

Mi várható az egészségügy területén a technika fejlődésével?

Kossuth Rádió - Időt kérek - 2017.10.14 15:00

Szignál: Időt kérek Halász Zsuzsával. Mv: Köszöntöm a kedves hallgatókat! Ma délután Csató Gábor aneszteziológussal, az Országos Mentőszolgálat főigazgatójával, Dózsa Csaba egészségügyi közgazdással, a Magyar Egészségtani Társaság elnökével és Óváry Csaba neurológussal, az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet orvosigazgatójával kérek időt önöktől. Talán emlékeznek a kedves hallgatók, néhány héttel ezelőtt az Informatika rohamléptékű fejlődéséről beszélgettünk itt a műsorban. Internetről, okoskütyükről, virtuális valóságról és mesterséges intelligenciáról. Arról hogy hova tendál ez az egész, meddig tudjuk kézben tartani az általunk létrehozott rendszereket, egyszerűen a digitális világ áldásairól és átkairól. Végül is a beszélgetés végkicsengése valami olyasmi lett, hogy nincs ok a félelemre, hiszen minden rajtunk, embereken múlik. Vendégeim sokféle érvet felhoztak, csak halkán mondom, hogy nem nagyon tudtak velük meggyőzni, a hiba nyilván nem bennük, hanem bennem van. Aztán jött egy érdekes hír, hogy visszahívják a pacemakeres betegeket szoftverfrissítésre, mert biztonsági rést talált az Egyesült Államok gyógyszerészeti hivatala az elmúlt három-négy évben beültetett szívrimus-szabályozókban.

Ez Magyarországon körülbelül ezer beteget érintett, és az orvosok igyekeztek megnyugtanni mindenkit, hogy a probléma nem hekkertámadás, hanem tesztelés következménye. Azt is elmondták, hogy egy támadónak nagyon speciális információkkal és tudással kellene rendelkezni ahhoz, hogy a készülékekben zúrt okozhasson, így a támadás valószínűsége gyakorlatilag nulla. Megmondom őszintén, hogy korábban sohasem gondolkodtam el azon, hogyan is működik egy pacemaker, hál' istennek eddig nem volt erre szükség. Ám az mindenképpen eszembe jutott, hogy a már említett rohamléptékű fejlődés az informatikában nemcsak az emberek kényelmét vagy látszólagos kényelmét szolgálja, hanem a gyógyításban is forradalmi változásokat hozott. Ma már, némi túlzással persze, az ember majd' minden szerve kicserélhető. Protéziseket nyomtatnak 3D nyomtatókkal, és feltehetően előbb-utóbb a mikrosebészek munkáját is átveszik a robotok. Egy gép Kínában például már teljesen önállóan lebonyolított egy fogimplantációt, két másik pedig nagyon nagy precizitást igénylő szemműtétet végzett el. Kiberszakértők szerint harminc éven belül az emberek egészségi állapotát a testre telepített speciális érzékelők fogják figyelni. A szervezetben közlekedő nanorobotok pedig közvetlenül a beteg sejtekhez juttatják el a gyógyszereket.

Amit ma a sci-fi filmekben látunk, az lesz a valóság. Igen ám, a kérdés csupán az, hogy ki jut majd hozzá mindehhez, bárki, vagy csak a kiválasztottak? A gazdagok, vagy a szegények is? Mely országok egészségügyi rendszere teszi majd lehetővé, pontosan engedheti meg magának, hogy minden állampolgára egyformán részesüljön ezekből a javakból? Megszüntethetők-e a ma tapasztalt egyenlőtlenségek, vagy a technika fejlődésével még jobban kiéleződnek? Mi az állam felelőssége ebben és mi az egyes embereké? És lehet-e erről tisztán, egyértelműen beszélni? Ilyen és hasonló kérdésekkel szeretném bombázni kedves vendégeimet, de még mielőtt eljutnánk a hozzájutás kérdéséig, adható-e arra valami körülbelüli válasz, hogy hol tart ma az orvostudomány? Szakértők szerint az emberi tudás hétévente, ötévente, egyesek szerint évente megduplázódik, mert ez ugye exponenciálisan nő. Igaz lehet-e például az a kitétel, amit olyan sokszor hangoztatnak, hogy már rég

megtalálhatták volna a daganatos betegségek gyógyszerét vagy gyógyszereit, mert ez csupán pénzkérdés? A kutatások viszont elsősorban profitorientáltak, és az a terület fejlődik gyorsan, amiben pénzügyi fantáziát látnak. Óváry Csaba.

Óváry Csaba, szakmai igazgató, Országos Idegtudományi Intézet: Az kétségtelen, hogy bizonyos problémáknak a megoldása az döntően technológiai kérdés, de azért ez sokkal összetettebb, mint ami egyetlen gyógyszerre visszavezethető lenne. Hogyha szerkesztő asszony a daganatos betegségeket hozta példának, pont a közelmúltban megjelent egy mértékadó lapban egy viszonylag terjedelmes esszé, ami arról szólt, hogy rövid időn belül a daganatos betegségeknek a gyógyítását a technológia meg fogja oldani, de ez egyrészt és ez reakció arra, a mit már föl tetszett vetni, ezt ugye nagyon nehéz lesz úgy megszervezni, hogy mindenki számára, minden rászoruló számára elérhető legyen, másrészt a technológia nagyon összetett. Tehát egyrészt idetartozik a diagnosztika, ahol képalkotó eljárások, szűrővizsgálatok és sok minden más, idetartozik az, hogy a megfelelő genetikai vizsgálatokkal ki lehessen választani azokat a betegcsoportokat, akik bizonyos terápiára, bizonyos kemoterápiára, bizonyos sugárterápiára alkalmasak, és persze az is hozzátartozik, hogy ezeket az ellátásokat, hogyan lehet összerendezni.

Hiszen, ha most belegondolunk, hogy, és ez a világon mindenhol igaz, tehát ez nem magyar sajátosság, hogy egy fejlett képalkotó vizsgálatra várni kell, hogy akár egy orvos-beteg találkozásra is várni kell, hiszen szűk keresztmetszetek vannak. És hogyha arra gondolunk, hogy egy betegnek a legjobb ellátásához ezeken az utakon nagyon gyorsan kell végig mennie, akkor ez önmagában egy elképesztő logisztika, hogy valaki a szűrővizsgálattól annak a feltételes eredményéről megfelelő képalkotás, megfelelő szövettan, megfelelő genetikai és még egy verzáus onkológus kollégával is bizonyos határidőn belül találkozzon. És, hogyha ezt mind össze lehet rakni, akkor ennek az ellátásnak van a lehető legjobb eredménye. Ha már az onkológia, ami nem az én szakterületem és elnézést mindenkitől, aki ennél jobban... Mv: Mondhatta volna más példát is. Óváry Csaba: ...jobban, de nem, a példa nagyon jó. Tehát például arra nagyon jó, hogyha szóba került már a hozzáférhetőség is és akkor muszáj beszélni a finanszírozásról is, meg muszáj beszélni a minőségről is. Hogyha visszamegyünk a '70-es évekig, akkor egy átlag onkológiai gyógyszeres terápia a '70-es években az Egyesült Államokban havi száz dollárba került. Ez ma, és ez az átlag, tehát egyes gyógyszereknél sokkal nagyobb lehet a különbség, ez ma havi tízezer dollárba kerül. Ezt nem is lehet egy grafikonon ábrázolni, csak hogyha egy logaritmusos skálán tüntetjük föl, mert hát olyan elképesztő a különbség.

És, mit kapunk ezért cserébe? Kétszer-háromszor akkora túlélést. Ezek nagyon fontos eredmények, csak hozzá kell rendelni azt, hogy mennyivel több technológia, mennyivel több munka van mögötte, és hogy mennyivel nagyobb költségekkel lehet mindezt elérni. Azt gondolom, hogy ez önmagában egy államszinten elképesztően nagy kihívás, hogy hogyan lehet lekövetni picit rossz magyar szóval, ezt a fajta, egyébként tényleg elképesztő technológiai ugrást. Fantasztikus, hogy az orvostudomány hova jutott, soha nem lehetett betegeket ilyen eredményesen és ilyen jó eszközökkel gyógyítani mint ma. És tényleg látjuk azt, hogy ezek a lehetőségek évről-évre bővülnek. De, hát ezt valamiképpen a finanszírozás oldaláról is követni kell, meg az emberi oldalról is követni kell. Tehát nekünk is például bele kell tanulni ebbe a technikai forradalomba, ami önmagában is rengeteg idő. Nyilván az időt, azt a betegeinktől vesszük el, nyilván több orvosra van szükség ahhoz, hogy mi kövessük ezt a fajta fejlődést, hiszen a munkaidőnk egy részét, azt a felkészüléssel kell költeni, satöbbi, satöbbi. Ennek az összeszervezése az egy igen nagy kihívás.

Mv: Akkor Óváry Csaba nagyjából össze is foglalta a következő ötven percet. Akár haza is mehetünk. Óváry Csaba: Elnézést. Mv: Csak vicceskedem itt, hát egyébként valóban ez az amit ki kell majd itt bontanunk. Tehát, akkor a kérdés az továbbra is az, hogy ezen szempontok figyelembe vételével is, hol tart ma az orvostudomány. Csató Gábor. Csató Gábor: Ehhez szeretnék csatlakozni azzal, hogy nem árulok el nagy titkot, talán én vagyok a legfiatalabb az itt ülők között, tehát én vagyok a legközelebb az egyetemi évekhöz, és már az én egyetemi tankönyveim mostanra elavultak. Hiszen ezek tizenéves tankönyvek, de már nem tudok hozzájuk nyúlni és értelme sincs a tankönyveimet elővenni, bármilyen betegséget kutatnék, a telefonomat veszem inkább elő és ott nézem meg. Amikor már szakvizsgára készültem, akkor azok a kalkulátorok, amik már a telefonomban automatikusan benne volna, vagy én letöltöttem, azok gyakorlatilag a mindennapi munkám részét képezték a betegellátásban. Azok a gyógyszeradatbázisok, azok a számítások számomra már evidensek voltak, hogy ezeket nem egy könyvben keresem meg a betegágy mellől elmenve, hanem ott a beteggel kontaktálva tudom ezt megtenni. Ez jóval közelebb hozott minket ahhoz, hogy sokkal frissebb tudásunk legyen, sokkal gyorsabban tudjunk lereagálni válaszokat és betegségeket. De továbbmegyek oda, hogy a saját vérnyomás adataimat, én digitálisan, automatikusan a vérnyomásmérőből szedem ki, amit a bluetooth-os vérnyomásmérőm küld át a telefonomra.

És azt elküldöm a kardiológusomnak, hogy elemezze. Nem kell, hogy találkozzak vele. Ő az alapján véleményt alkot és elküldi nekem a javaslatát. Ezzel mindenképpen például időt spórolunk meg és a kardiológus idejét arra tudja fordítani, amire sokkal fontosabb és nem velem kell nézelődjön és méregesse az én vérnyomásomat akkor, amikor nyilván egy idealizált körülmények között vagyok és nem a napi életvitelemet élem. Hát, hogy hol tart ma az orvostudomány, megbecsülni sem tudjuk, csak összehasonlítani azzal, ahol tartott, amikor mi még ezt tanultuk, vagy műveltük. Az, hogy hol fog tartani, abba meg szerintem bele sem tudunk gondolni, mert a ami eszünkkel tudjuk csak azokat a technológiákat megbecsülni, hogy milyen ugrást fog ez jelenteni, hogyha ez tovább fejlődik. Amikor még a néhány szeletes CT-k voltak, akkor elképzelni sem tudta főorvos úr, hogy majd egyszer a 128 szeletes CT-n fogja nézni milliméter pontossággal az ereket. Most azt gondolja, hogy majd lesz ötszáz szeletes CT, a mostani eszével, a mostani tapasztalatával, és feltételezem, hogy mondjuk tíz év múlva, hogyha itt ülünk, akkor azt fogjuk mondani, hogy ja, hát tízezer szeletes CT-k vannak, amit el sem tudtuk képzelni tíz évvel ezelőtt. Mv: Ha jól értem, nagyjából mindannyian hiszünk abban, hogy előtt-utóbb nano robotok fognak rohangálni a testünkben. Az ön vérnyomás mérése már afelé mutat, csak egy kis minőségi ugrás kell, hogy ezekkel a nanorobotokkal az agyunkat is egy gépre tudjuk tölteni és máris megvalósult az örök élet.

Óváry Csaba: Csak arra kell majd vigyázni a nanorobotoknál, hogy a nagy teljesítményű MR berendezések mágneses tere ne hogy tönkretegy. Úgyhogy MR kompatibilisek maradjanak. Mv: De nézzük, mit mond minderről a közgazdász. Dózsa Csaba: A közgazdász azt mondja, sokkal jobb könyvei vannak, mert én kinyithatom a hús, harminc vagy negyven évvel ezelőtti tankönyveket is, és ugyanúgy relevánsak leszek, ami azt jelenti, hogy az egyik első lecke az a határhaszon. Az utolsó egység, amit elköltünk, az hogy hasznosul a legjobban. És ez a kulcsa az én szakmámnak, ugye az egészségügyi közgazdaságtannak. És akkor itt vissza akarok utalni, mindenki, aki előttem szólt, hogy hogy lehet végül is rendet vágni vagy valamilyen szinten legalábbis sorba rendezni ezeket a lehetőségeket, amelyek velünk szemben állnak és amiről dönteni kell, hogy diagnosztikát fejlesszünk, képalkotót, labor diagnosztikát, mikrobotokat, vagy a légi mentés, vagy drónokkal szállítsuk a gyógyszert, az egyedi gyógyszereket a centrumokat, és százával lehet sorolni az újabb és újabb technológiákat.

És a közgazdaságtannak az alapelvei, mint például a határhaszon elemzés vagy a költséghatékonyság elemzés az, ami talán az egyik fogódzó, túl az etikán és más ugye diszciplinák itt belejönnek ebbe a kérdéskörbe. Visszatérve azt gondolom, ha a kardiológus olyan képet fog látni, akkor már kiküldi azonnal a mentőszolgálatot kérés nélkül. Hogyha azt látja, hogy a betegnek az értékei azok romlanak és egy vagy két napon belül valamilyen kardiosokkot kaphat. Ugye erre is van precedens, a szoftverek. Persze ezt előkészítik és neki csak a gombot kell nyomni, hogy jóváhagyja ezt a döntést. Visszatérve én is azt gondolom, ami a felvezetőben volt, teljes mértékben egyet értek, hogy elején vagy közepén vagyunk az innovációnak, igazából nem látjuk, de hogy az az olló, ami a finanszírozásnál megengedhető és az orvosilag lehetséges között kinyílik, ami kinyílt valamikor hatvan-hetvenes években igazán komolyabban, a hetvenes évek közepe, végéről, az most már nagyon-nagyon távol van egymástól.

És gondolom, a beszélgetésben többször visszatérünk erre, hogy ki tudja ezt egyáltalán finanszírozni. De én is azt gondolom, hogy a mi szakmánk oldaláról nekünk egyre több olyan elemző eszközt, módszert kell nyújtani a politika számára, egészségpolitika intézményvezetők számára, hogy hogyan lehet egyáltalán gazdasági oldalról mérlegelni azt, hogy mit támogassunk, mit terjesszünk el és milyen széles körben a lakosság körében. Mv: Kik generálják igazából a technikai fejlődést? Ez is egy ilyen furcsa sztereotípa, amit itt az elején elmondtam, hogy nagyon sokan azt gondolják, hogy az a terület fejlődik, amiben pénz van. Tehát nem kifejezetten az igény vagy a betegségek nagy százaléka az, ami meghatározza a fejlődést, hanem profitorientált. Szóval kik generálják és ki lehet-e szállni egyébként a technológiai fejlődésből? Mondhatja-e egy ország például, hogy én ezt nem tudom követni? Mert ugye nyilvánvalóan minden újabb és újabb technika, eszköz egyre jobban drágítja magát az egészségügyet, tehát egyre több a kiadás. Gondolom én, hogy ez így van.

Óváry Csaba: Hát követni nagyon nehéz, és egészen biztosan vannak országok, akik ebben leszakadnak. És egészen biztosan nem olyan nagy baj időnként erről leszakadni. Mert ezek a nagyon-nagyon új technológiák időnként rosszul sülnek el. Tehát itt egyáltalán nem az van sokszor a legjobb helyzetben, aki kipróbálatlanul és bejáratlan technológiákat vesz át csak azért, mert nagy reményeket fűz hozzá. De az egészségügy az abból a szempontból egy érdekes ágazat, hogy itt az igény és a szükséglet az bizonyos mértékig különválnak. Tehát hogy a szükségletnek nevezzük most azt, remélem, hogy jól mondom, de Csaba ki fog javítani, hogyha eltérek a helyes útról, ami valódi egészségügyi szükséglete egy betegnek, amit a beteg gyakran nem tud, és erre az egészségügy személyzete, az orvos a hivatott, hogy mire van szüksége. És a másik oldal az igény, amit a beteg szeretne magáról.

Na most hogy a kettő közül melyik generál nagyobb fejlődést... Mi orvosok azt szeretnénk, hogyha a szükséglet generálna, de valójában tudjuk, hogy az igény az egy nagyon fontos szempont. Tehát időnként a betegeknek a testsúlyuk kialakításában vagy a szépészeti beavatkozásokban vagy az egyebekben egészen más igényeik lehetnek mint ami orvos szempontból vagy biológiai szempontból indokolt szükséglet lehetne. Csató Gábor: Ezt kiegészíteném azzal, hogy az igény az inkább egy ilyen piaci kategória. És általában azért rendezőelv, és azt gondolom, ebben talán az összes országot föl lehetne sorolni a világon, hogy próbálja minden döntéshozó keresni, hogy mi az az objektív szükséglet, ami az egészségügyi szakma által igazolt, tényleg betegség. Nem az, nyolcvan évesen nem tudom lefutni a félmaratont, de mondjuk egy milliárdos vagyok, akkor gyorsan százmilliárdért minden implantátumot, szívet kicserélek, és akkor lefutom a maratont nyolcvanévesen. Ez nem szükséglet, ezt ne finanszírozzuk közpénzből. Hanem azt a szükségletet keressük, ami valóban az adott korban az egy hatvan, hetven, nyolcvanéves embernél egy elvárt

életminőséget eredményez, és azt helyreállítani. Tehát ha valaki abból szenved deficitet. Tehát azt lehet talán közpénzből finanszírozni, ami egy ilyen objektív szükséglet. Itt jön be, amit említettél, ez angolul úgy van, (...). Ez azt jelenti, hogy sok ember, és főleg a férfi lakosság, hogy lábon kihordja a kis infarktust, lábon éveket eljárogat a nagyom magas cukrával, a vérnyomásával, és addig nagyon jól érzi magát, amíg fel nem fordul egyik pillanatról a másikra. Ez egy tipikus férfi magatartás Magyarországon a mai napig. Tehát ő nem érzi szükségét, de amint egy orvos kezébe kerül, és az első vérnyomásmérésre, első vérképet megnézi, azonnal azt mondja, álljon le és azonnal fogyjon le tíz kilót és a stresszmentes munkahelyet válassza, stb., stb. Tehát ugye ezt kell nekünk megtalálni, és ez az, ami a közpénzek elköltésénél egy rendező elv, hogy ezt a szükségletet tudjuk minél pontosabban kifejezni. Társadalmanként egy különbözik egyébként. Tehát például Franciaország vagy Magyarországon sokkal több dologra használunk gyógyszert, például fejfájás csillapítás, depresszió ellen, mint amire angolszász országokban meg azt mondják, hogy menjen ki a levegőre, aztán kicsit szellőztessen ki a fejét és az elég lesz, és gyógyszer nélkül oldják meg a problémát. Ez társadalmanként különbözik, hogy az adott területen mi az, amit szükségletnek elfogadunk, de azért nagyjából ezt mindenki érzi. És teljes mértékben egyetértek, ami itt az előbb elhangzott, hogy nagyon sokszor tényleg, úgymond a tőke és a beruházás és a megtérülés az, ami irányítja a gyógyszerkutatásokat, diagnosztikai és egyéb terápiás fejlesztéseket.

Tehát nagyon sok olyan technológia van, hogy rá lehet költeni egy betegnek a szív-érrendszerére milliókat, de hogyha mondjuk bevonnám nagyon korai fázisban egy testsúlycsökkentésbe, egy népegészségügyi programba, egy dietetikussal konzultálna, ami azért fillérekbe kerül és adnánk neki egy jó tornacipőt, hogy minden nap joggingoljon, egy kicsit futkározzon, egy kicsit kocogjon, ez mondjuk pár százezer forintból megoldható akár egy év során és nem kerül milliókba, emögött nincs tőkeerős lobbis, aki ezt a programot... És itt jön az államnak a felelőssége... Mv: Erre szerettem volna kilyukadni egyébként. Csató Gábor: De van ennél rosszabb, hát ott a hospice paliatív ellátás, amögött sincs pénzes lobbis, nem is nagyon terjed. Nézzük meg csak Magyarországot, amikor százmilliárdok simán elköltődnek onkológiai gyógyszerekre. De egyébként meg ehhez kapcsolódó terápiára ugye élete végéig megfelelő méltó kezelésre, mert egyszerűen nincs lobbistája.

Ha csak nincs egy olyan lelkes szakmai közönség, vagy egy önkormányzat vagy egy-egy kórházvezetés, ami ezt fölkarolja, akkor ez magától nem terjed. Az államnak óriási felelőssége van, hogy ezeken a területeken, és ez főleg népegészségügyi jellegű kutatások és programok, hogy ő investáljon ezeknek a terjesztésébe, kutatásába. USA-ban azért ezeket fölismerték. Mert minden máshol megjelenik a tőke, és az nyomja a gyógyszert, nyomja a diagnosztikát, nyomja az implantátumot, annak van tőkeerős hátere. Ezt nagyon fontos szempontnak látom. Csató Gábor: Hát, ha valaminek, a prevenciónak, annak nincsen tőkeerős hátere, mert abban azért kevés motivációt lehet... Mv: Kipusztulnának a gyógyszergyártók. Csató Gábor: Ez egy aspektusa, azt gondolom, de ettől azért komplexebb, hiszen, ha csak arra gondolunk, hogy mi az az elvárható minimális állami gondoskodás, vagy, amit éppen említettél, hogy egy hatvanéves korban mi az az életminőség, amit illik az államnak állami költségen visszaállítania vagy megőriznie, akkor ez nem csak társadalmi rétegenként, de akár régióként, országonként is változik. Ebben, én azt gondolom, hogy nagyjából sose lesz konszenzus azt kimondani, hogy ez az az minimum, amit fogunk fizetni, merthogy ez jár egy hatvan évesnek is, ő ne akarjon fél Maratont futni, a nyolcvan éves pedig már ne akarjon a boltba lemenni, ilyen nem lehet kimondani, mert individuumok vagyunk, és mindenkinél más lesz az az életminőség, amit ő minimálisnak fog tartani és akként megélni.

Ezért döcögnek azok a rendszerek, ahol vagy húznak egy minimum szintet, vagy, ami nálunk, hogy gyakorlatilag nincs minimum szint, hanem mindenkinek minden jár és senki nem kérdőjelezi meg a harmadik protézisnek a létjogosultságát sem, vagy azt, ami egy nagyon kényes kérdés, angliai munkám során tapasztaltam, hogy olyan súlyos krónikus betegségben szenvedő egyének, akik bejöttek a sürgősségi osztályra, ott, ha két konzultáns leírta azt, hogy az ő alap betegségére a jelen orvosi tudásunk szerint nincsen olyan gyógymód, amitől nála életminőségbeli javulás várható, ezért őt nem veszik fel az intenzív osztályra, hiszen óriási költséget generálna és elvenné más betegektől a helyet.

Ma erre sem jogi, sem etikai szabályozás nincsen Magyarországon. Ezekbe a betegekbe is óriási humán erőforrást és anyagi javakat teszünk, nyilván helyesen és az adott egyén esetében is a társadalom, meg a család esetében helyesen eljárva, mert senki nem vállalja föl azt, hogy azt mondja, hogy az életnek egyszer vége van, és tovább nem tudunk segíteni. Ezek olyan további kérdéseket vetnek föl, amik anyagilag nem értelmezhetőek az egészségügy szintjén, én azt gondolom, még közgazdaságilag sem hozhatóak ezek összefüggésbe. Mv: Igen, ezért tettem föl ezt a kérdést, hogy lehet-e ezekről egyértelműen és tisztán beszélni, hogy kinek mi jár.

Óváry Csaba: Ahhoz, hogy ebben tisztán lássunk, ahhoz érdemes lenne megnéznünk egy jó példát. Tehát egy olyan területet, ahol a technológiai fejlődés és az invenció, az igen is jó és hasznos és abszolút győztes, győztes helyzetet teremthet. Az én szűkebb szakmám a neurológia, és azon belül a stroke ellátás.

Én abból a szempontból nagyon szerencsés voltam, hogy miután én elvégeztem az egyetemem, rá egy évre megjelent az a tanulmány, ami bebizonyította, hogy az akkut agyi verőér elzáródást, azt egy vérrögoldó kezeléssel hatásosan lehet gyógyítani, és tulajdonképpen onnantól kezdődött ez a trombolízisnek nevezett eljárásnak az elterjedése az egész világon, és mi is az egyik első olyan centrum voltunk, akik ezt használták. Maga az eljárás az tényleg a maga korában forradalmasította a megfelelő időben bekerült betegeknek a gyógyítását, és mindehhez mindösszesen ennek a gyógyszernek egy körülbelül ezer eurós költségével kellett számolni, ami az így kezelt betegeknek a körülbelül egyharmadánál a nagyon jó életminőséget garantált egy egyébként súlyos, biztosan valamilyen mértékű fogyatékossgal járó betegségben. Ennek mi nagyon örültünk, ez fantasztikusan jó fejlődés volt, és egyre jobb technikák alakultak ki, hogy hogyan kell a betegeket kiválasztani, aztán kiderült, hogy nemcsak három órán belül, hanem négy és fél órán belül is lehet használni, bővült a betegeknek a köre, s a többi, s a többi, és ez a mai napig egy bevett módszer. Két évvel ezelőtt egy újabb technológiai forradalom alakult ki pont ezen a területen, oly módon, hogy azok a betegek, akiket legkevésbé lehetett trombolízissel kezelni, ezek az úgynevezett olyan betegek voltak, akiknek az agyalapi agyi erei záródtak el. Ebben nagyon kevéssé volt a trombolízis hatékony, ki lehetett mutatni, hogy bizonyos katéteres eszközökkel, hasonlóan, mint ahogy kardiológiában szívkoszorúeret szoktak katéterrel megnyitni vagy tágítani, bizonyos katéteres eszközökkel hat órán belül ezeket a betegeket, pont, akiknek rossz volt a kimenetele, meg lehet gyógyítani. Itt van megint egy lépcső, mert ez már nem ezer, hanem inkább tízezer euró ennek az ellátásnak a megszervezés, de történetesen egy nagyon súlyos, az előzőnél is súlyosabb betegcsoportban már ötven százalék fölött van azoknak az aránya, akik jó életminőséggel kelnek föl a műtőasztalról.

Picit képletesen, mert valójában nyilván ezt követően még kórházi kezelésre van szükségük, és ezeknek a betegeknek az életminősége az ugrásszerűen megjavulhat egy technológiai előrelépéstől. Ráadásul most pont idén Prágában volt az európai stroke-kongresszus, ahol egy

kutatócsoport megnézte Angliában, hogy ez a tízezer euróba kerülő eljárás ez vajon költséghatékony-e, és arra jutottak, hogy nemhogy költséghatékony, hát természetesen az volt, hanem egyenesen gazdaságos, mert hogyha az utána való rehabilitáció költségét, otthon ápolás, gyógyszerköltség, gyógytornász és minden egyéb költséget összeadunk, akkor már egy éven belül megtérül ennek a befektetésnek az ára. Tehát elsőre úgy tűnik, hogy ezer euróból tízezer euró lett, van egy óriási költségrobbanás, de hogyha hosszú távon nézzük meg ezeket a betegeket, akkor viszont kiderül, hogy ez valójában egy gazdaságos megoldás, mert egy akutan elvégzett sikeres terápia hiába kerül sok pénzbe, azt követően nemcsak életminőséget javít, hanem még az egészségügyi ellátórendszer számára is kevesebb további kiadást generál.

Mv: De ez egyéni példa, vagy ez mindenre elmondható? Óváry Csaba: Ez sok mindenre elmondható, ez nyilván egy kiragadott példa, de valójában ez az, amiről szeretünk akkor beszélni, hogyha innovációról és technológiai fejlődésről beszélünk az orvostudományban. Dózsa Csaba: Nagyon örülök ennek a két példának, nem tudom, mi lesz a vége, hogy lemaradok-e valamiről, de mint a két területet jól ismerem. Dolgoztam államigazgatásban is nagyon sokat, akkor a stroke-programot próbáltuk ugye így (...), a mai napig nem ért véget, tehát én ezt egyébként nem tudom megérteni, hogy amikor kimutatásra került, hogy Debrecen és környékén ez a stroke-program és időablakon belüli elérés ugye a mentőszolgálat által nagymértékben támogatva ez ugye nagyon hatékony, és az egyik legjobban lefedett régió időablakon belüli ellátott egész Európában, közben harmad-negyed olyan értékekkel bír mondjuk Magyarországon egy másik régió. És itt jött le a kérdés, hogy hova lehet nyúlni, mennyi innováció van, hát akkor minimum mondjuk azt, hogyha van egy ilyen jó (...), van egy jó hazai példa, hogy ezt a stroke-ellátást időablakon belül ilyen magas szintre tudjuk fejleszteni, akkor ezt a szervezési módszert, a technológia igazából elérhető az országban, csak kérdés, hogy össze tudjuk-e hangolni ugye a mentőszolgálatot, a korai riasztást, ennek az éberségét, ez egy összetett dolog, mert a lakosság, háziorvos, mindenkinek szerepe van a stroke-ellátásban. Ha azt mondjuk hogy hatékonyság tartalék van a magyar egészségügyben, akkor ilyen helyeken van a legtöbb. Tehát ha már tudjuk valamiről, hogy bizonyítottan hatékony megoldás és ilyen szempontból költséghatékony is, tehát nem a világ pénzét kell ráköltetni néhány emberre, hanem közepes beruházással több ezer embernek lehet az életminőségét javítani és a halálozást is csökkenteni, akkor ezt minél előbb terjesszük el. És itt jön az etikai kérdés, hogy hozzáfér-e, esélyegyenlőségi kérdés, ha tudjuk ezt, akkor tudjuk az egész országra nézve, és itt a következő.

Két évvel ezelőtt tettünk le a minisztérium asztalára, egy szakértői csoporttal dolgoztunk ki egy ilyen intervenciós kardiológiai programot, és nem tudom, éppen hol tart, tehát ugyanez, pont a neurológiában egyébként azt gondolom, jó irányba ment el a finanszírozás, mert elég komoly HGK-változások voltak, tehát a finanszírozás is elég jelentősen ösztönzi ezeket a beavatkozásokat, az is egy fajta közgazdasági módszer, az ösztönzés, ami azt jelenti, hogy akkor egy picit dotálom azt a tevékenységet, amit azt akarom, hogy elterjedjen és minél előbb terjedjen el, de az is igaz, hogy ahogy elmondtad, hogy nagyon sok olyan dolog van, ami innováció és jónak tűnik, és kiderül róla pár év múlva, hogy egyébként egy zsákutca, nagyon drága, mégsem éri el a hatást. És ilyen szempontból meg jobb, hogy nem az élvonalban vagyunk, hanem egy kettő, három, négy öt évvel lemaradva a német, holland, amerikai egészségügy mögött, mert egy picit van idő megfontolni, hogy mit érdemes átvenni és mit nem. Ez a kicsit szegényebb országnak a nem kényelme, de végül is... Csató Gábor: Szervezés... Dózsa Csaba: ...ilyen szempontból jobb, mi már jobban tudjuk talán mérlegelni, hogy mit igen, mit nem. De van arra technika, szervezési és finanszírozási is, hogyha már ismerünk ilyen jó programokat, akkor minél előbb terjesszük és legyen általános része a

magyar egészségügynek. Óváry Csaba. Ha már szóba került az intervenciós neuroradiológia, akkor muszáj elmondanom, hogy ebben nagyon jól állunk abból a szempontból is, hogy most hétfőn kezdődik Magyarországon az Intervenciós Neurológiai Világszövetségnek a kongresszusa. Ez egy egész hetes program, aminek Magyarország a gazdája. És visszatérve a pályázatra és ennek az elterjedésére, pont a közelmúltban kaptunk jóváhagyást arra a két évvel ezelőtti tervünkre és kezdeményezésünkre, hogy ennek az eljárásnak a képzése, az induljon el Magyarországon. Gyakorlatilag ma már van Magyarországon erre tanszéki csoport, ami a megfelelő szakembereket ki tudja képezni, és ez a képzés, ez már ebben az évben el fog indulni, finanszírozást kap hozzá, satöbbi, satöbbi.

Viszont a kép az úgy teljes, hogy ezt a fajta legkorszerűbb beavatkozást egyelőre Magyarországon hat centrum tudja különböző lefedettséggel megcsinálni. És például ebben a helyzetben a mentőszolgálat a kapocs, aki képes arra, hogy akár egy fővárosi központba egészen messziről, Szegedről, Sopronból, más helyeket is mondhatnék, el tudja hozni a betegeket egy ilyen beavatkozásra megfelelő időablakon belül. Tehát itt most egy elképesztő teher van a mentőszolgálaton azért, hogy ez a rendszer valamiképpen működjön. A cél, az természetesen az, hogy megnyíljanak azok a perifériás centrumok, amely levesz a vállatokról a terhet. Csató Gábor: Én azt gondolom, hogy ez egy édes teher. És mondhatom az, ami most a természetes intelligencia és nem a mesterséges győzött, hiszen mi főorvos úrral januárban ültünk le, nagyjából a kinevezésem után erről beszélni,... Óváry Csaba: Igen, igen, ez így van. Csató Gábor. ...hogy ez nem pénzkérdés, hogy a beteget időablakon belül eljuttassuk oda, ez a kapacitás újra gondolása és allokálásának a kérdése. Ha oda kell jusson a beteg azért, mert az ő élete és az életminősége ezzel javulhat, akkor az oda kell jusson, kvázi minden áron. És, mi ebbe gyakorlatilag beleálltunk odáig menve, hogy most ott tartunk, nem csak gondolkodásban, hanem már operativitásban, hogy az Észak-Alföldön sikeres modellt nem csak a szív-, érrendszeri, hanem az agyi érkatasztrófák esetére is kiterjesztjük a jövő évben országosan a mentőszolgálat részvételével. Hiszen mégis csak mi vagyunk azok, akik oda visszük a beteget. És így a keringési rendszert és az agyi érrendszert érintő esetekben is egy hatékony, gyors ellátáshoz juttatjuk a betegeket betegút optimalizálással, szállításuk optimalizálásával, legyen az földi, vagy légi úton. Én azt kérdezném inkább, hogyha föltehetem ezt a kérdést, hogy megnézte-e valaha, valaki Magyarországon a lakástól a lakásig lévő költséget és nem csak az adott ellátás költségét.

Azt említetted, hogy ez ezer euró helyett tízezer euró. Rendben. És azt, hogy külföldön meglátták azt, hogy ez mennyivel költséghatékonyabb a nap végén. De mi Magyarországon az adott kórház HBCs-jét tudjuk nézni, az Országos Mentőszolgálat finanszírozását tudjuk nézni, de azt nem nézzük meg, hogyha ezen az úton jut be a beteg, legyen az légi út és kerül mondjuk, tízszer annyiba, mintha földi úton vinnénk, ezt a kezelést kapja meg és tízszer annyiba kerül, mintha trombolizálnánk és utána a rehabilitáció már mondjuk csak 3 nap, nem 23 nap, nincs intenzív osztályos kezelés, ami letizedeli megint a költséget, és 1 hónapon belül visszaáll a munkába és újra munkaképes, akkor ez a költség, hogyan áll arányban azzal, mint hogyha földi úton szállítottuk volna, kisebb centrumba vittük volna, olcsóbb kezelést kapott volna, és két hónapig a kórházban van. Mv: Gondolom, ez egy közgazdásznak való kérdés. Dózsa Csaba: Így van. Amint lesz szponzora ennek a kérdésnek, abban a pillanatban ki tudjuk számolni. Van olyan szakértőcsapat, akivel pont ilyen algoritmusokat fejlesztünk, ilyen input adatok kellene hozzá. Tehát a betegcsoport kontrollt, sajnos itt van....etikailag, amíg van kontrollcsoport... Csató Gábor: Persze. Dózsa Csaba:...ugye ez a szakmában ez ismert. Itt nem kéne lenni kontrollcsoport, nekik nem sikerült túlélni, akkor nem jártak jól, rossz helyre születtek, ott éppen nem volt légibázis, vagy mentőállomás a közelben. Csató Gábor: Mindenhol van. Dózsa Csaba: Igen.

Úgyhogy gyakorlatilag vannak olyan kutatások, amit nem lehet elvégezni a szakma szabályai szerint mert ez egy dominánsabb tégely és csak ezt érdemes vinni, akkor viszont el kell terjeszteni. (...) láttam támaszt, hogy a legegyszerűbb közgazdaság számításal, hogy a stroke utáni társadalmi veszteségeket néztük az egyén szempontjából, kiesik a munkából, hogy a saját életminősége a társadalom számára, hogy mondjuk egy munkaképes korút, akár nyugdíjast elveszítünk, aki nem tud a családban részt venni a gyerekek, az unokák ellátásában, satöbbi, ennek a társadalmi költsége még mindig sokszorosa annak, mintha most éppen, jó, elvittem kétszáz kilométeren át a légi mentővel és nem tudom, hat- nyolcszázezer forintba kerül esetleg egy szállítás, Ez még mindig letörpül, tehát ilyenekre érdemes hitecet mozgósítani ahogy mondtam az invazív centrumokat meg a mentésnek is a legkorszerűbb megoldásait. Meg valahol itt veszítjük el, a prevencióval már nem tudjuk megelőzni ezeket az eseteket ha már kialakult ugye az infarktus meg sztrók, és a többi. Akkor viszont mit tudunk tenni, akkor ezt tudjuk tenni, tehát akkor viszont mozgósítsuk ezeket az erőket. Egyébként meg ugye utána mindig vissza kell fejteni a szálakat, hogy az az eset hogy fordulhatott elő. Ugye volt-e háziorvosa, szedett-e gyógyszert, együtt működött-e a háziorvossal, ő az életmódjára, hogy ... És akkor vissza menni oda, hogy akkor hány évesen kezdtük elveszíteni azt az illetőt, mikor lehetett volna megfogni egy életmódváltással, egyéb prevencióval, vagy korai szűréssel és egy megfelelő gondozással, hogy ne alakuljon ki ez a súlyos kórkép. De ha már előfordul ez a kórkép, akkor viszont be kell vetni ezeket a legkorszerűbb, akár drága technológiákat is.

Csató Gábor: És itt jön az, hogy adatokra van szükségünk, amit az esetek ideális helyzetében a betegnek kell magáról szolgáltatnia. Akár a saját pulzusmérőjével, mobiltelefonjával, EKG készülékével, vércukor profiljával, mert akkor láthatjuk azt, hogy meddig kell visszanyúljunk ahhoz, hogy ne jussunk el a strokeig a trombózisig és a költséges terápiáig. Ebben a betegeknek óriási felelőssége van, ehhez egy pontosan kiváló példa lesz az elektronikus recept, hiszen onnan látni fogjuk, hogy az a beteg nem váltotta ki a gyógyszerét. És nagyon sok ilyen beteg van akinél csak ilyen mellékinformációként derül ki amikor bejön hozzánk, hogy igaz bent járt két hete, most rosszabbul van és kiderül, hogy nem váltotta ki a gyógyszert. És most nem az anyagi részére gondolok, hanem egyszerűen hanyagságból, felelőtlenségből.

Akkor az kérdéseket vet föl, hogy mi hiába teszünk meg mindent. Közgazdászok, orvosok, egészségügyi, technológiai innovátorok a betegért, hogy ha ő maga nem kooperál velünk, akkor ezt a harcot elvesztettük azt gondolom. Óváry Csaba: Igen azt gondolom én is, hogy az én lelkesedésem az új technológiák iránt az nem homályosíthatja el a megelőzésnek a fontosságát. Már csak azért sem, mert például ebben a betegség körben a stroke-ban azt gondoljuk, hogy a stroke eseteknek kilencven százaléka megelőzhető lenne. Persze ez egy elméleti arány, de azért óriási arány. Viszont ameddig ezek a prevenció programok beérnek, hiszen ez hosszú idő ugye, hogy a rizikó faktorok is hosszú idő alatt fejtik ki a hatásukat és nyilván egy elkezdett prevenció program is sok év míg hatást fog elérni, addig viszont igen is szükség van ezekre a nagyon fejlett akutt ellátási körülményekre.

Mv: Nézzük, hogy mit hozhat a jövő és ne az egész világot vegyük alapul. Afrikát, Ázsiát hagyjuk. Maradjunk Európánál és aztán majd egy kicsit közelebb jövünk magunkhoz is, eljutunk gondolom Magyarországhoz is. Szóval mindenütt előregedő társadalmak vannak és krónikus betegségek növekvő száma, ami igencsak növelik az egészségügyi kiadásokat. Szóval az a kérdésem, hogy nem olyan egy kicsit mintha versenyt futnánk az idővel. Tehát bármit kitalálunk, bármit innoválunk azzal, hogy meghosszabbítjuk az emberek életét mi

magunk is generáljuk... Tehát maga az orvostudomány. De ez egy jó generálás félreértés ne essék. Nem azt akarom mondani, hogy ezt ne tegyék. de az egészségügyi költségek ezáltal mindenképpen megnőnek. És a másik amit még szeretnék feltenni önöknek kérdésnek, hogy miközben eltűntünk szintén innováció révén egy csomó olyan betegséget, amelyek ma már csak az emlékkönyvekben vagy a szakirodalomban találhatóak. Aközben egy csomó helyen kezdenek visszajönni ezek a betegségek. Tuberkolózis például. Most ez jutott hirtelen eszembe, de biztos, hogy van több is. Himlő is felüti a fejét itt, ott, amott. Kanyaró a szomszédban Romániában.

Óváry Csaba: Én először azt hittem, hogy a szerkesztő asszony kérdésének ez a két része nem szorosán tartozik össze, de valójában igen. Nyilván az előregedő társadalom az az egészségügyi költség robbanásnak az egyik legfontosabb okozója. Ez így van és nem csak az előregedés számít, hanem az is, hogy bizonyos betegségeket korábban nem tudtunk gyógyítani, most tudjuk. Ezek a betegek túlélnek valamilyen szintű fogyatékossgal, de túlélnek és ennek okán ez újabb kiadásokat és egyebeket generál. Azt gondolom, hogy evvel meg kell valamiképpen küzdeni. De könnyen lehet, hogy az a baj, hogy miközben evvel küzdünk, hogy az egészségügyre rendelkezésre álló erőforrásaink mindig végesek és a világon mindenhol végesek. De lehet, hogy valahol ezek az erőforrások hamarabb fogynak el és, hogy ha elfogynak az erőforrások, akkor lefedetlenül maradnak olyan területek, mint a megfelelő védőoltás rendszer, a megfelelő szűrővizsgálatok lásd tuberkolózis és a többi, és a többi. És előjönnek a föllazult csempék közül azok a problémák amiket már korábban letudtunk küzdeni. Ez nyilvánvalóan azt... Mv: Akkor mondok olyat ami nem illik a sorba. Antibiotikum rezisztencia például. Óváry Csaba: Az egy picit bonyolultabb kérdés. Nem tudom, hogy erre az antibiotikum rezisztenciára kíván-e valaki reflektálni, de... Csató Gábor: Azt gondolom, hogy Fleming lehet az aki a... Óváry Csaba: Hogy vezessük vissza Flemingre. Csató Gábor: Igen, hogy a Fleming amikor a Penicillum notatum alapján penicilint izolálta és mekkora robbanásszerű gyógyulást ért el azokban az években, gyakorlatilag milliókat mentettek meg a penicillinnel.

De ezen a földön nemcsak emberek élünk, és szerintem ezt felejtjük el gyakran az ilyen esetekben. A legtöbb egészségkárosodásnak mi magunk vagyunk az okai. Vagy azért, mert úgy eszünk, úgy élünk, vagy azért, mert olyan gyorsan mentünk az autóval, vagy mert leesünk valahonnan.

Vagy mert stresszes életet élünk. Emellett pedig ott vannak azok a külső ágensek, a vírusok, gombák és egyebek, amik előttünk is itt voltak és valószínűleg utánunk is itt lesznek és mi velük harcolunk folyamatosan, akik ugyanúgy fejlődnek. Ők nem CT-t innoválnak, hanem új genetikai térképet innoválnak magukban, új rezisztenciákat fejlesztenek ki. Ezt a harcunkat önmagunkkal és a környezetünkkel vívjuk szerintem. Óváry Csaba: Én nem akartam az állatorvosokat bemártani, mert alapvetően egy nagyon rendes és békés társaságról van szó, de például az, hogy az antibiotikum rezisztencia ennyire terjed, az részben az állattartásnak és az állatgyógyászatnak is köszönhető. Ma már talán kevésbé, de voltak olyan korábbi periódusok, amikor a földön gyártott antibiotikumoknak a döntő többsége az az állatgyógyászatban került fölhasználásra. És ennek sajnos volt egy negatív következménye, ezeknek a törzseknek a kiterjesztésében vagy elterjedésében. Én ezt egy picit másképp kezelném mint azt, hogy az előregedés kérdése, a betegségek tartósabb fennállásának a kérdése és a fogyó erőforrások. Talán azt az egy példát érdemes, nekem már Dózsa Csaba korábbi megjegyzésénél is volt egy ilyen ötletem, elmondani, hogy ugye az egészségügyi ellátásnak van egy ilyen hármass egyensúlya, amit talán egy háromágú csillaggal lehetne ábrázolni.

Ez a finanszírozhatóság, a hozzáférhetőség meg a minőség. Ez ugye jó esetben ez úgy van összekötve ez a három csúcs, hogy az egy szabályos háromszöget adjon és egyensúly van. Hogyha valamelyiket elkezdem erősíteni, mert mondjuk mindenki számára a legkorszerűbb eljárást szeretném elterjeszteni, például a trombektómiát és a hozzáférhetőség felé elhúzom az egyensúlyt, akkor az a minőség és a finanszírozhatóság rovására fog menni. És ebből további anomáliák lesznek, akár ahhoz hasonlóak is mint szerkesztő asszony említette. Dózsa Csaba: Az idősödéshez szeretnék hozzászólni. Vannak olyan társadalmak, a magyar sajnos még nem itt tart, hogy az idősödéssel nem ugyanolyan mértékben javult az egészségben eltöltött életevek száma, hanem nagyobb mértékben.

Tehát talán Svédország, Hollandia, tehát a skandináv országok általában jók ilyen szempontból és még néhány ország a földön, így kell mondani. Gyakorlatilag nem olyan úton jár mint mi, hogy na hozzáadtunk öt évet a várható élettartamhoz. Tehát öt betegségben megélt életévet adtunk oda, és akkor ez tényleg már egymillió cukorbeteg. Óváry Csaba: Igen, igen, ez a (...) és a (...) a különbsége. Dózsa Csaba: Igen, igen, hogy ugye van egy olyan scenárió is, és szerintem Magyarországot ebbe az irányba kéne terelni, és valószínűleg szociológiailag néznénk, a magyar társadalom egy része ilyen úton van. Tehát amikor a 60-70 éves nyugdíjas vagy inkább a 70-75 éves nyugdíjas csoportok ugrabugrálnak a buszról le-föl, és járnak az országot meg a világot, tehát van ilyen magyar nyugdíjas réteg is, és lehet, hogy egy pirulával megoldja ezt és még nem öt-hat gyógyszeren függ azért, hogy ilyen egészségi állapotban legyen. Tehát az idősödéssel nem feltétlenül jár együtt az, hogy akkor az 4-5 krónikus betegségnek a hurcolását jelenti még 15-20 éven keresztül. Ezt meg lehet előzni, el lehet kerülni, ismernek ilyen időseket is. Mv: Magyar fejekben ez összefügg sajnos.

Dózsa Csaba: Igen, és a népegészségügyi mutatóinknál is, de hogyha szétszálazzuk ezt most kerületekre meg társadalmi csoportokra, diplomások esetében általában sokkal jobb a példa, tehát sokkal kevésbé betegek, meg kevesebb a túlsúlyos beteg az alacsonyabb végzettségűeknél. Tehát ugye ez egy nagyon komoly megint egy hozzáférés egy szociológiai kérdés is. De azt gondolom, hogy nekünk akkor is az a dolgunk, mindenkinek az a felelőssége, hogy az akut, életveszélyes helyzetet elhárítsa, várható élettartamot megnövelje ilyen betegségekben, infarktus, stroke stb., ami ugye régen nagyon nagy számban tette ki a halálozást, jelenleg most már jóval kisebb mértékben. Akkor (...) a daganat, ugye amivel sokkal nehezebb talán megküzdeni, nincs ilyen egyszerű technológia, hogy kivágom vagy valami nagyon egyszerű módon megoldom a dolgot.

És akkor erre kell felkészülni. Tehát ez valóban egy folyamatos küzdelem, ilyen szempontból a mi szakmáink azok soha nem lesznek unalmasak és nem fogynak el. Tehát nem azt mondom, hogy tíz év múlva ezt megcsinálják még ezt a kis reformot, még ezt még bevezetjük, ezt a programot elterjesztjük, kicsit a légi mentést, ezt, azt, amazt fejlesztünk, és hátra dőlünk és akkor megcsináltunk egy jó egészségügyi rendszert. Szembe jön tíz másik probléma, tíz másik összetett kérdéskör. Ez egy folyamatos küzdelem, és egy nagyon intelligens mérlegelést igényel és döntéshozást, amihez nagyon komoly adatbázisra, háttér adatokra van szükség, hogy hol lehet jól beavatkozni, hol érdemes elterjeszteni, meddig lesz méretgazdaságos ugye egy centrum. Hol van az a küszöb, hogy inkább száz kilométert visszük mentővel, de egy olyan centrumba vigyük ezeket a betegeket, ahol ott a team. Vagy akár 150 kilométer és 5 centrum legyen. Vagy legyen 25 centrum és akkor saját lábán is be tud csatogni a beteg egy egyszerű kezelésre. Ezeket a centrum és távolság és méretgazdaságossági számításokat mai világban nagyon jól el lehet végezni. Tehát olyan térinformatikai szoftverek vannak, csak az adatokat kell hozzá felhasználni, és egy pár év

túlélést és egyéb információt kell hozzá összeszedni. És ezzel is hatékonyabbá lehet tenni a rendszert.

Mv: Hogyha már ilyen rendszerkérdésekről beszélgetünk, akkor, lehet, hogy furcsán hangzik ez a kérdés, de az egészségügyi finanszírozhatóságának az érdekében mit érdemes inkább működtetni, szolidaritáson alapuló egészségügyi rendszert, vagy mondjuk egyéni biztosítások alapján működő rendszert.

Nem akarok szentségtörést elkövetni, ugye mi természetesen a szolidaritás alapú mellett tettük le a voksunkat, és azt látjuk például, hogy az Amerikai Egyesült Államokban is milyen ádáz viták vannak, hogy a biztosítás nélküli embereknek mégis csak legyen valamifajta egészségügyi ellátásuk. De most ha a finanszírozást nézzük hosszú távon, akkor melyik a célravezetőbb? Óváry Csaba: Nem az én asztalom a kérdés, de azért hadd reagáljak rá. Mv: Nyilván véleménye mindenkinek van. Óváry Csaba: Aki ért hozzá, azután elmondhatja az igazit. Én mindenképpen a szolidaritás elvű biztosítás mellett törnék voksot, még akkor is hogy ha bizonyos feltételekkel, vagy bizonyos módosításokkal a jelenlegihez képest, és én avval érvelnék, hogy olyan országban ahol még mindig vannak komoly népegészségügyi problémák és szükség van az egész országot átfogó, széleskörű népegészségügyi programokra, egy ilyen rendszerben ez sokkal egyszerűbb megszervezni és lebonyolítani, mint ahol az egészségügyi ellátás szét van aprózva nagyon sok finanszírozóra, ellátóra, satöbbi, satöbbi. Hát azt gondolom, hogy az utóbbi egy olyan országban szerezhette létjogosultságot, ahol már ezeken a nagy problémákon réges régen túl vannak. Mv: Van ilyen ország? Óváry Csaba: Hát a Skandináv országokban biztosan másképp van, Hollandiában, Dániában picit másképp állnak a népegészségügyi problémákkal, akár a sztrog-gyakoriságot, akár a daganatos halálozást, akár a kardiovaszkuláris halálozást nézzük.

Én szerintem Magyarországon még szükség van nagy átfogó programokra és szerintem ezt a jelenlegi rendszerben lehet jól levezényelni. Csató Gábor: Részben egyetértek veled, abban vitáznék csak, hogy ma nincs olyan ember szerintem, aki megtudja mondani a világon, hogy mi az az egészségügyi rendszer, ami biztosan, legalább közép távon működőképes és fenntartható lesz. Pontosan amiatt, hogy a betegségek, a populáció összetétele és a technológiai innováció olyan ütemben változik és annyira plasztikus ez a környezet, hogy ehhez csak egy rugalmasan adaptálódó rendszert lehet és lokálisan nekünk magyaroknak egy saját rendszert kell létrehozni ahhoz, hogy működtetni tudjuk nem pedig azt mondani, hogy átvesszük a skandináv példát, hiszen ott a magyar ember nem tudna ahhoz adaptálódni, hogy ha kétszáz kilométert kéne utazzon azért, hogy a családját meglátogassa. De megint csak az angol példára utalok, ahol Óváry Csaba: Mármint a kórházba van és akkor.. Csató Gábor: Igen. Nem vettük föl a beteget az intenzív osztályra, hogy ha a nővér-beteg arány aznap megváltozott volna negatív irányba, hanem elutaztattuk az intenzív osztályról az új beteget száz kilométerrel arrébb. A család boldog volt, hiszen így biztosítva volt számára, hogy ugyanazt a minőséget fogja kapni. Ha Magyarországon megkérdeznénk, hogy inkább fölvegyük és igaz csak két nővér van és tíz beteget fog ellátni, vagy el tetszik utazni Budapestig, akkor azt mondaná a család, nem, inkább vegyék fel ide és legyen itt helyben a betegünk, ezért mondom azt, hogy nem lehet erre egzakt választ adni. Dózsa Csaba: Az biztos, hogy csodák nincsenek, és ha megnézzük, hogy kik a legeredményesebb egészségügyi rendszerrel bíró országok, melyek ezek az országok, ott mindenhol, körülbelül a másfél-kétszeresét költik GDP arányosan közpénzből az egészségügyön belül, tehát amiket említették skandináv modellt vagy holland modellt, ott maga a közkiadás is hét, nyolc vagy kilenc százalékot teszi, és előlött jönnek még a magánkiadások. Magyarországon 4,7-4,8%-kal igazából nem vagyunk versenyképesek, hogy ilyen rendszert fejlesszünk.

Tehát ahhoz, hogy minden betegségnél tudjuk ezeket a technológiákat alkalmazni. Beleértve a népegészség szintű szűrőprogramokat és prevenció programokat is, mert az is pénzbe kerül. Ahhoz biztos, hogy mindegy milyen rendszeren keresztül, de valamilyen többletforrást kell allokálni. Az is igaz, arra is vannak nagyon jó adatok, hogy ahol a versennyel kombinálják, azt mondják, hogy nem egy centrális, legyen public health program, legyen egy (...) és akkor csak egy biztosítóval, vagy egy egészségügyi szolgáltatóval és tessék, ha nincs más mindenki azt kapja, egy házi orvos, aki legközelebb lakik, egy kórház ami a legközelebb van, tehát nem lehet semmit választani, ez egy kicsit olcsóbb rendszerek és ahol viszont versenyt generálnak, mint a németek vagy a hollandok, az amerikaiak, ott még megfelelik ezt egy plusz, körülbelül 1,5-2%-os GDP kiadással.

Tehát hogy ha az egyéni választást is értéknek tekintjük, és preferálni akarunk, akkor az egy kicsit drágább, de az egyén számára esetleg egy olyan pluszt adhat a rendszerhez, hogy akkor ő is jobban kooperál a rendszerek. Visszatérve egyébként, én azt gondolom, hogy olyan rendszer nincs, hogy mindenre elég legyen a forrás. Az Egyesült Államoknak az egy főre eső egészségügyi kiadását nézzük, az majdnem ugyanannyi, mint amennyi a teljes magyar GDP egy főre eső összege. Tehát az USA-ban mintha a magyar nemzeti jövedelem teljes egészében az egészségügyre költené. Ez egy lehetetlen állapot. Hát rengeteg más dologra is kell. Mv: (...) és Európa közötti különbség van. Ugye Európa (...) Dózsa Csaba: De azért, hogy ilyen szempontból nem lehet, de az biztos, hogy valahogy ezen javítani kell. A másik, hogy az egyéni felelősség; tehát olyan állam sem jó, ami mindent túlcentralizál, és mindenre azt mondja, majd én hozom a megoldást, és majd én bevezetem, majd megfogom a kezéd, beviszlek a centrumon, átviszlek a másikhoz, az egyéni felelősséget is úgy kell valahogy felélesztünk, ahogy erről beszéltünk, hogy az egyén is mérje a vérnyomását, odafigyeljen a táplálkozásra, mozgásra, mindenre, hogy nem az legyen, hogy ő hátradől és majd az állam bácsi mindent megold. Ugye ez a rendszer ez nem működik, és nekünk ezt az egyensúlyt kell megtartani, hogy szolidáris legyen a rendszerünk, olyan mértékben, hogy azért beengedje az egyénnek a közreműködését, az egyéni felelősséget is beengedje a rendszerbe. Ebben biztos, hogy tudnánk nagyon sokat javítani a rendszerünkön, hogy ezt az egyéni felelősséget ezt valahogy felélesszük. És most persze nem a mentőszolgálat fogja azt mondani, mikor ott van a haldokló beteg, hogy akkor tetszett az elmúlt években hetente háromszor fél napot kocogott? Nem kocogott? Csató Gábor: Felelősségteljesen. Akkor nem visszük el. Dózsa Csaba: Akkor most nem, elvisszük a másikat, ő viszont kocogott és mégis kialakult a stroke. Tehát ez nem az a pillanat, de hogy valahogy ezt vissza kell tudni csatolni, ezt még a mi szakmánk se találta ki pontosan ezeket a mechanizmusokat. Ebbe az irányba el kell menni, az biztos.

Csató Gábor: Az egyéni felelősség az nemcsak a saját magára való felelősségben kell, hogy megvalósuljon, hanem a rendszerben is kell egyéni felelőssége legyen. Saját magunkra gondolva a mentőhívás. Tehát hogy nem minden esetben hívok mentőt magamra, nem minden esetben megyek be a sürgősségi osztályra, hanem egy értelmes, oktatott, felnőtt emberként tudom azt, hogy milyen eset az, amikor nekem meg lehet várnom azt a plusz egy napot és el lehet mennem a házi orvoshoz, vagy éppen nincsen adott esetben nekem mentőre szükségem 15 percen belül, mert az én bajom nem 15 percen belül keletkezett. Amerikában ha a mentőt felhívják, az az első kérdések egyike, hogy milyen olyan eset történt, ami az elmúlt 15 percben, a telefonhívás előtti 15 percben következett be. Mert egy 390 dollár átlagosan egy mentő kiérkezése a betegnek. És ha ez nem az elmúlt 15 percben alakult ki ez a baj, akkor nagy valószínűséggel nem a mentőre van szüksége, és ezzel nem fog plusz kapacitást vagy

esetleg a normál kapacitást elvonni olyantól, akinek szüksége van erre, így gondolok én arra, hogy az egyéni felelősség az társadalmi felelősséget is jelent a rendszer felé.

Mv: Nagyon sokszor a túlzott elvárások azok, amelyek azt az érzést keltik az emberekben, hogy nem jó az egészségügy. Magyarországon divat egyébként azt mondani, hogy a magyar egészségügy az rossz. De többek között ez is az egyik oka, amit Csató Gábor mondott, én a barátaimnak sokszor azt szoktam mondani ilyen viták közepette, hogy a magyar egészségügy kiváló, ha megnézik, hogy hétezer forint biztosítási díjért megműtik a vakbeledet, elvisz a mentő, ha infarktusod van, tehát voltaképpen erre az egészségügyre ennyi pénzért az állampolgár abszolút számíthat. Rosszul látom?

Dózsa Csaba: Nagyon sok minden hangzott el, de ezekben az általában példaként emlegetett egészségügyi rendszerekben erre is odafigyelnek. Tehát a betegoktatáson a lakosságnak ez a fajta kultúrája, hogy mi az a láz, amit otthon is lehet csillapítani, vagy egy telefondoktor segítségével, és az (...) ugye Angliában ugye erre lett kitalálva, és bizonyos segítséget tud nyújtani, és nem biztos, hogy az elsőnek a sürgősségi osztályon való megjelenésnek kell lenni, vagy tényleg egy több napos panasszal bejövünk a sürgősségire és akkor ott majd biztos lesz egy ultrahangvizsgálat, amit egyébként ki kéne várnunk a két-három hetet egy normális szakrendelésen, tehát hogy betegoldalról vagy az egyén oldaláról is nagyon sok teendők van, hogy ez a kultúra ez megváltozzon, és ez is hozzájárul ugyanúgy az egészségügy minőségéhez és a hatékonyságához is, mert hogyha a felesleges igénybevétel leterheli a kardiológust, leterheli a neurológust, a sürgősségi orvost, mire odajön a valóban komoly eset, addigra már szürke lesz a szem és nem fogja esetleg olyan jól ellátni vagy felismerni. vagy pont őt fogja hátrébb sorolni a rendszer, aki csöndben megül ott ugye a sürgősségin, pont a stroke ugye ilyen.

Hogy csöndben elücsörög, nem érzi a fájdalmat, aztán pont az időablakról meg lecsúszik, és ezeket fel kell ismerjünk. A másik, akinek éppen elvágta és vérzik és bejön rohanva a sürgősségire és azonnal kezelni kell, Angliában a háziorvos is megold olyanokat, amit sokszor a sürgősségi osztályra kell vele rohangálni, tehát hogy ebben a sorolásban, az igénybevétel sorolásában vagy a szelekciójában azt gondolom, hogy nagyon sokat lehet még javítani.

Óváry Csaba: Az jut eszembe, hogyha már önkritikát gyakorolunk, akkor tulajdonképpen az ellátó rendszernek is önkritikusnak kell lenni, mert időnként a kórházmenedzsment vagy a szakrendelő-menedzsment is hajlamos arra, hogy felesleges teljesítéseket generáljon. Ez nyilván ugyancsak az erőforrásoknak a rossz elköltése, és ugye erre is ügyelni kell. Csató Gábor: Én azt gondolom, hogy ebben nekünk, egészségügyben jártas vezetőknek nagyon komoly felelősségünk van,... Óváry Csaba: Hogyne! Csató Gábor: ...hogy a társadalmat oktassuk. Mi a mentőszolgálatnál január óta minden erőnkkel azon vagyunk, hogy mindenféle közösségi média, offline, online, személyes és egyéb csatornán kommunikáljunk a társadalom tagjaival arról, hogy kik vagyunk mi, hogyan kell minket hívni, miért kell minket hívni, mikor nem minket kell hívni, mert ezzel adekvátabb eseteket nyerünk, a kapacitásunk sokkal jobban allokálható, és a kórházaknak is az érdeke, hogy olyan betegek legyenek, akik tényleg odaválóak és akkor legyenek ott, amikor odaválóak ezek a betegek. Óváry Csaba: Az elégedettség kérdésében meg nekem az az érdekes megfigyelésem van, hogy mondjuk egy kórházi bent fekvés az nagyon mesterségesen szétbontható egy fajta gyógyító-megelőző tevékenységre meg egy hotelfunkcióra, amit a kórház nyújt. És a megelégedés az érdekes módon nagyon gyakran inkább a hotelfunkcióvan függ össze. Tehát hogy az elvárás az a jó hotelfunkcióra vonatkozik, és a másik része, amit nehezebb megítélni, azt nem fogadják el a betegek. És hogyha az a párosítás, hogyha rossz körülmények között nyújtunk egy jó szakmai

színvonalat, az elégedetlenséget fog szülni, hiába van mögötte nagyon komoly szakmai munka.

Mv: Nem tudom, hogy megváltottuk-e a világot itt az asztalnál a mai délutánon. Dózsa Csaba: Tartok tőle, hogy nem. Mv: Igen, én is attól tartok, hogy nem, de legalább közelebb jutottunk, nyilván az oktatási rendszernek is rendkívül nagy felelőssége van abban, amit Csató Gábor itt az előbb elmondott, hogy hogyan is állunk mi, állampolgárok az egészségügyi rendszerünkhöz. Nagyon szépen köszönöm mind a hármuknak, Óváry Csabának, Csató Gábornak és Dózsa Csabának, hogy a vendégeim voltak, a kedves hallgatóktól pedig munkatársaim, Kerekes Endre, Fácán Andrea és Hörcsöki Nóra nevében isi búcsúzó. Halász Zsuzsát hallották, viszonthallásra a jövő szombaton!