

Új Széchenyi Terv: gyógyulhat a gyógyító Magyarország? Remények és kételyek

Nagy távlatokat vizionál az Új Széchenyi Terv (ÚSZT), amelynek prioritásai közül a Gyógyító Magyarország – Egészségipari Program, valamint a Tudomány – Innováció Program is érintheti az egészségügyet. Más kérdés, hogy a víziókból mi válhat realitássá, a pályázati milliárdok támogatott fejlesztések összeállhatnak-e nemzetgazdasági szinten is érzékelhető fejlődést eredményező komplex programmá. A kiemelt fejlesztésekben érintettek és a támogatásban bízó potenciális pályázók pozitívan nyilatkoznak a kormányprogramról, ám szép számmal akadnak szkeptikusok is.

A Gyógyító Magyarország – Egészségipari Program egyebek mellett a termál- és gyógyvízkészlettel, a fogászati és esztétikai sebészeti betegbiztosításban betöltött szereppel, a gyógyszergyártási tradíciókkal indokolja a hazai egészségipari fejlesztések létjogosultságát. A dokumentum az indoklásban nem szűkölködik öntömjénezésben sem: „a magyar orvostudományi kutatások világszinten ismertek” vagy a „Pető-módszer a világon ismert és elismert hungarikum, azaz az innovatív rehabilitáció területén is ismertek vagyunk.”

Az egészségügyi vonatkozású értékelésnél fontos az a dokumentumban olvasható kitétel, miszerint az Új Széchenyi Terv „nem az egészségügyi ellátórendszer finanszírozásának, megújításának programja.” Ezzel összefüggésben hangsúlyozzák azt is, hogy a pályázatok nem a közfinanszírozású, hanem a piaci alapon többletbevitellel kecsegtető ellátások fejlesztésére fókuszálnak. Bár azt azért hozzátesszük, hogy a bevételek növelésével a hazai közfinanszírozott egészségügyi infrastruktúra hiányosságainak felszámolását is elő kell segíteni.

A természeti gyógytényezőkre alapozó egészség-turizmus mellett az orvosi szolgáltatásokra épülő idegenforgalmat emeli ki a program, célul tűzve ki, hogy az árelőny mellett/helyett a minőségelőnyre helyeződjön a hangsúly. Amint a terv leszögezi, „a fejlesztéseknek a nagy értékű diagnosztikus-, terápiás-, rehabilitációs célú beavatkozásokhoz és/vagy egyéb rehabilitációs célú tevékenységekhez, illetve egyes egészségi állapotokban (fejlődési rendellenességek, maradványtünetek) speciális módszerek

alkalmazó, nemzetközileg elismert hungarikumnak számítók készségfejlesztésekhez kell kapcsolódniuk.” Az egészség-turizmus alprogram várható eredményei között a speciális turisztikai szolgáltatásokon alapuló turisztikai vendégforgalom 150–200 százalékos növekedését, az orvosok kivándorlási hajlandóságának csökkenését is előrevetítik.

Víziók és konkrétumok

A gyógyszeripar fejlesztése keretében a kutatás-fejlesztés ösztönzését, a gyógyszeripari alap kutatás helyszínéül szolgáló egyetemi és akadémiai kutatóhelyek műszaki és technológiai felszereltségének javítását, akkreditált klinikai vizsgálóhelyek létrehozását, a kutatói mobilitás ösztönzését, az innovatív gyártók kutatás-fejlesztési tevékenységének támogatását, a gyógyszeripart sújtó terhek versenyképességi szempontú felülvizsgálatát is ígéri a program. A célkitűzés itt is ambiciózus: „az ágazatban rejlő képességeket helyesen kiaknázva az EU olyan vezető országaihoz is felzárkózhatnánk, mint Németország vagy Anglia”. A hazai orvosi műszergyártás, a bio- és nanotechnológia fejlesztése ugyancsak prioritásként jelenik meg.

A program mellett közreadott pályázati kézikönyv a fentiekhez képest egyelőre csak néhány konkrétumot tartalmaz. Eszerint az Egészségipari Program keretében március 1-től turisztikai menedzsment-szervezetek létrehozására és szolgáltatásfejlesztésre, valamint olyan járó- és fekvőbeteg rehabilitációs fejlesztésekre lehet pályázatot benyújtani, amelyek javítják a térségbeli betegek ellátási színvonalát, ám ezzel egyidejűleg

olyan minőségjavulást is eredményeznek, amely „külföldi betegek érdeklődésére is számot tarthat.” A Tudomány – Innováció programban pedig orvosi területen működő vállalkozások is indulhatnak technológiai innovációs támogatásért.

Rehabilitáció: falak helyett szakemberek

– Aggályaim abból adódnak, hogy bár a rehabilitáció kulcsa az élők munkája, amiből ma is hiányt szenvedünk, eközben falakat építeni mindig könnyebb, gyorsabb és látványosabb, mint szakembereket képezni és megtartani – fogalmaz a rehabilitációs elképzelések fókuszba helyezésével összefüggésben *prof. dr. Kullmann Lajos*, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógy-pedagógiai Karának egyetemi

mindennek feltétele a folyamatos és tudatos országmarketing is. Ha a fenti tényezők nem összehangolva valósulnak meg, akkor a fejlesztések térségi szinten hozhatnak ugyan előrelépést, de ágazati- vagy nemzetgazdasági szinten mérhető hasznuk nemigen lehet.

Egyetemek: jöjjenek a külföldiek!

– Örömmel látjuk, hogy a kormányzat felismerte: a külföldi hallgatók egészségügyi képzése remek befektetés, hiszen minden egyes befektetett euró a többszörösét termeli meg. Ez nem valamiféle nehezen megfogható, életérzet-javító intézkedés, hanem konkrét, s rövid távon is eredményt hozó gazdaságfejlesztés – emel ki egy számára releváns elemet a programból *dr. Stubnya*

folyik, amelyeknek rendszerint krónikus betegsége a tőkehiány, amit mérsékelhetnek az ÚSZT pályázatai és az azokhoz kötődő kedvező hitelkonstrukciók. Mindennek persze feltétele, hogy a konkrét pályázati kiírások valóban megfeleljenek az irányvonalakban foglaltaknak, érdemi fejlesztések megvalósulását segítsék elő, s ne csússzanak a kifizetések.

Gyógyszergyártók: támogatás és számonkérés

– Az Új Széchenyi Terv összefogottnak tűnik, fontos problémákra reflektál, s víziószinten egy olyan vállalkozói működési modellt jelenít meg, amely hasonlít a spanyol vagy az osztrák kis- és középvállalkozói gyakorlathoz: egy stabil, hazai tőkén alapuló gazdasági pillért favorizál. Ha azonban



Foto: Dreamstime

tanára, hangsúlyozva: szakmailag fontos elkülöníteni a wellness, a rekreációt és a rehabilitációt – utóbbinak ugyanis nem szükséges feltétlenül gyógyhelyi háttér.

Azzal folytatja: a fizetőképes külföldi betegek megcélzásához még az is kevés, ha az infrastrukturális és a személyi fejlesztéseket összehangolják. Nem elég ugyanis intézményi szinten korszerű eszközparkot létrehozni és elhivatott, nyelveket beszélő dolgozókat alkalmazni, arra is szükség van, hogy a Magyarországra érkező beteg az intézmény falain kívül is olyan kulturális és turisztikai szolgáltatásokat találjon, ami akár hetekig marasztalni képes. Mindebből adódik, hogy a professzor meglátása szerint nem a mennyiségi, hanem a minőségi célokat kell kitűzni, s olyan területeken fejleszteni, ahol már megvannak a gyógyturizmus alapjai, amelyekre annak reális reményével lehet építeni, hogy nemzetközi szinten is tényezővé válhat egy-egy gyógyhely. Miként azt a ma már az egészség-turizmusból jelentős bevételeket szerző kelet-ázsiai országok példája is mutatja,

Gusztáv, a Semmelweis Egyetem stratégiai főigazgatója. Az Új Széchenyi Terv megállapítása szerint „a külföldi hallgatók képzése a jelenlegi 6200 fős létszám mellett 12 milliárd forint tandíjbevételelt és a hallgatók részéről hozzávetőlegesen további 12 milliárd forint hazai költsékezést eredményez évente. Minden öt külföldi hallgató fenntart egy magyarországi munkahelyet.”

Az egyetemet szintén érinti, hogy a régóta húzóódó – az előző kormányok által is kiemelt programként emlegetett – Korányi Projektet *Fellegi Tamás* nemzeti fejlesztési miniszter is a meghatározó programok között emelte ki, így – amint Stubnya Gusztáv fogalmaz – a külső integrált klinikai tömb végre a fővárosi betegellátás vezérhajójává válhat. A főigazgató a kis- és középvállalkozások innovációinak támogatása révén ugyancsak kapcsolódási lehetőséget lát az egyetem részéről. A klinikai kutatóhelyek nano- és biotechnológiai, diagnosztikai ipari együttműködésének jelentős része ugyanis kisebb hazai cégekkel

a kivitelezés módszertana nincs megfelelően kiépítve, a legjobb vízió is kudarcba fullad – értékeli a fejlesztési program leiratát *Szolyák Tamás*, az Innovatív Gyógyszer-gyártók Egyesületének elnöke. A Novartis Hungária Kft. ügyvezető igazgatója a buktatót abban látja, hogy Magyarországon még mindig dívik az az adózói mentalitás, miszerint az állam kijátszásával lehet elismerést szerezni.

„Látni kellene az adózási fe-gyelmet megerősítő módszer-tant, amely garantálja, hogy az állam a kihelyezett támogatásokból később bevételre tesz szert, amiből aztán újabb támogatásokat eszközölhet.” Az adószankciók szigorítása és következetes végrehajtása mellett célravezetőnek látna a pozitív példák pedesztálra emelését, az európai üzleti kultúra és szellemiség elsajátításának támogatását, mert meglátása szerint mindezek nélkül nem lehet nemzetgazdaságilag sikeres a kis- és középvállalkozásokon nyugvó gazdasági fejlesztési terv.

Kritikák és üdvözetek

Az MSZP álláspontja szerint „a hangzatos szavakkal bejelentett fejlesztési irányok zöméről kiderült, hogy csupán az előző kormányok által megalkotott koncepció elemeinek átcímkezései”. Egyetért ezzel a Jobbik is, amely úgy foglalt állást: „a terv az MSZP korábbi, Új Magyarország Fejlesztési Tervének egyes elemeit veszi át. Ezen túlmenően csupán egy közhelygyűjteménynek tekinthető.” Az LMP elsősorban a Zöldgazdaság-fejlesztési Programot bírálta, mondván: „kiderült, hogy a zöld gazdaságélénkítés folyamatosan lebegtetett ötlete csúnya blöff volt az Orbán-kormány részéről”. Vállalkozói érdekképviseletek, például a Munkaadók és Gyárilárosok Országos Szövetsége viszont üdvözölték az Új Széchenyi Tervet: *dr. Futó Péter* elnök az egyszerűbb szabályozás, a gyorsabb eljárások és gyorsabb kifizetések ígértét emelte ki pozitívumként.

► **Folytatás a 6. oldalról**

Az Új Széchenyi Terv felveti: „a hazai gyógyszeripar – a gyógyfürdőkkel és a kozmetikumok gyártóival együttműködve – egyre több vénymentes és gyógyszernek nem minősülő készítményt állítson elő, mert a tisztán piaci alapú értékesítéssel részben mentesíti magát a kedvezőtlen állami szabályozás és finanszírozás hatásaitól”. Szolyák Tamás nem tartja reálisnak azt a felvetést, hogy az OTC piacot – akár a remélt „importbetegek” fogyasztásával is kiegészülve – olyan nagyságrendben lehetne növelni, amely érdemben kompenzálhatná a gyógyszerkassza esetleges radikális elvonását, illetve az azzal elszenvedett egészségvesztéséget.

Túl távoli, túl délibábos

– Öröndetes az Új Széchenyi Terv megjelenése, mert az elmúlt 9 hónap „hezitálása” után végre lendületet adhat a hazai gazdaságnak. Az Új Magyarország Fejlesztési Tervhez hasonlóan egymásra épülő, egymást erősítő fejleszté-

sek megvalósításának lehetőségeit veti fel a program, ám túl sok célt nevez meg: olyan területeket ölel fel, amelyek csak igen messziről, erősen közvetett módon kapcsolódnak az egészségiparhoz. A teljes Egészségipari Programra meghirdetett 31 milliárd, tehát régióként 4,5 milliárd forint a lefektetett célok elérésének csak töredékéhez elegendő – vet fel pro és kontra érveket *Benyó Balázs*, a GKI Egészségügykutató Intézet ügyvezető igazgatója.

– Az egészségiparon belül az egészségturizmus nevesítése örömteli, ám a cél megfogalmazása nélkülözi a realitást, de legalábbis az időbeliséget. A program azt tartalmazza, hogy „az orvosi szolgáltatásokra épülő egészségturizmus lehet az egészségturizmus és ezzel együtt nemcsak az egészségipar, de a magyar turizmus egyik kitörési pontja”. Itt lehet, hogy csak a mondat második fele maradt le: 2040-re? – teszi fel a kérdést *Benyó Balázs*, majd azzal folytatja: „le kellene fektetni az alapokat, a koncepciót, az országmarketinget, az ütemezést, majd koncentráltan

Nem lángossal kell csábítani

Dr. Kincses Gyula, a Magyar Egészségügyi Turisztikai Tudományos Társaság (METTT) elnöke korszerű, perspektivikus, és az ország adottságainak megfelelő prioritásnak tartja az egészségipar, ezen belül az egészségügyi turizmus fejlesztését. Szerinte is az egészségipar a XXI. század iparága, fő innovációmegrendelője. Örül annak is, hogy a Terv szakít az egészségügyi turizmus hagyományos, kizárólag a rekreációs és gyógyvíz alapú szolgáltatásokra épülő megközelítésével, és egységben kezeli a rekreációs, a turisztikai és az egészségügyi szolgáltatásokat, ugyanakkor családottságának ad hangot, hogy a jó és újszerű stratégiai megközelítés nem jelenik meg hasonló súllyal a pályázati kiírásokban. A Társaság a magyar adottságok és hagyományok miatt elfogadja, hogy ez a szakterület ma Magyarországon érdemben a gyógyvíz köré szervezendő, de nem szabad megfélemlkezni az önálló orvosi szolgáltatásokról sem, hiszen az Európában piacvezető fogászat már bizonyította ennek életképességét. A szakember alapelvek tekinteti, hogy kiváló természeti adottságaink minél nagyobb hozzáadott értékkel kell eladni, de arra figyelmeztet, hogy a gyógyvíz esetén a korszerű hozzáadott érték ma már nem a lángos, hanem az orvosi szolgáltatás.

megkezdeni az építkezést – egy ágazati reform mellett”.

Benyó Balázs szerint leginkább annak kirajzolódása hiányzik, hogy a csak távolról szimbiózisban lévő programok között mi lesz a következő két évben a prioritás és az ütemezés. (Az Egészségipari Programban kapott

helyett ugyanis a kulturális, a vízi és lovas turizmus, a vendéglátási kultúra, a turisztikai intézményrendszer fejlesztése, a geotermikus energia egészségipari alkalmazása, ezen belül a növényházi kertészet, a szépségipar és a kozmetikumok fejlesztése, valamint az ásvány- és gyógyvízpalackozás is.)

– Mikor és milyen eredménnyel záruljanak a programok annak érdekében, hogy el tudjuk mondani, hogy sikerült a célok megvalósítani? Ennek rögzítése hiányában a nagy elképzelések lógva maradnak a levegőben, és bár lehet, hogy a forrásokat sikerül elkölteni, de a hatékonyságuk megkérdőjelezhető. A helyes célkitűzéshez a valósághoz közelítő helyzetértékelés kell, amiben a valódi igényeket is számításba kellene venni, bemutatva, hogy milyen szabad kapacitások vannak a hazai egészségügyben, illetve hogyan növelhetők ezek a kapacitások, mely orvosi területekre kívánunk koncentrálni. A szilánkok mikor és milyen ütemezés mellett állnak össze egészszé? A szilánkok ugyanis önmagukban nem fogják betölteni azt a funkciót, amit az egész betöltene. A komplexitás garanciáit az anyag nem mutatja meg, az elkölthető forrás nagysága pedig nagyon messze van attól, hogy az egészségipari fejlesztések véletlenszerűen összezárjanak – fogalmazott a GKI-EKI ügyvezetője.

B. PAPP LÁSZLÓ

ADHERENCIA TUDÁSTÁR 5.**Miért nem megfelelő a magyarországi betegek terápiahűsége?**

Az Adherencia Tudástár 3. részében (*Medical Tribune*, 2010. november 18.) bemutattuk a beteg-együttműködés mögött meghúzódó tényezőket. Sorozatunknak ebben a részében röviden arra térünk ki, hogy a magyarországi empirikus felmérések alapján mely faktorokra érdemes különösen odafigyelni, akár az egészségpolitika, akár a beteg-együttműködés fejlesztésében közreműködő sokféle szereplő szemszögéből.

A valós életbeli beteg-együttműködést befolyásoló tényezők azonosítására a betegek telefonos vagy személyes megkérdezésén alapuló vizsgálatok a legcélravezetőbbek. A közelmúltban – például a Semmelweis Egyetem, a Szegedi Tudományegyetem, illetve a Budapesti Corvinus Egyetem által – lefolytatott kutatások eltérő jellegzetességű krónikus terápiás területeket vizsgáltak. Noha az eddig elemzés alá vont terápiás területek (pl. vérzsírbetegség, jóindulatú prosztata megnagyobbodás, degeneratív neurológiai kórképek, pszichiátriai kórképek, magasvérnyomás-betegség) száma korlátozott, néhány előzetes következtetés már megfogalmazható. Első helyen kiemelendő, hogy a magyarországi krónikus betegek is a *mellékhatásoktól való félelmet* említik, mint a terápiahűségüket leggyakrabban akadályozó tényezőt, ami azt eredményezi, hogy eleve el sem kezdik a gyógyszereszedést vagy elhagyják a terápiát. A beteg-együttműködés hiányának másik gyakori magyarázata,

hogy a *betegség tünetmentes* (pl. magas koleszterinszint esetén) vagy *mérséklődnek a tünetek* (pl. prosztata megnagyobbodásban), ami a betegeket – tévesen – a gyógyszeres terápia elhagyására sarkallja. A *társbetegségek megléte* igazolhatóan erősíti a beteg-együttműködést, mint ahogy az is kimutatható, hogy a *nyugdíjas korú*, idősebb páciensek jobban odafigyelnek a számukra rendelt gyógyszerek helyes szedésére. Segíti a terápiahűséget az is, ha a beteget olyan támogató *családi környezet* veszi körül, amely figyelmeztet a pontos és helyes gyógyszereszedés jelentőségére.

Magyarországon is egyértelműen lényeges szerepe van annak, hogy a páciens első alkalommal milyen benyomásokat szerez az egészségügyi ellátórendszerrel: ha a beteg azzal az érzéssel távozik orvosától, hogy *érdemben foglalkoztak vele*, és megkapta az őt érdeklő *tájékoztatást* (ide értve a félelmeivel, szorongásaival való foglalkozást), az a terápia teljes tartama alatt fokozza az adherenciát. Érdekes és elgondolkodtató eredmények születtek az *orvosi tájékoztatás tartalmára* nézve is: egyértelmű például, hogy ha a házi orvos és a szakorvos egymásnak ellentmondó üzeneteket fogalmazott meg, az nagyban aláássa a beteg bizalmát az egészségügyi ellátórendszer iránt, és inkább az alternatív terápiákhoz fordulást erősíti („most akkor kinek higgyek” érzés). A kutatások eredményei alapján, ha a gyógyszereszedést első alkalommal szakorvos írja fel, az pozitív hatással van a beteg későbbi

terápiahűségére. A szakorvos rendszeres felkeresése szintén erősíti a beteg együttműködését. Érdekes felismerés az is, hogy az egy-két alkalommal történő készítményváltás nem rontja a beteg-együttműködést, sőt erősítheti is azt, azáltal, hogy a páciensben jobban tudatosul a gyógyszereszedés ténye.

Kritikusnak tűnik az adherencia szempontjából a *terápia tartamával kapcsolatos tájékoztatás*: ha a beteg – tévesen – azt az információt kapja, hogy például egy sztatint, vérnyomáscsökkentőt vagy prosztatagyógyszert csak „addig kell szedni, amíg tünetei vannak”, vagy „ha egyszer-egyszer kihagyja, az nem akkora baj”, úgy terápiahűsége szignifikánsan gyengébb lesz azokhoz a betegtársaihoz képest, akik az orvostól azt tudták meg, hogy a gyógyszert „életük végig szedni kell, de ez menni fog, még ha most ijesztőnek is tűnhet” vagy „ha nem szedi a gyógyszert, abból komolyabb baja is lehet”. Elgondolkodtató, hogy noha a sztatinterápia folytonosságának fenntartása alapvető farmakológiai előírás és szükséglet, a magyarországi betegek hozzávetőleg egyharmada arról számolt be, hogy orvosától ezzel ellentétes tájékoztatást kapott.

Az említett vizsgálatok határozottan alátámasztani látszanak azt az álláspontot, miszerint a betegek elvándorlása az alternatív gyógymódokhoz nagyban annak tudható be, hogy a túlfeszített, *elszemélytelenedő ellátórendszerben* nem válnak részeseivé azoknak a rituáléknak, amelyek pszichés folyamatok révén segítik

gyógyulásukat. Nem jelenthető ki azonban teljesen egyértelműen, hogy a beteg alternatív és komplementer gyógymódokhoz való pozitív viszonyulása minden körülmények között rontja a gyógyszeres terápiához való hűséget. Közben a vérzsírbetegséggel kapcsolatos vizsgálatból az tűnik ki, hogy a sztatinkészítmények megfelelő szedését támogatja, ha a páciens kevésbé támaszkodik az alternatív gyógymódokra, addig a jóindulatú prosztata megnagyobbodás gyógyszeres kezelése kapcsán ilyen összefüggést nem sikerült feltárni. Utóbbi kórkép esetében tehát nem rontja az adherenciát az, ha a beteg az alternatív terápiákban is hisz, vagy azokat is követi.

Az eddig felsorolt tényezők zöme vagy attitűdalapú, vagy a betegnek az orvosról és az ellátórendszerrel szerzett percepcióival kapcsolatos. Általánosságban is az a kép látszik kirajzolódni, miszerint – legalábbis Magyarországon – az attitűdökhöz kapcsolódó tényezők változatosabbak és együttes szerepüket tekintve meghatározóbbak, mint a többé-kevésbé „objektív” tényezők (például az életkor vagy az anyagi helyzet). Sőt: a magyarországi felmérésekben az abszolút értelemben vett vagyoni (jövedelmi) helyzet önmagában véve nem bizonyult döntő fontosságúnak az adherenciát tekintve. Inkább csak indirekt összefüggések mutatkoznak: amennyiben egy páciens havi létfenntartási kiadásain belül a gyógyszerköltségek aránya magasabb, az a beteg-együttműködést – a tudatos odafigyelésen keresztül – erősíteni fogja. A betegek emel-

lett arról is említést tesznek, hogy valóban előfordul, hogy anyagi okok miatt szelektálnak otthon a számukra felírt receptek között. A jellemzően „kiszelektált” gyógyszer azonban nem az árnyaiában legnagyobb anyagi terhet (terítési díjat) jelentő készítmény, hanem az, amely a beteg által legkevésbé veszélyesnek ítélt – mert például tünetmentes – megbetegedés kezelésére hivatott.

Ha elfogadjuk az attitűdalapú tényezők jelentőségét, az orvosoknak fokozott figyelmet kell fordítani arra, hogy a betegeknek adott információk egyszerűek, közérthetőek és megalapozottak legyenek. A sztatinkészítményekkel kapcsolatos vizsgálat például arra az eredményre jutott, hogy három kulcsüzenettel – az élethosszig tartó terápia és a napi rendszerességű gyógyszereszedés jelentőségének kiemelésével, valamint a mellékhatásokról való higgadt és korrekt tájékoztatással – érdemi előrelépést lehet elérni a terápiahűségnek kedvező betegattitűdők kialakításában, áttételesen pedig a gyógyszeres terápia jobb hasznosulásában. Ehhez viszont a kezelőorvosok szakmai továbbképzésére, kommunikációjának fejlesztésére és a kulcsüzenetek szakmai társaságok általi megfogalmazására is szükség volna.

DANKÓ DÁVID

Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest

SAKMAI TÁMOGATÓNK:

