



Egészséges Vásárhely Program

KIHÍVÁSOK ÉS LEHETŐSÉGEK A MAGYAR NÉPEGÉSZSÉGÜGYBEN

*ÖSSZEFOGLALÓ A HÓDMEZŐVÁSÁRHELYEN MEGRENDEZETT
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KERESZTAL-MEGBESZÉLÉSRŐL*

2011. MÁRCIUS 23.

TARTALOMJEGYZÉK

Vezetői összefoglaló	3
Megújuló vásárhelyi egészségügy	6
Intézményesíteni kell az egyedi példákat	8
Garanciális felelősséget kell vállalniuk a szűrőállomásoknak	10
„Nem elég tudni – alkalmazni is kell. Nem elég akarni – csinálni is kell.”	12
A népegészségügy hatékonysági összefüggései	15
A mammográfias szűrés kilenc évének eredményei és problémái	18
Generációváltás az emlőrák kezelésében	21
Az EVP az összefogáson alapul	23
Emlőszűrések Európában	24
Kérdések és válaszok	25

Az Egészséges Vásárhely Program 2011. március 23-án népegészségügyi kerekasztal-megbeszélést szervezett Hódmezővásárhelyen azzal a céllal, hogy a hazai népegészségügyre nagy rálátással bíró szakemberek, döntéshozók és hatóságok képviselőinek javaslataival egy országos viszonylatban is meghatározó, iránymutató szakmai munkát indítsanak útjára. A megbeszélés kiemelt célja volt továbbá, hogy a szűrések tanulságaiból kiindulva javaslatokat fogalmazzanak meg a szűrési mutatók és a szűrések szakmai minőségének javítására.

Az alábbiakban a kerekasztal-megbeszéléseken elhangzott előadások, valamint az azt követő tanácskozás leíratainak szerkesztett változata olvasható.

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

- A magyar lakosság egészségi állapota még a gazdasági fejlettségünkhöz képest is kedvezőtlen.
- A népesség szélesebb rétegeinél az egészség előfeltételei sincsenek meg: egészséges életmódról az előfeltételek megléte után kell és lehet beszélni – ez a terület meglehetősen elhanyagolt volt a népegészségügyi programokban.
- Az egészségműveltség sem az egyéni, sem a társadalmi döntéseinkben nem szerepel kellő súllyal. Az egészségműveltség tudások és a készségek összessége – annak képessége, hogy saját egészségünket fejleszteni, védeni tudjuk.
- A társadalmi változásokkal együtt a lakosság egészségi állapota is változik. A népegészségügyi program ennek a kulturális változásnak kell a katalizátora legyen. Ehhez azonban szükség van Magyarországon egy népegészségügyi koordinációs központra.
- A prevenciós tevékenységet az alapellátásban kell végezni központi szakmai irányítással, az önkormányzatok szervezési hátteret adhatnak, amelyben kiemelt szerepe van az ágazat közi együttműködésnek.
- Azt, amit az ellátórendszer hatékonyságnövelésével a népegészségügyben el lehet érni, már belerakta a rendszer; forrásai kifogytak, így inentől kezdve a magatartás befolyásolásával, a prevenció és a szűrés fejlesztésével, a szabályozással és az intézményrendszer fejlesztésével lehet eredményeket elérni.
- A hazai népegészségügynek intézményes partnerek kellene; az önkormányzatok elengedhetetlen szereplői a rendszernek, így velük együtt kell megtennünk az erőfeszítéseinket.
- A szűrőprogramokban kiemelt szerepe van a lakossági aktivitásnak. A mozgósítás egyik módja a populáció csoportos megszólítása, de a másik elengedhetetlen módja a személyes kommunikáció. Többek között ennek felépítésével és az okok feltárásával lehet javítani a compliance-t, ami egy közeljövőben felépítendő népegészségügyi központ feladata lesz.
- Az emlőszűrések hatékonyságában és a compliance fokozásában kiemelt szerepük lehetne a prevenciós nővéreknek. A prevenciós munkatársak foglalkoztatását a központi költségvetésből kellene finanszírozni a praxisközösségek részére.
- Mivel az egészségi állapotot leginkább az határozza meg, hogy hol és hogyan élnek az emberek, a beavatkozások nagy része nem az egészségügyön belül van. Így az ágazatközi együttműködés szerepe óriási.
- A forráshiányt csak úgy lehet kezelni, hogyha biztos eszközt teremtünk a forrásokra, amely hosszú távon garantálja, hogy ezeknek a programoknak legyen finanszírozása.
- Azonnali feladatok: az egészségműveltség fejlesztése; az egészség előfeltételeinek biztosítása minél szélesebb rétegek számára; az egészséges életmód programjainak széles társadalmi rétegekben való megvalósítása és az egészségügyi ellátórendszer prevenciós kapacitásainak javítása.
- Az egészségműveltség fejlesztés kulcsüzenete: az egészség, tőke. Nemcsak a társadalom számára, hanem az egyén számára is.
- Egészség-kommunikáció: önmagában nem elégségesek a kommunikációs kampányok, de egy integráns program részeként nagyon hatékonyak lehetnek.
- Az egészség előfeltételeinek biztosítása alapvetően szociális kérdés. A népegészségügyi jogalkotáshoz tartozik az egészség-hatásvizsgálatok bevezetése, amelyhez arra van szükség, hogy az egészség, tőke legyen a társadalom szintjén is.

- Az alapellátás prevenciós tevékenységének a fejlesztése: az ellátórendszeren belül, a szűrővizsgálatokon kívül ez az a hely, ahol az egészség-tőkének a gondozói lehetnek. Az alapellátás van a legközelebb a lakossághoz: ott lehet kiépíteni azt a kapacitást megfelelő személyzet bevonásával, megfelelő érdekeltségi rendszer kialakításával, hogy segítse a lakosságot egészség-tőkéjének megóvásában és fejlesztésében.
- Az emlődaganatok és a kolorektális daganatok esetében a kezelési költség – amit az OEP ezen betegségek kezelésére fordít – jóval magasabb, mint a szűrési költség.
- A számítások azt mutatják, hogy ezeket a szűrési programokat Magyarországon nemcsak egészségügyi, orvos-szakmai szempontból, hanem gazdasági oldalról is érdemes végezni, hiszen költség-hatékonynak bizonyultak, de nem ingyenesek, ezek költségét a központi költségvetésből kell szükséges mértékben biztosítani.
- Az egyéni és társadalmi egészségnyereség optimalizálása nagyon fontos célja egy népegészségügyi programnak: hatásosság és költséghatékonyság realizálása. El tudjuk-e érni itt, Magyarországon azokat a hatásossági, hatékonysági mutatókat, amiket nyugat-európai minták is hoznak, tudjuk-e hozni ugyanazt az emlőrák-halálozás miatti csökkenést, amit Svédország? Ez a kihívás.
- A mammográfiás szűrés elmúlt kilenc évében komoly eredményeket értünk el: közel 5 millió meghívott volt, és ennek átlagosan 43 százaléka jelent meg – összehasonlítva az euro-protokollal ez jóval elmarad a kívánatostól. A visszahívottak 6 százalékban jöttek el – ez megfelel az euro-protokollnak, 11 százalékuk nem jött el, műtetre javasoltak a kivizsgálás után közel 12 ezer személyt – a probléma csak az, hogy ezeknek 74 százaléka jött el, tehát 26 százalék elveszett, nem is tudunk róla – köztük valószínűleg malignus esetek is lehettek.
- Kedvező adat, hogy az invazív rákok 52 százaléka bizonyult 15 mm-nél kisebbnek – ez az a mérföldkő, ami prognosztikai jelentőségű.
- **A mammográfiás szűrés legfontosabb problémái:**
 - megjelenési arány – javítani kell, hatékonyabban kell megszólítani az asszonyokat;
 - szűrőcentrum redukció – 26 központ volna ideális a svéd minta alapján;
 - élettani rákregiszter – a 2008. évi megállapítás alapján megközelítőleg 40 százalékban nem pontos;
 - patológiai adatbázis – nagyon fontos lenne az intervallum rákok felmérése;
 - alulfinanszírozás – olyan mértékű, hogy 8 EU államnak csak 28 százaléka van finanszírozva szintalappal Magyarországon.
- Az emlőszűrések szakmai koordinációjában kiemelt szerepe lenne az Országos Szakértői Munkabizottságnak, ám ennek státusza jelenleg is rendezetlen: immár 2 éve szünetel a szakmai testület működése, pedig a munkabizottság státuszának rendezése kulcskérdés, mivel kiemelt szerepe lenne a minőségbiztosításban.
- Ez azért is fontos, mert az emlőszűrések tekintetében komoly validitási problémák tapasztalhatóak Magyarországon: a szerződött szűrésekre képesített szűrőállomások száma jóval kevesebb, mint amennyi mammográfia Magyarországon finanszírozott rendszerben működik. 359 ilyen mammográfia van, miközben jóval kevesebb a szűrőállomások száma. Ma Magyarországon például 69 a komplex emlődiagnosztikában jártas radiológus dolgozik – akkor milyen szakmai háttérrel működhet 359 szűrőállomás? Márpedig rendkívül fontos, hogy a szűrésért és az eredmények értékeléséért garanciális felelősséget vállaljanak az állomások.
- A mammográfiás szűrések és a helyes diagnózisok felállításának egyik legfontosabb feltétele, hogy a technika, a gép, amivel a szűréseket végzik, jó legyen. Ezt csak úgy lehet biztosítani, ha – függetlenül a gyártótól és szervizektől – erre akkreditált vizsgáló szervezetek rendszeresen technikai minőségellenőrzést végeznek a gépeken. A rendszeres ellenőrzéssel javul a felvételek minősége, javul a biztonság, így felvételt, anyagot, energiát, gépidőt, munkaidőt, de legfőképpen paciens dózist takaríthatunk meg.
- Az ilyen típusú minőségellenőrzést szabályozza a 97/43. számú Euratom direktíva, amit Magyarország is meghonosított a 31/2001-es EüM rendeletben. Ám hiába a jogszabály, a minőségellenőrzés továbbra sem valósul meg. Pedig az európai direktívák és a helyi hazai protokoll alapján meg van határozva az a dózis, amit be kell tartani, és az is benne van, hogy ezen vizsgálatokat évente ismétetni kell. A protokoll betartása és a nők védelme miatt rendkívül fontos lenne, mert a nem megfelelő páciens dózissal, illetve a túlzott ionizációval emlőrákot lehet produkálni. A jogszabály adott, csak el kellene kezdeni végrehajtani.

- Az emlőszűrésekben kulcsszerepe van a háziorvosoknak: ha a háziorvos azt mondja a nőknek, hogy menjenek el, akkor ők el fognak menni. De ha a körzeti orvos nem szorgalmazza, hogy vegyen részt a hölgy a szűrésen, akkor esély sincs a kiszűrésre.
- A háziorvos április 1-jétől TAJ-alapon hozzáfér az ő praxisába tartozó beteg összes közfinanszírozott ellátásban igénybe vett ellátásához – tehát a háziorvos tudja követni, hogy a betegek tényleg elment-e a szűrésre.
- A háziorvos és az önkormányzat mozgósító szerepét támogatni kell, és meg kell teremteni a működés feltételeit. Ennek részeként hoztuk helyzetbe a háziorvost: megteremtjük az összeköttetést a diagnosztikai adattárak között.
- Azok a többletforrások, amelyek a háziorvosi rendszerbe már idén megérkeznek, azt a célt fogják szolgálni, hogy lehetőség legyen olyan kisegítő személyzet (pl.: prevenciósnővér) alkalmazására, akik leveszik az orvos válláról a terhet.
- A háziorvosi indikátorrendszerrel még az is előállhat, hogy egy népegészségügyileg jól tevékenykedő praxisnak többletforrásai lesznek arra, hogy az alapellátásbeli szakdolgozókat meg tudja fizetni.
- Ez az első és egyetlen orvos-generáció ötezer év alatt, amelyik tud valamit tenni a korai emlőrák kiszűrése érdekében és ez nagy lehetőség, ki kell használni.
- Be kell hozni a nőket a szűrésre. A képlet nagyon egyszerű: ha nem szabadulunk meg a nagy rákaktól, nem fog a mortalitás csökkenni. Nem szabad megengedni, hogy a kis rák felnövekedjen. A politikusoknak meg kell érteni: ha nincsen szűrés, nem fog csökkenni a mortalitás.
- Országos viszonylatban kiemelt jelentőséggel bír a szakképzés, továbbképzés, valamint a népegészségügyi szakemberek képzése.
- Az emberi erőforrás-koncentráció – amelynek végig kell mennie értelemszerűen az egészségügyben – az onkológiai ellátó-hálózat mentén lesz a legkézzelfoghatóbb.
- Nem ildomos elaprózni a kapacitásokat a munkahelyi szűrésekre, de az asszonyok mobilizációjában a foglalkozás-egészségügynek fontos szerepe lehet – különös tekintettel arra, hogy az aktív korú lakosság a munkahelyén a legkönnyebben elérhető.
- Az egészségügyi kormányzat nagyobb belső hatékonysággal, a prevenció és a népegészségügyileg fontos területekre fogja újraallokálni a forrásokat.
- A kapacitástervezési és monitoring kutató alkalmazás éppen azt a célt szolgálja, hogy a helyi igényekre szerveződő szükségletfelmérést is folyamatosan elérhetővé tegyük az egészségpolitikai döntéshozók számára.
- Terveink szerint a rendelkezésre álló 13,4 milliárd forintot célzottan, a súlypontképzési szempontokat figyelembe véve kell felhasználni.
- Hódmezővásárhelyen a háziorvosok ösztönzésével és az ágazati együttműködés megteremtésével sikerült eredményeket elérni: a szűrésen való megjelenés 12 százalékponttal emelkedett – ez 61 százalékos megjelenési arányt jelent a 24 körzetben és az év második felére meghaladja a 70 %-os részvételi arányt.

MEGÚJULÓ VÁSÁRHELYI EGÉSZSÉGÜGY

Dr. Kószó Péter alpolgármester megnyitóbeszéde

1879-ben Szegedet a Tisza pusztító árvize elsöpörte, alapjáig rombolta, mégis ma Szeged Dél-Magyarország tudományos és kulturális fellegvára. A XIX. századi pusztító árvízből azonban egy új, mondhatnánk minőségibb élet fakadt. A szegedi vályogházak, öreg viskók helyén gyönyörűséges, eklektikus és klasszicista stílusú paloták épültek. Ugyanilyen ár, vagy talán fogalmazzuk úgy, szökőár pusztította el majdnem teljesen Hódmezővásárhely egy évszázad alatt felépített egészségügyét, a méltán híres és kitűnő orvosokat, orvostudósokat adó kórházat.

Az Egészséges Vásárhely Program példaértékű modellé vált

A Molnár Lajos és Gyurcsány Ferenc nevével fémjelzett átokfutás már-már egy kivézetéssel felérő érvágás volt számunkra, és ezáltal betegeink napi ellátása került majdnem végveszélybe. Ahogy a szegedi nagy árvíz után meg tudott újulni Szeged, úgy bízunk mi is abban, hogy Hódmezővásárhely tönkretett egészségügyét a Molnár Lajos által tönkretett időszak után föl tudjuk építeni, és a vásárhelyi betegellátást egy új, sokkal szilárdabb fundamentumra tudjuk helyezni. Ehhez óriási erőt adott az a példanélküli állampolgári megmozdulás, amely városunkban történt 2007. február 18-án: a 20 ezer főre tehető csodálatos kiállítás adott erőt a város és a kórház vezetőinek, hogy egy önálló, az országos történésektől független, új helyi egészségügy alapjait tegyék le. Nem csak képesek voltunk megvédeni, de cselekvően is alakítani tudtuk a város egészségügyét. Útjára indítottuk az Egészséges Vásárhely Programot, amely az évek során bebizonyította, hogy hosszú távon is működőképes, a betegek érdekeit szolgáló, valóban példaadó modellé vált.

Nemzeti kormányunk megalakulásával új időszak kezdődött a vásárhelyi Erzsébet Kórház történetében. A kormány első intézkedései között 800 millió forintos kártérítést ítélt meg számunkra, ami nem csak szakmai és finanszírozási kérdés volt, hanem egy rendkívül fontos politikai és erkölcsi elégtétel is. Köszönjük a jelenlévő államtitkár úr hathatós segítségét, mindannyiunk nevében azt tudom mondani, hogy a hódmezővásárhelyiek mindig hálával fognak gondolni önre.

Kölcsönös felelősségvállalás

A fölpezsdülő Magyarország új keretrendszeret biztosít, amelynek legfontosabb alapelve a kölcsönös felelősségvállalás. Felelősségvállalás az állam részéről, hiszen a gyógyítás és a betegekről való gondoskodás közösségi ügy, melyben az állam segítőkészsége elvitathatatlan, nem háríthatja át senkire. Az egészséghez és a gyógyuláshoz való jogot garantálni kell. Az állam felismerte – mint ahogy mi is Hódmezővásárhelyen az EVP programunkkal –, hogy a felelősségvállalás másik szereplője maga a polgár, a saját egészségéért is felelősséggel tartozó citoyen. Az országban szinte elsőként indítottuk el dohányzásleszoktató programunkat: az EVP keretében a leszokást segítő gyógyszerek költségeinek kétharmadát a város fizette, ami a készítmény borsos ára miatt igencsak jelentős összeg volt. De új alapokra helyeztük a szűrővizsgálatokat és az egészségügyi prevenciót is. Az országban elsőként bevezettük az általános és középiskolákban a mindennapos testnevelést, amely úgy tűnik – az új kormány megalakítása óta – országos programmá is fog válni.

Az Egészséges Vásárhely Program keretében folyamatosan felmérjük gyerekeink fizikális és egészségi állapotát, így már több évre visszamenőleges, összehasonlítható adatok birtokában vagyunk, amelyek azt gondolom, rendkívül fontosak. A mai konferenciával is szűrőprogramunk egyik legfontosabb témájával, az emlőszűréssel foglalkozunk, és a nők legveszélyesebb tömeggyilkosának üzenünk hadat. Az egészségtudatos programoknak köszönhetően 43 százalékról közel 70 százalékra emelkedett az emlőszűrésen résztvevő hölgyek aránya. Engedjék meg, hogy itt egyetlen, de szemléletesen fontos kérdésre kitérhessek. Amikor a nagy politikumban az ember letelepedett és kultúrát teremtett maga körül, első dolog az volt, hogy megteremtette a matriarchális társadalmat. Az a közösség, amely a nőket kiemelte, világosan érezte, hogy a társadalom megmaradásának és fejlődésének ők az alapjai. Ez városunkban máig annyira természetes, hogy a róluk történő gondoskodás és egészségvédelem központi helyet foglal el megelőzési törekvéseinkben. Nem véletlen, hogy a fiatal leányokat a méhnyakrák kifejlődésében szerepet játszó vírus ellen is díjtalan oltásban részesíti a város.

A népegészségügyben az önkormányzatoknak is szerepet kell vállalniuk

Az EVP példája bizonyítja, hogy az önkormányzat – karöltve az egészségügyi ellátórendszerrel – rendkívül sokat tehet a rábízott emberek egészségéért és egészségtudatos fejlesztéséért. Ez viszont minden önkormányzat felelősége; ezért tudjuk azt javasolni a többieknek is, hogy dolgozzák ki saját, helyi alapokon nyugvó népegészségügyi programjukat, összhangban az Országos Semmelweis Terv célkitűzéseivel, mert valóban ez vezethet oda, hogy a ránk bízott emberek legnagyobb kincsét, az egészségüket megőrizhessük.

Az elpusztult Szegedből az elmúlt évszázad alatt virágzó európai nagyváros született – a mi majdnem elpusztított egészségügyi rendszerünkben kitartó munkával, nagy-nagy összefogással az ország számára is mintaadó népegészségügyi modell vált. Ha a tragédiák és a sorscsapások ellenére is tudunk önmagunkban hinni, összefogni és cselekedni, abból egy valóban nagyszerű dolog születhet, melyet pont ez a konferencia is bizonyít, hiszen a világ valóban legkitűnőbb szakembereit köszönhetjük itt Hódmezővásárhelyen. Ez járul hozzá ahhoz, hogy munkánkat egyre jobban, a reánk bízott betegeink javára tudjuk végezni.

INTÉZMÉNYESÍTENI KELL AZ EGYEDI PÉLDÁKAT

Dr. Szócska Miklós egészségügyért felelős államtitkár előadása

Hódmezővásárhelyen az emberek az egészségügy legvészterhesebb idejében olyan erőfeszítést tettek, amely modelként szolgálhat az ország többi része és a többi önkormányzat számára.

Új egészségügyet építünk

Az egészségügy új rendszere nem a múltban gyökerezik: mint ahogy egy árvíz után sem az elmosott vályogházakra építkezünk, úgy valószínűleg az ország új egészségügye sem azokra az alapokra fog épülni, mint ami Molnár Lajos előtt volt. Nekünk nem azokat az állapotokat kell restaurálnunk, hanem egy új úton kell elindulnunk.

Az egészségügyi ellátórendszer, illetve az egészségügyi rendszer minden pontja olyan mély válságban van, hogy nem érnék a végére, ha elsorolnánk a gondokat. Így van ez a népegészségügyi intézményrendszerrel és a népegészségügyi cselekvésekkel is.

A népegészségügyi rendszer teljes megújítása

Éppen a mai parlamenti bizottsági meghallgatáson a 2009-2010-es népegészségügyi program előrehaladásáról szóló jelentést kellett ismertetni. Ott is elmondtuk: vannak egyedi példák, de ezek nem lettek általános erőfeszítések; vannak projektek, amelyek ideiglenesen működnek, de nem tudnak intézményesülni. Nem volt meg a koordinációja ezeknek a programoknak, és végül, de nem utolsósorban, a népegészségügyi intézményrendszer sem tudta azt hatékonyan támogatni, ami a népegészségügyben történik. Tehát a népegészségügyi rendszerünk teljes megújulásra szorul.

Az országjárás során láttam az adatokat, hogy a méhnyak-szűrés és az emlőszűrés hol, milyen arányban történt meg. Tiszti főorvos asszonnyal megállapodtunk, hogy az ünnepek utánra készül egy áttekintés a szűrőprogramok helyzetéről. A szervezett cselekvés elindult – még a jelei nem nagyon látszanak, de elindult.

Milyen eszközei vannak a kormánynak, hogy beavatkozzon a népegészségügyi helyzetbe? Érdekes volt a mai parlamenti meghallgatás, mert Józán Péter azt mondta, hogy a népegészségügyi katasztrófhelyezeten már túl vagyunk, mert ennyit meg annyit javult az utóbbi évtizedben az állapot. Nem értettünk egyet: a statisztika mindig árnyalja a helyzetet, és én nem gondolom, hogy túl lennénk a nehezén: a neheze most következik.

Ami a szabályozást illeti: a nemdohányzók védelméről szóló jogszabály – amit polgármester úr, illetve frakcióvezető úr is beadóként támogatott – azt hiszem, a legnagyobb lépést a szabályozás területén megteszi. A szabályozással elérhető legnagyobb népegészségügyi hatású lépést így megtettük, hiszen a nemdohányzók védelméről szóló törvény benyújtásra került, sőt: a részletes vita lezárult, a zárószavazás van csak hátra. Így úgy tűnik, hogy a dohányzás közösségi tereken való korlátozását el tudjuk érni, ezt követően a mindennapok apró munkája lesz a leszokás támogatása és a jogszabály betartatása.

A média társadalmi felelősségvállalása

Kísérleteztünk azzal is, hogy átüssük a magyar polgárok ingerküszöbét; ez a célja a Megnézheted magad kampánynak, amely reményeim szerint ide is eljutott. Próbáljuk szenzitizálni a magyar polgárokat a tekintetben, hogy felelősségük van abban, hogy hogyan élnek – és bízom benne, hogy az életmódprogramok is föl fognak zárkózni. Így nemcsak ingerküszöb-áttörési kísérletekre futja az erőnkől, hanem tudunk utána építkezni.

Ki kell emelnem a média támogatását: az újságírók, az írott és elektronikus sajtóorgánumok nagyon fogadókészek minden népegészségüggyel kapcsolatos üzenetre. Tehát nem igaz az a tévhit, hogy csak sok pénzzel, sok reklámmal és sok fizetett hirdetéssel tudjuk befolyásolni a közgondolkodást. A médiában a társadalmi felelősségvállalás tekintetében nagyon jó partnerekre leltünk: a Megnézheted magad kampány is egy kísérlet volt, és úgy tűnik, átment a rendszeren. Úgyhogy ezen a vonalon megyünk tovább.

Az önkormányzatok, mint elengedhetetlen partnerek

Nekünk intézményes partnerek kellene, akik ezeket az erőfeszítéseket saját közösségük érdekében intézményes formában fogják gyakorolni a jövőben; az önkormányzatok elengedhetetlen szereplői a rendszernek, így velük együtt kell megtennünk az erőfeszítéseinket.

Ami a szűrőprogramokat illeti: én a mai alkalmat egy programalkotási alkalomnak tekintem, így az előadások és a beszélgetések érdemben tudják befolyásolni a gondolkodásomat a tekintetben, hogy milyen irányba vigyük el a szűrőprogramok szervezését.

GARANCIÁLIS FELELŐSSÉGET KELL VÁLLALNIUK A SZŰRŐÁLLOMÁSOKNAK

Dr. Paller Judit országos tisztí főorvos előadása

Szervezett szűrések Magyarországon

Magyarországon 2002 óta folyik népegészségügyi mammográfiás szűrés a 45 és 65 év közötti nők körében behívásos alapon. Minden népegészségügyi szűrésnek az a jelentősége, hogy megszólítjuk az érintett populációt – ezt a célt szolgálja a behívási rendszer. A behívás egy lista alapján történik, amit az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nyújt nekünk. Ez a lista egy tisztított lista, ami azt jelenti, hogy nem tartalmazza azokat a nőársainkat, akik a behívás előtti időben, vagy a két behívás között meghaltak; vagy pontosan egy előre irányított megbetegedés, vagy emlő-beavatkozás miatt kiesnek a szűrésből; és nem tartalmazza azokat sem, akik az elmúlt időben bizonyos kerülő utakon szűrésre kerültek. Ettől tisztított ez a lista.

Az első behívást – ha megjelenés nem történt – négy hónap múlva követi a következő megszólítás, és egy felkérés, hogy jelenjen meg a szűrésen az illető. Negatív esetben két év múlva kerül sor ismét szűrésre, illetve behívásra; természetesen, indokolt esetben, ha olyan elváltozást talál a szűrőállomás, akkor követésre kerül a sor.

A részvételi arány és az átszűrtség két különböző dolog: a részvételi arány a compliance-t tükrözi, vagyis hogy a behívottak közül hányan jelentek meg; az átszűrtség pedig azt mutatja meg, hogy hány nőársunk vett részt – függetlenül a behívásuktól – szűrésen.

Valid, mérhető, összehasonlítható adatok

A mammográfiában résztvevő munkahelyek és a mammográfiás szűrőállomások nem mindegyike rendelkezik feltétlenül azokkal a gyakorlati és egyéb tapasztalatokkal, hogy a szűrésnek megfelelően diagnosztizálásra, vagy legalábbis megállapításra tudjon kerülni az, hogy az emlő állapota elváltozástól mentes, vagy sem.

Egy előző vizsgálat és a következő vizsgálat összehasonlítása elkerülhetetlen; ez egy nagyon fontos diagnosztikus lehetőség, illetve a szűrővizsgálatokban egy negatív lelet kialakításában nagyon fontos szerepet játszó tényező, ezért a kiadott lelet minősége nem minden esetben garantált.

Az emlőszűrő program tapasztalatai és az informatikai támogatás az a nagy terület, ahol lényeges változások várhatók. Korábban a szolgálat nem kezelhette a személyes adatokat, hiszen el kellett választani egymástól az egészségügyi adatot és a személyhez fűződő adatokat. Ez minden negatív körülményt előrevetített, így a szűrőállomásokkal és szűrésekkel kapcsolatos statisztikát és adatot torzítani tudott.

2010 októberétől változott a helyzet: megadatott annak lehetősége, hogy összekapcsoljuk az OTH-t és az Országos Szűrési Rendszert, hiszen immár az ÁNTSZ is kezelheti a TAJ számot – így innentől tudjuk követni a szűrésen résztvevőket, valamint a szűrésről a diagnosztikába, illetve a gyógyító ellátásba kerülő honfitársainkat. Ez azért nagyon fontos, mert a szűrőállomások on-line tudnak jelenteni, a megjelenés időpontjában regisztrálják a bejövő nőt a szűrőállomáson, és az informatikai rendszerben nyomon tudjuk követni a szűrésre, esetlegesen a diagnosztikába, vagy az onkológiai rákregiszterben megjelenő nőket. Így pedig követhetővé válik, hogy egy-egy személy hányszor jelenik meg szűrési vizsgálaton, mi történik vele, valóban indokolt volt-e a vizsgálata, az történt-e vele, aminek történnie kellett, az az állomás nézte-e meg, amelyik rendelkezik azokkal a képességekkel, hogy a szűrővizsgálatokat végezni tudja stb.

Miért fontos ez? Például azért, mert a szerződött szűrésekre képesített szűrőállomások száma jóval kevesebb, mint amennyi mammográf ma Magyarországon finanszírozott rendszerben működik: 359 ilyen mammográf van, miközben jóval kevesebb a szűrőállomások száma. Így 359 mammográfiára nyugodtan kerülhetnek szűrésre és diagnosztikára esetek, és természetesen nem rendelkeznek mindazokkal a validálási kötelezettségekkel, amelyekkel rendelkezni kell ahhoz, hogy a szűréseken valid eredményekhez tudjunk jutni.

Adatok összekapcsolása

Átalakul a jelentési rendszer, így kikerüljük azokat a buktatókat, illetve pontokat, ahol az eredmények értékelése vagy nem kellő összesítése történik: a rendszer egyenes úton, on-line módon juttatja a végállomáshoz ezeket az adatokat, és az adatok összekapcsolásával sokkal jobb rendszert tudunk működtetni. Ez azért nagyon fontos, mert lehetőséget ad arra, hogy akár a finanszírozás, akár a képzés és továbbképzés, akár a validálás oldaláról közelítsük meg ezeket az állomásokat. Ma Magyarországon például 69 mammológus van – akkor milyen szakmai háttérrel működhet 359 szűrőállomás? Márpedig rendkívül fontos, hogy a szűrésekért és az eredmények értékeléséért garanciális felelősséget vállaljanak az állomások.

Személyes kommunikáció

A részvételi arányok területi megoszlását illetően elgondolkodtató, hogy miért olyan nagy a szórás a megyék között. Hölgytársaink miért nem mennek el szűrésre az egyik megyében, másutt pedig miért 60 százalékos az átszűrtség?

Ugyanez a kérdés vetődött fel hétfőn az Európai Unió tiszti főorvosainak találkozóján Budapesten. Részben a szűrések vonatkozásában, részben pedig a védőoltások tekintetében – hiszen önök tudják, hogy vannak uniós országok, ahol a védőoltási kötelezettség nem olyan erős és nem működik olyan jól, mint Magyarországon – merült fel az a kérdés, hogy vajon miért nem tudjuk az embereket az ügy mellé állítani, saját és gyermekeink egészsége érdekében miért nem veszik igénybe ezeket a szolgáltatásokat. A következőt mondták: a mozgósítás egyik módja a populáció csoportos megszólítása, de a másik elengedhetetlen módja a személyes kommunikáció – ugyanis mindenkinek más a motivációja és a motiválatlansága ebben a kérdésben. Többek között ennek felépítésével és az okok feltárásával lehet javítani a compliance-t, ami egy közeljövőben felépítendő népegészségügyi központ feladata lesz.

„NEM ELÉG TUDNI — ALKALMAZNI IS KELL. NEM ELÉG AKARNI — CSINÁLNI IS KELL.”

Dr. Vokó Zoltán előadása

Közismert, hogy Magyarországon a lakosság egészségi állapota még a gazdasági fejlettségünkhöz képest is kedvezőtlen – maga a lakosság egészségügyi állapota társadalmi jelenség, nem önmagában értelmezhető.

A hosszú távú programok hiánya

Miközben Magyarországon 25 éve működik népegészségügyi program; különböző intenzitással, egyes időszakokban semennyire, más időszakokban takaréklángon, időnként néhány éves intervallumban elfogadható módon. Így felmerülhet a kérdés, hogy mi annak az oka, hogy ennyire kevés sikert lehet felmutatni az elmúlt 25 évben ezen a területen?

Az okok közül ki kell emelni, hogy mindezidáig a hosszú távú, egymással integráltan működő programok feltételrendszere nem volt adott Magyarországon: kevés volt az anyagi forrás; kezdetben kevés szakember volt, majd a szakemberképzés felfutásával ők csak kevéssé csatornázódtak be ezekbe a programokba; és nem szabad elfelejtenünk, hogy a hosszú távú politikai támogatottság is hiányzott sok esetben. Bár az eltérő programok célrendszerükben integránsan kötődnek egymáshoz – ez a magyar politika azon kevés területe volt, ahol ebben a 25 évben kontinuitásról beszélhetünk – a megvalósítás szintjén azonban ez a támogatottság nagyon sok esetben hiányzott.

Ágazatközi együttműködés, egészségműveltség

Mivel az egészségi állapotot leginkább az határozza meg, hogy hol és hogyan élnek az emberek, a beavatkozások nagy része nem az egészségügyön belül van. Így az ágazatközi együttműködés szerepe óriási. Az egészségügy maga, motorja minden országban a népegészségügyi programnak, de ennek pont az a záloga, hogy az egyéb ágazatokban mennyire sikerül partnereket találni és mennyire harmonikus ez az együttműködés.

A magyar népegészségügy egyre fokozódó és jelentős problémája az, hogy a népesség szélesebb rétegeiben még az előfeltételei sincsenek meg az egészségnek. Egészséges életmódról igazából az előfeltételek megléte után kell beszélni, és ez a terület meglehetősen elhanyagolt volt egyelőre a népegészségügyi programokban. A lakosság egészségműveltsége nem kielégítő Magyarországon. Egészségműveltség alatt az abbéli tudásokat és készségeket értem, hogy az emberek saját egészségüket fejleszteni és védeni tudják – ez egy kicsit más, mint önmagában az ismeretanyag. A tudás és a kedvezőtlen egészségmagatartás háttérében alapvetően pszichoszociális tényezők állnak, és az elmúlt 25 évnek bizonyos szakaszaiban fordítódott feléjük figyelem, más időszakokban kevéssé. Nem elhanyagolható – talán mindennek a háttérében az áll –, hogy sem az egyéni, sem a társadalmi döntéseinkben az egészség nem szerepel kellő súllyal. Míg a legtöbb felmérésben az emberek ezt fontos értéként, a legfontosabb értékek között jelenítik meg, igazából a döntési helyzetekben ez nem mutatkozik meg.

„Nem elég tudni — alkalmazni is kell. Nem elég akarni — csinálni is kell.”

Egy új, vagy megújított népegészségügyi program mottója szerintem Goethe-idézet lehetne: „Nem elég tudni — alkalmazni is kell. Nem elég akarni — csinálni is kell.” A hangsúly ezen a ponton a „csinálni kell”-en van. Az itt ülők és a szakma más képviselői között majdhogynem teljes konszenzus van a tekintetben, hogy mik a fő problémák, és hogyan kellene beavatkozni – de valószínűleg csak nagyon kevés eltérés van a vélemények között. Ezt a tudást a gyakorlatban kellene alkalmazni: a szándék már nem elég – most már tényleges, kellő mértékű cselekvésnek kell történnie ezen a területen.

A cselekvés alapja pedig – mint azt korábban is említettem – az, hogy az egészség társadalmi jelenség, és alapvetően a lakosság életmódjával, körülményeivel függ össze. Rudolf Hierhoff szerint – aki kiváló patológus, de a népegészségügynek is kimagasló alakja volt – a társadalmi változásokkal együtt a lakosság egészségi állapota is változik. Ez most is így van Magyarországon: a rendszerváltás óta eltelt 20 évben lényeges változások történtek a társadalomban. Józan Péternek igaza van, hogy a '90-es évek eleje óta tapasztalható kedvező változás, de ha megnézzük, hogy a környezetünkben lévő közép-kelet-európai vagy a nyugat-európai államok mutatóihoz képest hol állunk, akkor láthatjuk, hogy nem vagyunk túl a válságon. A saját minimumunkat meghaladtuk, de a különbségek nem nagyon csökkentek a fejlett államokhoz képest, mert – mivel ők is fejlődtek közben – az abszolút különbség alig változott.

A népegészségügyi program véleményem szerint ennek a kulturális változásnak kell a katalizátora legyen; mert a kulturális változás amúgy is be fog következni, de hogy erre mennyit tudunk rásegíteni, az rajtunk múlik – és hogy sokat lehet rásegíteni, a vásárhelyi példa mutatja. A vásárhelyi program megmutatta, hogy helyi szinten – ha van közös akarat, van hozzá szándék és vannak partnerek – nagyon sokat lehet elérni. Nem kell mondanom, hogy világszerte lehet példákat hozni, akár nagyobb volumenben, nagyobb populációkra vonatkozóan, ahol vannak sikerek.

Semmelweis Terv

Melyek a Semmelweis Tervben megfogalmazott főbb stratégiai irányok? Az idő rövidege miatt nem fogom részletesen ismertetni őket, csak néhányat emelnék ki. Az egyik stratégiai irány, hogy magát a népegészségügyi stratégiát is meg kell újítani. Ez biztosítja a mindenkor keretet a cselekvéshez, de most van egy 2003 óta hatályos népegészségügyi programunk. Így megérett az idő arra, hogy ezt revideáljuk és egy új keretrendszert teremtsünk.

A másik stratégiai irány következik abból, amit elmondtam az elmúlt 25 év sikertelensége, vagy kevés sikeressége kapcsán: meg kell teremteni a feltételrendszerét annak, hogy egy népegészségügyi program működni tudjon. Tehát ez egy önmagában vett stratégiai irány a programon belül, emellett pedig a helyzetből fakadóan azonnal cselekedni is kell.

A stratégia megújításáról részletesebben most nem beszélnék, a másik két pontról engedjenek meg néhány szót. Melyek a kulcspontok a feltételrendszer megújításában? Egy népegészségügyi program csak akkor működik, – engedjék meg ezt a profán kifejezést – hogyha valaki tolja a biciklit. Tehát kell egy olyan koordinációs szakmai központ, amely igazából irányítja ezt, és a motorjává válik egy ilyen programnak. Ez a koordinációs központ jelenleg még nem létezik Magyarországon. Tehát erre szükség van.

A hosszú távú működés feltételeit kell megteremteni

A forráshiányt csak úgy lehet kezelni, hogyha valamilyen olyan biztos eszközt teremtünk a forrásokra, amely hosszú távon garantálja, hogy ezeknek a programoknak legyen finanszírozása. Most az a kegyelmi helyzet van, hogy az uniós forrásokból soha nem látott összegeket lehet egészségfejlesztésre, megelőzésre fordítani. Ez a kegyelmi helyzet el fog múlni, tehát nem szabad abba a csapdába esni, hogy most három évig valami megint elindul nagy lángon, jó programokat ad adott esetben, és – ahogy államtitkár úr mondta – projekt szinten működnek, aztán soha nem intézményesülnek. Az intézményesülés feltétele az, hogy legyenek források, és a népegészségügyi terv ennek teremti meg a lehetőségét. Egy népegészségügyi termékdíjnak például nem a büntetés a célja – mert nagyon sokszor így jelenik meg a kommunikációban. Két célja van: egyrészt, hogy a fogyasztást visszafogja; másikat, hogy forrást teremtsen ezeknek a cselekvéseknek. Nem elsődlegesen az a célja, hogy a gyártókat büntessék ezzel az összeggel. Egy híres történet Csehországban, hogy Philipp Morris megrendelt egy tanulmányt, amely bemutatta, hogy a cseh állam anyagilag még jól is jár, mert korán megöli a polgárait. Mi nem azt akarjuk, hogy az öngyilkosságot promotáljuk, de ha az elvesztett életéveket forintosítjuk, akkor rögtön kiderül, hogy ez nem így van egyébként. Az ágazatközi együttműködés alapfeltétele – nem elégséges, de szükséges feltétele – az, hogy a népegészségügyi tárca bizottsága újra működjön.

Az egészség, tőke

Melyek az azonnali cselekvés stratégiai irányai? Az egyik az egészségműveltség fejlesztése azok alapján, amit a problémákban mondtam: az egészség előfeltételeinek biztosítása minél szélesebb rétegek, lehetőség szerint mindenki számára. Az egészséges életmód programjainak széles társadalmi rétegekben való megvalósítása és az egészségügyi ellátórendszer prevenciós kapacitásainak javítása, valamint idetartoznak egyébként a szűrőprogramok, amelyek szűkebb témái a mai két napnak. Részben már volt szó a népegészségügyi jogalkotásról, ahová a nemdohányzókról szóló törvény módosítása is tartozik; azt kell mondjam, hogy ez már önmagában egy korszakos jelentőségű tett lenne, ha ezt végre elfogadja a magyar parlament. Az egészségműveltség-fejlesztés kulcsüzenetének véleményem szerint annak kell lennie, hogy az egészség tőke. Nemcsak a társadalom számára, hanem az egyén számára is. Tisztelet a kivételnek, úgy viselkedünk, mint egy milliárdosnak a rossz gyereke, aki óriási vagyonnal születik, és elherdálja azt. Azt gondolja, hogy 60 évesen is ott lesz ez a hatalmas vagyon, amivel megszületett, ahelyett, hogy a pénzünkre – ebben az eléggé pénz, értékvezérelt világban – vigyáznánk, fialtatnánk. Az egészségünkkel nem így bánunk, talán azért is, mert az, hogy vagyont szerezzünk, ahhoz legtöbbszörnek gyűjtögetni kell a kicsiből, hogy kicsit több legyen, az egészségünk pont fordítva van: a legtöbbször sokkal születik, és aztán elveszítjük ezt. A szemléletmód kialakítását a gyermekeinknél kell kezdeni, és Vásárhelyen erre is találunk példát – de országos szinten is van kezdeményezés a teljes körű iskolai testnevelés bevezetésére, ami része egyébként a stratégiai terveknek, aminek az a lényege, ne csak ismereteket adjunk át a gyerekeknek, hanem már az iskolai környezet legyen olyan a mindennapi testmozgással, a közélettel fejlesztésével, ami kialakítja ezt a szemléletet és életmódot.

Ide kapcsolódik az egészség-kommunikáció, amiről volt már szó: a média hatását mindnyájan nagyon jól ismerjük, óriási befolyással bír a lakosságra. Önmagában természetesen nem elégségesek a kommunikációs kampányok, de egy integráns program részeként nagyon hatékonyak lehetnek. A szintér programok, azok a közösségi programok, ahol a kisebb közösség képes befolyásolni tagjai viselkedését, a települési programok, a munkahelyi programok, az iskolai programok tartoznak ide és a lelki egészségvédelmi programokat is ide soroltam.

Az egészség, mint társadalmi kérdés

Az egészség előfeltételeinek biztosítása alapvetően szociális kérdés; és itt van az ágazati együttműködésnek nagy szerepe. Ma a szociális, a munkaügyi és az egészségügyi ellátás többnyire – kevés kivételtől eltekintve – szeparáltan működik helyi szinten, bár a minisztérium most már ezeken a területeken nagy részben egy, de ezeknek a területi végrehajtása, a szolgáltatások színvonalának szintjén nem működik egységesen. Vannak modellprojektek erre vonatkozóan, az itt ülők is mind nagyon jól tudják, hogy a problémák viszont a családokban, hátrányos helyzetű térségekben együttesen fordulnak elő, ezeknek a kezelésére is volnának hatékonyabb lehetőségek, stratégiai irányként ez is megjelenik.

A népegészségügyi jogalkotáshoz tartozik az egészség-hatásvizsgálatok bevezetése, amihez az kell, hogy az egészség tőke legyen a társadalom szintjén is. Minden nagyobb horderejű jogalkotásnál meg kell vizsgálni azt, hogy ennek milyen hatása van az egészségre, ezt egyébként az Európai Unió elő is írja számunkra, néhány éve napiranden van ennek a kérdése, de érdemben itt sem történt lényegében semmi azontúl, hogy egyes szakmai műhelyek létre jöttek. Itt is az a fontos, hogy csinálnunk kell ezt.

Az alapellátás prevenciós tevékenységének a fejlesztése: az ellátórendszeren belül, a szűrővizsgálatokon kívül ez az a hely, ahol az egészségtőkének a gondozói lehetnek. Olyan szerepet kellene vállalni az alapellátásban – és a korszerűsítésnek abba az irányba kellene mennie –, hogy mintegy vagyonkezelőként kezeljék az egészségtőkénket, mert ők, az alapellátás van a legközelebb a lakossághoz: ott lehet kiépíteni azt a kapacitást megfelelő személyzet bevonásával, megfelelő érdekeltségi rendszer kialakításával, hogy segítse a lakosságot egészségtőkéjének megőrásában és fejlesztésében.

A NÉPEGÉSZSÉGÜGY HATÉKONYSÁGI ÖSSZEFÜGGÉSEI

Dr. Boncz Imre előadása

A jelenleg futó szervezett lakossági szűrőprogramoknál – mammográfiás szűrőprogram, illetve a méhnyak szűrési program – felmértük, hogy mennyi ezeknek a programoknak az éves költségigénye és mennyi a betegségek okozta társadalmi teher. Az emlődaganatok és a kolorektális daganatok esetében a kezelési költség – amit az OEP ezen betegségek kezelésére fordít – jóval magasabb, mint a szűrési költség. Méhnyak-rákok esetében a szűrési és kezelési költség nagyjából egy szinten van, de ez nem jelenti azt, hogy ne lenne költséghatékony ezeknek a szűrése. A számítások azt mutatták, hogy ezeket a szűrési programokat Magyarországon nemcsak egészségügyi, orvos-szakmai szempontból, hanem gazdasági oldalról is érdemes végezni, hiszen költséghatékonyak bizonyultak.

Szűrés–monitoring

A monitoring is nagyon fontos egy emlőszűrési programnál, hiszen a szűrés elvégzésénél nem érvéget a tevékenység: utána a visszahívásnál a további diagnosztika, terápia, az utánkövetés kérdése, az eredményesség és a hatékonyság meghatározása mind-mind nagyon fontos dolog, aminek egy ilyen népegészségügyi programban feltétlenül helyet kell kapnia, hiszen ezzel tudjuk visszaigazolni a saját tevékenységünk eredményességét és sikerét. A szervezett emlőszűrésnél végeztünk erre vonatkozóan számításokat, és nagyon szépen végig lehetett követni az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisából, hogy azoknak a nőknek, akik megjelennek a mammográfiás szűrésen három-négy hét múlva a visszahívás során újabb emlőfelvételt készítenek, elvégzik a biopsziát, citológiát, ultrahang vizsgálatokat, jönnek a műtétek, szubtotális, totális emlőeltávolítások, sugárterápia, kemoterápia és így tovább. Nagyon nagy eltéréseket találtunk e tekintetben. Átlagban 3-4 hét után kerül visszahívásra egy beteg, ami azt jelenti, hogy vannak olyan intézmények, ahol akár 5-6 hét is lehet, és vannak olyan intézmények, ahol aznap megcsinálják a további vizsgálatot, amikor megtörtént a primér szűrési tevékenység. Tehát az életesélyeket drámai mértékben befolyásolja, hogy reggel 8 órakor megcsinálták a mammográfiás szűrés, aztán tizenegy órakor még aznap megcsinálják a további vizsgálatokat is, vagy pedig 5 hét után kapok egy levelet, hogy fáradjak be, mert a műszer valami gyanús dolgot talált a felvételen.

Költségek

A prevencióról általában él az a közvélekedés, hogy olcsó, legalábbis olcsóbb egy korai stádiumú beteg kezelése, mint egy késői, előrehaladott stádiumú beteg ellátása – ami attól, hogy alapjában véve olcsóbb, még nagyon komoly pénzügyi igénye van. Egy szervezett emlőszűrés esetében ez éves szinten 2-2,5 milliárd forint közötti összegre tehető. Maga a mammográfiás szűrés, a kivizsgálások, a sugár és a kemoterápiás kezelések, műtétek egy évben körülbelül ekkora költséget jelentenek. Amikor tervezésről és arról van szó, hogy a szűrési tevékenységet elvégezzük, akkor utána a járulékos költségeket is hozzá kell kalkulálnunk. Elvégeztünk egy olyan számítást az emlő és a kolorektális daganatok esetében, hogy a korcsoportok között hogyan oszlanak meg a költségek; a kórházi és a járóbeteg költségek, illetve a halálozások aránya. Azt találtuk az emlődaganatoknál, hogy míg a halálozások körülbelül 42 százalékáért felelős a 65 év alatti korosztály, addig a költségek közel 3/4-ét viszi el, több mint 70 százalékát. A kolorektális daganatoknál kicsit árnyaltabb a kép, ott a halálozások 26 százalékáért felelős a 65 év alatti korosztály, viszont a kezelési költségek – szemben az emlő 71 százalékánál – itt csak 41-43 százalékát viszik el, mert itt a korosztályok közötti eltolódás is nagyon fontos szempont.

Hogy lehet szemléltetni ezeknek az államigazgatási döntéseknek a hatását? A magyar közbeszédben a dohányzás került nagyon előtérbe az elmúlt hetekben, hónapokban. Ha születik egy döntés, mely szerint a dohányzást eradikáljuk Magyarországon – nemcsak a közterekről, hanem mindenhol –, akkor egy hipotetikus modellben föl lehet tételezni, hogy az ebből származó állami bevételek aznap zéró szintre esnek vissza, hiszen nem jönnek be a jövedéki adók és így tovább. Viszont az egészségnyereség később jelentkezik: vannak olyanok, amik néhány hónappal, egy-két év elteltével, vannak azonban olyanok, amelyek évtizedes távlatban realizálódnak. Ezt a dilemmát hogyan lehet feloldani? Hiszen a költségeket ma kell beírni a költségvetésbe, ma kell ott nevesíteni, ám az egészségnyereség, amiért csináljuk az egész tevékenységet, csak valamikor évek, vagy egy-két évtized múlva jelenik meg.

Dohányzás és tüdőrák összefüggése

Érinteni szeretném feltétlenül a dohányzás kérdését is, hiszen még ma is a dohányosok jogait hirdetik egyesek, szemben a nemdohányzókéval. 1953-ban igazolta Doll és Hill azt az összefüggést, ami a dohányzás és a tüdőrák között fennáll. Sir Richard Doll közel fél évszázaddal felfedezése után, valamikor a 2000-es évek elején – 2005-ben halt meg – nyilatkozta, hogy ebben a kérdésben (is) „végül mindig a józanész győz”. Ne feledjük el, 1950-ben, amikor ők publikálták ezt az összefüggést, nagyon kevesek hittek nekik. Nagyon nagy társadalmi vita volt akkor is, hogy tényleg létezik-e az összefüggés a tüdőrák és a dohányzás között. A dohánygyárak még sokáig próbálták védeni a mundér becsületét. Ma már tudjuk: nem kérdés, hogy létezik ez az összefüggés a dohányzás és a tüdőrák között. Ma még arról van vita, hogy valóban olyan súlyú-e a probléma, hogy védeni kell a nemdohányzókat: de valójában ez sem igazi kérdés: természetesen védeni kell.

Makrogazdasági környezet, az egészségügyi állapot kérdése

Egy érdekes tanulmány jelent meg 2007-re, tehát a gazdasági válságot közvetlenül megelőző évre vonatkozóan az Amerikai Egyesült Államokban, aminek az volt az üzenete, hogy az ottani háztartási csődöknek (amikor egy család jut csődbe), körülbelül az esetek 62 százalékában egészségügyi okai vannak: az egészségügyi ellátáshoz, a jelentős egészségügyi kiadásokhoz kapcsolódó okok. Noha egyébként azok a családok, amelyek csődbe mentek általában viszonylag magasan képzettek voltak, a középosztályhoz tartoztak, és szemben az átlag amerikaival még egészségbiztosításuk is volt. Magyarországon ez a makrogazdasági összefüggés hogyan jelent meg? 2003-2005. között egy óriási rés, pénzügyi hiány keletkezett az Egészségbiztosítási Alap kiadási és bevételi lába között. Ez volt az, ami megágyazta azt a bizonyos cunamit, ami aztán 2006-ban következett be az egészségügyben: ez egyfajta előrejelzés volt. Erre vonatkozó elemzésünket egy vezető nemzetközi orvostudományi lapban, a Lancet folyóiratban publikáltuk.

Epidemiológiai vasfüggöny Európában

Jól ismert a megosztottság, ami nemcsak politikai értelemben állt fenn 1989-1990-ig Európa keleti és nyugati fele között, hanem egészségi állapot tekintetében is érzékelhető volt. Vajon sikerült-e ebből ledolgozni valamit az elmúlt húsz évben? Azt látjuk, hogy valamikor a '70-es évek elején az Európai Unió 15 tagországának az akkori átlagos születéskor várható átlagos élettartama 72 év körül volt. Ettől nem sokkal volt elmaradva Ausztria, Csehország, vagy akár Magyarország is: a '70-es években Magyarország elmaradása Ausztriától kevesebb mint egy év volt, és két és fél év volt az Európai Unió 15 tagországának az átlagától. Ezt a rendszerváltás időszakára sikerült „felküzdenünk” 6 és 7 év közé; a '90-es évek és 2007-2008. között ugyan nem nőtt tovább ez a különbség, de egy tapodtat nem közelítettünk az EU 15 tagországának átlagához. Ma körülbelül ugyanakkora a lemaradásunk, mint amennyi 1990-ben volt. Nézőpont kérdése, hogy félig tele van, vagy félig üres a pohár? Tehát örülünk-e neki, hogy nem nőtt tovább a különbség, vagy mondjuk azt, hogy gyerekek, nem nőtt tovább a különbség, de azért vannak itt mások is, csehek is vannak, meg szlovákok, meg szlovénok, akiknek esetleg jobban ment a szerkér, és jobb eredményeket tudnak felmutatni. Nyilván ez egy nagy kihívás, hogy hogyan tudjuk az egészségi állapot mutatóit közelíteni a fejlettebb országok kedvezőbb értékeihez.

Szintén egy picit a dohányzásra visszatérve: evidenciaként kezeltük éveken át azt a városi legendát, hogy nagyon sokba kerül a dohányosoknak, vagy a túlsúlyosoknak az ellátása szemben az egészséges életmódot folytatókéhoz. Aztán néhány évvel ezelőtt a Rotterdami Egyetemen utána számolt néhány kolléga, hogy tényleg így van-e? Ők azt találták, hogy azokhoz képest, akik egészséges életmódot folytatnak, a dohányosok és a túlsúlyosok élethosszig tartó egészségügyi kiadása alacsonyabb. Ennek az az oka, hogy körülbelül 5 évvel rövidebb ideig élnek a túlsúlyosok és körülbelül 7 évvel rövidebb ideig élnek azok, akik dohányoznak. Az üzenete természetesen az, hogy egy ilyen típusú adó, egy ilyen típusú eszköz, nagyon hasznos forrásteremtésre, de az egészségügyi kiadásokat nem fogja csökkenteni.

Összefoglalásul

Az egyéni és társadalmi egészségnyereségnek az optimalizálása nagyon fontos célja egy népegészségügyi programnak: hatásosság és költséghatékonyság realizálása. El tudjuk-e érni itt, Magyarországon azokat a hatásossági, hatékonysági mutatókat, amiket nyugat-európai minták is mutatnak, tudjuk-e hozni ugyanazt az emlőrák-halálozás miatti csökkenést, amit Svédország? Ez a kihívás. Fontos tényező a szakmai irányelveknek és a finanszírozási ösztönzőknek az összehangolása. Az orvos szakmai szereplők tudják a dolgukat, meg vannak a megfelelő minőségbiztosítási eszközök, – azokon is nyilván lehet korrigálni, ahogy a szakma fejlődik – de ezekhez tudunk-e hozzárendelni finanszírozási ösztönzőket, ami még egy kicsit javíthatja a program eredményességét. A tudományos tényekre épülő egészségpolitika: e tekintetben szerencsés helyzetben vagyunk, hiszen az egészségügyi ágazat korábbi vezetői általában gyakorló klinikusok voltak, belgyógyászok, kardiológusok, sebészek, akik a saját szakterületükön nyilván komoly eredményeket értek el. A mostani vezető pedig ugye annak a szakmának tanult művelője, amit egészségpolitikusként is csinál, ezért úgy gondolom, hogy ez különös bizakodással tölthet el bennünket a tekintetben, hogy ezen a területen is sikereket lehet elérni.

A MAMMOGRÁFIÁS SZŰRÉS KILENC ÉVÉNEK EREDMÉNYEI ÉS PROBLÉMÁI

Dr. Péntek Zoltán főorvos előadása

A mammográfiás szűrés egyike a legnehezebb radiológiai feladatoknak, mert rendkívül széles variációs lehetőség van az emlők különböző állapotainak egészséges, illetve beteg állapotainak megítélésére, és különösen ennek szűrővizsgálati részénél igen kevés támpontot kap az értékelő orvos. Ezenkívül nagyon fárasztó is: nagy figyelmet és állandó éberséget igénylő feladat.

Tapasztalatszerzés

Jelen pillanatban körülbelül 1000 szakember dolgozik ebben a szervezetben, ennek fele radiológus, illetve az aszisztens; másik fele a többi társszakmáknak a képviselője: patológusok, citológusok, sebészek és onkoterapeuták.

A mamma carcinoma problémáit nem kell taglalni, egyike a legnehezebbeknek hazánkban is. Ezért is sikerült a szűrővizsgálatot a '90-es években – ami egyébként nálunk is 42 éves múltat tekint vissza – tömegesíteni. Ez volt a tapasztalatszerzés időszaka, és végül a 2001-es évben a politikai elhatározás végre engedte a nép-egészségügyi program keretén belül megvalósítani. Ennek a katalizátora a svéd szűrés volt, melynek a sikere világszerte lehetővé tette ezt a mozgalmat. Ennek a sikernek köszönhetően Magyarországra is begyűrizött ez a mozgalom: a '90-es években országos egészségbiztosítási pénztári és világbanki forrásokból pilot-szűréseket lehetett végezni, a Soros Alapítványról nem is beszélve, ami nagyon jó tapasztalatszerzést eredményezett. Tehát ez volt a tanulási fázis, kurzusokat – többek között Tabár professzor úr kurzusait – és tanulmányutakat fogantatosítottunk ebben az időben.

A szűrőmozgalom indulása

Döntő fontosságú volt a '97-es úgynevezett szűrőrendelet, amely intézményesítette többek között a mammográfiás szűrés kétévenkénti lehetőségét a biztosítottak számára bizonyos korosztályban. Ezután a 2001-es rendelet alapozta meg a mostani mozgalmunkat, amelynek a célkitűzése 20 százalékos mortalitás csökkenés 2010-re.

Nagy lelkesedéssel láttunk hozzá a szervezéshez; a világ addigi összes tapasztalatait össze tudtuk dolgozni egy protokoll formájában, annak minden tanulságával együtt. Ezt írásba is fektettük, hogy a résztvevőknek legyen egy olyan kottájuk is, amiből játszani tudnak. Az Országos Tisztiorvosi Hivatal szerződést kötött kezdetben 36 szűrőcentrummal, amely már ekkor sok volt: tizenhetet fogadott el a TÁMOP pályázat. Tizenheten nyertek a hatvanegynéhány pályázatból, ami meglepően magas szám volt. Ezt azután különböző okokból harminchatra duzzasztották, és ezután ez még emelkedett negyvenötre, most kettőre redukálódott mindössze.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adta meg a célnépeség listáját, és ennek programozott behívása történt meg a szűrőcentrumok által két évente. A mammográfiához igen jó technika szükséges: tanulván a '80-as évek elején megszerveződő kanadai szűrés mozgalom fiascojából – ahol az egyik legnagyobb probléma a technika volt, a másik pedig hogy nem kellő hozzáértéssel álltak neki a szűrővizsgálatnak – rendszeresen meg van a lehetőségünk a technika ellenőrzésére.

A produktum-kontroll szintén nagyon fontos. Ezt úgy terjesztjük, hogy a szűrésbe exponált mamma carcinomaikat elsősorban regisztráljuk: ebbe beletartoznak a szűréssel felfedezett és a szűréssel nem felfedezett, de átszűrt, úgynevezett intervallum esetek; a refuserek, visszautasítók, akiket meghívtunk, de nem jöttek el; valamint az összes szűrésen kívüli korcsoportban jelentkező mamma carcinoma. Ez utóbbi kevésbé sikerült, sajnos egyelőre. Időszakos jelentéseket kértünk be centralizált adatfeldolgozás céljából, ezenkívül megalakult az Országos Szűrési Szakértő Munkabizottság, amely időnkénti helyszíni látogatásokkal kontrollálta a mozgalmat. Egyszer egy évben munkaértekezletet tartottunk, amelyek főleg az első években jöttek létre, az utóbbi időben már kevésbé.

Eredmények

Itt vannak az eredmények: közel 5 millió meghívott volt, és ennek átlagosan 43 százaléka jelent meg – összehasonlítva az euro-protokollal ez jóval elmarad a kívánatostól. A visszahívottak 6 százalékban jöttek el – ez megfelel az europrotokollnak, 11 százalékuk nem jött el, műtetre javasoltak a kivizsgálás után közel 12 ezer személyt – a probléma csak az, hogy ezeknek 74 százaléka jött el, tehát 26 százalék elveszett, nem is tudunk róla – köztük valószínűleg malignus esetek is lehettek.

A műtétek nyomán 63 százalék bizonyult malignusnak, 37 százalék aktuálisan nem volt az, de ezek sem voltak felesleges műtétek, mert sokan rákot megelőző állapotban voltak: intraductalis papilloma. Ez nagyjából megfelel az EU-elvárásnak is, meg kell mondani, hogy az utolsó három évben, 75 százalékra ment föl ez az érték, tehát javultak az eredmények. A malignus esetek 89 százaléka volt invazív és 11 százalék DCIS elváltozás. Nagyon fontos és kedvező adat, hogy az invazív rákok 52 százaléka bizonyult 15 mm-nél kisebbnek – ez az a mérföldkő, ami prognosztikai jelentőségű. Azon kívül megközelítette non pozitív, tehát az axiális nyirokcsomó, hónalj nyirokcsomó pozitív esetek százaléka is az elvártakat.

Problémák, kihívások

A problémák, amelyek már kezdettől fogva folyamatosan jelentkeztek, nagymértékben rontották ezt a mérleget. Összesen 16 ilyen hendikep van, ami egyébként nagyjából megfelel azoknak az észrevételeknek, amelyeket az Állami Számvevőszék 2008 májusában közölt. A legrosszabb a megjelenési arány. Ezt javítani kell, és itt nem elég az, hogy szűrés bármilyen ágon létrejött, mert a nem kontrollált helyek – mint ahogy szó is volt róla – nem végezhetnek teljes értékű szűrővizsgálatot. Azonkívül a szelekciós torzítás révén pont azok a kis tumorok maradhatnak rejtve otthon, amiket a mammográfia képes felfedezni, viszont másrészt egy olyan csomó klinikailag manifeszt, de nem tumoros eset jelentkezik, amivel feleslegesen terhelik ezt a mozgalmat.

Szűrőcentrum-redukció: 26 központ volna aktuális a svéd minta alapján. A szakmai standard biztosítását elkezdtük, licence vizsgák vannak, voltak és lesznek; 69 személyt vizsgáztattunk eddig le, akik megkapták a jogosítványt. Ezek a kollegák leletezhetnek, végezhetnek szűrő, illetve komplex mammográfiás munkát elszámolási oldalról. A személyi jogvédelem már terítékre került: borzasztó nagymértékben hátráltatta idáig az adatfeldolgozásunkat, statisztikánkat, reméljük, hogy ezután sikerül kiküszöbölni.

Élettani rákregiszter Magyarországon: a 2008-as megállapítás alapján megközelítőleg 40 százalékban nem pontos. Egyrészt, mert nem szövettani alapú, másrészt pedig egy esetnek egy személynek a többszörös rákvizsgálata is benne foglaltatik – az évenkénti 8 ezer eset soknak tűnik Magyarországon és nem kontrollált. Ugyanez a helyzet a mortalitási statisztikával, amely abszolút nem tudományos, professzionális és feltétlenül javítani kell rajta, mert különben nekünk semmilyen fogódzónk nincs a mammográfiás szűrés sikeressége érdekében. Jelen pillanatban csak arra tudunk támaszkodni, – ami egy indirekt jel – hogy annak idején, mikor a svéd study-ban megjelent, hogy 30 százalékkal csökkent a mortalitás, és ugyanennyi százalékkal csökkent az előrehaladott carcinomák száma ebben a populációban. Ebből tudunk kiindulni: ha csökken az utóbbi csoport, akkor ugyanannyival fog csökkenni a mortalitás is. De milyen csoportban? Kizárólag természetesen abban a csoportban, akik eljönnek a szűrésre. Az egész népességet figyelembe véve – így, hogy körülbelül negyedét szűrtük le az összes carcinomának – nem várható, hogy az összes carcinómára érvényes, jelentős mortalitás-csökkenés legyen, nyilvánvalóan a ballasztok miatt.

Patológiai adatbázis: nagyon fontos lenne az intervallum rákok felmérése, különben a szűrővizsgálatok szenzitivitását nem lehet megállapítani, ami egy igen fontos mutató.

Fontos lenne az Országos Szakértői Munkabizottság státuszának rendezése, mert körülbelül a 9 év felében voltunk érdekelve ebben, jelenleg 2 éve szintén szünetel ez a tevékenységünk, ami nem kívánatos a minőség szempontjából.

Az egyik legfontosabb probléma, hogy sugárdozimetria nem történt már tizedik éve, ami teljesen nonszensz egy tömeges, sugaras szűrővizsgálatnál. Ezen sürgősen segíteni kellene, és ezzel együtt jóval nagyobb orvostechikái támogatásra is szükség lenne a gépek állagának és megbízhatóságának érdekében.

Fontos még – bár nem tudom, hogy ezen hogyan lehet segíteni – az alulfinanszírozás kezelése: az alulfinanszírozottság olyan mértékű, hogy 8 EU államnak csak 28 százaléka van finanszírozva szintalappal Magyarországon. Vagyis: a kezdeti EU állam egy szűrésre fordított átlagos összegének csak 28 százaléka jut Magyarországon egy vizsgálatra.

Az is fontos dolog, hogy a szűrés-központi individuális gyógykezelés sok helyen nem valósul meg: a legtöbb helyen túlkezelés folyik, nem figyelembe véve azt, hogy a szűréssel felfedezett rákok egészen más, minimálisabb terápiát igényelnek, és a terápia – mint láthattuk is – a legnagyobb gazdasági problémát jelentő momentuma a mammológiának.

Nagyon örülünk annak, hogy ez az elhatározás itt valószínűleg meglódítja ezt a szekeret végre-valahára, mivel bár a szűrés folyik, azonban ezen igen nagymértékben kell javítani.

GENERÁCIÓVÁLTÁS AZ EMLŐRÁK KEZELÉSÉBEN

Dr. Tabár László professzor előadása

Tudja valaki ebben a szobában, hogy mikor volt az első emlőrák leírva, leközölve? Ötven évvel ezelőtt, háromezer évvel az időszámítás előtt. És akkor már csak egy kérdés van: e között az időpont között és 1970. között mi történt az emlő diagnosztikájában és a terápiában? Ötven évig semmi nem történt.

Az emlőrák élettartama national history, hosszú – öt, néha tíz év. Ez a tizenkettedik óra. Miért? Tiszti főorvosnő mondta, hogy azon kell dolgozni, hogy behozzuk a népeket. De ez nem azt jelenti, hogy csak a nőkhöz kell beszélni: szólunk kell a körzeti orvosokhoz is. A körzeti orvosokat ki kell képezni. Hogy milyen fontos ez? Mert, ha a körzeti orvos azt mondja a nőknek, hogy menjenek el, akkor ők el fognak menni. De ha a körzeti orvos sok esetben azt mondja, hogy nem foglak elküldeni, akkor nincs esély. Nagy probléma.

Hippokratész egy nagyon intelligens orvos volt. Ő egy szóval fejezte ki az emlőrákot: „Nem gyógyítható”. Tehát akkor, amikor az emlőrák ebbe a fázisba kerül, már túl késő. Mit tudott az orvos ötven évig csinálni egy ilyen beteggel? Semmit. Mit tudnak az onkológusok ma csinálni ezzel a beteggel? Eredmény szerint semmit, de egy csomó dolgot csinálnak. Dr. Boncz statisztikája nagyon szépen mutatta, hogy mennyibe kerül ezeket az eseteket kezelni – nem meggyógyítani, kezelni. Itt a probléma. Ha elmegyünk néhány ezer évet, az angolok azt mondják, hogy ez a betegség reménytelen – ez körülbelül 150 évvel ezelőtt volt. Amit a vezetőségnek meg kell érteni, – és éppen ezt tapasztaltam ezen a délutánon, hogy megértik – hogy ez az első és egyetlen orvos-generáció ötven év alatt, amelyik tud valamit – mégpedig nagyon sokat – tenni az emberekkel és a betegekkel.

Két elmélet

Mit tudunk csinálni? Érdekes módon, sajnálatos módon két elmélet jött föl 30 évvel ezelőtt. Én nagyon örülök, hogy ennek az elméletnek a része vagyok, amikor is azt mondjuk, hogy nem szabad megengedni, hogy a bébi carcinoma megnőjön. Hogy úgy mondjam: minden felnőtt gyerek volt, de nem minden gyerek lesz felnőtt.

Péntek főorvos úrnak az előadása szép volt és nagyon rámutatott a problémákra. A mi legnagyobb ellenségünk, amikor egy körzeti orvos, amikor egy onkológus nagyon előre haladott carcinomát lát, akkor meg kell kérdezni: Miért? Nagyon érdekes, hogy a nők, akiknek carcinomájuk van, azonnali ellátást követelnek – bár három-négy éve tudtak a betegségükről. És nekünk, az egészségügynek és az egészségügyben dolgozóknak mindent bele kell adnunk, – kemoterápia, sugárterápia – hogy meggyógyítsuk. E teória szerint menjünk vissza az időben, és próbáljuk csökkenteni az előre haladott carcinomák számát, mert akkor csökken a mortalitás. Igaz ez, vagy nem? A legfontosabb tanulmányok ezt be tudják bizonyítani.

Sajnos egy másik teória jött fel 1980-ban, ami tulajdonképpen nagyon érdekes, hogy egyáltalán megengedték, hogy ezt publikálják, ugyanis egy adenocarcinomáról van szó. Hogy lehetséges egy adenocarcinoma szisztémás kezelése a kezdettől? Tulajdonképpen ez a magyarázata annak, hogy a kemoterápia kifejlődött. Ez a magyarázata annak, hogy a sebészek – hogy úgy mondjam – átadták a kezelést az onkológusoknak. Ugyanis e teória szerint a lokális kezelésnek nincs semmi értelme. Sebészek kisebbet és kisebbet operáltak, és a mainapig is kisebbet és kisebbet operálnak, azért, mert azt hiszik, hogy majd az onkológusok fogják meggyógyítani a beteget. Fatálistévedés. Miért? Azért, mert nincsen semmi randomizált tanulmány, ami ezt támogatja. Az első teóriát ez a new yorki tanulmány és a manapság már körülbelül 8 vagy 9 randomizált tanulmány támogatja. New Yorkban a 1960-as évek elején nagyon rossz volt a helyzet, tehát a fizikális vizsgálatot hozzátették. Abban az időben nagyon nagyok voltak az emlőrákok, tehát a tapintással az alma nagyságú carcinoma ki lett cserélve dió nagyságúra, a stádium III. stádium II-re. Mi lett az eredménye? Harminc százalékos mortalitás-csökkenés, ami szenzációs volt – ami mutatta, hogy a második teóriának nincs sok fogantója, nincs alapja. Szerencsére a '70-es évek közepén egy felfedezés lecsökkentette a mammográfias dózist annyira, hogy amikor Péntek főorvos és én sokkal fiatalabbak voltunk – körülbelül ötven évvel ezelőtt –, igen boldogok voltunk: egymásnak mutogattuk a kisebbnél is kisebb carcinomákat. Tehát mi ebbe az irányba vittük a diagnosztikát: már van carcinomája, de még nem tud róla, és a carcinomája mindig az emlőben lokalizálódott. És akkor a tudomány egy nagyon kegyetlen kérdést állított föl: tudjuk, hogy ez működik – a stádium III-ról a stádium II-re –, de ki tudja, hogy ennek mi az értéke?

Így egy új randomizált tanulmányt kellett csinálni, és ezért hívott meg engem a svéd egészségügyi minisztérium, hogy az egyik ágát vezessem. Az egész populációban 40-74 éves korban hét megyében ment, 133 ezer nő lett két csoportra bontva; nem

csináltunk fizikális vizsgálatot, mert a nem tapintható emlőrákot akartam megtalálni. Svédországban a nők akarják a screeninget (szűrés). Én alig találok orvost, aki engem helyettesíteni fog. Tehát a nők mondják meg a politikusoknak: szűrés lesz, vagy a politikust elküldik a hivatalból. Ami azt jelenti, hogy amikor kiküldünk ezer levelet a helyi, megyei tanács nevében – 930 helyen – ma, 30 évvel később még mindig 850 jön el. Ez az egyik feltétele a sikernek. Magamnak és Dr. Foedebergnek, a másik kollégának, egymillió mammográfiás vizsgálatot kellett megnézni. Találtunk két és félezer carcinomát, és ez az egyik összejeövetel, amikor először mutatok 29 éves mortalitás adatot. Körülbelül 8 évbe került, hogy szignifikáns különbséget tudjunk publikálni. Nem a screeninget tisztáztuk, hanem a korai diagnózist; nem a screeninget vettük alapul, hanem a meghívást a screeningre – a screening hatása tehát sokkal nagyobb, mint 31 százalék. Sajnos abban a 15 százalékban, akik nem jöttek el, minden harmadik eset halállal végződik. 1981-ben közöltük – és ez nem túlélési görbe, ez mortalitási görbe. Nagy-nagy különbség, mert ha a mortalitás görbét mutatjuk meg azoknak, akik a határozatot hozzák, akkor nincsen sok választás, be kell vezetni. Bevezetődött először Finnországban, aztán Svédországban, aztán Angliában, különböző országokban és végül a lusta Norvégiában is, mert az mindig 10-15 évvel el van maradva. Tegnap Norvégiában tartottam előadást, nagyon élvezték ez a megjegyzést.

Ha nem szabadulunk meg a nagy rákuktól, nem fog a mortalitás lecsökkenni

Harminchárom év után az eredmény ugyanaz: lepublikáltuk 8 esetben, és most publikáljuk a 29 éveset. Természetesen van egy független csoport, amelyik megnézi az eredményeket: ha hét év alatt körülbelül 500 nőt szűrünk, 29 év múlva mondhatjuk, hogy egy életet megmentettünk. Tehát a halálesetet, a diagnózist változtattuk meg.

Be kell hozni a nőket a szűrésre. Ez az, amin dolgozni kell, ugyanis a képlet nagyon egyszerű: itt van a bizonyíték, ha nem szabadulunk meg a nagy rákuktól, nem fog a mortalitás lecsökkenni. Meg kell szabadulni, nem szabad megengedni, hogy a bébi fölnövekedjen. Ha az elváltozás unifokális és szűréssel fedezzük fel, a nő több mint 25 évig élne. Tehát tulajdonképpen ez az alapvető dolog: meg kell szabadulnunk a nagy carcinomáktól. Négy év után szignifikáns csökkenés van a nagy carcinomákban, négy év után szignifikáns csökkenés a mortalitásban.

Ami azt jelenti, hogy a legújabb amerikai task force egy fatális tévedést követett el, ugyanis megváltoztatták a korábbi ajánlást, „kihúzták az intervallumot, és ezáltal gyakorlatilag direkt beszélnek a carcinomáról. „Mert a nagy carcinoma az jó”. Ha ezt a módszert alkalmazzák, 65 ezerrel több nő fog meghalni tíz éven belül.

Ha nincs szűrés, nem fog csökkenni a mortalitás

Amikor 1985-ben leközlött az eredményeket, az összes politikus versengeni kezdett, hogy ki fogja bevezetni a szűrés előbb. Most, 15 év után leközlött az eredményt: 29 százalékkal kevesebb 40-49 éves nő hal meg abban a felében az országban, akit meghívtak és részt vettek. Ha valaki tényleg azt hiszi, hogy a kemoterápia, vagy a röntgen terápia gyógyítja a betegeket, akkor az a kérdés, miért van különbség – mert nyilván a másik fele az országnak kapott kemoterápiás és radioterápiás kezelést.

A politikusoknak meg kell érteni: ha nincs szűrés, nem fog csökkenni a mortalitás. Mint ahogy Dr. Boncz táblázata is mutatta, sokkal fontosabb megállítani a betegséget növekedésében, mintsem hogy megpróbálni meggyógyítani az előrehaladott rákot. Az nem megy. Egyes esetekben igen, de a populáció szempontjából ez nem megy. Ez az első és egyetlen generáció, akik meg tudják változtatni az emlőrákos betegségek kimenetelét. Jó kezelés – nem a túlkezelés – és korai diagnózis. Ez egészen új gondolkodásmenetet kíván: nagyon sajnálom, hogy se Svédországban, se Magyarországon nincs egy centralizált szerv, ami azt mondja: „így kell ezt csinálni”. Van egy onkológiai intézet arra, hogy hogyan próbáljuk meggyógyítani az előrehaladott eseteket, hiszen előrehaladott carcinoma mindig lesz, orvosokra szükség van. De szerintem rossz helyre tesszük a pénzt: vagy megtaláljuk az emlőcarcinomát a legtöbb esetben korán, vagy a mortalitás nem fog lemmeni olyan mértékben, mint kellene.

Viszont nemcsak mammográfiára kell szánni a pénzt, hanem az egész lánkra. Hol vannak a patológusok? Egy ország, amelyik szűr, be kell vezesse a nagymetszet patológiát. Amíg kisebb a tumor, annál nagyobbak kellene lenni a metszetnek. Hol vannak a speciálisan kiképzett sebészek? Holnap 145 kollega jön ide – 5 sebész lesz közöttük. Nem elég! A felének sebészek kellene lennie. Onkológusoknak ott kellene lenni, hogy megtanulják, hogy egy felnőtt embert egyféleképpen kezelünk, és egy újszülött bébit másképpen kezelünk. A kettő között nagyon sok pénz van.

AZ EVP AZ ÖSSZEFOGÁSON ALAPUL

Dr. Kallai Árpád főigazgató előadása

Az Egészséges Vásárhely Program három évvel ezelőtt alakult meg a város, a lakosság, a kórház összefogásával azzal a céllal, hogy egészségmegőrző programokkal, a betegségek megelőzésével – többek között az emlőrák korai diagnosztizálásával – hosszú távon növeljük az egészségben eltöltött életevek számát. Az elmúlt évek eredményei az emlőrák szűrés területén ma már kézzel foghatóak. Az emlőrák szűrés programunk két fontos állomását tudnám megfogalmazni. Az első az, amikor elindultunk és jeleztük azt a problémát, hogy kevesen jönnek el a szűrésre. Alapvető célkitűzés, hogy megfelelő átszűrtség legyen a lakosság körében, ezért mind a 24 háziorvosi praxist megszólítottuk annak érdekében, hogy a szűréseken történő megjelenést fokozzuk.

A háziorvosok kulcsszerepe

Ezt egy folyamatos ellenőrzés és a háziorvosokkal való kapcsolattartás keretében szűk csoport végezte az EVP keretében: pénzzel próbáltuk motiválni a háziorvosokat, mégpedig annak a célnak az elérése érdekében, hogy az ő körzetükben, az ő praxisukhoz tartozó hölgyek nagyobb részben jelenjenek meg. Ennek az eredménye: az első négy hónapban mintegy 600 fővel több hölgy szűrése. A kiküldött meghívók mintegy 41 százalékára reagáltak a hölgyek azzal, hogy megjelentek a szűrésen, majd egy aktív párbeszéd – a háziorvosok és a lakosság között – eredményeként ezt föl tudtuk tornászni 56 százalékra.

Ezeket a tapasztalatokat később egy pályázati lehetőség keretében próbáltuk érvényesíteni: egy nemzetközi pályázatot nyert a kórházunk, illetve a Magyar Rákellenes Liga és a Kapcsolat Központ, amely a helyi szociális intézményeket összefogó intézmény Vásárhelyen. A 150 ezer dolláros pályázat a szűrés eredményeket, a szűrésen való megjelenést próbáltuk javítani.

A háziorvosok a kulcsfigurái ennek a munkának, illetve a szociális munkások, szociális szakemberek, illetve a háziorvosok mellett működő asszisztensek, nővérek is segítettek munkacsoportokként. Létrehoztunk egy civil szervezetet, egy mozgalmat, amely a lakosság felé mindenféle kommunikációs csatornákon keresztül próbálta a szűrés fontosságát hangsúlyozni. Egy svéd munkacsoport egy héten keresztül tréningezte a technikai dolgozókat – erről nem esett túl sok szó, de rendkívül fontos, hogy mit kap a radiológus, milyen képet lát a radiológus a szűrés során. A képzést ugyancsak a pályázatban kapott összegből oldottuk meg úgy, hogy képeztük az asszisztenseket, illetve célratoró kommunikációs eszközöket használtunk, valamint része volt még ennek a pályázatnak egy informatikai fejlesztés is. A munka eredményeként a szűrésen való megjelenés 12 százalékponttal emelkedett – ez 61 százalékos átszűrtséget jelent a 24 körzetben, és a számok azóta még javultak, közelíti a hetvenet. Én azt gondolom, önmagáért beszél a spontán megjelenéshez, a spontán szűréshez képest ez a 61 százalékos eredmény.

Kommunikáció

Amint említettem, a kommunikáció rendkívül fontos. A fejlesztés, amit végrehajtottunk egy webalapú program, ahol különböző jogosultsági szinten háziorvosok, illetve különböző szakemberek elérhetik azokat az adatokat, amelyek a szűrésben való részvételt, a műtéti statisztikát, illetve egyéb fontos eredményeket mutatnak. Emellett egy térinformatikai rendszerben tudjuk megmondani, hogy Vásárhely egyes körzeteiben milyen az átszűrtség, illetve hány dagantot találtunk egy adott időszak alatt.

Az elmúlt három év rendkívül sok tapasztalatot eredményt hozott számunkra, amelyeket szeretnénk felajánlani azoknak a városoknak, azoknak a döntéshozóknak, akik hozzánk hasonlóan fontosnak érzik ezt a munkát.

EMLŐSZŪRÉSEK EURÓPÁBAN

Mádai Szilvia előadása

Jelenleg az Európai Unió 27 tagállamában 59 millió 50-69 éves nő él. A 27 tagállamból 22-ben van lakossági emlőrák szűrés, ami azt jelenti, hogy az említett lakosság 91,5 százaléka el tud menni szűrésre. Egy ország van, amely még nem indított programot, és öt ország van, ahol nem lakossági behívási rendszer alapján történnek a szűrések.

Az Európa Tanács 2003-as ajánlása szerint 300.000-350.000 lakosra jusson egy úgynevezett breast unit emléközpont. Ez az emléközpont nemcsak a szűréseket és a diagnosztikát fogja át, hanem a teljes multidiszciplinális csapat maga mögött tudja – tehát a sebészetet és a gyógyítás területét is.

A másik ajánlás szerint ezekben az intézményekben legalább 150 műtét legyen egy évben, és egy orvos legalább 50 műtétet végezzen el. Ez mind annak az irányába hat, hogy a tudást – amit mindannyian tudjuk, hogy a mi szakmánkban igen szerteágazó és sokrétű – a multidiszciplinális csapat minden egyes tagjának alaposan és mindig a legújabb tudomás birtokában kell megszereznie; szükséges egy nagyon erős koncentráció, hogy a tréninget a szakemberek részére folyamatosan biztosítani lehessen. Emellett állandóan monitorozni kell a tevékenységet: számba kell venni az adatokat, valamint a szakmai és szervezési indikátorokat annak érdekében, hogy legyen visszacsatolás, és a gyenge, illetve erős pontokat értékelhessük.

Amikor 2001-ben Magyarországon az egészséges nemzetért népegészségügyi program keretében lehetőség mutatkozott arra, hogy a mammográfiás szűrést megszervezzük, akkor nagyon előnyös helyzetben voltunk: egyrészt volt egy-két szakember – Tabár László és Péntek Zoltán vezetésével – már Magyarországon is, és volt egy nagyon lelkes társaság, akiket érdekelt ez a téma. És, ami még nagyon fontos: abszolút konszenzus volt a szakemberek között. Ezért lehetett néhány hónap alatt Magyarországon 2001-ben megszervezni a mammográfiás emlőrák szűrést, és 2002-től bevezetésre is tudott kerülni.

KÉRDÉSEK ÉS VÁLASZOK

Informatikai fejlesztések, adatkezelés

Dr. Szócska Miklós államtitkár: A házi orvos április 1-jétől hozzáfér az ő praxisába tartozó beteg összes közfinanszírozott ellátásban igénybe vett ellátásához – tehát a házi orvos tudja követni, hogy a betegek tényleg elment-e a szűrésre. A házi orvos és az önkormányzat mozgósító szerepét támogatni kell, és meg kell teremteni a működés feltételeit. Ennek részeként hoztuk helyzetbe a házi orvost: megteremtjük az összeköttetést a diagnosztikai adattárak között.

Az államtitkárság mellett működik egy Ágazati Informatikai Tanács, melyben részt vesz az összes adatgazda. Az egységes ágazati informatikai stratégia körvonalai már elkezdtek kirajzolódni.

Erőforrások koncentrációja

Dr. Szócska Miklós államtitkár: Amikor az emberi erőforrás krízishelyzetéről beszélünk és meg akarjuk teremteni a radiológiai szakma művelésének megfelelő feltételrendszerét, akkor oda kell figyelni a szakképzésre, továbbképzésre, valamint népegészségügyi szakemberek képzésére.

Az emberi erőforrás-koncentráció – amelynek végig kell mennie értelemszerűen az egészségügyben – az onkológiai ellátó-hálózat mentén lesz a legkézzelfoghatóbb.

A foglalkozás–egészségügy szerepe

Dr. Szócska Miklós államtitkár: Nem ildomos elaprózni a kapacitásokat a munkahelyi szűrésekre, de a mobilizációban a foglalkozás–egészségügynek fontos szerepe lehet, hiszen van olyan, aki csak ott találkozik orvossal.

A házi orvosi praxisokhoz rendelt prevenciós nővérek alkalmazásáról

Dr. Szócska Miklós államtitkár: Azok a többletforrások, amelyek a házi orvosi rendszerbe már idén megérkeznek, pont azt a célt fogják szolgálni, hogy lehetőség legyen olyan kiegészítő személyzet alkalmazására, akik leveszik az orvos válláról a terhet.

A házi orvosi indikátorrendszerrel – ami április 1-jétől már más indikátorral működik – pont a népegészségügyi szempontból is fontos prioritások különdíjazását vesszük bele a rendszerbe, amiből jó esetben még az is előállhat, hogy egy népegészségügyileg jól tevékenykedő praxisnak még többletforrásai is lesznek arra, hogy az alapellátásbeli szakdolgozókat meg tudja fizetni.

A kistelepülések hátrányos helyzetéről

A falusiak rettenetes hátrányban vannak. Úgy látjuk, hogy a szűrések elakadnak a 10-20 ezres városok mentén: ott még van pénz arra, hogy szociális munkással kiegészítsék a programokat. A megoldás az lenne, hogy profi szűrőbuszokat kivinnék a településekre: „Ha Mohamed nem megy a hegyhez, akkor a hegy megy Mohamedhez”.

Dr. Szócska Miklós államtitkár: A kapacitástervezési és monitoring kutató alkalmazás éppen azt a célt szolgálja, hogy a helyi igényekre szerveződő szükségletfelmérést is folyamatosan elérhetővé tegyük az egészségpolitikai döntéshozók számára. Az egészségpolitikai döntéshozatal nem volt erre szenzitív az elmúlt időszakban, de nem is voltak meg az eszközei, hogy ezt feldolgozza.

Ami a szűrőbuszokat illeti: meg kell találni, hogy hogyan tudunk laboratóriumi körülményeket eljuttatni a szűrőbuszokon a kistérségekbe, illetve kisebb településekre. Ugyanakkor azt is látnunk kell, hogy iszonyú nagy veszteségeket szenved a rendszer amiatt, hogy sok helyütt ellenőrizhetetlen, fals eredményeket produkálnak a szűrőtevékenységek.

A szűrőállomásokról

Az elmúlt években szaporodott meg a mammográfoknak ilyen mértékben a száma, valószínű ötszörös a túlkapacitás a gép tekintetében, aminek jelentős részét EU-s forrásokból finanszíroztunk. Az új kiírásokat úgy kellene szervezni, hogy csak a 30 központ pályázhasson.

Dr. Szócska Miklós államtitkár: Terveink szerint a rendelkezésre álló 13,4 milliárd forintot célzottan, a súlypontképzési szempontokat figyelembe véve kell felhasználni.

Dr. Palkó András: Háromszázvalahány szűrőegység azért létezik Magyarországon, mert ennyi kapott ÁNTSZ engedélyt. A szakma erre azt tudja mondani, hogy akkor támogatjuk ezeknek az új egységeknek az indulását, ha megfelelő szakemberháttérrel tudnak felmutatni – de nem nekünk mutatják fel, hanem az ÁNTSZ-nek. Tehát, ha ennyi van, akkor ennyit engedtek el – és teljesen egyetértek azzal, hogy olyanok kapnak engedélyt, akiknek nem kellett volna engedélyt kapniuk.

A finanszírozásról és volumenkorlátról:

Dr. Szócska Miklós államtitkár: Forrás szűkében vagyunk, tavaly eljutottam odáig, hogy a fejezetkezelési forrásainknak az anatómiáját ismerem, sőt egyiknek, másinak a szövetanatáit is, most következik az, hogy az OEP-nek a sorait illetően ebben az évben is a megfelelő átcsoportosításokat el fogjuk végezni. Nagyobb belső hatékonysággal a prevenció és a népegészségügyileg fontos területekre fogjuk újra allokálni ezeket a forrásokat.

Általában igaz az erőforrás-koncentráció: ez igaz a fejlesztési forrásokra és az intézményi világban is. Lesz Népegészségügyi Központ, amely felelős lesz a tevékenységi súlypont kérdésért; hetekre állunk attól, hogy ez egyértelműen megjelenjen a rendszerben.

A szűrési korhatár emeléséről és a finanszírozásról, forrásszerzésről

Mádai Szilvia Európa Parlament ECN szervezetének tanácsadó testületének tagja: Nekem csak néhány gondolatom lett volna. Az egyik jó fogadtatásra került, hogy a breast unitoknak a számát szorítsuk le 30-ra. A másik ilyen javaslatom lett volna az, hogy az egyes centrumok, amelyek egy területért felelősek, azok a lakossági listát kapják meg egy évre előre. Azután az ő felelősségük legyen az, hogy mindenkit két év letelte után hívjanak be, mert igen nagy problémát okoz az egyes centrumoknak, hogy hektikusan kapjuk a listákat. Van olyan hónap, amikor nem kapunk, és van, amikor meg 3 hónapra valót kapunk. Tehát így kiesnek a kapacitások, nem tudjuk megfelelően szervezni a munkánkat, holott mi egyforma kapacitásra tervezett intézményrendszer vagyunk, ahol ez nagyon fontos lenne.

A másik ilyen kérés, hogy nem a statisztikai részvételi szám alacsony, hanem az a baj, hogy az adott korosztálynak egy jelentős része még mindig az opportunistá szűrésre megy el. Tehát vagy évközben, tehát két éven belül mennek el, vagy pedig – mivel nincs kihangsúlyozva – nem szűrési behívóra jön, hanem beutalóval megy bárhova. Még a jó centrumok is érzik, hogy csökken a forgalmuk azért, mert olyan reklámozást fejtenek ki ezek az újonnan létrejött centrumok, ahol nincs meg az a szakmai tapasztalat, amivel a szűréseket megfelelő színvonalon el lehet végezni. Tehát az a kérésem, hogy találjuk meg azt a módszert, amivel az opportunistá szűréseket át tudjuk terelni a normál szűrésekbe. Ez közös feladat. Minden centrum egyrészt ne fogadjon, csak indokolt esetben, tehát ne hívja vissza, mi már pl. a klinikán ezt megcsináltuk, hogy nagyon erősen szűrjük, hogy kiket hívunk vissza évente; csak a nagyon indokolt eseteket. Ami fontos lenne, hogy nagyobb publicitást kapjon az, hogy kik az akkreditált centrumok, kik azok, akik olyan minőségi szinten tudják végezni ezt az egész szűrést, ahova el szabad menni, mert itt kap megfelelő eredményt.

Én nagyon fontosnak tartanám azt, hogy az akkreditált centrumokon kívül az OEP mást ne finanszírozzon. Mert akkor egészen biztos, hogy ez be fog terelődni szépen az egyes centrumokhoz.

Másikkérésünk lenne, hogy a tudományos eredmények is azt bizonyítják – és akkor rögtön lenne forrás is arra, hogy egy kicsit magasabb szinten finanszírozzunk ott, ahol ez a munka folyik –, hogy emeljük fel a 65 évről 69 évre a szűrési korosztályt. Ezt a tudományos eredmények is bizonyítják, hogy az idősebb korosztályban sokkal több az előfordulás, és akkor

tulajdonképpen statisztikailag összehasonlíthatóbb adatok lennének a nemzetközi eredményekkel, mert majdnem mindenütt 59-ig, vagy 69-ig van a szűrés, tehát nagyon indokolt lenne, hogy a 65-ről, felemeljük 69 éves korra a felső korhatárt.

További problémát jelent nekünk az, hogy akkor lehet minősíteni egy szűrést hatékonynak, hogyha azt tudjuk, hogy az adott korosztályból hány emlőrákost tudunk kiemelni szűrésből. Az európai országokban az adott korosztályban lévő megbetegedések 70-80 %-át ma már a szűrésből emelik ki. Tehát szükségünk lenne a rákregiszternek ezen adatcsoportjára ahhoz, hogy összehasonlításokat tudjunk tenni, hogy egyrészt öt éves korcsoportonként az országos megbetegedésekből hányat tudunk az adott területen kiemelni a szűrésünkből.

Tehát ez egy nagyon fontos mutató, aminek a létjogosultságát minél előbb el kellene fogadni és meg kellene teremteni.

Ugyanilyen fontos lenne az, hogy a mortalitási adatok olyanok legyenek, amelyek összehasonlíthatók, mert csak a mortalitással tudjuk a szűrés hatékonyságát igazából mérni.

Azt szeretném javasolni itt a vezetőknek, hogy a Strukturális Alapokat az egészségügyi kormányzat vegye célba annak érdekében, hogy kapjunk a prevenciók tevékenységeire pénzt.

Dr. Paller Judit tisztelt főorvos asszony: Hatvankilenc évre emelni a szűrés felső korhatárt, két dolgon múlik: az egyik a szakmai indokoltsága, ami nem kérdés; a másik része pedig a finanszírozás. Úgy gondolom, hogy érdemes az egészségpolitika elé vinni, hogy emeljük fel, és akkor ebből ki fog derülni, hogy mire van forrás.

A hatékony szűrés és a szűrőközpontok: a TAJ-számmal való követéssel kell kiderülnie, hogy szakmailag megfelel, vagy sem az adott szűrőállomás. Például a szűrések ellenére hány megbetegedés történt? Tehát én sokkal radikálisabb lennék e tekintetben – valóban nem mindegy, hogy kinek a kezébe kerül az ember, ha már egyszer elmegy.

A rákregiszter és a mortalitás, azt gondolom, a TAJ-számmal megoldódik. Abban a pillanatban szükség van a visszajelzésekre a központok és egyáltalán a szűrés rendszer, a szűrőállomások és a rákregiszter között. A lakossági listával kapcsolatban én magam nem értek egyet. Rendkívül sokat kínlódtunk a behívásokkal, a plusz behívásokkal, ami még jobban terhelte a szűrés rendszer, de lehet róla beszélni, úgyhogy én nem vagyok meggyőzve.

Iskolai egészségfejlesztés, ágazati integráció

Dr. Csányi Péter: Vokó doktor előadásához szeretnék két gondolattal hozzászólni és egy kicsit ráerősíteni két dologra. Az egyik az iskolai egészségfejlesztés fontossága, amiben Vásárhely valóban az egyik élenjáró város, és az onkológiai érzékenyítés és annak elsajátítása gyermekkorban, hogy tanulják meg az önvizsgálatot, tanulják meg, hogy fontos időnként elmenni a szűrésre, jelenjenek meg a hívásra, tehát váljon ez életszemléletüké a gyermekeknek.

Filléreként egy melanoma kockázatcsökkentő program megvalósítható, ahogy ez a vásárhelyi iskolákban több ezer gyermeknél megvalósult.

Ami az ágazati integrációt illeti: a vásárhelyi példa is mutatja, hogy mennyire fontos az, hogy a szociális ellátó rendszer, családtámogatás, integrálódjon az alapellátással. Látjuk az emlőszűrés arányok növekedését és kimutatható ebben a Kapcsolat Központ munkatársainak a szerepe.

Az önvizsgálatról

Apró György nőgyógyász: Tökéletes zavarban vagyok. A délután folyamán azt hallottam, hogy eredményt csak akkor lehet elérni, hogyha a szubklinikus diagnózis, vagy szűrés történik meg mammográfiával. Az önvizsgálat, ennek megfelelően értelmetlen, mert csak az előrehaladott carcinoma felismerésére jó, és káros, mert, aki megvizsgálja magát, és úgy találja, hogy nincs, az nem fog elmenni szűrésre.

Ha valakinek lesz egy gyorsan növekvő rákja, és ezt mondjuk egy centis korában, az önvizsgálattal észreveszik, az egy fontos dolog, mert a szűrés az arról szól, hogy elmegyek 2008-ban, meg elmegyek 2010-ben, de közben lehet énnekem bajom. A mammográfiás szűrés nem védi meg a nőt a ráktól, csak hamarabb fel lehet fedezni, ha elég jó a

szisztéma, de a nőnek közben kötelessége, hogy figyelje magára. Az önvizsgálat nagyon fontos része a munkának, és a szakorvosoknak igenis buzdítani kell a nőket, hogy a két vizsgálat között – ha járnak rendszeresen szűrésre, vagy a te nőgyógyászati vizsgálatod közben is – vizsgálják magukat.

A Magyar Faluegészségügyi Tudományos Társaság javaslatai

1. A népegészségügy finanszírozás ne pályázatokon keresztül történjen, mert ez a hátrányos helyzetű települések érdekérvényesítését tovább rontja, és a források nem mindig célirányosan kerülnek felhasználásra.
2. A kistelepülésekre jussanak az akkreditációnak és a minőségbiztosításnak minden tekintetben megfelelő mobil szűrőállomások – függetlenül a megtérülési mutatóktól.
3. Háziiorvosi praxisközösségek kapjanak állami költségvetésből finanszírozott prevenciós munkatársat.
4. Legyen különválasztott diszciplína és gyakorlat a Népegészségügy és a Közegészségügy.
5. Legyen a Népegészségügynek is országos intézete, és az eddig az ÁNTSZ keretén belül működő munkatársak szervezetileg is kapcsolódjanak hozzá.