyre nagyobb igény jelentkezik az egyesület által tartott egészségnevelő foglalkozások iránt, ahogy emelkedő tendenciát mutat a hallgatók részvételi hajlandósága is. A szakorvos által tartott előadáson való részvétel és interaktív begyakorlási folyamat után a hallgatóknak vizsgát kell tenniük, és csak ezt követően tarthatnak előadást a középiskolás és általános iskolás diákok, valamint óvodások számára. Veréb Fanni számos nagy-sikerű rendezvény lebonyolításáról számolt be, és ismertette az egyesület idei évre tervezett további aktivitásait is.

Dr. Czinkóczi Sándor PhD (Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet) a modern egészségügyi szervezet működési-irányítási modelljét bemutató előadásában olyan módszertant ismertetett, amelynek segítségével meghatározhatók egy egészségügyi intézmény jelenlegi és jövőbeni kívánatos működési-irányítási jellemzői. További részletek a szerző „Milyen egy modern egészségügyi szervezet működési-irányítási modellje?” című tanulmányában olvashatók az IME 2018. októberi számában.

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

Dr. Balkányi László PhD külső szakértő (Pannon Egyetem Egészségügyi Informatikai Kutató-Fejlesztő Központ) a

Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) új, 11. verzióját mutatta be, amelynek részletes ismertetése az IME 2019. június-júliusi számában olvasható.

Gáspár Fanni MSc hallgató (Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar) az emlőrák okozta halálozás területi megoszlásának elemzését prezentálta. A vizsgálat célja az emlőrák incidenciájának és halálozási adatainak összevetésével értékelni az ellátás minőségének területi egyenlőtlenségeit. Az elemzés során a Nemzeti Rákregiszter és a Központi Statisztikai Hivatal 2015-ös adatait elemezték, megyénkénti kor szerinti standardizált incidenciát és halálozási hányadosok számításával. Az indikátorok 95 százalékos megbízhatósági tartományai segítségével értékelték a szignifikáns eltéréseket. Az eredmények alapján megállapítható volt, hogy az incidenciák tekintetében jelentős területi variabilitás figyelhető meg, a halálozási kockázat szempontjából viszont az ország homogén képet mutat. A vizsgálat alapján az ellátás minősége területileg egységesnek tűnik. Ezek alapján – vonta le a következtetést Gáspár Fanni – az országban egységesen érvényesülő hátráltató tényezők azonosítása és kezelése szükséges az ellátás hatékonyságának további javulásához.

Prof. Dr. Németh János egyetemi tanár, tudományos igazgató-helyettes (SE ÁOK Szemészeti Klinika) a klinika által működtetett két regionális telemedicinális szemészeti szűrőprogram tapasztalatairól számolt be. A koraszülöttek ágy melletti szemfenéki szűrését biztosító retino-telemetriás (WFDI) programot a klinika a Peter Cerny Alapítvánnyal közösen működteti immár tíz éve. A cukorbetegség szemfenéki szűrésének tele-oftalmológiai rendszere nyolc éve működik optikai üzletek bevonásával. A szűrőrendszereket az eddigi tapasztalatokra építve kívánják továbbfejleszteni mesterséges intelligencia alkalmazásával a Nemzeti Bionikus Program

hároméves kutatási programjának keretében, és a célok között szerepel a szűrések országos kiterjesztése is.

Dr. Vértés András osztályvezető főorvos (Dél-pesti Centrumkórház Kardiovaszkuláris belgyógyászat) a kardiovaszkuláris prevenció szükségességéről szóló előadásában a szív- és érrendszeri rizikófaktorok bemutatását követően elmondta: a WHO célul tűzte ki a kardiovaszkuláris halálozás 25 százalékkal történő csökkentését. Ahhoz, hogy ez Magyarországon is megvalósulhasson, összefogásra van szükség a kardiovaszkuláris prevenció és az infarktus ellátásban a rehabilitáció és a gondozás területén. Kormányzati szinten támogatott, éves rendszerességgel ellenőrzött, a szakmai társaságok által kontrollált akcióprogramra van szükség, amelynek révén a WHO célkitűzése hat év alatt megvalósítható lenne hazánkban.

Szóllósi Gergő József külső oktató (Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet) előadásában az influenza elleni átoltottság COPD-s betegek körében történő megvalósulását elemezte. A Debreceni Egyetem munkacsoportja az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) adataira támaszkodva a megfelelő oltottsági státuszt befolyásoló tényezőket többváltozós logisztikus remissziós modell segítségével értékelt. A 447 COPD-s beteg adatainak feldolgozásából kiderült, hogy 2009-2014 között az átoltottság 39 százalékról 25 százalékra csökkent. Az összefűzött adatbázisban az átoltottság mértéke 24 százalék volt. Az eredmények alapján kijelenthető, hogy hazánkban rendkívül alacsony az influenza elleni átoltottság, amely az évek során egyre inkább romló tendenciát mutat. Ezért kulcsfontosságú népegészségügyi feladat lenne az alapellátáshoz köthető monitoring indikátorok kidolgozásának elősegítése, amelynek megvalósítása lehetővé tenné az influenza elleni átoltottság mérését.

*Boromisza Piroska
Fotó: Dr. Gyüre István Larix*

