

# EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK  
MINISZTERIUMA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI  
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE  
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

51. ÉVFOLYAM 2. SZÁM, 2013. SZEPTEMBER

## SEMMELWEIS-TERV ÉS HÁLAPÉNZGAZDASÁG A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN

## A CLOSTRIDIUM DIFFICILE FERTŐZÉSEK KÖLTSÉGE MAGYARORSZÁGI KÓRHÁZAKBAN

## A HOSPICE-PALLIATÍV ELLÁTÁS EGÉSZSÉGGAZDASÁGTANI MEGKÖZELÍTÉSBE

# Tartalom

## SZAKCIKK

Semmelweis-terv és hálapénz-gazdaság a magyar egészségügyben (dr. Balázs Péter).....	1
A határon átnyúló egészségügyi ellátás tapasztalatai és aktuális helyzete az esztergomi Vaszary Kolos Kórházban (Lugosi Krisztina).....	6
A Clostridium difficile fertőzések költsége magyarországi kórházakban (Kopcsóné Németh Irén, Kertész Adrienne, Strbák Bálint, Gulácsi László).....	9
A dohánytermékek adóztatásának közgazdasági háttere (Joó Tamás, dr. Bodrogi József).....	17
A hospice-palliatív ellátás egészség-gazdaságtani megközelítésben (dr. Dózsa Csaba, Krenyácz Éva, dr. Csikós Ágnes, Kósa Klára).....	22
Az obezitás egészséggazdasági vonatkozásai (Szemánszki Szabolcs).....	31
Egy onkológiai rehabilitációs hastánccsoport társas támogató hatásának kvalitatív elemzése (Szirmai Anna, Szalai Márta, prof. dr. Bódis József).....	39

## FÓKUSZ

Európai szolidaritás és állásfoglalás az egészségügyi dolgozókat ért hátrányos megkülönböztetéssel szemben (dr. Weltner János).....	47
---	----

### EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

**Alapító:** az Emberi Erőforrások Minisztériuma és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

**Megjelenik:** kéthavonta

**Kiadja:** az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.

Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u. 8. • telefon: (1) 788-9212

fax: (1) 700-2998 • web: www.weborvos.hu

**Felelős kiadó:** a kiadó ügyvezető igazgatója

**Szerkesztőség:** 1051 Budapest, Arany János u. 4–6.

Telefon: (1) 795-1009

**Főszerkesztő:** Kövesi Ervin

**Orvosigazgató:** Szepesi András

**Felelős szerkesztő:** Bene Zsolt

**A Szerkesztőbizottság elnöke:** prof. dr. Orosz Éva

**A tanácsadó testület tagjai:** dr. Ari Lajos, Bodrogi József, dr. Gaál Péter, dr. Rácz Jenő, Skultéty László

**Nyomdai előállítás:** MEGA Kft.

**Felelős vezető:** Gáti Tamás ügyvezető igazgató  
Az Egészségügyi Gazdasági Szemle utcai terjesztésre nem kerül.

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.

Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.

További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

**HU ISSN:** 0013-2276

**Éves előfizetési díj:** 6.930 Ft

Minden jog fenntartva!

A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez

a kiadó írásbeli engedélye szükséges.

A hirdetések tartalmáért a hirdető vállalja a felelősséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet

a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

# Semmelweis-terv és hálapénz-gazdaság a magyar egészségügyben

Hálapénz-rendszerünk a múlt század 40-es évei óta üldözött magángazdaság tartós berendezkedése az egészségügyi közszolgáltatásban. Azért tűrte (és tűri) el minden rendszer, kurzus és kormányzat, mert a valóság minden újabb kihívásával szemben mindig is kiváló eszköz volt az általános (nemzeti) kockázatközösség látszatának fenntartására a közfinanszírozásban.

■ Dr. Balázs Péter

## A hálapénz aktuális egészségpolitikai megítélése

A 2010–14 közötti kormányzati ciklusnak az egészségügyre vonatkozó ideológiai vezérfonala „Újraélesztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország, Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére, Szakmai koncepció” címen jelent meg a Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság gondozásában, 2011. június 27-én.<sup>1</sup> Ez a 136 oldalból álló dokumentum, másodlagos utalásként és elszórtan, öt helyen foglalkozik expressis verbis a hálapénzzel. Megtaláljuk viszont az 5.2. alfejezetben „A rendszermodell fontosabb elemei” alatt azt az alapvető tévedést is, amely a hálapénzes üzletelést folyamatosan életben tartja. Nevezetesen: „a rendszerben megmarad az egységes társadalombiztosítási modell, amely a szolgáltatók és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), mint finanszírozó közötti szerződéskötésre épül.”

Sajnos az elszórt utalások nem alkotnak koherens állásfoglalást, a Semmelweis-terv mozaik-darabjait összerakva azonban valamit mégis megtudhatunk az egészségpolitika hálapénzrel kapcsolatos aktuális véleményéről.

- Nagyon régi sztereotípiával indul az 5. oldalon az első említés. Megtudhatjuk, hogy a hálapénzért az orvosok alacsony fizetése a felelős, ugyanis „a közfinanszírozott ellátások köre és tartalma, illetve a rendelkezésre álló források között tatóngó rést az államszocialista rendszerben az egészségügyi dolgozók fizetésén spórolta meg az akkori vezetés, és ezen az örökölt helyzeten eddig egyetlen szabadon választott kormány sem tudott érdemben változtatni.”

- A 12. oldalon a hálapénz „torz ösztönzőként” jelenik meg, amelynek visszaszorítása érdekében „megfontolandó a szabad orvosválasztás – az elmúlt kormányzati ciklusban fizetőség tett – rendszerének egyértelművé tétele.”

- Érzelmi többlettel bővül a 19. oldalon a már említett „alacsony fizetés”, amely itt „az egészségügyi dolgozók megálázása” címen jelenik meg. Tudományosan korrekt megállapítás viszont az orvosi hálapénz egyértelmű leválasztása az egészségügyi közszolgáltatások igazgatási (menedzsment-) szintjein zajló korrupcióról, amely elemi fenyegetést jelent az évenként 1100 milliárd forint összegű közpénzre nézve.

- Újabb fordulatot hoz a 20. oldal, amely a hálapénzt a bizalomvesztéssel kapcsolja össze: „a betegek egyre inkább úgy érezték, illetve tapasztalták, hogy nem lehetnek biztosak abban, hogy valóban meg fogják kapni az ígért magas színvonalú ellátást, és bizonytalanságukon pénzzel kívánták segíteni”. Ide kapcsolódik a hálapénz szakmacsoportosan egyenlőtlen eloszlásának ismert megállapítása, és a közpénzek elosztásában egyes szakmai lobbik túlsúlyának megjelenése.

- Záró tételként a 106. oldalon a Terv az egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzete felől közelíti meg a kérdést, azonban bevezeti a paraszolvencia fogalmát, mint a hálapénz és a borraival közös megnevezését, „amely az egészségügyben dolgozók egyes csoportjainak kiegészítő (olykor domináns) jövedelmét képezi”. Sovány vigasz, hogy ez az „olykor domináns” jövedelem Európa más országaiiban is terjedőben van a várólisták miatt.

- Végül, a hálapénz kezelésének szempontjából irreleváns módon azt is megtudjuk, hogy veszélyben van az ilyen jövedelmeket élvezők időskori anyagi biztonsága. Vélhetőleg azért, mert senki sem gondol arra, hogy az „olykor domináns” jövedelemből későbbi felhasználásra megtakarítások is képezhetők. Ezért a legális jövedelemből képzett időskori társadalombiztosítási ellátás elégtelensége „a nyugdíjas években további munkavállalást tesz szükségessé az életminőség nagyobb romlásának elkerülése érdekében”.

## Két közlemény a Semmelweis-tervről

A Semmelweis-terv eddigi megvalósításának bírálataként az első közlemény szerzője többszörösen foglalkozik a hálapénzzel, jelezve, hogy annak kérdése megválaszolatlanul maradt, „pedig ez a jelenség nem pusztán forrásteremtési ügy, hanem alapvető oka a torz forrásallokációnak és számos igazságossági problémának is.”<sup>2</sup> Megoldás lehet a paradigmaváltás a forrásteremtésben, amelynek részét képezheti „a hálapénz kiváltása egy transzparens magán-forrásteremtési konstrukció” révén. A hálapénzzel kapcsolatos elképzelések megvalósítására „a magán-forrásteremtési területek részletes keretrendszerének kidolgozása” ad lehetőséget. Pontosabban

azt kell meghatározni, hogy milyen szolgáltatások tartoznak a magánfinanszírozás területére. Ennek kapcsán sokatmondó megállapítás a tanulmányban, miszerint „a szolidaritási elven működő egészségügyi rendszerek sokkal hatékonyabban működnek, mint a magánfinanszírozásra épülő rendszerek.”

Erre a tanulmányra reagált egy „Reformare necesse est” című közlemény, amely szerint a Tervből és a kormányzat eddigi munkájából a többi között arra sem kaptunk választ, hogy „hogyan viszonyul az egészségpolitika, illetve a közönségi egészségügy a magánforrásokhoz, magánszférához?”<sup>3</sup> Mindenesetre még a hálapénz tételes említése előtt elhangzik az értékválasztás kapcsán a szinte rituálisan kötelező figyelmeztetés a magánforrások bevonásáról, miszerint ez „egy második elkülönült ellátórendszert hoz létre a gazdagabbaknak (üzleti biztosításra épülve), véglegesítve és definitívvé téve az egészségügy kettészakadását.”

Tételesen a hálapénz a közlemény második felének végén jelenik meg azzal a figyelmeztetéssel, miszerint Magyarországon „a köz- és magánforrások aránymegosztása elérte a társadalmilag, etikailag még tolerálható küszöböt.” Ezért kulcskérdés, hogy „hogyan váltható ki a hálapénz legális szolgáltatásvásárlással?” A lényeg mindenesetre az, hogy a legalizált korábbi hálapénzes beteg a szolgáltatást a közszolgáltatóknál vásárolja, hogy a magánfinanszírozás a közszolgáltatók fejlődéséhez járuljon hozzá, javítsa azok munkaerő-megtartó képességét, és „főleg: akadályozza meg az egészségügy kettészakadását.”

Összegzésként megállapítható, hogy az elemzett dokumentumok egyaránt óvatosan nyilatkoznak a hálapénz jövőjéről. A Semmelweis-terv közvetetten csak azt erősíti meg, hogy „a rendszerben megmarad az egységes társadalombiztosítási modell.” A Terv megvalósítását értékelő tanulmány lényegében kimondja, hogy hálapénz ügyben semmi sem történt, de a hálapénzt, mint a magán-forrásteremtés részét kellene kezelni. Végül a második tanulmány a hálapénz legális magánfinanszírozással alakítása kapcsán nyíltan felveti az egészségügy kettészakadásának lehetőségét.

### A kettészakadás mitológiája: orvosi szakmai szolgáltatások

Magyarországon pártpolitikai szempontból (és a demagógia okán is) az egészségpolitikában a legerősebb hívószó a közfinanszírozott rendszer kettészakadásának veszélye szegény- és gazdag-ellátásra. Ennek ellenállni mindent felülíró érték az egészségügyben.

Ha érdemi választ akarunk kapni arra, hogy mi szakadhat ketté, az egészségügyi szolgáltatások szakmai és komfortelemeit kell számításba vennünk. Eltérő arányokban, de változatlan szakmai tartalom mellett a betegeket (fogyasztókat) az ellátás során ugyanis különböző szintű kényelmi szolgáltatásokban (komfortban) részesíthetjük.

A szakmai tartalom szintjeiről lehet ugyan elmélkedni, de az orvosok (és egészségügyi dolgozók) részéről több ezer éve alapvető követelmény, hogy a szolgáltatás szakmai tartalmát a betegség természete, és ne a beteg fizetőképessége határozza meg. Minden hiedelem ellenére ezt a tételt az eredeti Hippokratészi eskü nem tartalmazza, a Corpus Hippocraticum-ban azonban megtalálható.<sup>4</sup> Hazai egyetemeink közül a Semmelweis Egyetem és a Debreceni Egyetem orvosi esküje viszont tételesen is kijelenti, hogy „egyenlő fi-

gyelemmel és gondossággal gyógyítok minden embert.”<sup>5</sup> Ezek után feltételezhetjük, hogy saját személyében az orvos is részt vehet a kettészakításban, de ez elemi támadás a szakma becsületessége és tisztessége ellen, amivel nem érdemes a továbbiakban foglalkozni.

Társadalmi szinten a mindenki számára egyenlő szakmai ellátás hozzáférhetősége nem az egyes orvosok, hanem az egész rendszer problémája és egyben történelmi felelőssége. Ez nem zárja ki az orvos személyes aktivitását, hiszen a vándorló életmód már Hippokratész korában is javíthatta a hozzáférhetőséget. A társadalom általános felelőssége sem újdonság, hiszen már a felvilágosult abszolútizmus korában megjelent az uralkodók kinyilatkoztatásában. Mária Terézia, magyar királynő (1740-1780) szerint „anyai gondoskodásaink közepette... elsőrendű az a törekvésünk, hogy alattvaló népeink egészségét megőrizzük...”<sup>6</sup> A legújabb korban pedig a szélsőbaloldali etalonnak számító 1936-os szovjet alkotmány úgy fogalmazott, hogy az egész dolgozó nép szociális biztonságát a többi között a „tértíztmentes egészségügyi ellátás” garantálja.<sup>7</sup>

A fentieknek nem mond ellent, hogy az elvileg mindenki számára elérhető ellátást a hétköznapi valóság tér- és időbeli korlátok közé szoríthatja. Kiterjedt közösségi közlekedési hálózat mellett a térbeli elérhetőség miatt nem kell kompromisszumot kötni, és végső biztosítékként utazási költségtérítés is alkalmazható. Az elérhetőség időbeli korlátait a nemzetközi gyakorlatban rutinszerűen alkalmazott várólistákkal lehet átlépni. Ezek hosszúsága minden rendszerben (ahol vezetik) pontosan jelzi a szándékok és a rendelkezésre álló források feszültségét.

### Komfort és kettészakadás

Történelmileg a civil egészségügy által nyújtott kényelmi szolgáltatások nem integráns részei az ellátásnak. Járóbeteg körében a szerepük mindig is marginális volt, szemben a fekvőbetegekkel, akiknek az utóbbi másfél évszázadtól eltekintve a komfortot a saját otthonuk biztosította. Ellenérvként hamis történelmi párhuzam volna az ispotályokra hivatkozni, amelyekben a zarándokokat, utazókat és nincsteleneket gondozták. Ezek az intézmények elsődlegesen az otthonuktól szándékosan távol lévő, vagy hajléktalan emberek szociális szükséghelyzetén segítettek. Működtek járványkórházak és elmeorvosintézetek is, amelyek viszont olyan embereket fogadtak be, akiket a társadalom kollektív önvédelme fosztott meg otthoni környezetüktől.

A döntő fordulatot a fekvőbeteg-ellátásban az orvostudomány és a kórháztechnika fejlődése hozta olyan szolgáltatások bevezetésével, amelyeket a beteg otthonában már nem lehetett igénybe venni. Érthető okokból azonban a beteg a kórházban sem akart az otthoni környezeténél alacsonyabb komfort-fokozatba kerülni. Az ispotályos előzmények lefelé nivelláló hamis analógiája viszont jelentősen zavarta ennek az igénynek a társadalmi fogadtatását.

Ezen a ponton a tisztánlátás érdekében célszerű egy rövid kitérőt tenni a vasúti személyszállítás tömegessé válásának időszakára, amely párhuzamosan zajlott a kórházüzem fejlődésével. Dél-Németországban 1843–53 között a vasutat négyféle komfort-fokozatban vehette igénybe a nemesség, a polgári középosztály, az egyszerű városi polgárság és a formálódó munkásosztály (a legutóbbiak állva utaztak). Közel száz éves, sokszínű időszak után a Birodalmi Vasutak 1928. októ-

ber 7-től egységesítette a rendszert. Három osztályt vezettek be: luxus, párnás és fapados elnevezéssel.<sup>8</sup> Nagyot ugorva a történelemben, jelenleg Magyarországon a legszélsősége-sebb szociáldemagógok sem kifogásolják, hogy a MÁV-nál I. és II. osztályra szóló jegyet lehet vásárolni. Az pedig teljesen nyilvánvaló, hogy az alapszolgáltatásban (indulás és érkezés A-városból B-városba) teljes az egyenlőség.

Visszatérve a kórházakra, a XIX. század második felében a hotel-szolgálat alapszintjét a közkórházak jelentették, ahol a legkorszerűbb higiénés szabályok szerint szervezett ellátás a társadalom alsóbb rétegeinek önmagában is hatalmas szintkülönbséget biztosított. Az ispotályos múltra a 20 ágyas kórtermek emlékeztek. Ezzel szemben a magánkórházak a tehetősebb rétegek számára a polgári középrétegtől felfelé kialakított individuális komfortot kínálták (párhuzamosan a szintén terjeszkedő szállodaiparral). Szervesen fejlődő (proletárforradalom nélküli) polgári társadalmakban a természeti gyógy-tényezőkre települő magánklinikák a mai napig megőrizték ezt a történelmi kettősséget.

Fekvőbeteg-hotelkomfort kapcsán feszültségek elsősorban Európa keleti felében, a szociálisan kettészakadt feudálkapitalista társadalmakban jelentkeztek. Nem kellett jelentős erőfeszítés ahhoz, hogy a szélsőbaloldal – az értelmiségellenességet is kihasználva – a társadalom alsóbb rétegeivel azt is elhitesse, hogy orvosi szempontból is silányabb ellátást kapnak.

Magyarországon a mai fogalmaink szerint is korszerű kórházakról az 1876. évi XIV. törvénycikk IX. fejezete rendelkezett. Ennek értelmében a magánkórházak „... csupán oly betegek felvételére köteleztetnek, kikre nézve berendezettek és idegen betegek befogadására, a rögtöni életveszély eseteit kivéve, nem szoríthatók (59.§), továbbá a „magán kórházak és gyógyintézetek ápolási díjait maguk szabják meg és a törvényhatóságnak bejelentik” (61.§). Ugyanezen törvénycikk XIV. fejezetében a jogalkotó arról is gondoskodott, hogy „a vagyontalanok a fürdők és gyógyforrások díjtalan használatában a lehetőség szerint részesíttessenek” (106.§).<sup>9</sup> Ez utóbbi előrelátás történelmileg helyesnek bizonyult, de nem enyhítette a feszültségeket. Az 1919-es Tanácsköztársaság „a gyógyfürdőket, a gyógyforrásokat... valamint a gyógyfürdőkben és üdülőhelyeken lévő gyógyintézeteket (szanatóriumokat), szállodákat és penziókat felszerelésükkel, berendezésükkel, készleteikkel és a gyógy-tényezőkkel együtt” köztulajdonba vette, „hogy azokat elsősorban a gyógyulásra vagy üdülésre szoruló munkások egészségének helyreállítására, illetőleg munkaképességének fokozására használhassa fel”.<sup>10</sup>

A fentieket összefoglalva, ha egy egészségpolitikus arra gondol, hogy „gazdagok és szegények” mentén az orvosok miatt szakad ketté az ellátás, akkor tisztességében és becsületében sérti meg az orvostársadalmat. Ha arra gondol, hogy a közfinanszírozás a tárgyi feltételek relatív hiánya miatt nyújt alacsonyabb színvonalú ellátást, akkor olyan újraelosztást kell kialakítani, amelynek egyensúlyát a társadalom elfogadja, de ehhez nem igényli a hálapénz „spontán” segítségét.

### Vannak hálapénz nélküli rendszerek is

Természetes jelenségnek a köz- és magánfinanszírozás párhuzamos fennállását kell tekintenünk a szabadversenyes kapitalizmustól a modern szociális piacgazdaságig. Ezt az alapelvet csak a szovjet típusú szocialista egészségügyi ellátás utasította vissza a XX. században, a szolgáltató és finanszírozó rend-

szer totális államosításával. Európának a Szovjetunió hatalmi övezetén kívül eső részében a magánfinanszírozás megszákítás nélkül működött együtt a közfinanszírozással, az övezeten belül azonban minden ország kötelezően áttért a szocialista társadalombiztosítás (a továbbiakban TB) rendszerére. Európa szervesen fejlődött részében két nemzetközileg mintaértékű egészségügyi szolgáltató rendszer alakult ki, az egyik Németországban, a másik az Egyesült Királyságban. Mindkét rendszer leírható olyan bonyolult módon, hogy pontosan a lényeg vessz el, vagyis a tőkés piacgazdaságban jól működő egészségügyi köz- és magánfinanszírozás alapfilozófiája.

Németország 1883-tól, vagyis a bismarcki szociális betegbiztosítás hatályba lépésétől „ketté van szakadva” magán- és kötelező közfinanszírozott ellátásra. A vonatkozó jogszabály pontosan rögzíti a kötelezettek körét.<sup>11</sup> A biztosítási kötelezettség azokat terheli, akiknek éves/havi jövedelme nem éri el a német törvényhozás által minden évben meghatározott jövedelmi határt. Ez a határ bérből és fizetésből élők esetében 2013-ra vonatkoztatva 4350,00 Euro/hónap. A kötelező biztosítottak kiegészítő biztosítást is köthetnek bizonyos többletszolgáltatásokra (pl. orvoscserzés a kórházban, elhelyezés 2 ágyas szobákban, fogorvosi kezelés). Ezeket maga a kötelező biztosító szervezet vagy külön üzleti biztosító kínálhatja, de a kettő együttműködése is lehetséges. A német rendszert illetően magyar szempontból azt kell kiemelni, hogy a szolgáltatások fogyasztói (a betegek) tisztában vannak a finanszírozási háttérükkel, és a rendszer hálapénz nélkül is egészen jól működött az utóbbi 130 évben.

Kezdetben (1911-től) az Egyesült Királyság is a német rendszert vette át, de a szociális betegbiztosításban nem alkalmazta a családi elvet. Sok más ok mellett ezért is váltottak át a közfinanszírozásban 1948. július 5-étől a National Health Service-re (NHS). Azóta számos változás történt a rendszerben, pénzügyileg a lényeg azonban változatlan maradt: a szolgáltatások fedezetét adóbevételek adják. Az ellátás állampolgári jogon jár (részletkérdés, hogy külön NHS szervezet működik Angliában, Wales-ben, Skóciában és Észak-Írországban). A párhuzamosan működő magán-szolgáltatásban bárki bármikor igénybe veheti az orvosi ellátást, akár közvetlenül zseb-ből fizetve, akár üzleti biztosítással. Ennek kapcsán azonban az NHS pontosan meghúzza a határt a két rendszer között.<sup>12</sup> Különösen ügyelnek erre a fekvőbeteg-ellátásban, ha maga az NHS szerződik egy magán-szolgáltatóval az ellátás nyújtására. Ilyen esetben a köz- és magánfinanszírozott szolgáltatást térben és időben is elválasztják egymástól. Továbbá, a beteg nem bonthatja meg az NHS szolgáltatási csomagját (pl. katarakta-műtét esetén a beavatkozás egészének része a standard unifocalis lencse, amely helyett magánalapon multifocalis lencse nem kérhető). A világos és tiszta szabályoknak köszönhetően az Egyesült Királyság rendszere is egészen jól működik a magyar hálapénzes gyakorlathoz hasonló segédlet nélkül.

A jelenlegi magyar poszt-szocialista TB egyik mintaértékű rendszerből sem vezethető le. A mindenkire nézve kötelező járulékot adó módjára fizetjük (a munkáltató már ténylegesen is), és az állami tulajdon túlsúlyával lényegében áttérünk az egycsatornás finanszírozásra. Ennyiben tehát az NHS-rez közelít a rendszer. Másfelől – még mindig a biztosításhoz ragaszkodva – hiányzik belőle a „bismarcki szolidaritás”, hacsak azt nem tekintjük annak, hogy a minimálbérből élők szolidárisak a milliárdosokkal, ugyanis az utóbbiakat mentesítik a szabadpiaci üzleti orvosi díjak megfizetése alól.

### Van kiút a posztoszocialista TB-ből?

A magyar TB hálapénz szempontjából releváns történetének ismeretében<sup>13</sup> biztonnával állíthatjuk, hogy az utóbbi 60 évben eddig csak egy kormány volt sikeres a hálapénz elleni küzdelemben. Történt ugyanis 1995-ben, hogy az úgynevezett Bokros-csomagot bevezető kormányhatározat<sup>14</sup> nyomán alkotott jogszabályok közül az ágazati miniszteri rendelet<sup>15</sup> „mellékhatásaként” a fogorvosi ellátásban megszűnt a paraszolvenca. Ezt a hatást a szolgáltatási csomag drasztikus szűkítése eredményezte. A helyzet azóta sem változott, ugyanis a hatályos szabályozás szerint 18–62 éves kor között (egyes kivételektől eltekintve) a mindenkire nézve kötelező TB csak a „sürgősségi ellátásra, fogsebészeti ellátásra, fogkő-eltávolításra és az ínyelváltozások kezelésére” biztosítja a térítésmentességet.<sup>16</sup>

A fogászatban tehát megtörtént az, ami az 1989-es rendszerváltozás óta minden közfinanszírozási javaslatnak viszszerterő eleme, nevezetesen a szolgáltatási „csomag” pontos meghatározása (valójában szűkítése). Kizárhatjuk, hogy ilyen drasztikus lépés a jövőben bekövetkezhetne, hiszen az a posztoszocialista TB-ben a mintaként szolgáló bismarcki rendszer utolsó szolidáris elemének felrúgását jelentené. Az eredeti bismarcki biztosítás szociális koncepciója ugyanis nem a közfinanszírozott szolgáltatásokat szűkíti, hanem a rászorulóknak legkevésbé sem tekinthető „gazdagokat” zárja ki a rendszerből.

Magyarországon az eredeti bismarcki koncepciónak a halvány megemlézése is egyenlő az egészségpolitikai öngyilkossággal, mivel egyet jelent a nemzeti kockázatközösség megbontásával. Természetesen valós érték a teljes nemzeti kockázatközösség, de nem a bismarcki biztosítási rendszerben, hanem az adóbevételekre alapozott NHS-típusú közfinanszírozásban. A magyar rendszerben a kockázatközösséget a munkajövedelmek mellett megjelenő tőkejövedelmek bontották meg az 1990-es évek első felében. Ami azután következett – mellőzve a tételes felsorolást – az valójában egy lehetetlen küldetés erőltetése a tőkejövedelmek és a tőkések bevonására a kötelező szociális biztosításba.

A jelenlegi hálapénztől fertőzött közfinanszírozásban – bár a jelek erre utalnak – nem valós alternatíva az áttérés az NHS-típusú forrásteremtésre. A német rendszerre való visszatérés még nehezebb volna, az ugyanis világos határvonalat húz a „gazdagok” (üzleti biztosítottak) és a „szegények” (szociális biztosítottak) között.

### A TB kontrollált kettészakítása

Teljesen nyilvánvaló, hogy aktív hálapénz-politika hiányában – a „megoldott” fogászati ellátáson kívül – a jövőt különböző közvetett és spontán hatások fogják szabályozni. Ebben a folyamatban a legális magángazdaság (finanszírozás + szolgáltatás) sorsát alapvetően befolyásolja, ha a „gazdagokat nem engedjük ki” a TB-ből.

A szabadpiacon működő magánszolgáltatóknak a betegek nem hálapénzt adnak, de így kétszer fizetnek a szolgáltatásért. Egyszer a TB-ben hagyják az őket megillető fedezetet, másodszer zsebből kifizetik a szolgáltató tarifáját. Ha a fogyasztók (betegek) a köztulajdonú közfinanszírozott ellátáshoz képest érzületben vagy a valóságban is többlet-szolgáltatást kapnak, csekélyebb díjak esetében ezt még képesek elviselni. A skála

igen széles a nőgyógyászati magánrendeléstől a várólista nélküli diagnosztikus vizsgálatokig.

Mai viszonyaink szerint a 100 ezer forintos nagyságrendű tartományban a fizetőképes kereslet drasztikusan csökken. Ezen a területen a komparatív költségek miatt a hálapénzes üzlet nem mozdul ki a közfinanszírozott közszolgáltatásból. Az egyszerűség kedvéért, egy szövődménymentes szülés esetén a magánintézményben szülő nő nem veheti igénybe a TB-ből a HBCs-ben megállapított és öt megillető összeget, így a magánszolgáltatónál kénytelen a lista szerinti teljes árat megfizetni. Tanulságos volt ennek kapcsán a jelenlegi kormányzati ciklusban az otthonaszülés körül lezajlott vita, amely egyértelműen jelezte, hogy az egészségpolitika nem vállalja a hálapénz-rendszer stratégiai kezelését.

A Magyar Közlönyben kihirdetett 2011. évi CLVI. törvény figyelemre méltó módosító rendelkezést tartalmazott az adómentességről a „károk megtérülése, a kockázatok viselése körében.”<sup>17</sup> Az így módosított személyijövedelemadó-törvény szerint a többi között adómentessé válik a „baleset- és betegségbiztosítás díja.”<sup>18</sup> Az üzleti biztosítási szakma azonnal készen állt az értékeléssel.<sup>19</sup> Hangsúlyozták, hogy „az egészségbiztosítás, mint béren kívüli juttatás most valóban előnyös konstrukcióként jelenik meg az ezt igénybe vevő munkáltatók számára, hiszen lehetőség adódik teljesen adó- és járulékmentesen igénybe venni a szolgáltatást.” A biztosítók felkészültek arra is, hogy ne csak finanszírozzák, hanem meg is szervezzék az egészségügyi szolgáltatásokat. Szakszerű helyzetelemzésre utalt a TB-nek címzett vigasztalás, miszerint „a munkáltatói egészségbiztosítás nem jelenti a munkabérek csökkentését, így az egészségbiztosítási alapba befolyó pénzek járulékalapja nem csökken.” Sőt, az is kiderült, hogy üzleti biztosítók a posztoszocialista TB terminológiáját szintén anyanyelvi szinten beszélik, mivel „semmiképpen sem lehet az egészségügyi ellátás kettéválásáról beszélni, még akkor sem, ha lesznek olyanok, akik részesülnek a juttatásban, míg mások nem.” Végül a kormányzatnak címezve a magánbiztosítók hangot adtak a hosszú távú reményeiknek, miszerint „a jelenleg 80–100 milliárd forintosra becsült hálapénzpiac 15, vagy akár 30 százaléka betemelhető a biztosítókon keresztül az egészségügy finanszírozásába”.

A fenti menetrend minden látszat ellenére a TB irányított és kontrollált „kettészakításának” irányát jelezheti. A kötelező biztosítottak elveszítik azt a szuverenitásukat, hogy munkajövedelmük nettó növekményéből szabadon vásárolhassanak a hálapénzes piacon. Másfelől a TB a továbbiakban csak egy adott színvonalon „befagyasztott” bérből és fizetésből kaphat járulékot, mivel a többlet átfolyik a magángazdaságba.

### Határokon átívelő ellátás az Európai Unióban

A hazai magánbiztosítók reményeége valójában „kisipari” nagyságrend az Európai Unióban a közfinanszírozott biztosítási fedezetek „szabad áramlásához” képest. Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve húsz nappal 2011. március 9-e után lépett hatályba a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről.<sup>20</sup> Az irányelv szerint a tagállamok 2013. október 25-éig alkotják meg azokat a törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseket, amelyek szükségesek ahhoz, hogy megfeleljenek az irányelvnek (21. cikk Átültetés, 1. pont).

Jóllehet, a szabályozás körvonalai már 2011 előtt kirajzóldtak, a hálapénzes gyakorlatot érintő hatás fel sem merült

(vagy a szerző nem akarta felvetni) egy 2010-ben megjelent tanulmányban.<sup>21</sup> A fogászati turizmus analógiájára a betegek Magyarországra áramlása volt az elemzés tárgya. A szabad áramlás azonban kétirányú, amely alól az irányelvek alapján csak a tartós ápolási-gondozási szolgáltatások, valamint a szervátültetés céljából történő szervezést és szervhez jutás, továbbá a járványügyi ellátások képeznek kivételt. Az egyik legújabb szakmai-publicisztikai cikk ezért teljesen jogosan utalt arra, hogy „az egyre többféle és egyre hosszabb várólistákkal megbarátkozni képtelen hazai betegek szintén mehetnek külföldre – már ha ehhez elegendő pénzzel rendelkeznek. Az ellátás költségeit ugyan kifizeti az OEP – igaz, hazai árakon! –, ám az utazását, kint tartózkodását már nem”.<sup>22</sup> Tegyük hozzá, hogy akinek van pénze (és nem csillagászati összegekről van szó), annak ez egy reális alternatíva az 5–10 éves hazai várólistákkal szemben.

Külön elemzés tárgya lehetne, hogy a kétirányú betegforgalom nettó egyenlege hogyan alakul, különös tekintettel arra, hogy a Nyugat-Európából hagyományos gyógyturizmuson kívül, egyes szomszédos EU-tagállamok magyarlakta területeiről (Szlovákia, Románia, Horvátország) elsősorban beáramlásra lehet számítani. Hálapénz szempontjából azonban arra kell gondolnunk, hogy a határon túlra a „gazdagok” magukkal vihetik azt a TB-fedezetet, amelyet itthon a magánellátásban nem tudnának igénybe venni. Ez pedig újabb hozzájárulás lesz a társadalom kettészakadásához, jöllehet a dogmatikus egészségpolitikusok majd továbbra is ünneplhetik magukat a TB vívmányainak megőrzése kapcsán.

## Irodalom

1. *A Semmelweis-terv Internet elérhetősége:* <http://www.kormany.hu/download/c/b4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf> (Megtekintve: 2013. július 2)
2. Gaál Péter: *Hogyan tovább? Az egészségügyi rendszer fejlesztésének stratégiai irányai a Semmelweis-terv értelmezési keretében.* IME, az egészségügyi vezetők szaklapja, 2013, XII(3); 9–14.
3. Kincses Gyula: *Reformare necesse est.* IME, az egészségügyi vezetők szaklapja, 2013, XII(5); 11–15.
4. Hippokratés – (kétnyelvű, ógörög-angol kiadás) Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London, England 1992. II. köt. 312–333. o.
5. *A Debreceni, Pécsi, Szegedi, illetve a Semmelweis Egyetem orvosi esküje.* [http://www.szakorvosi.hu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=194:eskue](http://www.szakorvosi.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=194:eskue) (megtekintve: 2013. július 8).
6. Balázs, P. – Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete – Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest-Piliscsaba 2007, 109. o. ISBN 978 963 9276 60 4
7. *A Szovjetunió 1936. évi alkotmánya, X. fejezet: Az állampolgárok alapvető jogai és kötelezettségei, 120.§* <http://www.departments.bucknell.edu/russian/const/1936toc.html> (megtekintve 2013. július 4.)
8. *Chronik der Deutschen.* Weltbild Verlag GmbH. Augsburg, 1996. 3. kiadás, 834. o.
9. *Magyar Királyság, 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről, IX. és XIV. fejezet.* Corpus Juris Hungarici (CD-ROM) KJK Kerszöv, Budapest, 2000. január 1.
10. *A Forradalmi Kormányzótanács LXIII. számú rendelete a gyógyfürdők, gyógyforrások stb. köztulajdonba vételéről.* Corpus Juris Hungarici (CD-ROM) KJK Kerszöv, Budapest, 2000. január 1.
11. *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) II. fejezet, I. cím, 5.§.* [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_5.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_5.html) (megtekintve: 2013. július 3.)
12. *West Midlands Strategic Commissioning Group: Defining the boundaries between NHS and private healthcare.* [http://www.wmsc.nhs.uk/uploaded\\_media/WM13%20policy%20-%20Defining%20the%20boundaries%20between%20NHS%20and%20private%20care.pdf](http://www.wmsc.nhs.uk/uploaded_media/WM13%20policy%20-%20Defining%20the%20boundaries%20between%20NHS%20and%20private%20care.pdf) (megtekintve 2013. július 3.)
13. Balázs, P. – *Hálapénz: történelmi megalkuvás a magyar egészségügyben – Egészség-ügyi Gazdasági Szemle 2004, 42, (különszám), 34–43.*
14. 1023/1995 (III. 22.) Kormányhatározat a gazdasági stabilitást szolgáló 1995. Évi kiigazító intézkedésekről.
15. 21/1995 (VI. 17.) NM rendelet a biztosítottak által térítésmentesen igénybe vehető fogorvosi ellátásokról.
16. 1997. évi LXXXIII. Törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, Fogászati ellátás 12.§.
17. Magyar Közlöny, 2011. november 29. 140. szám. 2011. évi CLVI. tv. Egyes adótörvények és azzal összefüggő egyéb törvények módosításáról, 1. sz. melléklet 5. pontja az Szja tv. 1. számú mellékletének 6.3. alpontja helyébe lépő rendelkezésről.
18. 1995. évi CXVII tv. A személyi jövedelemadóról, 1. sz. melléklet, az adómentes jövedelmekről, 6.3. alpont.
19. *Piac-profit.hu: Egészségbiztosítás, Cafeteria 2012: Újdonság, amit kérhetünk a munkáltatótól.* 2011. március 07. 14.04.h. [http://www.piacprofit.hu/kkv\\_cegblog/caferteria\\_2012\\_ujdonsag\\_amit\\_kerhetunk\\_a\\_munkaltatotal.html](http://www.piacprofit.hu/kkv_cegblog/caferteria_2012_ujdonsag_amit_kerhetunk_a_munkaltatotal.html) (megtekintve: 2013. július 7.)
20. *Az Európai Unió hivatalos lapja.* <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:HU:PDF> (megtekintve 2013. július 7.)
21. Kincses Gy.: *A határon átnyúló egészségügyi ellátás perspektívái.* Turizmus Bulletin 2010; XIV(4) :69–72.
22. Horváth J.: *Új szabályokat hoz a betegek szabad áramlása.* Medical Online, 2013, április 22. 05.42 h. [http://www.medicalonline.hu/eu\\_gazdasag/cikk/egeszsegugy\\_konnyites\\_keszul\\_a\\_hataron\\_tuli\\_magyaroknak](http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/egeszsegugy_konnyites_keszul_a_hataron_tuli_magyaroknak) (megtekintve 2013. július 7.)

A szerző a Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet helyettes igazgatója.

# A határon átnyúló egészségügyi ellátás tapasztalatai és aktuális helyzete az esztergomi Vaszary Kolos Kórházban

A határon átnyúló egészségügyi ellátás megvalósítása az idei évben válik igazán aktuálissá, ugyanis ez év október 25-éig meg kell teremteni a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó uniós irányelv hazai bevezetésének feltételeit. Az irányelvet az Európai Parlament és Tanács 2011. március 9-én fogadta el. Az uniós irányelv elsődleges célja a várólisták csökkentése és a világos jogi alap megteremtése a külföldi ellátásokhoz. Az irányelv szerint az uniós állampolgár igénybe vehet egészségügyi ellátást más tagállamokban saját biztosítása terhére. A biztosítás helye szerinti tagállamnak azonban csak olyan mértékben kell megtérítenie a külföldi ellátás költségét, amennyibe az otthon is kerülne. Az irányelv egyik lényeges eleme, hogy nemzeti kapcsolattartó pontokat kell a tagállamoknak létrehozniuk a betegek tájékoztatása céljából. A Vaszary Kolos Kórház (továbbiakban Kórház) már 2004 óta törekszik a határon átnyúló egészségügyi ellátás kialakítására, biztosítására, valamint bővítésére és fejlesztésére a fekvőbeteg-ellátásban. Hosszas tárgyalásokat követően 2009. október 16-án a Kórháznak sikerült szerződést kötni a szlovák Dôvera magánbiztosítóval (továbbiakban Biztosító). A továbbiakban ennek előzményeit, a szerződés lényeges elemeit, a megvalósítás lépéseit, az elért eredményeket, valamint a jövőre vonatkozó irányelveket mutatjuk be.

## ■ Lugosi Krisztina

### Az egészségügyi együttműködés kialakulásának előzményei

Az együttműködéshez nagyban hozzájárult a földrajzi, történelmi háttér, a kedvező lakossági hozzáállás a Duna mindkét oldalán, a közös történelmi gyökerek, valamint az új Mária Valéria híd átadásával a Duna összetartó hatása. A népesség jelentős része érti és beszéli a magyar nyelvet, ami az orvosi ellátás elfogadása szempontjából jelentős. Szerepet játszott az Ister Granum eurorégió kialakulása, (az Ister Granum eurorégiót 2009. május 14-től EGTC-együttműködés váltotta fel) valamint az, hogy Štúrovo az ellátási terület szélén helyezkedett el, mely fejlesztési és szervezési nehézségeket jelentett.

Az együttműködést segítették továbbá az uniós elképzelések és olyan nyugati minták, mint a Benelux-államok, Svájc és Franciaország, ahol már kialakultak a határ menti együttműködések. Ezen kívül a Lisszaboni Szerződés támogatja az Unió tagállamai közötti együttműködést.

Az együttműködést azonban elsősorban az idézte elő, hogy egészségügyi ellátási problémák jelentkeztek a szlovákiai Štúrovo környékén. A környékhez 23 település tartozik, a lakosság száma több mint 30.000. A háziorvosi ellátás körzetesített, a sürgősségi ellátás orvossal ellátott mentőgépkocsival

lehetséges. A fekvőbeteg-ellátás Szlovákiában 55–70 km-re érhető el Štúrovótól, miközben az esztergomi kórház a hídon keresztül mindössze 5 km-re található. A járóbeteg-ellátás központja a Štúrovoi Poliklinika volt, melynek több éves kapcsolata volt az esztergomi kórházzal, tehát minden körülmény adott volt az együttműködés létrehozásához.

Hozzájárultak továbbá az együttműködéshez az esztergomi Kórházban lévő problémák és lehetőségek. Az esztergomi intézmény hasonlóan excentrikus központot jelent, távolsága a megyeszékhelytől valamint a fővárostól 50 km. A kórház 24 település közel 100 000 lakosának nyújt ellátást a belgyógyászat, a kardiológia, a sebészet, a traumatológia, a szülészet-nőgyógyászat, a reumatológia, a fül-orr-gégészet, a szemészet, az intenzív ellátás, a gasztroenterológia, a nephrológia, a krónikus pszichiátria, a pszichiátria valamint a mozgásszervi rehabilitáció területén, mind fekvő-, mind pedig járóbeteg-ellátás tekintetében. Ezen kívül kiterjesztett ellátotti körrel rendelkezik a neurológia és a hospice ellátás. Az újonnan, 2012. július 1-jétől létrejött krónikus belgyógyászati ellátási területe 4 településre terjed ki, az ellátandó lakosságszám 35 ezer fő. Az intézményben jól felkészült szakorvosi gárda dolgozik (megyei szakfelügyeleti és szakkollégiumi tagok), a kórházban több szakmai területen II. progresszivitási szintű betegellátás folyik (kardiológia, gasztroenterológia, reuma-



tológia, sebészet, neurológia, szemészet). 368 aktív ágygal és 105 krónikus ágygal rendelkezik a Kórház. A szakrendelők és ambulanciák száma 47, hozzá 7 gondozó és 6 diagnosztikai egység tartozik.

Az ismertség és a magas szakmai színvonal következményeként jelentős a területen kívül betegek ellátása is. Intézményünk folyamatos aktív fekvőbeteg-ellátást biztosít, működési pályázat útján megvalósított SO2 szintű sürgősségi ellátást. Az SO2 beindításának dátuma 2012. július 1. volt. Kiemelkedő szintű diagnosztikai háttérrel rendelkezik (RTG, UH, CT, Patológia-Citológia, Laboratórium, Transzfúziológia). Valamennyi szakmacsoportban működtet járóbeteg-szakellátást.

Kihasztnalatlan kapacitással rendelkezik több területen is, az ágykihasználtság mutatója 80%.

Az előzők alapján azt lehet mondani, hogy a Kórház felkészült a határon átnyúló egészségügyi ellátás megvalósítására, bővítésére és fejlesztésére.

### **A szerződés megkötése, lényeges elemei**

2009 elejétől megindultak a szerződési egyeztető tárgyalások a Kórház és a Dóvera biztosító között, majd 2009. október 16-án a szerződés aláírásra került, és november 1-jétől lépett hatályba. Jelenleg kizárólag 24 órát meghaladó, megszakítás nélküli fekvőbeteg-ellátásra vonatkozik a szerződés

#### *A szerződés kiemelten fontos elemei a következők:*

- A szerződés melléklete rögzíti azon kórházi osztályokat, melyeken a Dóvera-s biztosított beteg egészségügyi ellátást vehet igénybe. Minden egyes résztvevő osztály esetében az ellátás ára rögzítésre került euróban. Ezt az árat hospitalizációs átalánynak nevezzük. A Biztosító a hospitalizációs árjegyzék alapján téríti meg a Kórháznak a biztosított indokolt ellátását. Tehát a hospitalizációs átalány az adott osztályra vonatkozóan lett megállapítva, nem pedig egy adott beavatkozásra vagy diagnózisra. A hospitalizációs átalány magában foglalja az összes olyan egészségügyi ellátásért járó térítést, amelyet a Kórház a biztosított részére nyújtott, valamint az összes költséget, amelyek a Kórháznál felmerültek a biztosított részére nyújtott egészségügyi ellátás során, beleértve az ellátás befejeztét követően végzett kontrollvizsgálatok költségeit.
- A hospitalizációs átalány azonban nem tartalmazza ortopédia esetén a protéziseket, szemészet esetén a prémium lencsét, illetve a szteneket. A szerződés külön melléklete tartalmazza az előzők anyagköltségét, mely a hospitalizációs átalányon felül kerül megfizetésre. Az átalány továbbá nem tartalmazza az akut dialízis költségeit sem, mely szintén külön ár alapján kerül elvégzésre.
- Betegek tervezett egészségügyi ellátására kizárólag a Biztosító előzetes hozzájárulásával van lehetőség. A Kórház azon nap során vehet fel biztosítottat hospitalizációra tervezett egészségügyi ellátás céljából, amelyet a Biztosító a hozzájárulásában meghatározott, vagy azt követően bármikor. Amennyiben a Biztosító ilyen napot nem határozott meg a hozzájárulásában, akkor leghamarabb a jóváhagyás napján vehető fel a beteg.
- Az előzetes hozzájárulás alól kivételt képez az akut egészségügyi ellátás. A Kórház biztosítottat haladéktalan egészségügyi ellátás céljából a Biztosító előzetes hozzájárulása nélkül is felvehet, ennek tényét azonban köteles a bejelen-

tő programon keresztül legkésőbb a hospitalizáció megkezdését követő első munkanapon jelenteni a Biztosítónak.

- Az egészségügyi ellátás lejelentése a Biztosító által rendelkezésre bocsátott hospiCom programon keresztül történik. A Kórház köteles a programon keresztül jelenteni a beteg ellátásának megkezdését és befejezését.
- Az ellátás befejeztét követően a Kórház köteles zárójelentést készíteni, melynek tartalmaznia kell
  1. azon gyógyszerek jegyzékét, amelyeket a Kórház a betegnek az ellátás során adott
  2. azon gyógyszerek jegyzékét, amelyeket felírni javasol
  3. az orvosok nevét, akik a gyógyszerek előírását javasolták
- A Kórház a tárgyhót követő hó 10. napjáig elkészíti a jelentést és kiállítja a számlát a tárgyhóban nyújtott egészségügyi ellátásokról. A számla 30 napos fizetési határidőre és euróban kerül kiállításra (devizaszámla nyitási kötelezettséget vont maga után).
- A Biztosító előzetes bejelentés nélkül bármikor jogosult ellenőrzést folytatni a Kórháznál. Az ellenőrzési tevékenység kiterjedhet:
  - Az eszközök felhasználásának célszerűségére, hatékonyságára és gazdaságosságára.
  - Az egészségügyi ellátás nyújtásának mértékére és minőségére.
  - A szerződés feltételeinek betartására.

Ez időig ellenőrzésre a Biztosító részéről nem került sor.

### **A megvalósítás lépései a Kórházban**

A megvalósítás első lépéseként a személyzeti feltételek kialakítására volt szükség. Felvételre került egy szlovák nyelvtudású munkatárs, akinek feladata lett a Biztosítóval való kapcsolattartás, az adminisztrációval kapcsolatos feladatok elvégzése, fordítási tevékenység, marketing-tevékenység, valamint a határon túli házi orvosokkal és szakorvosokkal való kapcsolattartás. Mindeközben a Kórházban kialakításra került a Központi Betegfelvételi Iroda, ahová szintén felvételre került egy szlovák nyelvtudású munkatárs, akinek feladata a jelentések elkészítésében való aktív közreműködés. Szükség volt a megvalósítás során a betegfogadáshoz elengedhetetlen informatikai háttér biztosítására, a beteg-beutalások rendjének a kialakítására, valamint a szakmai feltételek egyeztetésére a szlovákiai betegellátókkal.

### **Eredmények**

Az eredmények, melyeket a Kórház az elmúlt több mint 3 év alatt elért a határon átnyúló egészségügyi ellátással kapcsolatban, a következőképpen foglalhatók össze.

A Dóvera-s ellátottak száma a 2010. évi 36 főről 2011. évre 56 főre, 2012. évre pedig már 111 főre, azaz több mint a háromszorosára növekedett. A betegek elsősorban továbbra is a Szemészet (szürkehályog-műtét), a Sebészet, a Traumatológia és a Belgyógyászati osztály szolgáltatásait veszik igénybe.

A Dóvera-s betegellátásból származó bevétel meghaladta azt az összeget, melyet az OEP-től kapott volna a Kórház ugyanezen betegeikért. Ezen ellátásból származó bevétel a tavalyi évben meghaladta a 17 millió Ft-ot.

A kedvező bevételi adatok rámutatnak arra, hogy a jelenleginél lényegesen több beteget lásson el a Kórház a határon túlról. Az ágykihasználtság mutatószámai is egyértelműen jelzik, hogy van még kihasználatlan kapacitás, melyet a TVK miatt kizárólag

fizetőbeteg-ellátással lehet kihasználni. A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokért járó pluszbevételek ma már a meglévő szerződéses viszony alapján biztos pluszforrást jelentenek a Kórháznak. A cél tehát a betegforgalom további növelése.

A betegforgalom növelésének ösztönzése céljából 2012. január 1-jétől bevezetésre került a Kórházban az ellátó osztályok részére egy érdekeltségi rendszer, mely szerint az ellátó osztály számára visszaforgatásra kerül Erzsébet-utalvány formájában negyedévente a Dövera-s betegért járó finanszírozás 5%-a. Abban az esetben, ha az adott osztálynál a Dövera-s beteg-esetszám az évi 20 főt meghaladja, úgy az ezen ellátásért járó finanszírozás 8%-a kerül visszaforgatásra. Továbbá, mivel a Kórházban már 2008 óta keretgazdálkodás folyik, így a Dövera-s beteg érdekében felmerült, igazoltan felhasznált gyógyszer-szakmai anyag pótkeret formájában visszatérítésre kerül az adott osztály számára.

A betegforgalom növelésének további feltétele a marketing-tevékenység kiterjesztése a határon túlra, kapcsolatépítés a határon túli háziorvosokkal, szakorvosokkal, szórólapok terjesztése, bemutató rendezvények szervezése.

### **A betegellátás fejlesztésének irányvonalai**

A határon átnyúló betegellátás fejlesztésének a jövőre vonatkozóan elsődlegesen a mentők határokon való átjárási feltételeinek biztosítására kell irányulniuk. Nem kevésbé fontos terület a telediagnosztikai lehetőségek kialakítása, a közös beutalási rend és dokumentáció létrehozása.

A Kórházban a határon átnyúló ellátás fejlesztésének egyik fő iránya a szerződés kibővítése a járóbeteg-ellátásra, elsősorban a diagnosztikai szolgáltatásokra.

### **A határon átnyúló egészségügyi ellátással összefüggő problémák**

A határon átnyúló egészségügyi ellátással kapcsolatban azonban nemcsak előnyök és lehetőségek járnak, hanem néhány esetben problémák merülnek fel, elsősorban a következő kérdések vonatkozásában.

1. Születéssel kapcsolatos kérdések.
2. Elhalálozással, temetkezéssel kapcsolatos kérdések.
3. Az abortusz elvégezhetőségének kérdései.
4. Nem teljes mértékben tisztázott a panaszügyek esetében a jogi háttér.

A Kórház esetében a nagy kérdés a jövő vonatkozásában, hogy hogyan tovább? A szerződés lejáratí ideje 2013. szeptember 30. A Kórház szeretné a szerződést meghosszabbítani, és további ellátásokkal, osztályokkal bővíteni, hisz egy biztos plusz bevételi forrást jelent. A szerződés meghosszabbítása azonban nagyban függ az uniós irányelv hazai bevezetésének gyakorlatától, illetve a szlovákiai magánbiztosítók helyzetétől, esetleges államosításától.

---

*A szerző gazdasági igazgató, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom*

# A Clostridium difficile fertőzések költsége magyarországi kórházakban

A *C. difficile* (CD) az antibiotikum-használattal összefüggő hasmenések leggyakoribb kórokozója, a baktérium az összes, antibiotikum-használattal összefüggésben kialakuló hasmenés mintegy 25%-áért tehető felelőssé. Az okozott tünetek az enyhe hasmenéstől a hasi fájdalommal, lázzal vagy fehérvérsejtszám-növekedéssel járó súlyos betegségig terjedhetnek. A súlyos megbetegedések jellegzetes megjelenési formája a pseudomembranosus colitis (PMC), ennek szövődménye lehet a toxikus megacolon, melyhez a vastagbél átfűródása, szepszis társulhat, jelentős halálozással. A CD-fertőzés (CDI), a jelentős megbetegedési és halálozási következmények miatt napjainkban prioritásként kezelt népegészségügyi kérdés a fejlett országokban.

■ Kopcsóné Németh Irén<sup>a</sup>, Kertész Adrienne<sup>b</sup>, Strbák Bálint<sup>c</sup>, Gulácsi László<sup>d</sup>

**A** CDI incidenciája jelentősen nőtt a 90-es évek második felétől napjainkig. 2005-ben az European Study Group for Clostridium difficile (ESGCD) egy két hónap időtartamú surveillance-t folytatott 14 európai ország 38 kórházának részvételével [1]. A kórházi infekciókat vizsgálták. Az átlagos CDI-incidencia  $2,45 \pm 1,8$  eset/10 000 beteg-nap volt. 2008-ban 34 európai ország részvételével végzett kórházi vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy kontinensünkön a nozokomiális CD-infekciós esetek körében a 014/020 (16%), a 001 (9%) és a 078 PCR-ribotípus (8%) a leggyakoribb, míg a hipervirulens 027 ribotípus prevalenciája 5%. Az incidenciája súlyozott átlaga 4,1 CDI-eset/10 000 ápolási nap/kórház volt (értéktartomány: 0,0–36,3) [2]. A CD-infekcióval kapcsolatos hospitalizáció az Egyesült Államokban 5,5/10 000 lakos volt 2000-ben, amely érték 11,2/10 000 lakosra módosult 2005-re [3]. Zilberberg és mtsai. tanulmányukban arról számolnak be, hogy a CDI miatti hospitalizáció az Egyesült Államokban 2000 (5,5 hospitalizáció CDI miatt/10 000 lakos) és 2005 között (11,2 hospitalizáció CDI miatt / 10 000 lakos) megduplázódott [4].

A betegek 20%-a esetén fordul elő rekurrencia metronidazol- vagy vancomycin-terápia után. Ez az arány 47%-ig is emelkedhet járvány esetén, és 40%–60% azoknál a betegeknél, akiknél már megelőzően egy rekurrencia előfordult.

## Magyarországi helyzet

Magyarországi epidemiológiáról az európai esetdefiníciók alapján történő jelentési kötelezettség bevezetése óta pontosabb információk állnak rendelkezésre. A Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszerbe (NNSR) 2011-ben összesen 1798 beteg 1803 egészségügyi ellátással összefüggő Clostridium difficile fertőzés esetét jelentette be 69 fekvőbeteg-ellátó intézmény. A jelentő kórházak betegforgalma az

Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2011. évi „Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás” szerint az összes kibocsájtott beteg 82,1%-át tette ki. Az átlagos esetszám intézményenként 26,1 volt, CDI-incidencia: 8,81/10 000 kibocsájtott beteg, a CDI-incidencia sűrűség: 12,1/100 000 ápolási nap. Az egyes intézmények között jelentősen eltértek a CDI-incidenciák: az értékek a 0,2–44,0 fertőzés/10 000 kibocsájtott beteg (percentilisek: P25=1,7; P50=4,5; P75=12,7), és 0,4–53,2 fertőzés/100 000 ápolási nap (P25=2,0; P50=5,0; P75=15,2) tartományban mozogtak [5]. Az OEK Kórházi Járványügyi osztálya szóbeli közlése alapján 2012-ben 84 fekvőbeteg-intézmény jelentett eseteket, és a CDI-incidencia a 2011. évhez viszonyítva több mint megduplázódott [6]. Ugyan a jelentő intézmények száma bővült, a fertőzés hazai előfordulási gyakorisága feltehetően így is alulbecsült, különös tekintettel arra, hogy a recidív esetek jelenleg nem bejelentendők. Nemzetközi vizsgálatok eredményei alapján becslülve hazánkban 7000 CD-fertőzéssel számolhatunk évente.

## Nemzetközi kitekintés: a CDI költsége és egészség-gazdaságtani elemzések

A *C. difficile* betegségterhe jelentős. Ghantoui és mtsai. a 1980. január 1. és a 2009. április 15. közötti egészség-gazdaságtani publikációk terén végeztek szisztematikus folyóirat-keresést, amelynek eredményeként 13 releváns publikációt (Egyesült Államok, Kanada, Írország, Egyesült Királyság) azonosítottak. Az elsődleges CDI által okozott növekményi költség a nem Egyesült Államokbeli publikációkban 5243 és 8570 US dollár között van, a rekurrenciák növekményi költsége pedig 13 665 US dollár a rekurrenciák esetén. Az indirekt költségekre egyik kutatás sem tért ki [7]. A nem Egyesült Államokbeli költségvizsgálatok eredményei Európában jobban transzferálhatók.

McGlone és mtsai. eredményei szerint medián költségek \$9179–\$11 456 között vannak a kórházi szemszögből, \$8932–\$11 679 között a finanszírozó szempontjából és \$13 310–\$16 464 között a társadalom szempontjából. A költségek legnagyobb része az elsődleges CD-fertőzés miatt következik be [8]. Wiegand és mtsai. szisztematikus áttekintése (1138 publikáció és konferencia-absztrakt) szerint 2010-es árakon számolva a CDI növekményi költsége £4577 (Írország) és £8 8943 (Németország) között ingadozott. A kórházi napok száma 16 és 37 között ingadozott. A szerzők jelentős 30 napos CD-infekcióval összefüggő mortalitást: 2,8–29,8%-ot írtak le a különböző országokban. A mortalitás meredeken nőtt 1998–2007 között minden országban. A mortalitás 2007-től csökkent az Egyesült Királyságban [9]. A C. difficile terápiák költség-hatékonyságáról, peer reviewed angol nyelvű folyóiratban keresve, Craig és mtsai szerint nem áll rendelkezésre egyetlen publikáció sem [10]. A 2012. áprilisig tartó időszakot lefedő szisztematikus irodalomkeresésünk alapján egy módszertanilag jó minőségű, kanadai tanulmány vizsgálta a vancomycin-kezelés költséghasznosságát metronidazollal szemben, súlyos (legalább napi 10 székletürítés, súlyos hasi fájdalom, fehérvérsejtszám >20 000 mm<sup>3</sup>) C.difficile fertőzésben, 50 napos időtávon; más egészség-gazdaságtani elemzés nem áll rendelkezésre [11]. Csak a direkt költségeket vették figyelembe, így alapesetben a vancomycin első választandó szerként való alkalmazása a metronidazollal szemben 1160 kanadai dollár/gyógyult eset növekményi költséggel jár (2010-es értéken). Az érzékenységi vizsgálat alapján a rövidebb kórházi kezelés és a súlyos szövődmények elkerülése meghatározó tényező, kedvező scenárió esetén akár nettó költségmegtakarítás is elérhető. Alapesetben a növekményi költség-hatékonysági ráta (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) CAN\$1161/gyógyulás, azaz a vancomycin (a metronidazollal szemben) első választandó szerként való alkalmazásával elért minden egyes klinikai gyógyulás \$1161 kanadai dollárba került az egészségügyi ellátórendszernek. Hipervirulens törzsek esetén az ICER eléri CAN\$ 2413/gyógyult eset értéket (magasabb dózis, nagyobb arányban kezdenek a betegeknél vancomycinnel). Az ICER csökkent, ha a kórházban generikus vénás vancomycint alkalmaztak per os a kapszula helyett, és akkor is, ha rövidebb kórházi ápolással számoltak vancomycin kezelés sikeressége esetén. Ha a terápia hatástalansága esetén 33% szövődménnyel számoltak, akkor a vancomycin-kezelés, mint első választandó terápia nettó költség-megtakarítást hozott.

Az elsőként választott vancomycin-terápia költségvetési hatás-elemzése országos szinten CAN\$734 826 többletköltséget mutatott a kórházaknak, a lakossági gyógyszerkasszáján pedig CAN\$398 454 költségnövekedést adott.

### Kutatási cél

Költségszámításunk célja a CD-fertőzés kórházi inkrementális költségterhének elemzése. Különös tekintettel azokra a súlyos esetekre, amikor a CD-fertőzés már egy betegnél háromszor vagy ennél többször jelentkezett (második illetve ennél többszöri rekurrencia).

### Módszer

Retrospektív vizsgálatot végeztünk 2011-re vonatkozóan két budapesti kórház<sup>1</sup> részvételével. A vizsgálat során olyan 18 év

feletti CD-infekcióban szenvedő betegek dokumentációját tekintettük át, akik 2011-ben CDI miatt kerültek kórházi felvételre, illetve a CD-infekciót a bennfekvés alatt diagnosztizálták. A CD-infekcióban szenvedő betegek dokumentációinak kiválogatása a naptári évben visszafelé haladva történt, ezen a módon 151 CD-infekcióban szenvedő beteg dokumentációját válogattunk be, és a kérdőívek 2011-ben befejezett kórházi epizódok esetén kerültek kitöltésre. Többszöri felvétel esetén betétlapok alkalmazásával a CD-infekcióban szenvedő betegek egyes kórházi epizódjai külön kerültek rögzítésre és elemzésre. Az izolációra vonatkozó költségszámítás során az osztályokon az intézményi minőségügyi rendszer izolációs óvórendszabályokra vonatkozó részletes eljárásrendjét alapul véve kalkuláltuk az izoláció során felhasznált források mennyiségét és költségét. Ahol pontos adat nem állt rendelkezésre, abban az esetben szakértői becslést alkalmaztunk. Azokban az esetekben, amikor azonos céllal többféle eljárás is alkalmazásra került, a költségek átlagaival számoltunk.

### Retrospektív felmérés: demográfiai adatok, igénybe vett ellátások, betegség-jellemzők

Felmérésünk során a CD-infekcióban szenvedő betegek demográfiai adataira, kórházi felvételére, betegség súlyosságára, korábbi felvételekre, kórházi ellátásra, terápiájára, a kezelést befolyásoló tényezőkre, az elvégzett vizsgálatokra, valamint a CD-infekcióban szenvedő beteg kezelés utáni státuszára vonatkozó adatokat gyűjtöttük.

### Izoláció menetére és költségére vonatkozó felmérés

A CDI ellátáshoz kapcsolódó izolációs eljárásokra vonatkozó költségszámítás során megkülönböztettünk intenzív terápiás (ITO) és belgyógyászati jellegű osztályokat<sup>III</sup>. Sebészeti osztályokra vonatkozóan nem álltak rendelkezésünkre költségszámítások, ezért a sebészeti osztályok esetén a belgyógyászati és az intenzív terápiás osztályok költségeinek átlagával számoltunk. Az osztályokon az izolációra vonatkozóan a standard, illetve a CDI-esetében is alkalmazandó kontaktizolációs<sup>IV</sup> eljárásrendeket tekintettük mérvadónak. Az izolációs protokollokhoz szükséges beavatkozások volumene és időkölsége, illetve a szükséges anyagok mennyisége szakértői becsléseken alapultak. A kérdések a kézhigiénére (kézfertőtlenítés gyakorisága), a védőeszközökre (felhasznált védőkesztyűk, védőköpenyek, maszkok száma), a környezeti intézkedésekre (a kritikus felületek fertőtlenítése egészségügyi személyzet által, illetve a napi folyamatos fertőtlenítő takarítás gyakorisága, zárófertőtlenítés) valamint az egyéb felmerülő tevékenységekre (pelenkaigény, ágyfertőtlenítés, mosatás gyakorisága) vonatkoztak. A gyakoriságok egy CD-infekcióban szenvedő beteg egy napjára vonatkoztak, a felhasznált eszközökhöz és tevékenységekhez költségeket is rendeltünk. A gyakoriságok alapján határoztuk meg, hogy egy nap alatt hány ápolási esemény, illetve beavatkozás történt.

### Költségszámítás

A költségszámítás során meghatároztuk egy átlagos CD-infekcióban szenvedő beteg átlagos benntartózkodásának költségét 2011-re vonatkozóan (átlagosan 1,4 kórházi felvétel/beteg/év), illetve egy átlagepizód költségét. A költségszámítást kórházi nézőpontból végeztük. A retrospektív felmérés alapján meghatároztuk, hogy a CD-infekcióban szenvedő betegek átlagosan hány napot töltöttek izolálva. Többszöri felvétel esetén

az izolációban töltött napokat összegeztük. A háromszor vagy annál többször felvett CD-infekcióban szenvedő betegekre külön is számoltuk az átlagos bennfekvés idejét. Az izoláció során felhasznált anyagok egységárát az izoláció menetére vonatkozó felmérés tartalmazta, a hiányzó értékeket fogyasztói áron számoltuk (1. táblázat). Osztálytípusonként kiszámítottuk a standard izoláció, illetve a CDI miatt alkalmazott kontaktizoláció költségeit, és a kettő különbsége adta a CDI-beteg ellátása során keletkező plusz- (növekményi) költséget.

A gyógyszerköltségek meghatározásánál az OEP érvényes publikus gyógyszer-törzsből<sup>V</sup> az adott hatóanyag forgalomban lévő és legkedvezőbb egységárú készítményével számoltunk (2. táblázat). Ha az OEP-törzsből nem szerepelt az adott készítmény, akkor gyógyszer-tári árlistából kerestük ki. Az elévített vizsgálatok pontértékei a 2013. január 1-jétől hatályos OEP törzslistából<sup>VI</sup> származnak. A pontok értékét a 2013 januárjában érvényes aktuális pontértékkel<sup>VII</sup>, 1,5 Ft-tal számoltuk. A hasi CT-vizsgálat esetén a legolcsóbb – 34450 OENO kódú Teljes has CT-vizsgálata natív – vizsgálattal számoltunk (2. táblázat). A költségszámítás részletes leírása Strbák (2013) tartalmazza [12].

## Eredmények

### Demográfiai adatok, főbb klinikai jellemzők

Összesen 151 CD-infekcióban szenvedő beteg (88 nő és 63 férfi) dokumentációját vizsgáltuk. Az átlagéletkor 71,4 (SD=15,20) év, átlagos testsúly 68,9 (SD=16,23) kg volt. A CD-infekcióban szenvedő betegek átlagosan 18,8 (SD=24,25) km-re laktak attól a kórháztól, ahol kezelték őket. A betegeket átlagosan 1,4 (SD=0,70) alkalommal vették fel CDI miatt, 105 (69,54%) főt egyszer, 36 (23,84%) főt kétszer, 7 (4,64%) főt háromszor, 2 (1,32%) főt négyszer, 1 (0,66%) főt ötször. Az 1. felvételkor a 151 beteg közül 62 (41%) fő enyhe, 62 (41%) fő közepes, 18 (12%) fő súlyos, 9 (6%) fő életveszélyes állapotban került felvételre. 46 CD-infekcióban szenvedő beteg esetén

### 1. táblázat. Higiénés költségek

Megnevezés	Egységár, bruttó Ft
<b>Kézhygiéné</b>	
Kézfertőtlenítés ITO (gél)	8,59
Kézfertőtlenítés nem-ITO (gél)	5,12
Kézmosás ITO (fertőtlenítő folyékony szappan)	9,79
Kézmosás nem-ITO (fertőtlenítő folyékony szappan)	4,74
Kéztörölő papír	2,42
<b>Védőeszközök</b>	
Védőköpeny	35,70
Kabát	165,1
Vizsgálókesztyű	8,89
<b>Humán erőforrás</b>	
Nővér bérköltsége (1 perc vonatkozóan)	23,64
<b>Környezeti intézkedések</b>	
Napi folyamatos fertőtlenítő takarítás	425
Vizes oldattal nem fertőtleníthető kritikus felületek fertőtlenítő tisztítása szárazkendős rendszerrel	33,02
Vízreisztem kritikus felületek fertőtlenítése fertőtlenítő kendővel	16,1
Sporocid fertőtlenítés kendővel	139,7
Zárfertőtlenítés lemosással	625
H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> -dal történő hidegkódos zárfertőtlenítés	3250
Textília és ágynemű mosatási költsége	1223
Matrac, párna, takaró fertőtlenítése zárfertőtlenítéssel párhuzamosan	2928
Pelenka, L	105
Pelenka, M	91,44

másodszori felvétel is történt, közülük 16 (35%) fő enyhe, 20 (43%) fő közepes, 10 (22%) fő súlyos állapotú volt. 3. felvétele 10 betegnek volt, közülük 6 fő enyhe, 3 fő közepes, 1 fő súlyos állapotban került felvételre. 3 CD-infekcióban szenvedő betegnek 4. felvétele is volt, mindhárman enyhe állapotban voltak. 5. felvétele csak 1 betegnek volt, enyhe állapotban került felvételre. Az 1. felvételkor enyhe állapotban felvettek (62 fő) közül 5 (8,1%) fő hunyt el, a közepes állapotban felvettek (62 fő) közül 13 (21%) fő, a súlyos állapotban felvettek (18 fő)

### 2. táblázat. Laboratóriumi vizsgálatok és a terápiában használt gyógyszerek

Vizsgálatok	OENO törzslista pont	Hatóanyag és adagolás módja	Gyógyszer neve
<b>Vér- és vizeletvizsgálatok</b>			
Vérkép	197	metronidazol, per os	SUPLIN 500 mg filmtabletta, 20x
Vesefunkció	162		
Májfunkció	288	metronidazol, iv.	METRONIDAZOL-HUMAN 5 mg/ml oldatos infúzió, 1x100ml
Szérum albumin	81		
CRP	421	vancomycin	VANCOMYCIN-HUMAN 50 mg/ml por, 1x1g
PCT	3290		
Vizelet	89	rifampicin	RIFAMED 150 mg filmtabletta, 100x
<b>Tenyésztes vizsgálatok</b>			
Székleftenyésztés*	669	rifaximin	NORMIX 200 mg filmtabletta, 12x
A+B toxin kimutatás**	1423	imipenem	IMIPENEM/CILASTATIN HOSPIRA 500 mg/500 mg por oldatos infúzióhoz, 5x
Lactoferrin meghatározás	1192	immunglobulin	HUMAGLOBIN 5 G/100 ML por és oldószer oldatos infúzióhoz 1x
<b>Műszeres vizsgálatok</b>			
Colonoscopia	4064	albumin	HUMAN ALBUMIN OCTAPHARMA 200 mg/ml oldatos infúzió, 1x20g
Sigmoidoscopia	1447		
Hasi UH	944		
Hasi CT	5079		
Hasi röntgen	698		

\* Az OEP törzslistában szereplő 25096 és 19131 OENO kódú beavatkozások (422 pont), illetve a 25096, 19131 és 25072, 19131 OENO kódú beavatkozások (916 pont) átlaga

\*\* Az OEP törzslistában szereplő 25250, 25216 és 19131 OENO kódú beavatkozások (1727 pont), illetve a 25250 és 19131 OENO kódú beavatkozások (1119 pont) átlaga

### 3. táblázat. Az egyes felvételekhez kapcsolódóan átlagosan kórházban és izolációban töltött napok száma

Felvelek sorszáma*	Kórházi napok száma		Izolációban töltött napok száma	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
1.	19,1	14,03	12,6	9,04
2.	13,1	6,04	12,5	6,05
3.	14,3	7,54	12,4	5,17
4.	9,3	6,03	8,3	4,73

\* 5. felvétele 1 betegnek volt, 28 napot töltött kórházban, minden napot izolálva.

### 4. táblázat. Összes bennfekvésre vonatkozó átlagos gyógyszerfogyasztás 2011-ben (n=151)

Gyógyszerfogyasztás*	Átlag	Szórás	Betegszám	Terápiában részesült betegek aránya	Egységár** Ft	1 CDI-beteg-költség* (Ft)
Metronidazol, per os, mg	11612,6	12376,8	112	74,17%	0,0757	879
Metronidazol, iv., mg	2086,1	7232,7	25	16,56%	2,832	5908
Vancomycin, mg	10018,2	14837,7	94	62,25%	3,425	34 312
Rifampicin, mg	143	1025	3	1,99%	0,3209	46
Rifaximin, mg	148,34	816,7	7	4,63%	0,8171	121
Imipenem, mg	357,62	2721,1	3	1,99%	3,5536	1 271
Immunglobulin, mg	596	3223,7	7	4,63	9,4138	5 611
Albumin, mg	12927,2	85076,8	5	3,31%	0,8742	11 301
<b>Összesen</b>						<b>59 449</b>

\* Teicoplanint egy CD-infekcióban szenvedő beteg sem kapott.

\*\* bruttó

### 5. táblázat. 2011-ben háromszor vagy annál többször felvett CD-infekcióban szenvedő betegek átlagos gyógyszerfogyasztása összes bennfekvésük alatt (n=10)

Gyógyszerfogyasztás*	Átlag	Szórás	Betegszám	Terápiában részesült betegek aránya	Egységár* Ft	1 CDI-infekcióban szenvedő beteg költsége* Ft
Metronidazol, per os, mg	26250,0	24148,0	8	80%	0,0757	1 987
Metronidazol, iv., mg	2100,0	6640,8	1	10%	2,832	5 947
Vancomycin, mg	21687,5	18755,1	10	100%	3,425	74 280
Rifampicin, mg	1560	3337,1	2	20%	0,3209	501
Rifaximin, mg	800	2529,8	1	10%	0,8171	654
Imipenem, mg	0	0	0	0	3,5536	0
Immunglobulin, mg	500	1581,1	1	10%	9,4138	4707
Albumin, mg	0	0	0	0	0,8742	0
<b>Összesen</b>						<b>88 076</b>

\* bruttó

közül 3 (16,7%) fő, az életveszélyes állapotban felvettek (9 fő) közül 8 (88,9%) fő.

2011-ben a 151 beteg közül 20 fő egyszer, 3 fő kétszer került felvételre CDI miatt más intézményben. Ezeket a felvételeket is figyelembe véve a 10, többszöri rekurrenciát mutató CD-infekcióban szenvedő beteg mellett további 8 fő került 2011-ben felvételre három vagy annál több alkalommal. Ezen 18 beteg közül 10 (55,6%) fő háromszor, 6 (33,3%) fő négyszer, 2 (11,1%) fő ötször került felvételre CDI miatt.

Az első felvételkor 18 (11,92%) CDI egészségügyi ellátással összefüggő területről szerzett, 67 (44,37%) CDI más egészségügyi intézményből behurcolt, 66 (43,71%) CDI kórházi eredetű volt. A 2. felvételkor a 46 CDI közül 5 (10,87%) területről szerzett, 21 (45,65%) más egészségügyi intézményből behurcolt, 20 (43,48%) pedig kórházi eredetű volt. A 3. felvételkor a 10 CDI közül 1 területről szerzett, 6 más egészségügyi intézményből behurcolt, 3 kórházi eredetű volt. A 4. felvételkor a 3 CDI közül 2 más egészségügyi intézményből behurcolt, 1 kórházi eredetű volt. Az 5. felvételkor az 1 CDI kórházi eredetű volt. Az egyes felvételek átlagos tartamát és az izolációk átlagos hosszát a 3. táblázat tartalmazza.

A kérdőív adataiból számítottuk az összes izolációban töltött napok számát 2011-re vonatkozóan, ez átlagosan 17,56 nap, 13,36 napos szórással. Egy átlagepizód 12,57 nap (SD=8,31) volt.

A 151 CD-infekcióban szenvedő beteg közül 92 (60,93%) fő gyógyult, 30 (19,87%) fő tünetesen távozott, 29 (19,20%) fő elhunyt. A kórházat elhagyók (122 fő) közül 96 fő (78,69) otthonába, 7 fő (5,74%) szociális otthonba, 19 fő (15,57%) más kórházba távozott. Az elhunytak (29 fő) közül 14 főnek (48,30%) a halála összefüggésbe volt hozható a CD-infekcióval, 15 főé (51,70%) nem. Az elhunytak (29 fő) közül 18 főnél (62%) elvégezték, 11 főnél (38%) mellőzték a boncolást. Ha csak az elvégzett boncolásokat (n=18) vizsgáljuk, azt találjuk, hogy 61,1%-ban (11 fő) a PMC kimutatható volt, 38,9%-ban (7 fő) nem.

#### Osztálytípusok

A CDI ellátásban résztvevő osztályokat három csoportba soroltuk a retrospektív kérdőív adatainak értékeléséhez. Megkülönböztettünk intenzív terápiás osztályokat, sebészeti osztály-

lyokat (sebészet és szájsebészet), illetve belgyógyászati jellegű osztályokat (hematológia, infektológia, gasztroenterológia, belgyógyászat, bőrgyógyászat). Mivel egyes CD-infekcióban szenvedő betegek 1 bennfekvés alatt több osztályon is izolációba kerültek, így az izolációk száma magasabb a CD-infekcióban szenvedő betegek számánál.

Az 1. felvételnél a 151 CD-infekcióban szenvedő betegre 160 izoláció jutott. 12 (7,5%) izoláció az intenzív osztályon, 139 (86,9%) izoláció belgyógyászati jellegű osztályon, 9 (5,6%) izoláció sebészeti osztályon történt. A 2. felvételnél a 46 CD-infekcióban szenvedő betegre 47 izoláció jutott. 1 (2,1%) izoláció az intenzív osztályon, 46 (97,9%) belgyógyászati jellegű osztályon történt. A 3. felvételnél a 10 CD-infekcióban szenvedő betegre 10 izoláció jutott, belgyógyászati jellegű osztályon. A 4. felvételnél a 3 CD-infekcióban szenvedő betegre 3 izoláció jutott, belgyógyászati jelle-

gű osztályon. Az 5. felvételnél 1 CD-infekcióban szenvedő beteg egyszer került izolációba, belgyógyászati jellegű osztályon.

### Gyógyszerfelhasználás

Egy beteg 2011-es összes felvételére vonatkozó átlagos gyógyszerfelhasználást a 4. táblázatban tüntettük fel. A CD-infekcióban szenvedő betegek 17,9%-a (27 fő) semmilyen metronidazol-kezelést nem kapott egyik izolációja során sem. A háromszor vagy annál többször felvett CD-infekcióban szenvedő betegek összes bennfekvésük alatti átlagos gyógyszerfelhasználását az 5. táblázat mutatja.

### Egyéb költségek: beavatkozások, laboratórium

Az 6. táblázat mutatja a 151 CD-infekcióban szenvedő beteg laboratóriumi vizsgálatainak átlagos számát 2011-ben

**6. táblázat. CD-fertőzéssel összefüggésben átlagosan elvégzett vizsgálatok az összes bennfekvésre vonatkozóan (n=151)**

Vizsgálatok	Átlag	Szórás	Betegszám	Vizsgálaton átesett betegek aránya	Egységár* Ft	1 CDI-infekcióban szenvedő beteg költsége* Ft
Vérkép	4,26	4,63	144	95,36%	295,5	1259
Vesefunkció	4,10	4,61	144	95,36%	243,0	996
Májfunkció	1,91	2,56	131	86,75%	432,0	825
Szérum albumin	1,04	1,80	78	51,66%	121,5	126
CRP	3,69	3,77	142	94,04%	631,5	2330
PCT	0,94	3,10	43	28,48%	4935,0	4639
Vizelet	0,72	0,75	85	56,29%	133,5	96
Széklet-tenyésztés	1,14	0,85	124	82,12%	1003,5	1144
Colonoscopia	0,09	0,31	13	8,61%	6096,0	549
Sigmoidoscopia	0,11	0,32	17	11,26%	2170,5	239
Hasi UH	0,53	0,66	68	45,03%	1416,0	750
Hasi röntgen	0,22	0,49	29	19,21%	1047,0	230
Hasi CT	0,09	0,30	12	7,95%	7618,5	686
A+B toxin kimutatás	1,81	1,14	149	98,68%	2134,5	3863
Lactoferrin meghatározás	0,01	0,08	1	0,66%	1788,0	18
<b>Összesen</b>						<b>17 750</b>

\* bruttó

**7. táblázat. A háromszor vagy annál többször felvett betegek CD-fertőzéssel kapcsolatos vizsgálatai 2011-ben, összes bennfekvésre vonatkozóan (n=10)**

Vizsgálatok	Átlag	Szórás	Betegszám	Vizsgálaton átesett betegek aránya	Egységár* Ft	1 CDI-infekcióban szenvedő beteg költsége* Ft
Vérkép	6,7	2,36	10	100%	295,5	1980
Vesefunkció	7,0	2,98	10	100%	243,0	1701
Májfunkció	3,0	0,94	10	100%	432,0	1296
Szérum albumin	1,2	1,03	7	70%	121,5	146
CRP	6,7	1,95	10	100%	631,5	4231
PCT	1,7	2,00	6	60%	4935,0	8390
Vizelet	1,6	1,17	8	80%	133,5	214
Széklet-tenyésztés	1,9	0,88	9	90%	1003,5	1907
Colonoscopia	0,1	0,32	1	10%	6096,0	610
Sigmoidoscopia	0,2	0,42	2	20%	2170,5	434
Hasi UH	0,6	0,70	5	50%	1416,0	850
Hasi röntgen	0	0	0	0	1047,0	0
Hasi CT	0	0	0	0	7618,5	0
A+B toxin kimutatás	2,9	1,29	10	100%	2134,5	6190
Lactoferrin meghatározás	0,1	0,32	1	10%	1788,0	179
<b>Összesen</b>						<b>28 128</b>

\* bruttó

**8. táblázat. Egy CD-infekcióban szenvedő beteg átlagos benntartózkodásának átlagos (növekményi) költsége, 2011-re vonatkozóan**

Költségforrások	CDI növekményi költsége	CDI növekményi költsége	CDI növekményi költsége
	belgyógyászati jellegű osztályon	intenzív terápiás osztályon	sebészeti osztályon
	bruttó Ft	bruttó Ft	bruttó Ft
Nővéridő*	8 304	16 607	12 455
Higiénés költségek*	92 901	124 509	108 705
Gyógyszerköltség	59 449	59 449	59 449
Laboratóriumi költség	17 750	17 750	17 750
<b>Összesen</b>	<b>178 404</b>	<b>218 315</b>	<b>198 360</b>

\*A standard és a CDI-kontaktizoláció különbsége

**9. táblázat. Háromszor vagy annál többször felvett CD-infekcióban szenvedő beteg átlagos benntartózkodásának átlagos (növekményi) költsége, 2011-re vonatkozóan**

Költségforrások	CDI növekményi költsége	CDI növekményi költsége	CDI növekményi költsége
	belgyógyászati jellegű osztályon	intenzív terápiás osztályon	sebészeti osztályon
	bruttó Ft	bruttó Ft	bruttó Ft
Nővéridő*	21 560	43 119	32 340
Higiénés költségek*	241 668	347 723	294 696
Gyógyszerköltség	88 076	88 076	88 076
Laboratóriumi költség	28 128	28 128	28 128
<b>Összesen</b>	<b>379 432</b>	<b>507 046</b>	<b>443 240</b>

\*A standard és a CDI-kontaktizoláció különbsége

az összes bennfekvésre vonatkozóan. A 151 CD-infekcióban szenvedő beteg közül egynél végeztek colectomiát, a műtét oka perforatio volt. A 151 beteg közül 17 (11,26%) fő immunszuprimált állapotban volt a kezelése során.

Az 6. és 7. táblázatban szereplő egységár oszlopban az érvényes ponttértekkel – 1,5 Ft – szoroztuk fel az elvégzett vizsgálatok pontjait. A háromszor vagy annál többször felvett betegeken az összes bennfekvésükre vonatkozóan, átlagosan elvégzett vizsgálatokat a 7. táblázat tartalmazza.

### Átlagos növekményi költségek

A 151 CDI ápolat költség adatai alapján a standard izoláció átlagos összes költsége belgyógyászati jellegű osztályon 22 687 Ft lett volna, míg a CDI miatt elrendelt kontaktizoláció költsége ugyanitt 115 588 Ft. Az ápolási idő alapján számolt nővéridő költsége 40 932 Ft, illetve CDI-esetén 49 236 Ft volt. A standard izoláció átlagos összes költsége az ITO esetén 51 211 Ft és ugyanez CDI miatt elrendelt kontaktizolációnál 175 720 Ft volt, az ápolási idő miatti többlet-nővéridő költség pedig 177 945 Ft és CDI-esetén 194 552 Ft volt. Ezen összegek különbsége a CDI miatti növekményi költség. Sebészeti osztályon a standard izoláció becsült átlagos összes költsége 36 949 Ft, a CDI kontaktizoláció becsült költsége ugyanitt 145 654 Ft volt, az ápolási többletidő miatti becsült nővéridő költség 109 439 Ft, illetve CDI-esetén 121 894 Ft volt.

A CD-infekcióban szenvedő betegek átlagos benntartózkodásának – 1,4 felvétel 2011-re vonatkozóan – átlagos növekményi költsége belgyógyászati jellegű osztályon és intenzív terápiás osztályon eltérőnek bizonyult (8. táblázat). Az ITO magasabb költsége az ellátáshoz szükséges több nővéridőből és higiénés költségekből adódott. A CDI terápiájának költsége nem különbözött. Az osztályokon az izolációra vonatkozóan a standard, illetve a CDI-kontaktizolációs eljárásokat tekintetük mérvadónak. A költségszámítás során, a nővéridőre és a higiénés költségekre vonatkozóan standard és a CDI kontaktizoláció közötti költség különbségét számoltuk és ezt tüntettük fel a 9. táblázatban és a 10. táblázatban.

Összesen 10 olyan CD-infekcióban szenvedő beteg volt, akik háromszor vagy annál többször kerültek kórházi felvételre, ebben az esetben a standard izoláció átlagos összes költsége belgyógyászati jellegű osztályon 56 867 Ft volt, míg a CDI-kontaktizoláció költsége ugyanitt 298 535 Ft volt, az ápolási többletidő alapján számolt nővéridő költsége 106 025 Ft, illetve 127 585 Ft volt. A standard izoláció átlagos összes költsége az ITO esetén 130 428 Ft és 478 151 Ft volt, az ápolási idő miatti többlet nővéridő költség pedig 461 760 Ft és 504 879 Ft volt. Ezen összegek különbsége a CDI miatti növekményi költség az ITO-n.

Jelentősebb a különbség a két osztálytípus között azoknak a betegeknek az esetén, akik háromszor vagy annál többször

**10. táblázat. Egy CD-infekció átlagos epizódjának átlagos (növekményi) költsége**

Költségforrások	CDI növekményi költsége	CDI növekményi költsége	CDI növekményi költsége
	belgyógyászati jellegű osztályon	intenzív terápiás osztályon	sebészeti osztályon
	bruttó Ft	bruttó Ft	bruttó Ft
Nővéridő*	5 943	11 886	8 915
Higiénés költségek*	66 478	89 098	77 788
Gyógyszerköltség	42 464	42 464	42 464
Laboratóriumi költség	12 673	12 673	12 673
<b>Összesen</b>	<b>127 558</b>	<b>156 121</b>	<b>141 840</b>

\*A standard és a CDI-kontaktizoláció különbsége



kerültek kórházi felvételre a vizsgált 2011-es évben. A jelentős különbség legfontosabb okai a fokozott növéridő-szükséglet és a megnövekedett higiénés költségek az ITO-n (9. táblázat).

A 10. táblázat tartalmazza az egy CDI-átlagepizód átlagos (növekményi) költségét.

### Megbeszélés

Felmérésünk célja a *C. difficile* fertőzés (CDI) okozta többlet (növekményi) költségek elemzése volt. Tudomásunk szerint hazánkban ez az első költségszámítás a CDI-betegek esetén. A nemzetközi szakirodalom is igen kevés publikációt tartalmaz ezen a téren. Úgy gondoljuk, hogy elemzésünk eredménye – számos módszertani korlátja ellenére – jól használható a CDI területén a megalapozott szakmai finanszírozási döntésekhez.

A CDI költsége, ezen belül is a növekményi költsége (standard és a CDI-kontaktizoláció közötti különbség) számottevő, különösen az intenzív osztályokon jelentős. A vizsgált 151 betegnek 2011-ben 211 felvétele volt. Ez 221 izolációt jelent, mivel egyes betegek egy felvételen belül több osztályon is izolációba kerültek. A 151 CD-infekcióban szenvedő beteg közül 10 fő (6,6%) esetén volt háromszori vagy annál többszöri kórházi felvétel CDI miatt. Ennek a 10 betegnek a költségei jelentősen magasabbak, mint a CD-fertőzés miatt kevesebbszer felvett betegek költségei. A 151 CD-infekcióban szenvedő betegnek összesen 13 esetben volt ITO felvétele (8,6%), a költségek itt a legmagasabbak. Hazánkban 7000 CD-fertőzést feltételezünk évente, amelyek közül a szakirodalomban található RCT-k alapján a súlyos esetek száma 30,4%-ra azaz 2100 CD-betegre tehető.

Egy CDI-eset átlagosan 100-200 ezer Ft-tal növeli meg az ellátás költségét. Úgy gondoljuk, hogy hazai számítások során a CDI növekményi költség becslése során az egyes intézményekben a 130-150 ezer Ft/CDI miatti kórházi felvétel jól használható. Illetve a harmadik vagy ennél többszöri CD-fertőzés esetén a 400-500 ezer Ft költség/beteg/év. A költség erősen függ az ellátás időigényétől, attól, hogy az ápolás naponta hány perc a CD-infekcióban szenvedő betegek esetén. Kiemelendő, hogy ez jelentős tényező már a mai, igen alacsony ápolói jövedelmek mellett is. Megjegyzendő, hogy a CD-betegek ellátása jelentős ápolásiidő-kapacitást köt le: ez a tényező is lényeges, hiszen a kórházak egyébként is munkaerőhiánnyal küzdenek.

Vizsgálatunk legfontosabb limitációi, hogy kis esetszám mellett történt a felmérés – különösen a többszöri rekurrenciát mutató betegeknél – és összesen két kórház részvételével. Nem ismerjük, hogy az országos gyakorlat mennyire homogén vagy heterogén, ezért az eredmények interpretációja óvatosságot igényel. Az adatgyűjtés retrospektív módon történt, ezért az adatszolgáltatás bizonytalansággal terhelt. A beavatkozások száma és időigénye szakértői becsléseken alapult. A költségszámítás során csak a növéridő-költséget becsültük meg, az orvosidő-költséget azonban nem számszerűsítettük. Célszerű lenne potenciális kórházi veszteségként kezelni, és meghatározni, hogy a CDI izolációja miatt összesen hány ágy marad üresen a betegek mellett. A felmérést nehezíti, hogy nem tudjuk, ennek megvalósítása a hazai kórházi gyakorlatban miként történik. Valószínűleg jelentős költségtényező a járványokkal összefüggő többletköltség, ezt azonban nem vizsgáltuk. Kutatásunk nem terjedt ki a betegek életminőségterheinek vizsgálatára sem. Ezen a téren a nemzetközi szakiro-

dalomban egyetlen publikáció<sup>viii</sup> [13] található, amely életminőség-csökkenésről számol be. Emiatt becslésünk a CDI valós költségét valószínűleg jelentősen alulértékeli. Érdemes lenne a továbbiakban prospektív vizsgálatot végezni e tárgy körben.

### Irodalomjegyzék

1. Barbut, F., Richard, A., Hamadi, K., és mtsai. *Epidemiology of recurrences or reinfections of Clostridium difficile-associated diarrhea. Journal of clinical microbiology.* 2000; 38, 2386-2388.
2. Az Országos Epidemiológiai Központ, Az Orvosi Mikrobiológiai Szakmai Kollégium, Az Infektológiai Szakmai Kollégium, *Módszertani levél a Clostridium difficile fertőzések diagnosztikájáról, terápiájáról és megelőzéséről.* Epiinfo. 2011; 18, 1-49.
3. Jarvis, W. R., Schlosser, J., Jarvis, A. A., és mtsai. *National point prevalence of Clostridium difficile in US health care facility inpatients, 2008. American journal of infection control.* 2009; 37, 263-270.
4. Zilberberg, M. D., Shorr, A. F., Kollef, M. H. *Increase in adult Clostridium difficile-related hospitalizations and case-fatality rate, United States, 2000-2005. Emerging infectious diseases.* 2008; 14, 929-931.
5. OEK, *A Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer (NNSR) 2011. évi eredményei, 24-25.)* <http://www.oek.hu/oek.web?to=1698&nid=841&pid=1&lang=hun, letöltve 2013.03.20>.
6. Dr. Hajdu Ágnes, *szóbeli közlés: OEK Kórházi járványügyi osztályának munkaértekezlete Budapest, 2013. március 12.*
7. Ghantaji, S., Sail, K., Lairson, D., és mtsai. *Economic healthcare costs of Clostridium difficile infection: a systematic review. Journal of Hospital Infection.* 2010; 74, 309-318.
8. McGlone, S., Bailey, R., Zimmer, S., és mtsai. *The economic burden of Clostridium difficile. Clin Microbiol Infect.* 2011; 18, 282-289.
9. Wiegand, P., Nathwani, D., Wilcox, M., és mtsai. *Clinical and economic burden of Clostridium difficile infection in Europe: a systematic review of healthcare-facility-acquired infection. Journal of Hospital Infection.* 2012; 81, 1-14.
10. Dawn Craig, Joanne O'Connor, Steven Duffy, Gavin Barlow, *Cost-effectiveness interventions to prevent and control healthcare-associated infections, A systematic review of economic evaluations of interventions including hand hygiene; screening, decolonisation and isolation; and personal protective equipment, Centre for Reviews and Dissemination, University of York, YO10 5DD, July 2012*
11. Brodszky Valentin, Péntek Márta, Baji Petra, Gulácsi László: *A fidaxomicin (Difclir) szerepe a Clostridium difficile terápiájában; szisztematikus irodalmi áttekintés és egészség-gazdaságtani értékelés, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, 2013*
12. Strbák Bálint, *A Clostridium difficile fertőzések betegségterhe hazánkban; diplomamunka, Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Közszerológiai Tanszék, Budapest, 2013.*

## Szakcikk

13. McFarland L, Elmer G, Surawicz C. *Breaking the Cycle: Treatment Strategies for 163 Cases of Recurrent Clostridium difficile Disease. The American Journal of Gastroenterology*; 97 (7): 1769–1775.

### Hivatkozások

- I. Hospitalacquired CDI, hazánkban az egészségügyi ellátással összefüggő CDI kifejezés használatos
  - II. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ (MH EK); Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet (ESZSZK)
  - III. A kórháznak megfelelően gasztroenterológiai, hematológiai, infektológiai, belgyógyászati, illetve bőrgyógyászati osztály
  - IV. MH EK Honvédkórház: *Clostridium difficile* fertőzések diagnosztikájáról, terápiájáról és megelőzéséről (EL-H-7 sz. Eljárásutasítás), Országos Epidemiológiai Központ, *EpiInfo*, 2011. 03. 21. 18. évf. 3. különszám: Az Országos Epidemiológiai Központ, az Orvosi Mikrobiológiai Szakmai Kollégium és az Infektológiai Szakmai Kollégium Módszertani levele „A *Clostridium difficile* fertőzések diagnosztikájáról, terápiájáról és megelőzéséről.” alapján
  - V. Elérhető: [http://www.oep.hu/portal/page?\\_pageid=35,20982634&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,20982634&_dad=portal&_schema=PORTAL)  
érvényes: 2013. január 16-ától  
Elérhető: [http://gyogyinfok.hu/magyar/jaro/szabalykonyv/torzslista/2013/torzslista\\_55\\_2012\\_EMMI\\_rendeleti.doc](http://gyogyinfok.hu/magyar/jaro/szabalykonyv/torzslista/2013/torzslista_55_2012_EMMI_rendeleti.doc)
  - VI. Elérhető: <http://www.gyogyinfok.hu/magyar/letoltheto.html>
  - VII. A tanulmány a Medical Outcomes Study Index-et használja, McFarland (1999)
- 
- a. osztályvezető főorvos, Kórházhygiéniai Osztály, MH EK Honvédkórház, Budapest
  - b. osztályvezető főorvos, Infekciókontroll Osztály, Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet Budapest
  - c. Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest
  - d. Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest

# A dohánytermékek adóztatásának közgazdasági háttere

A dohányzás jelentős egészségügyi, társadalmi és gazdasági károk okozója, tehát a fogyasztás visszaszorításának valamennyi technikája és módszere támogatandó. A nemzetközi tapasztalatok szerint ennek egyik leghatékonyabb közgazdasági eszköze az adóemelés. A következőkben a dohánytermékek adóztatásának közgazdasági hátterét mutatjuk be, kiemelve a magyar adópolitika sajátosságait és tapasztalatait.

■ Joó Tamás<sup>a</sup>, Dr. Bodrogi József<sup>b</sup>

**F**öldünkön az egyik legelterjedtebb egészségkárosító tevékenység a dohányzás. A helyzet megítélését bonnyolítja, hogy a fogyasztás/dohányzás megvalósulása során nemcsak a fogyasztó, hanem a környezetének egészsége is negatív hatásokat szenved el. Jelenleg a Föld felnőtt lakosságának 20%-a dohányzik, ami cca. másfél milliárd embert jelent. A közeljövő trendjei alapján a dohányzók száma emelkedni fog, mert a fejlett országokban csökkenés, az alacsony jövedelmű és szegény országokban növekedés várható. Különösen igaz ez az afrikai és ázsiai országok döntő többségére. A 20. században mintegy 100 millió ember halt meg dohányzásra visszavezethetően, századunkban – az előbb jelzett trend miatt – ez a szám 1 milliárd körül alakulhat, ha nem történik hatékony beavatkozás [1]. Nem túlzás azt állítani, hogy a megfelelő hatásosságú intervenció nélkül bolygónk epidemiológiai krízishelyzet előtt áll.

A dohányzás visszaszorítása, korlátozása világszerte több tíz éve zajló program. Már az 50-es, 60-as évektől egészségügyi kutatások kimutatták a dohányzás egészségre káros hatásait, és az egyes országokban a politika lendületétől és hevületétől függően harcot, kampányt, mozgalmat indítottak a dohányzás ellen, illetve jogi szabályozással és felvilágosító-leszoktató programokkal próbálták-próbálják az embereket befolyásolni. Nemzetközi intézmények, elsősorban a WHO, már hosszú ideje folytatja a felvilágosító munkáját, majd a 90-es évektől már jelentős gazdasági-politikai erőt képviselő nemzetközi szervezetek, pl. az EU, illetve a Világbank is bekapcsolódott a dohányzásellenes harcba, illetve a dohányzás gazdasági-társadalmi következményeinek feltárásába. A dohányzás visszaszorításának szükségességét nemzetközi politikai síkon is elfogadta a világ legtöbb országa, ennek csúcspontja volt a 2003-ban aláírt és 2005-ben hatályba lépett Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény (WHO, FCTC) [2].

A Keretegyezmény fontossága abban is rejlik, hogy az aláíró országok nemcsak kötelezettséget vállalnak általában a dohányzás korlátozása és a nemdohányzók védelme érdekében, hanem a vállalt feladatokat folytatólagosan végzik, amelyről rendszeresen beszámolnak.

A dohányzás visszaszorításának eredményei számos országban igen meggyőzőek. Élénjáró országnak lehet tekinteni Auszt-

ráliát, Kanadát, az USA-t, Európában Finnországot, Franciaországot és Nagy-Britanniát. Az országok többségében nemcsak a dohányzás, hanem az alkoholfogyasztás visszaszorításával, valamint a környezetszennyezés mérséklésével és az egészséges életforma értékévé válásával a lakosság egészségi állapota jelentősen javult. Számos olyan betegség és egyben halálok, amely a dohányzáshoz erősen köthető, ezekben az országokban számottevően mérséklődött, sőt folyamatosan csökkenő tendencia is kimutatható.

Magyarországon az 1999. évi XLII., „A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól” szóló törvény elfogadása után 2012. január 1-jén Európa egyik legszigorúbb dohányzást tiltó törvényét fogadták el, ami megtiltja a nyilvános közterületeken (éttermek, bárók, munkahelyek stb.) a dohányzást [3].

A dohányzás, az alkoholfogyasztás és a kábítószeres használatával, egészségkárosító hatásával kapcsolatos információk többé-kevésbé ismertek a felhasználók számára, de ezek nem jelentenek visszatartó erőt. Az egészség, az egészséges életmód, mint érték ugyan terjed a lakosság körében, de igen lassan és gyakran ellentmondásosan.

## Közgazdasági háttér

*„A cukor, rum és a dohány olyan árucikkek, melyek bár az élethez nem szükségesek, általánosan fogyasztják őket, így ezek különösen megfelelő alanyai az adóztatásnak... ezzel egyidejűleg az emberek megkímélhetők olyan terhelő adóktól, melyeket az élethez elengedhetetlen termékekre vagy a gyártás során előállított javakra vetnek ki.” (Adam Smith, in: The Wealth of Nations) [4]*

Az államok dohányzással kapcsolatos viselkedése nagyon érdekes attitűdöket tartalmaz. Egyrészt a magas adók fenntartása (költségvetési bevételi okok, nemzetközi kötelezettségek miatt) mellett érvelnek, amely így közgazdasági lényegénél fogva az árak emelkedésén keresztül a kereslet visszaszorítását eredményezi. Másrészt a dohányzás miatt bekövetkező jelentős egészségügyi károk és kiadások fedezetére kellene alapokat

## Szakkikk

képezni. Az időbeli eltérés az adóbevételek realizálódása és az egészségügyi kiadások jelentkezése miatt az államok gyakran „Janus-arcúan” viselkednek, mert üdvözlik az adóbevételek magas és növekvő szintjét, ám sajnálkoznak a gyorsabban növekvő egészségkiadások üteme és volumene miatt. Míg az adóbevételek akkumulálása rendszerint tervezetten és sikeresen megvalósul, addig a jövőbeni, a dohányzás okozta egészségügyi kereslet lefedésére szolgáló alapok képzése gyakran megbicsaklik. Az államok Janus-arcúságának nagyon szép bizonyítékát mutatta be Kenneth Warner professzor 2009-ben Indiában, a dohányzás elleni világkonferencián, hogy a fejlett világban 5000-szer több adót szednek be, mint amennyit prevencióra fordítanak [5].

### Keresleti és kínálati tényezők

A közgazdászok gyakran céljuknak tekintik elemzéseiknél, hogy a keresleti és kínálati tényezőket bemutassák. A dohánytermékek iránti kereslet csökkentésének főbb módszerei:

- adóemelés
- a dohánytermék elérhetőségének korlátozása

- reklámtörvény szigorítása
- leszokás elősegítése, a rászokás megelőzése
- nikotin-helyettesítő terápiák (NRT) támogatása

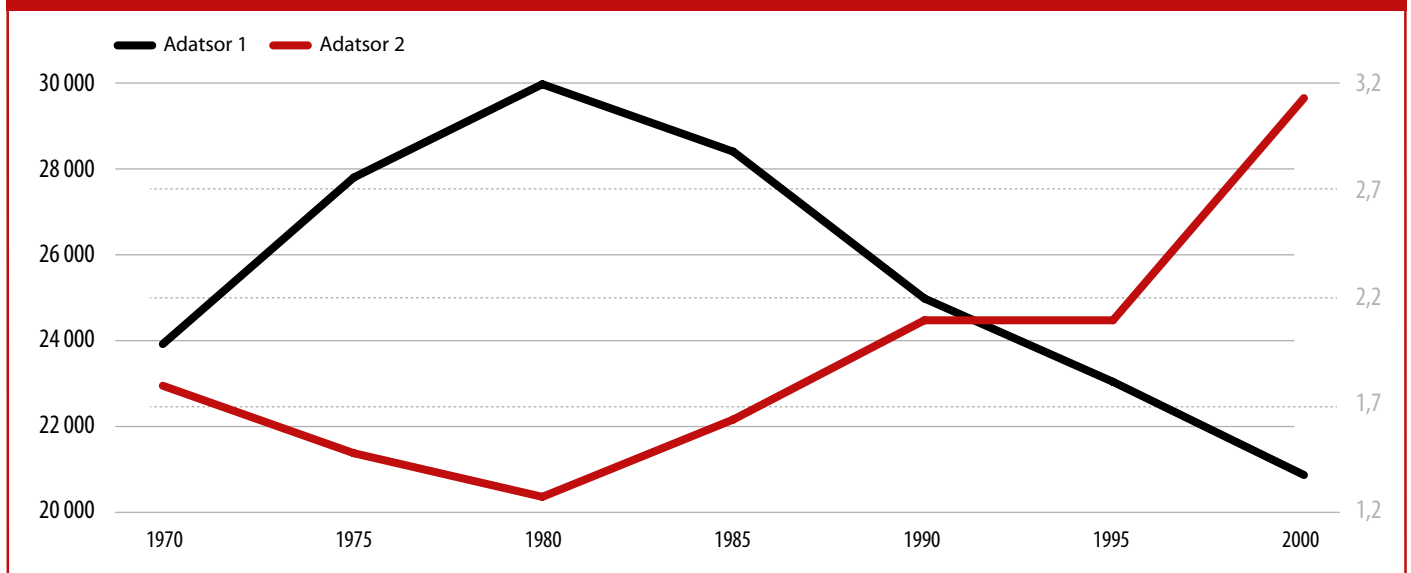
A dohánytermékek kínálatának csökkentése:

- a dohánytermesztés és -gyártás visszaszorítása
- csempészet csökkentése
- fiatalok védelme
- jogi (tiltási) eszközök – expozíció csökkentése

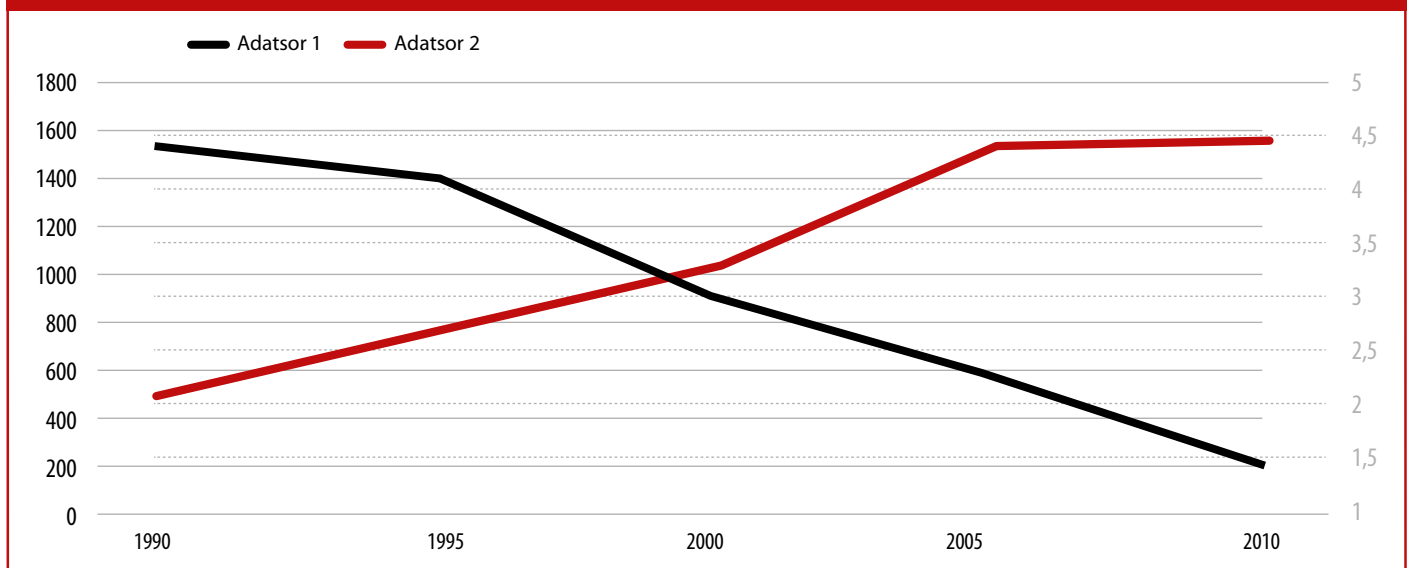
Ezeknek a módszereknek az elterjesztése, esetenként kombinációja hatékonyan szolgálhatja a dohányzás visszaszorítását, ezen keresztül a társadalmi kiadások csökkentését. Mivel a dohányzás jelentősen csökkenti a dohányzók élettartamát, ezért a dohányzás radikális visszaszorításának minden eszköze megengedett és társadalmilag támogatandó.

A népegészségügyi programokban hiába szerepel kiemelt helyen a dohányzás elleni küzdelem, ha azt nem követi nagyon sok és összehangolt intézkedés (szűrőprogramok, felvilágosítás, oktatás stb.), és az ehhez elégséges finanszírozási feltételek

1. ábra. Cigaretta eladott mennyiségének és árának változása az USA-ban, 1970–2000 (forrás: Frank J. Chaloupka, Tobacco Taxation, 2000)



2. ábra. Cigaretta fogyasztásának és árának alakulása Izraelben, 1990–2010 (forrás: Tobacco atlas fourth edition, 2012)



1. táblázat. Dohánytermékek adóbevétele Magyarországon 2000-2012, Mrd HUF (forrás: NAV)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Jövedéki adó	102	112	120	152	184	173	213	253	271	298	262	287	345
Áfa	53	58	61	68	74	67	63	73	78	92	90	97	121
Összesen	155	171	181	220	258	241	276	326	348	389	352	384	466

2. táblázat. A dohánytermékek jövedéki adóbevételének aránya a központi költségvetés bevételein belül (forrás: NGM)

év	dohánytermékek jövedéki adóbevétele (milliárd forint)	központi költségvetés bevétele (milliárd forint)	dohánytermék jövedéki adóbevételének aránya a központi költségvetés bevételein belül
1	2	3	4=2/3
2003	152	4 945	3,1%
2004	184	5 355	3,4%
2005	173	6 464	2,7%
2006	213	6 549	3,3%
2007	253	7 594	3,3%
2008	271	8 159	3,3%
2009	298	8 321	3,6%
2010	262	8 461	3,1%
2011	287	8 342	3,4%
2012*	345	9 377	3,7%

\*előzetes adat

megteremtése. Egészségpolitikai döntések sorozatával kellene támogatni a dohányzásról való leszokást segítő centrumok kialakítását.

### Adózás és fogyasztás

A dohányzás visszaszorítására a közgazdaságtan adóeszközök alkalmazását, gyakorlatilag adóemelését javasol. Az USA-ban először 1794-ben, Hamilton javasolta a jövedéki adó bevezetését, hogy korlátozzák a dohányfogyasztást, egyidejűleg az államot bevételhez juttassák [6]. A Földön napjainkban csak néhány ország tekint el az adózás e formájától. A független Magyarországon a 19. században szintén alkalmazták ezt az adózási formát, a pénzügyminiszterek nagy elégedettségére.

A dohányzásból származó adók Európában két csatornán keresztül realizálódnak. A gyártók a termelés után jövedéki adót fizetnek, amelynek két fő formája:

- ad valorem adó,
- specifikus adó.

Az adóbevételek másik típusa a fogyasztó által fizetendő általános forgalmi adó (ÁFA). Hazánkban az ÁFA mértéke 27%, mely jelenleg az EU-ban a legmagasabb.

Míg a hagyományos javak esetében az áremelés a keresletet csökkenti, addig néhány különleges termék, szolgáltatás esetében (például kenyér, áram, víz, gyógyszer) ez nem jellemző. A dohányzás visszaszorításának, a fogyasztás csökkentésének a leghatékonyabb közgazdasági módszere az adóemelés, ill. az ennek nyomán bekövetkező fogyasztói áremelés. Ugyanis lesznek mindig olyan fogyasztók, akik az adott árat jövedelemkorlát miatt már nem tudják megfizetni.

### Nemzetközi kitekintés

Amerikai kutatások kimutatták, hogy a dohányzást terhelő adók 10%-os emelése a fejlett országokban 3–5%-os fogyasztáscsökkenést eredményez. Az alacsony jövedelmű országokban (pl.:

Vietnám), ahol a reálbérek viszonylagosan alacsonyak, 10%-os adóemelés igen jelentős, 5–8%-os fogyasztáscsökkenést eredményezett [7]. Ugyanakkor a fogyasztás növekedésének üteme nem csökken olyan dinamikával, mint ahogy emelik az adókat, ezért a költségvetés növekvő tömegű adóbevételeire tesz szert [8].

Az USA tisztifőorvosa 1964-ben publikált egy jelentést a dohányzás epidemiológiájáról és társadalmi káiról. A jelentés kitér a különböző leszokást támogató és a fogyasztást csökkentő technikákra, amely közül kétségteljesen a leghatásosabb közgazdasági módszer az adóemelés [9].

A nemzetközi irodalomban sok publikáció jelent meg a fogyasztás és a cigarettát terhelő adók kapcsolatáról. Elsőként Frank Chaloupka bizonyította be az USA példáján, hogy milyen mechanizmusok fedezhetőek fel az adóemelés alkalmazása során (ami minden esetben a cigaretta árának az emelésével jár) [10]. A hivatkozott szerző publikációjából megtudhattuk, hogy 1980-tól kezdődően a jövedéki adókon keresztül jelentősen emelték a cigaretta árát, és ennek megfelelően a fogyasztás a majd 30 milliárd dobozról lecsökkent 21 milliárd dobozra (1. ábra).

Hasonló trendek figyelhetők meg Izrael példája kapcsán is. (2. ábra) 2000-től jelentősen emelték a cigaretta dobozárát, és ennek következtében az egy főre jutó fogyasztás 2010-re durván ¼-ére csökkent [11].

### Adózás és fogyasztás 2.

Az előző fejezetben jelzett közgazdasági hatások Magyarországon is jól megfigyelhetően működnek. Az uniós csatlakozás után dinamikus emelkedtek a jövedéki adók, ezzel egyidejűleg a fogyasztás szintje pedig lecsökkent. Tehát a pénzügyminiszterek évről évre növekvő nagyságú jövedéki adóval gazdagíthatták a költségvetést, a fogyasztás pedig az alkalmazott áremelésnek köszönhetően csökkent. Magyarországon a 80-as években a cigaretta fogyasztása a 25 milliárd szál tartományban tartózkodott, ami 2012-re visszaesett az évi 13 milliárd szál alá. Természetesen egészségpolitikai oldalról ez egy nagyon öröndetes tény, hiszen szoros pozitív korreláció van az elfogyasztott cigaretta mennyi-

sege és az általa okozott egészségügyi károk (daganatos és keringési megbetegedések stb.) között. Ugyanakkor rendkívül fontos lenne monitorozni a dohányfogyasztás trendjeit, mert ezen keresztül megbízható előrejelzéseket készíthetünk a pulmonológiai kapacitások jövőbeni igényeiről, ugyanis az elfogyasztott cigaretta mintegy két évtizedes késéssel fejti ki egészségkárosító hatását. A fenti évtizedes folyamatot azonban két további tényező hatása korrigálja. A cigaretta adója emelésének dinamikájánál kevésbé növekedett a vágott dohány adótartalma, így a fogyasztás részben áttelődött erre a területre.

A másik fontos tényező a csempészettel hozható összefüggésbe. Magyarország két olyan nem uniós országgal határos (Ukrajna, Szerbia), ahol a cigarettaárak európai viszonylatban rendkívül alacsonyok, így az ezekről a területekről illegálisan hazánkba, ill. az EU-ba jelentős mennyiségű cigaretta importálódik. Tehát a tényleges fogyasztást a fenti két tényezővel korrigálni kell. A csempészet kapcsán nagy bizonyossággal megállapítható, hogy országunk a magyar dohánypiac relatíve alacsony mérete miatt tranzitországgként funkcionál, azaz a keleti gyártóbázisokról a dohánytermékeket csak átszállítják a nyugat-európai piacokra. Ennek természetesen a legfőbb magyarzója az árkülönbség, hiszen a jelzett területeken egy doboz jó márkájú cigaretta durván egy euróba, míg a nyugat-európai piacokon ennek többszörösébe kerül. Uniós szinten évente 10 milliárd euró adóbevétel-vesztést okoz az illegális cigarettakereskedelem [12].

Kínai és vietnami üzleti körök hatalmas jogi, közgazdasági és logisztikai módszereket és apparátusokat alkalmazva jelentős mennyiségű cigarettát juttatnak el a kelet-európai uniós tagországok piacaira. Az illegális dohánykereskedelem növekvő

mértékben keltette fel a bűnözői körök figyelmét, hiszen a hagyományosan magas jövedelmezőségű drogcsempészet felől áttelődött tevékenysége a cigarettacsempészet irányába. Ennek magyarázata kettős, egyrészt hasonló nagyságú profitok realizálhatóak, ám a jogi következmények lényegesen enyhébbek.

A tényleges fogyasztást becslések szerint 6–8%-kal emelheti a Magyarországra irányuló csempészet [13].

Elmondható, hogy a nemzetközi irodalomban jelzett folyamatok Magyarországon is bekövetkeztek, ám némi specialitást mutatnak. Ennek tartalma abban jelölhető meg, hogy a fogyasztás sokkal rugalmatlanabban reagált az áremelésekre, mint a hivatkozott országokban.

Az 1. táblázatból jól látható, hogy az EU-hoz való 2004-es csatlakozást követően az állam által realizált adó nagysága jelentősen emelkedett, aminek első számú magyarzó tényezője a jövedéki adók volumenének emelkedése volt. Míg 2000-ben a dohánytermékek utáni adóbevétel 155 milliárd forint volt, addig 2004-ben ez a nagyság elérte a 257 milliárd forintot. 2012-ben igen jelentősen emelkedtek a költségvetés dohányzásból származó bevételei (áfa és jövedéki adó), ami elérte a 466 milliárdos, hihetetlennek tűnő nagyságrendet. Az abszolút emelkedés 2011-hez viszonyítva 82 (!) milliárd forintot ért el, amelyre a megelőző években nem találunk példát (2. táblázat).

A vizsgált időszakban a dohánytermékek jövedéki adóbevételének aránya a központi költségvetés bevételein belül 2,7-3,7% között szóródott, amely igen jelentős hányadnak tekinthető.

Az előzőekben említett 2012-es, rekordnagyságú, 466 milliárd forint adóbevétel többek között a háromszori jövedéki adóemelésnek volt köszönhető.

**3. táblázat. Jövedéki adószintek változása, 2001–2013 (forrás: NAV, KSH)**

CIGARETTA				FINOMRA VÁGOTT DOHÁNY			
év	minimumszint (Ft/1000db)	tételes (Ft/1000db)	százalékos	év	minimumszint (Ft/kg)	százalékos	
2001		3 040	17,00%	2001		27,00%	
2002	01.01.–08.11.	3 435	17,00%	2002	01.01.–08.11.	28,00%	
	08.12.–12.31.	4 200	18,00%		08.12.–12.31.	32,00%	
2003	01.01.–03.31.	4 200	18,00%	2003	01.01.–03.31.	32,00%	
	04.01.–12.31.	4 950	20,00%		04.01.–12.31.	33,00%	
2004	10 380	6 450	23,00%	2004	3 500	47,00%	
2005	11 220	6 450	23,00%	2005	3 625	47,00%	
2006	01.01.–08.31.	12 630	27,00%	2006	01.01.–08.31.	4 170	52,00%
	09.01.–12.31.	13 090	27,50%		09.01.–12.31.	4 320	52,00%
2007	01.01.–03.31.	13 090	27,50%	2007	01.01.–03.31.	4 320	52,00%
	04.01.–08.31.	13 730	27,75%		04.01.–08.31.	4 530	52,00%
	09.01.–12.31.	13 965	28,00%		09.01.–12.31.	4 610	52,00%
2008	01.01.–03.31.	13 965	28,00%	2008	01.01.–03.31.	4 610	52,00%
	04.01.–08.31.	14 460	28,20%		04.01.–08.31.	5 785	52,00%
	09.01.–12.31.	14 875	28,30%		09.01.–12.31.	5 950	52,00%
2009	01.01.–06.30.	15 175	28,30%	2009	01.01.–06.30.	6 070	52,00%
	07.01.–12.31.	16 000	28,30%		07.01.–12.31.	6 720	52,00%
2010	17 330	9 350	28,30%	2010	7 280	52,00%	
2011	01.01.–10.31.	18 080	28,40%	2011	01.01.–10.31.	7 860	52,00%
	11.01.–12.31.	19 530	28,40%		11.01.–12.31.	8 790	52,00%
2012	01.01.–01.31.	19 530	28,40%	2012	01.01.–01.31.	8 790	52,00%
	02.01.–06.30.	21 100	30,00%		02.01.–06.30.	10 150	52,00%
	07.01.–11.30.	22 300	31,00%		07.01.–11.30.	11 150	52,00%
	12.01.–12.31.	24 920	31,00%		12.01.–12.31.	12 460	52,00%
2013	01.01.–	24 920	31,00%	2013	01.01.–	12 460	52,00%

**4. táblázat. A cigaretta adótartalma és súlyozott átlagára az EU-ban, 2013. január (forrás: European Commission's publication Excise Duty Tables. Part III – Manufactured Tobacco, January 2013)**

ország	teljes adótartalom (súlyozott átlagár százalékában)	ország	teljes adótartalom (súlyozott átlagár százalékában)
UK	88,97	IE	423,50
EL	88,00	UK	375,80
NL	87,15	FR	305,00
HU	87,01	SE	301,08
PL	84,61	DK	262,96
EE	83,89	NL	251,74
IE	83,65	DE	244,09
SK	83,48	BE	238,67
BG	83,48	FI	225,09
SI	82,43	IT	214,00
RO	82,34	MT	206,80
FI	81,35	EU27	202,99
LV	81,28	ES	201,57
EU27	80,82	AT	197,40
FR	80,64	CY	195,50
DK	80,61	PT	192,41
ES	79,92	LU	191,92
PT	79,76	EL	162,27
LT	78,39	SI	147,50
CZ	77,69	CZ	136,35
MT	77,49	SK	135,80
CY	77,38	HU	132,94
SE	77,06	PL	132,74
BE	76,84	EE	131,50
DE	76,44	RO	123,68
AT	76,40	LV	120,01
IT	75,88	BG	117,85
LU	70,12	LT	112,52

A fenti táblázatokból jól látható, hogy a cigaretta és a fogyasztási dohány esetében is a minimumadó nagyságát tizenötször (!) emelték 2004 és 2013 között. Az előzőekben említett 2012-es rekordnagyságú 466 milliárd forint adóbevétel is többek között a 2012-es háromszori jövedéki adóemelésnek volt köszönhető (3. táblázat). EU-s relációban látható, hogy Magyarország a dohánytermékekre a legmagasabb jövedéki adót kivető országok közé tartozik (a cigaretta fogyasztói ára 87%-ban tartalmaz adót). Egyidejűleg a cigaretta súlyozott átlagára az alsó, legalacsonyabb harmadba tartozik (4. táblázat).

### Konklúzió

A dohányzás hatalmas egészségügyi, társadalmi és közgazdasági károk okozója világszerte, így Magyarországon is. Közgazdaságilag – nemzetközi tapasztalatok alapján – a leghatékonyabb módszer az adóemelés, amely egyrészt csökkenti a fogyasztást, másrészt növeli a költségvetési bevételeket, amelyek – ha lassan is – egészségpolitikai célok, dohányzásról leszoktatási és prevenció programok finanszírozását is szolgálhatják.

### Irodalomjegyzék

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf) (letöltve: 2013. 05. 01.)
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control [http://www.who.int/fctc/text\\_download/en/index.html](http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html) (letöltve: 2013. 05. 01.)
3. A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosítása <http://www.fokuszpont.dohanyzasviszaszoritasa.hu/hu/content/nemdohanyzok-vedelme> (utoljára megtekintve: 2013. 05. 01.)
4. Smith, Adam. *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Edited by Sálvio M. Soares. MetaLibri, 2007, v.1.0p. <http://metalibri.wikidot.com/title:an-inquiry-into-the-nature-and-causes-of-the-wealth-of>
5. Warner, K.: *Taxing tobacco to the butt*. [http://www.elainerodger.co.uk/media/download\\_gallery/Freshne%20Report%20Mumbai%2014%20WCTOH%20March%202009.pdf](http://www.elainerodger.co.uk/media/download_gallery/Freshne%20Report%20Mumbai%2014%20WCTOH%20March%202009.pdf) (letöltve: 2013. 05. 01.)
6. National Commission on Marihuana and Drug Abuse *History of Tobacco Regulation* [http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/nc/nc2b\\_3.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/nc/nc2b_3.htm)
7. Yang L., Sung H. Y., Mao Z., Hu T. W., Rao, K.: *Economic costs attributable to smoking in China: update and an 8-year comparison, 2000-2008*. *Tob Control* 2011;20(4):266–272.
8. Jha P., Chaloupka F. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC: World Bank Publications, 1999. [www.worldbank.org/tobacco/cover2a.asp](http://www.worldbank.org/tobacco/cover2a.asp) (letöltve: 2013. 05. 01.)
9. *The Reports of the Surgeon General – The 1964 Report on Smoking and Health* <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/NN/p-nid/60> (utoljára megtekintve: 2013.05.01)
10. Chaloupka F., Hu T-W., Warner K., Jacobs R., Yukreli A.: *The taxation of tobacco products*. In: Jha P., Chaloupka F.: *Tobacco control in developing countries*. Washington, DC: The World Bank. 2000. [www.worldbank.org/tobacco/tcdc/237TO272.PDF](http://www.worldbank.org/tobacco/tcdc/237TO272.PDF) (letöltve: 2013. 05. 01.)
11. *The Tobacco Atlas Fourth Edition* [http://www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco\\_Atlas\\_2ndPrint.pdf](http://www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco_Atlas_2ndPrint.pdf) (letöltve: 2013. 05. 01.)
12. *European Commission and British American Tobacco sign agreement to combat illicit trade in tobacco 2010* [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-10-951\\_en.htm?locale=en](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-10-951_en.htm?locale=en) (letöltve: 2013. 05. 01.)
13. Esküdt, G. (2011). „Huszonötezer embernek ad munkát, évi ötszázmilliárdos bevétele van a dohányiparnak.” *Vám-Zoll* 2011(09): 6–9.

a. egészségügyi közgazdász  
 b. egészségügyi közgazdász,  
 a Health Solutions Kft ügyvezető igazgatója

# A hospice-palliatív ellátás egészség-gazdaságtani megközelítésben

Az egészségügyi közkiadások, valamint az egyének és a családok egészségügyi ellátásra fordított kiadásainak jelentős része az élet utolsó egy évében igénybe vett ellátásokra koncentrálódik. Ezen ellátások egyik formája a gyógyíthatatlan krónikus betegségben – elsősorban daganatos betegségben – szenvedők szükségleteit kielégítő hospice-palliatív ellátás. Annak ellenére, hogy ez az ellátási forma bizonyítottan javítja mind a beteg, mind a hozzátartozók életminőségét a beteg életének utolsó szakaszában, hazánkban a hospice-palliatív ellátáshoz való hozzáférés és a szolgáltatók száma mégis meglehetősen csekély. Ennek egyik fő oka, hogy az elrendelésének kezdeményezésére jogosult kezelő szakorvosok és háziorvosok képzésének nem része a hospice-palliatív ellátásra vonatkozó ismeretek és a terminális állapotú betegekkel való kommunikációs készségek oktatása. Ennek hiánya azt eredményezi, hogy az orvosok többnyire nem, vagy csak nagyon későn közlik a beteggel, hogy betegsége a tudomány mai állása szerint nem gyógyítható, és még ilyenkor sem feltétlenül javasolják vagy rendelik el számára a hospice-palliatív ellátást. Ehelyett továbbra is az élet meghosszabbítására irányuló, költséges intenzív eljárásoknak vetik alá a páciens (Csikós, 2011; Hegedűs 2010). A másik ok az ellátók egyenetlen területi eloszlása, az általuk kínált szolgáltatások igen eltérő jellege, valamint a javításra szoruló ellátásszervezés és finanszírozás.

■ Dr. Dózsa Csaba<sup>a</sup>, Krenyácz Éva<sup>b</sup>, Dr. Csikós Ágnes<sup>c</sup>, Kósa Klára<sup>d</sup>

**P**alliatív ellátáson olyan beteg- és családorientált ellátást értünk, melynek célja a betegség teljes lefolyása alatt az életminőség javítása a fájdalom, valamint a testi és lelki szenvedések mérséklése révén (WHO). A palliatív ellátás során mind a beteg fizikai, mind lelki, szellemi és szociális igényeit igyekeznek kielégíteni, miközben biztosítják a beteg autonómiáját, információhoz való hozzáférést, és biztosítják számára a választás lehetőségét.

A hospice ellátás korlátozott élettartamú, végstádiumú betegek számára kínál átfogó orvosi, pszichoszociális, lelki és spirituális segítséget. Az ellátás nyújtói támogatják a családtagokat abban, hogy képesek legyenek megbirkózni a betegséggel járó terhekkel, majd később a gyász időszakában felmerülő problémákkal.

## Módszer

Cikkünk a szisztematikus szakirodalmi áttekintés módszerét alkalmazva részletesen sorra veszi a hagyományos, nem palliatív szemléletű kórházi ellátás és a palliatív szemléletű életvégi ellátás költségeinek összehasonlítására irányuló nemzetközi kutatások eredményeit. Ezt követően vázlatosan javaslatot fogalmaz meg egy hazai körülmények között végzendő költség-elemzés kivitelezésére.

## Eredmények

Számos vizsgálat bizonyítja, hogy a végstádiumú betegek kórházi ellátásának költségei jelentős mértékben csökkennek attól a döntési ponttól kezdve, hogy a beteg a hagyományos ellátás helyett hospice-palliatív ellátásban részesül. A költségek csökkenésével egyidőben a betegek ellátásában a hospice-palliatív ellátás minőségi javulást eredményez. Ennek azonban alapvető feltétele, hogy a beteget ellátó szakemberek a kellő időben és a beteg érdekében ki tudják mondani, hogy a hagyományos kezelés egy adott ponton túl hatástalan, és – lehetőleg palliatív ellátásban jártas szakember bevonásával – meg tudják hozni a döntést a kezelés céljának módosításáról, és a gyógyító kezelés helyett a tünetek enyhítésére és a beteg lelki támogatására helyezték a továbbiakban hangsúlyt.

Ahhoz, hogy Magyarországon az életvégi és a hospice-palliatív ellátás a betegek igényeinek megfelelő mértékben hozzáférhető legyen, és a társadalombiztosítás által nyújtott támogatásokból is megfelelő arányban részesüljön, szükség van az ellátást átfogó egészség-gazdaságtani értékelésre. Az értékelés szükségszerűen magában foglalja az ellátás során felmerülő költségek és a hatékonysági szempontok részletes elemzését, értékelését, és a költség-hatékonysági szempontok figyelembevételével ajánlásokat fogalmaz meg a finanszírozó felé. Hazai viszonyok között a hospice-palliatív ellátás



költségeit mérlegelő kutatás ez idáig nem készült, ezért cikkünkben az idevonatkozó külföldi szakirodalom eredményeit ismertetjük. Ezt követően javaslatot teszünk egy hazai körülmények között végzett kutatás tervezetére.

## Megbeszélés

### Az életvégi ellátás jellemzői

Az életvégi ellátások jellemzőit és gazdasági vonatkozásait vizsgáló, elsősorban külföldi szakirodalom tanúsága szerint a teljes egészségügyi kiadás jelentős része az utolsó életévben, illetve az élet utolsó hat hónapja során igénybevett egészségügyi ellátásokra rakódik. Az életvégi ellátások teljes költségeit a biztosítók sehol sem fedezik, az informális segítőkre és családtagokra az ellátásban igen nagy szerep hárul. Országonként változó, hogy az életvégi ellátások – köztük az elsődlegesen a tünetek enyhítésére, a fájdalom csökkentésére és a lelki terhek könnyítésére irányuló hospice-palliatív ellátás – milyen arányban részesülnek társadalombiztosítás által nyújtott támogatásokban, illetve hogy az ellátás igen jelentős költségei mennyiben terhelik az egyént, illetve a betegek családtagjait.

Az életvégi ellátások főbb gazdasági jellemzői a szakirodalom megállapításai szerint, hogy

- a teljes egészségügyi kiadások 10%-a az utolsó életévben igénybevett ellátásokra fordítódik (Polder, 2006; Moon, 2008);
- az utolsó életévben igénybevett ellátások költségeinek 54%-a kórházi ellátásra, 19%-a ápolási otthonban történő ellátásra fordítódik (Polder, 2006);
- a főbb halálokokat tekintve a rákbetegek ellátása a legköltségesebb (Polder, 2006; Peynson, 2004);
- minél előrehaladottabb kort élünk meg, az életvégi ellátás költségei annál kisebbek. (Polder, 2006). Egy 85 éves ember életvégi ellátásának költsége harmadannyi, mint egy 65–75 évesé (Raphael, 2001).

Számos elemzés tanúsága szerint az életvégi ellátások költségei jelentős részét adják az egészségügyi összráfordításoknak. Az elemzések nézőpontja jellemző módon kétféle lehet: az egyik megközelítésben összráfordításon az ellátások teljes költségét értjük, beleértve a társadalombiztosító, a magánbiztosítók, az egyén és a családtagok által a beteg ellátására fordított összegeket is. A kiadásokat sokszor csak részben fedezi a társadalombiztosítás, a költségek jelentős része a családokra hárul, nem ritkán elérve a család jövedelmének akár 40%-át is, ami hatalmas anyagi terhet jelent. Fontos tehát, hogy a társadalombiztosítás racionális megfontolásokat követve, a lehető legköltséghatékonyabb módon támogassa a gyógyíthatatlan és krónikus betegek életvégi ellátását, valódi biztonságot nyújtva ezáltal a biztosítottak részére. Ennek megalapozását szolgálhatja az alábbiakban ismertetett tudományos eredmények ismerete, és ezt a célt szolgálná egy hazai körülmények között végzendő kutatás is.

### A hospice-palliatív ellátás hatékonyságának mérhető elemei

A hospice-palliatív ellátás célja a gyógyító kezelésekre nem reagáló, elsősorban daganatos betegségben szenvedő betegek életminőségének javítása.

- fájdalom- és tünetmenedzsment – életminőség javítása;
- kommunikáció, lelki segítségnyújtás;

- az ellátás célját meghatározó orvosi döntések szakmai támogatása – az ellátás céljának átfogalmazása.

A hatékonyság vizsgálata szempontjából nagyon fontos annak meghatározása, hogy az adott ellátási formától milyen eredményeket várunk, mit tekintünk pozitív kimenetelnek, eredménynek. Amennyiben ezt sikerül meghatározni, akkor kerülhet sor az adott eredményességre vonatkozó mutató javítását célzó eljárások költségeinek összehasonlítására. A gyógyíthatatlan betegségben szenvedők életminősége és a kezelés során felmerülő költségek elemzése során a szakirodalom, mérhető minőségi és gazdaságossági mutatókat vesz figyelembe, melyek a következők:

1. Életminőségre vonatkozó mutatók
  - Betegelégedettség (Likert-skála)
  - Hozzá tartozók elégedettsége (Likert-skála)
  - Az életvégi ellátás (és a halál) kívánt és valós helyszíne
  - Fájdalomszint
  - Nehézlégségi index
  - Plusz: az ellátó személyzet elégedettsége
2. Gazdaságossági mutatók
  - Ellátás napi átlagköltsége
  - Kórházban eltöltött napok száma
  - Intenzív osztályon eltöltött napok száma
  - Gyógyszerfelhasználás költségei
  - Laborvizsgálatok költségei
  - Diagnosztika költségei

A hospice-palliatív ellátás és a hagyományos életvégi ellátás költségeinek összehasonlítása általában a kórházban, hagyományos módon kezelt, és a kórházban vagy otthonában hospice-palliatív ellátásban részesülő beteg ellátásának utolsó néhány napja során felmerülő költségek összehasonlítására irányul. A hagyományos és a hospice-palliatív ellátás hatásainak vizsgálata során eleve két eltérő szemléletű ellátás hatékonyságát kell összehasonlítanunk. A fenti életminőségmutatók javítása a hospice-palliatív ellátás során elsődleges cél, míg a hagyományos ellátás során az elsődleges cél a gyógyító kezelésekre már nem reagáló beteg fizikai élettartamának hetekkel, napokkal, órákkal történő meghosszabbítása, amire orvosaink a legjobb szándékkal – sok esetben a fenti, életminőséget jellemző kritériumok figyelmen kívül hagyása mellett is – a végső kig törekszenek.

A leggyakrabban alkalmazott költség-összehasonlító vizsgálatok a kórházon belül hasonlítják össze a hagyományos ellátásban részesülő betegek költségeit a kórházi hospice-palliatív osztályon vagy a kórházon belüli hospice-palliatív konzultációs team által ellátott betegek költségeivel. Ez utóbbit együttesen kórházon belüli hospice-palliatív ellátásnak nevezzük\*.

### A hospice-palliatív ellátás kiterjesztésének hatása az egészségügyi rendszerre és a közkiadásokra

Hatziandreu, 2008 – Beszámoló az angliai National Audit Office részére, szakirodalmi áttekintés (The potential cost savings of greater use of home- and hospice-based end of life care in England.)

- Minőségi eredmények: bizonyított, hogy a palliatív ellátás csökkenti a tüneti terheket, javítja a betegelégedettséget, valamint az ellátó személyzet elégedettséget.

- Gazdasági eredmények: szinte minden tanulmány egyértelműen megállapítja, hogy a palliatív ellátás az ellátás típusától függetlenül (kórházi vagy otthoni ellátás) költségmegtakarítást eredményez.
- Randomizált, kontrollált klinikai vizsgálatok széleskörű áttekintése alapján (Smith, 2009) bizonyított, hogy a hospice-palliatív ellátás költségei alacsonyabbak a hagyományos kórházi ellátás költségeinél. (A megtakarítások 0-60% között igen széles skálán mozognak.)

A kétféle ellátási forma hatásosságának, eredményességének összehasonlítása során tehát alapvető kérdés a gyógyíthatatlan státusz orvosszakmai elismerése, és annak kommunikálása a beteg és hozzátartozói felé. A gyógyító kezelésekre nem reagáló beteg státuszának értékelésébe hospice-palliatív jártassággal rendelkező szakembereket kell bevonni. Ezesetben pontosabban meghatározható lenne az az időpont, amelytől kezdve az ellátás eredményessége szempontjából kizárólag a fájdalomcsillapítás, a tünetek enyhítése és a lelki támogatás minősége a relevánsak. Ettől a döntési ponttól kezdve gazdasági szempontból a továbbiakban szakmailag is feleslegesnek ítélt további gyógyító kezelések költségeinek elkerüléséről beszélhetünk (cost avoidance). Mindez annak szakmai elismerését is jelentené, hogy a hagyományos kórházi kezelés és a hospice-palliatív ellátás egymásnak nem helyettesítő alternatívái, hanem a szakmai protokollban egymást követő, eltérő ellátási minőségek.

### A terminális állapotú betegek költségei különböző ellátási forma esetén

A terminális állapotú betegek ellátási költségeinek pontos kimutatását nehezíti az a tény, hogy az ellátás esetenként különböző helyszíneken zajlik. (1. ábra)

A különböző ellátási helyeken felmerülő költségek vizsgálatára Simoens (2010) szakirodalmi áttekintésében mindössze két tanulmányt találunk. Az egyik Gomez-Batiste 2006-os tanulmánya, mely a spanyolországi palliatív ellátók 80%-ának körében végzett vizsgálat eredményeit ismerteti. Spanyolországban a palliatív ellátás akut kórházi ágyakon, speciális rákbeteg-osztályokon, ápolási otthonokban, valamint kórházi támogató teamek és otthoni ápolási teamek segítségével zajlik. A tanulmány 372 beteg esetében vizsgálja a költségek alakulását az életük utolsó 6 hete során. A kórházi osztályokra vonatkozó adatok nyilvános forrásokból származtak, a kórházon kívüli ellátásokat becslések alapján határozták meg. Az eredményeket tekintve az utolsó 6 hétben az egy betegre jutó átlagos összköltség 2 774 euro volt (2007-es árakon számítva). Ebből a kórházi ellátás költsége 2 390 euro, míg az egyéb ellátásé 384 euro volt (Gomez-Batiste, 2006).

Egy, a költségeket szintén több ellátási helyszín vonatkozásában vizsgáló angliai kutatás szerint a kórházi ellátás költségei betegségtípustól függően a daganatos betegek palliatív ellátására fordított összes költség 35–77%-át adták, bár ez a vizsgálat nem fordított figyelmet a palliatív ellátás időtartamára, hanem az erős opioidos fájdalomcsillapítás kezdetétől vizsgálta a költségek alakulását (Guest et al. 2006).

Ezek az arányok, akárcsak a kórházi ellátás előbbiekben ismertett magas költségei – és a terminális állapotú betegek esetében csekély eredményei – arra kell, ösztönözzenek, hogy

mind a beteg, mind az egészségügyi kiadások racionális felhasználása szempontjából törekedjünk a végstadiumú betegek hospitalizációjának elkerülésére, és a számukra megfelelő ellátás biztosítására.

A költségek összehasonlításának másik módja a betegek többsége által preferált (Csikós, 2011) otthoni hospice ellátás és a mindmáig elterjedt, hagyományos kórházi ellátás költségeit lenne hivatott összehasonlítani, ám erre viszonylag kevés kutatás vállalkozik.

### A terminális állapotú betegek kórházon belüli ellátásának költségei – szakirodalmi áttekintés

A végstadiumú, súlyos állapotban kórházba kerülő betegek ellátásának költségeit vizsgálva a szakirodalom általában a hagyományos ellátás, valamint a hospice-palliatív kórházi osztályon, illetve kórházi hospice-palliatív mobil team által nyújtott ellátás költségeit veti össze olyan betegek esetében, akik a kórházba kerülést követő néhány napon belül elhaláloztak, vagy otthonukba távoztak. Hagyományos ellátáson a beteg élettartamának meghosszabbítására irányuló, többnyire intenzív ellátási formákat értjük. A kórházi költségek és eredmények mérésére és összehasonlítására a szakirodalom többnyire a korábban megadott minőségi és gazdaságossági mutatókat alkalmazza.

A randomizált, kontrollált klinikai vizsgálatok széles körű áttekintését követően Smith (2009) megállapítja, hogy jelentős kórházi költségek takaríthatók meg, ha a végstadiumú betegek ellátása hospice-palliatív kórházi osztályon vagy kórházi hospice-palliatív teamek által történik. A megtakarítás fő forrása a célok átfogalmazása, a hatástalannak ítélt kezelések költségeinek elkerülése, amin elsősorban az intenzív ágyhasználat, a gyógyszerfelhasználás és a laborvizsgálatok költségei értendők.

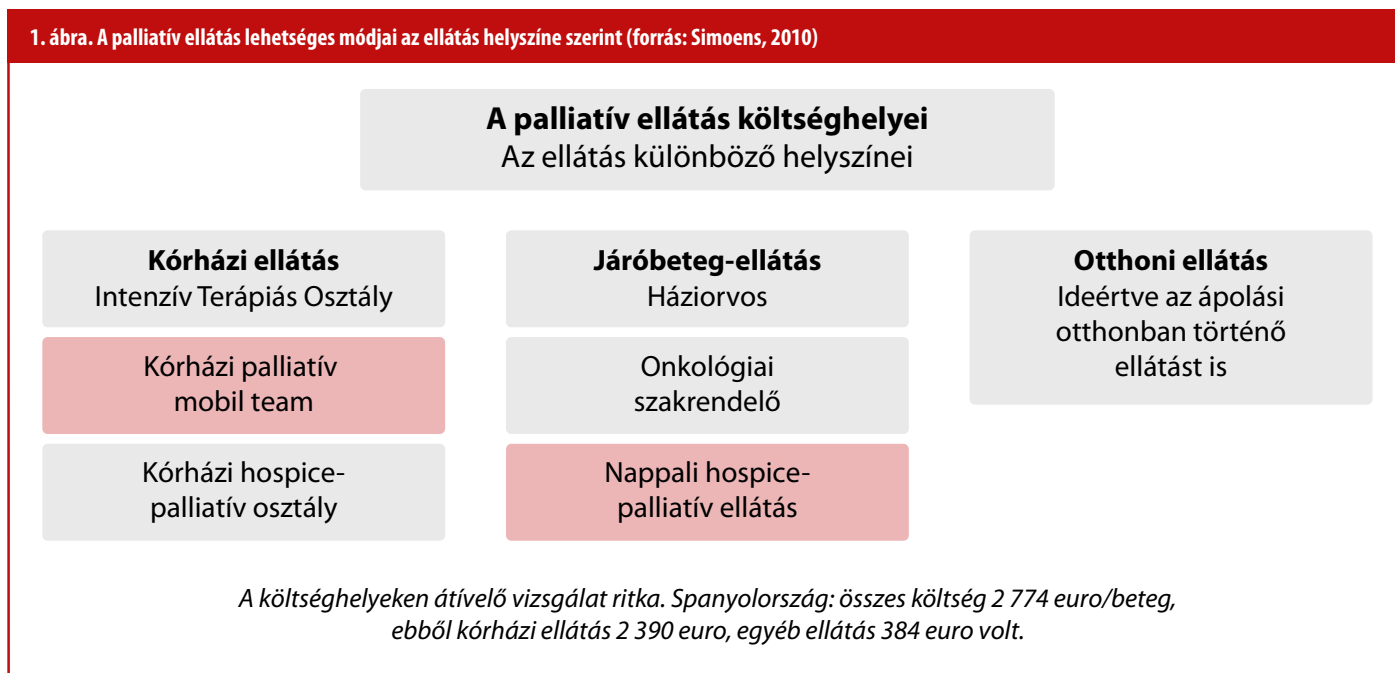
A költségek csökkenése mellett nem elhanyagolható szempont az ellátás minőségi mutatóinak jelentős mértékű javulása. Számos klinikai vizsgálat számol be hasonló költségmegtakarításról, miközben a szerzők rendre a minőségi mutatók – betegelégedettség, fájdalomszint csökkenése, nehézlégzési index – javulását hangsúlyozzák.

Penrod (2006) retrospektív módon vizsgálta 314 idős ember ellátásának a finanszírozó által nyilvántartott adatait. Eredményei szerint a palliatív ellátásban részesülő betegek 42%-kal kisebb eséllyel kerültek intenzív ellátásba. A napi közvetlen ellátás költségei esetükben 239 dollárral, míg a háttérellátások költségei napi 98 dollárral voltak alacsonyabbak. A gyógyszerfelhasználás költségeit tekintve nem találtak eltérést a hagyományos módon kezelt és a palliatív ellátásban részesülők között.

Ciemins (2007) egy kaliforniai kórházban 27 palliatív ellátásban részesülő beteg ellátásának költségeit hasonlította össze 128 hagyományos módon kezelt beteg ellátási költségeivel. Eredményei alapján a hospice-palliatív ellátás napi átlagköltsége 14,5%-kal volt kevesebb, mint a hagyományos ellátásé, a kórházi tartózkodás időtartama pedig 30%-kal volt rövidebb.

Morrison (2008) nyolc különböző földrajzi elhelyezkedésű, és eltérő társadalmi rétegeket ellátó amerikai kórházban végzett vizsgálat eredményeit ismerteti. A palliatív ellátásban részesülő betegeket 6 palliatív mobil team látta el. A vizsgálatot 43 973 élve otthonába bocsátott és 4 726 kórházban elhunyt beteg alapján végezték, ami igen nagy mintának szá-

1. ábra. A palliatív ellátás lehetséges módjai az ellátás helyszíne szerint (forrás: Simoens, 2010)



mít. Propensity score modell révén történő illesztés alapján vizsgálták a közvetlen költségeket. Az eredmények szerint a palliatív ellátásban részesülők esetében a napi ellátás költségei csökkentek – legjelentősebb mértékben a gyógyszer, a laborvizsgálatok és az intenzív ellátás költségei –, miközben a minőségi eredmények jelentős mértékben javultak. A minőségi mutatók alakulását 48 palliatív ellátásban részesült beteg esetében vizsgálták. Esetükben a fájdalomszint 86%-kal, a nehézlégzési index 64%-kal csökkent a kezelés időtartama alatt (Morrison, 2008).

O'Mahony (2010) nem foglalkozik közvetlenül a költségek alakulásával, ám számos olyan ellátásbeli tényezőt vizsgál, amelyek hatással vannak a kórházi költségek alakulására. Mahony a Montefiore Medical Center, Bronx intenzív osztályán működő palliatív ellátó team által egy adott időszakon belül egymást követő 157 beteg ellátásának leíró jelentését adja. A team egy felsőfokú gyakorlattal rendelkező nővérből és egy szociális munkásból állt, akik részletes tájékoztatást nyújtottak a beteg és hozzátartozóik számára a haldoklás folyamatáról, és lelki segítségnyújtást biztosítottak. A konzultációt követően a konzultációban részt vevő betegek 29%-át lekapcsolták a mesterséges lélegeztetésről, 15,3%-uknál abbahagyták a mesterséges táplálást, 51%-uknál javaslatétel született fájdalom-menedzsment alkalmazásáról, 52%-uknál tüneti kezelésre történt javaslatétel. A konzultációban részt vevők körében megnőtt a formálisan végrendelkezők száma. A konzultációt megelőzően a betegek 32%-a, míg azt követően 83% tett nyilatkozatot arról, hogy nem kér újraélesztést. A team javaslatára a betegek 51%-át utalták hospice ellátásba. Az opioid gyógyszerfelhasználás költségei a konzultációs csoportban magasabbak voltak ( $p=0.01$ ), a laboratóriumi és radiológiai költségek alacsonyabbak ( $p=0.004$  és  $p=0.027$ ). A tanulmány következtetése szerint a palliatív szakemberek bevonása a kritikus stádiumú betegek kezelésébe a betegek számára előnyös. A beteg jobb ellátása és a családtagokkal való kommunikáció elősegítése érdekében Wiederman (2012) szintén palliatív konzultációs lehetőség bevezetését javasolja az intenzív osztályokon.

### A terminális állapotú betegek otthoni ellátásának költségei – szakirodalmi áttekintés

Az ide vonatkozó szakirodalom eredményeit Simoens mutatja be részletesen (Simoens et al., 2010), három vizsgálat leírását ismertetve. A szerzők felhívják a figyelmet, hogy az egyes tanulmányok eredményei nem összehasonlíthatók, hiszen az ellátás költségeit befolyásoló tényezők alkalmazása vizsgálatonként igen eltérő. Eltérő például a vizsgált időtáv (utolsó X nap/hónap), és az országonkénti szabályozásoknak megfelelően szinte minden esetben eltérő a szolgáltatások tartalma, a szolgáltatások költsége, az ellátók köre, a hozzáférés lehetősége, a jogi, finanszírozási háttér.

Az első vizsgálatot Di Cosimo és társai végezték Olaszországban olyan betegek körében, akiknek az orvosok szerint a várható élettartamuk két hónap vagy annál rövidebb idő volt. Az otthoni szolgáltatás egy telefonos forróvonal működtetéséből, illetve egy onkológusokból és daganatos betegek ápolásában jártas ápolókból álló team szolgáltatásaiból állt. Az egy betegre eső napi átlagköltség 39,9 euró volt. Ez az összeg tartalmazta a támogató és a koordinációs team költségeit (8,3 euró), a gyógyszerfelhasználás költségeit (14,4 euró), a háziorvosi díjakat (5,7 euró), az orvosi vizsgálatok díjait (5 euró), az ápolás díját (4,2 euró), a kiegészítő ellátásokat (1,6 euró) és a szakorvosi konzultáció díját (0,5 euró) (Di Cosimo et al., 2003).

Egy szintén olaszországi retrospektív megfigyelő kutatás a vérképzőszervek rosszindulatú betegségeiben szenvedő betegek eltérő státuszú és eltérő várható élettartamú csoportjában (144 beteg) vizsgálta a költségek alakulását. A betegeket ellátó team hematológus szakemberekből, ápolókból, pszichológusokból és szociális munkásokból állt. A havi ellátás költsége (ellátó személyzet, anyagok és gyógyszerek, vératömlesztés, laboratórium és diagnosztika) 4 533 eurót tett ki a terminális állapotú betegek esetében, 2 468 eurót az előrehaladott állapotú betegek esetében, 1 594 eurót a krónikus fázisban lévő betegek esetében és 4 270 eurót a gyógyítható betegek esetében. (Cartoni et al., 2007). A szerzők megállapítják, hogy a leukémiás betegek esetében az otthoni ellátás a finanszírozó szempontjából olcsóbb, mint a kórházi ellátás.

A kutatás során nem vizsgálták az életminőséget és a beteg-elégedettséget.

Tamir et al. (2007) Izraelben végzett vizsgálataiban során 120 otthoni palliatív, és 515, nem otthoni palliatív ellátásra szakosodott ellátási modellben ellátott beteg költségeit hasonlítják össze. Eredményei szerint az otthoni palliatív ellátásra szakosodott modellben az ellátás költségei 30%-kal voltak alacsonyabbak, amit a szerzők főleg a hospitalizáció és az onkológiai ellátások elkerülésével magyaráznak.

Pyenson (2004) 8700 Medicare-ellátott esetében illesztett kohorszok alkalmazásával, betegcsoportonként vizsgálta a hospice ellátásban részesülő és abban nem részesülő (daganatos és nem daganatos) betegek életvégi ellátásának költségeit. Valamennyi betegcsoportban – kivéve a stroke és a prosztatarák esetét – a hospice-ellátottak költségei alacsonyabbak voltak. A különbség a pangásos szívelégtelenség, a májrák és a hasnyálmirigyrák esetében szignifikánsnak bizonyult.

Emanuel (1996) cikkében arra a következtetésre jut, hogy a hosszabb távú hospice ellátás alkalmazása nem okoz jelentős költségcsökkenést, hiszen más az időtáv: a hospice-palliatív ellátás időtartama hosszabb időre terjed ki, mint az utolsó néhány nap. Fél éves, éves igénybevétel esetén meglehetősen költséges is lehet, így egy éves ellátási időtartamra végezve az összehasonlítást a hagyományos ellátási formával szembeni megtakarítások akár 0-ra is csökkenhetnek. Emanuel is elismeri azonban, hogy a hospice ellátás semmiképp sem drágább, mint a hagyományos ellátás, és a betegek által bizonyítottan preferáltabb (Emanuel, 1996).

Más vizsgálatok azt mutatják, hogy egyfelől a betegek viszonylag későn kerülnek hospice ellátásba, valamint a hospice ellátásban eltöltött idő az elmúlt 10 évben csökkenő tendenciát mutat.

### Az ellátás időtartama és a költségek közötti összefüggések

A nemzetközi adatok tanúsága szerint a betegek egyre rövidebb ideig veszik igénybe a hospice ellátást. Egyes szakértők szerint, ahogy nő a kuratív kezelési alternatívák száma, annál később kerülnek hospice ellátásba a betegek (Mintzer, 2007). A másik – és talán fontosabb – ok, hogy az orvosok kommunikációja mindmáig nem megfelelő, a terminális állapot közlését halogatják, így hospice ellátásba csak a legvégső napokban kerülnek be a betegek. Magyar ellátók adatai szerint az otthoni hospice ellátásban részesülő betegek átlagos gondozási ideje 55 nap, a Budapest Hospice Házban ellátottaké 21 nap (Magyar Hospice Alapítvány, 2011).

Ez azonban az ellátási költségek szempontjából nem hatékony. Számos vizsgálat igazolja, hogy a hosszabb hospice ellátási idő nagyobb megtakarítást eredményez, de a költségek az egyes betegségtípusok szerint eltérőek lehetnek (Taylor, 2007). A „hosszabb hospice ellátás – nagyobb megtakarítás” jelenségének egyik oka, hogy a hospice ellátás költségei aránylag magasak a betegfelvétel időpontjában, majd a halál beálltánál közeledeként. Mivel a finanszírozás napidíj formájában történik, amely az egy napon belül több alkalommal végzett vizitek számával nem növelhető, ezért az aránylag magas költségigényű napok koncentrációja esetén az ellátás valódi költségei sokszor nem fedezhetők a közfinanszírozásból. Ebből adódóan a napi átlagfinanszírozás a hospice ellátás veszteségességét okozhatja, hiszen az átlagköltségek

nem oszthatók el egy hosszabb ellátási időszak alatt az alacsonyabb, valamint a magas, sőt esetleg extrém költségeket jelentő végső, intenzív ellátási napok között. Ugyanakkor, ha a beteg csak a legvégső napokban kerül hospice ellátásba, az nemcsak költségigényességet, hanem az ellátás minőségét is rontja, hiszen nincs már mód a megelőző jellegű fájdalomcsillapításra, a fájdalomcsillapítás folyamatosságának tervezésére, a lelki segítségnyújtás tervezett felépítésére.

Pyenson (2004) vizsgálatának fontos megállapítása, hogy a hospice ellátás alacsonyabb költségei nem hozhatók összefüggésbe az alacsonyabb túlélési időtartammal, hiszen az általa vizsgált betegek esetében tovább éltek a hospice ellátást igénybevevők, mint a hospice ellátásban nem részesülő betegtársaik.

### Az ellátás tartalma hazánkban

A hospice ellátás tartalmára vonatkozóan a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az alábbi tevékenységeket írja elő:

1. Alap- és szakápolási tevékenységek;
2. Tartós fájdalomcsillapítással kapcsolatos szakápolói feladatok;
3. Gyógytorna;
4. Fizioerápia;
5. Szociális tevékenységek szervezése;
6. Diétás gondozás, tanácsadás;
7. Mentálhigiénés gondozás, tanácsadás (melynek része a családtagok, közvetlen gondozásban résztvevők felkészítése a hospice ellátásra);
8. Gyógyszerelés tervezése, ellenőrzése (megelőző, lépcsőzetes, kombinált fájdalomcsillapítás, orvosi tevékenység).

A 2., valamint az 5., a 6., a 7. és a 8. tevékenységek mértéke eredményezi a tényleges hospice ellátást. Ezek híján az ellátás otthoni szakápolásnak minősül.

A finanszírozás a tevékenységek közötti megoszlása egyenetlen. A finanszírozás jelentős hányadát az alap- és szakápolási tevékenységek teszik ki (országos átlagban 66,6%). A különböző tevékenységi kategóriák finanszírozásában a megynkénti szórás jelentős. A 2. kategóriában (fájdalomcsillapítás) pl. a szórás igen nagy, 46,4%-tól (Vas megye) a 0%-ig (Fejér megye); a 8. kategóriában (gyógyszerelés tervezése, orvosi tevékenység) 12,15%-tól 0%ig terjed. Ezek az adatok az ellátás egyenetlenségét támasztják alá.

### Igénybevétel és finanszírozás

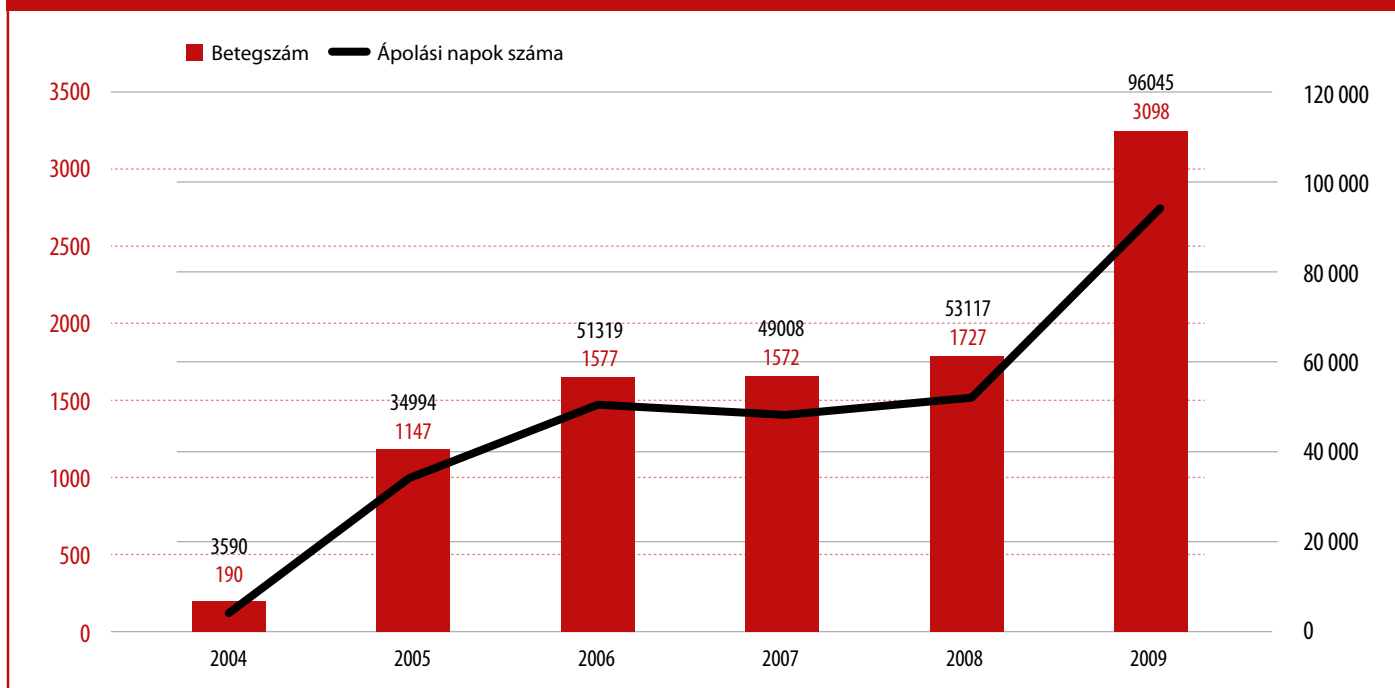
Noha a hospice ellátást igénybe vevők száma évről évre nő (2. ábra), Magyarországon az évente daganatos betegségben elhunyt 33-35 000 ember közül mindössze néhány ezer részesül hospice-palliatív ellátásban (Kásler, 2005). Igaz ez annak ellenére, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések tanúsága szerint a gyógyíthatatlan krónikus betegek hospice-palliatív ellátása jóval olcsóbb, mint a hagyományos ellátási formák.

Az OEP 2004 óta járul hozzá két hospice-palliatív ellátási forma, a kórházi hospice ellátás és az otthoni hospice ellátás emelt szintű finanszírozásához.

A finanszírozás jelenleg – az ápolási kategóriánként képzett – vizitdíj alapján történik.

A – betegek által többnyire preferált – otthoni hospice ápolás vizitdíja idén változott. A vizitdíjat a 3 380 forintos alapdíj és a 12. számú melléklet szerinti szorzók alkalmazásával kell kiszámítani. Az otthoni hospice ellátás finanszírozási egysége az ellátási nap, amely az otthoni ellátáson kívül magában foglalja a folyamatos rendelkezésre állást is. A napidíj mértéke az otthoni szakápolás alapdíjának 120%-a. Az ellátás magában

2. ábra. Hospice betegszám és ápolási napok alakulása 2004–2009



foglalja a 24 órás rendelkezésre állást. A beteg maximálisan 50 vizitre jogosult, amely további 2x50 vizittel egészíthető ki. Ezen felül területi pótlék is megállapításra kerül. A területi pótlék összege a vizitdíj 10%-a. A vizitdíj 20%-ának megfelelő összegű területi pótlék illeti meg a szolgáltatót, ha 2000 főnél kisebb lakosságszámú településen történt a szakápolás, illetve az otthoni hospice ellátás. A biztosított ellátására naponta egy vizit számolható el, az egy napon történt többszöri ellátás esetén is.

Kórházi hospice-palliatív ellátás esetén a krónikus ellátások napidíja (5 600 Ft) a mérvadó, az alkalmazott szorzó 1,7 (9 520 Ft/nap), ami kiegészül a speciális krónikus ellátások szorzóival. A kórházi palliatív mobil csapatok finanszírozása még kidolgozás alatt áll. A tevékenységet végző szolgáltatók értékelése szerint az OEP finanszírozás az ellátás 40–70%-át fedezi, a többit pályázatokból, 1%-ból, adományokból, önkéntes alapon nyújtják (Magyar Hospice-Palliatív Egyesület jelentése, 2011).

**Következtetések**

**A hospice-palliatív ellátás költségelemzésének lehetőségei hazai körülmények között**

A költségek alakulását a heterogenitás miatt a társadalombiztosítói finanszírozásban részesülő ellátási formák – a kórházi

hospice ellátás és az otthoni ellátás – esetében célszerű elsőként megvizsgálni. Később vagy ezzel párhuzamosan pedig érdemes a palliatív konzultáció és a mobil team munkáját bevonni a költség-számításba, a nemzetközi példák preferenciái alapján. A palliatív mobil csapatok költségeinek elemzésére az ellátási forma finanszírozási feltételeinek kidolgozásában nyújthat segítséget egy szakmailag megalapozott költség-elemzés.

A vizsgálat eredményei mind az ellátás racionalizálása céljából, mind a finanszírozás javítására tett javaslatok alátámasztására felhasználhatók. Az ellátás racionalizálása egyrészt szakmai oldalról történik, azaz a szakmai irányelv megalkotása, képzés, visszacsatolás keretében, másrészt pedig a finanszírozási környezet alakításával, támogatásával.

- egyrészt a mikrokörnyezetben, azaz az ellátó intézménytípusoknál,
- másrészt mezoszinten megvizsgálja a finanszírozó – társadalombiztosító, OEP - érdekeit, illetve
- nemzetgazdasági (makro-) szinten a társadalmi terheket és hatásokat vizsgálva.

Minden szinten különböző költségtípusok jelentkeznek a különböző hatásoknak megfelelően, melyet az 1. táblázat magyaráz.

1. táblázat. Különböző szintű költségek és hatások

Jellemzők	Mikroszint	Mezoszint	Makroszint
Érintett intézmény	A. Kórházi (intézeti) hospice ellátás B. otthoni hospice ellátás egy-egy nagy kórházon belül C. Palliatív konzultáció és mobil team	Finanszírozó: Országos Egészségbiztosítási Pénztár	Nemzetgazdaság
Költségek	direkt költségek: ellátáshoz közvetlenül kapcsolható	direkt és indirekt költségek: finanszírozáshoz (gyógyító-megelőző kasszához) kapcsolódó költségek, pénzbeli ellátások stb.	indirekt költségek: beteg tágabb környezetéhez kapcsolódó költségek (pl. egyén: fájdalom, nehezen kalkulálható költségek, családtag kiesése a munkából; állam: költségvetés, GDP)
Hatások	közvetlenül a beteg és környezete	finanszírozás, kassza-megtakarítás	lakossági, társadalmi, gazdasági hatások

2. táblázat. Költségkalkuláció alapja (forrás: Simoens, 2010)

Medication	DIRECT HEALTH CARE COSTS		DIRECT NON-HEALTH CARE COSTS	INDIRECT COSTS
	Health Care providers	Other		
...	General practitioner	Diagnostic tests	Transportation to health care provider	Time lost from school
	Specialist physician	Social worker	Child care costs	Time lost from work
	Psychologists	Accident and emergency visit	Home adaptations	Reduced ability to carry out usual daily activities
	Nurse			

A hospice-palliatív ellátás költségeinek elemzése során tekintettel kell lennünk az alábbi tényezőkre.

### 1) Kiindulópont: Mi az ellátás célja, eredménye?

Az ellátás célját akkor tudjuk meghatározni, ha tudjuk, hogy a gyógyíthatatlan krónikus betegek hospice-palliatív ellátása milyen tényezőkön alapul. Ezek az alábbiak:

- igénybevevők/jogosultak száma, alakulása;
- ellátásban eltöltött idő;
- szolgáltatások köre;
- ellátás és halál helyszíne.

A tanulmányok szerint igen jelentős azok száma, akik életük utolsó évében huzamosan vagy részlegesen ápolási otthonok szolgáltatásait veszik igénybe. Az életvégi ellátások koherens szervezésének és finanszírozásának szempontjából ez a tény mindenképpen figyelmet érdemel.

### 2) Szabályozás: Ki részesülhet hospice ellátásban?

Hogan (2001) szerint mivel az előre várható élettartam megállapítása sok krónikus betegség esetében nehéz, főleg daganatos betegek kerülnek hospice ellátásba. Azok a nem daganatos betegek, akik esetében az orvosok nem állapítják meg, hogy a várható élettartam 1 évnél kevesebb, azoknak az akut ellátási formákhoz kötődő ellátási költségei továbbra is igen magasak.

### 3) Adatgyűjtés

Elsődleges, progresszív adatgyűjtés javasolt, a korábban bemutatott szinteken. Ideális esetben a terminális diagnózis kimondásától kezdve kellene számolni a költségek alakulását, ugyanakkor éppen a döntés meghozatalának időpontja a költségek szempontjából elsődleges szerepet játszik, hiszen minél tovább kezelik hagyományos módon a beteget, a betegre eső összköltségek annál magasabbak. Ez megnehezíti az adatgyűjtés módszertanának kialakítását.

### Javaslat a további lépésekre – a tervezett költségelemzés keretei

A fentiekben vázlatosan bemutatott külföldi példák a hospice-palliatív ellátás költségeinek és költséghatékonyságának elemzésére azt a célt szolgálták, hogy előkészítsünk, részleteiben kidolgozzunk és a későbbiekben le is bonyolítsunk egy átfogó hazai viszonyokra adaptált költségelemzést.

A nemzetközi költségelemzések is a könyvelési rendszerek adatait használják fel, annyi könnyebbséggel, hogy például Morrait (2008) költségszámításában azonos rendszert használnak a kórházak (TSI), ami lehetővé teszi, hogy azonos költségeket kössenek az erőforrásokhoz. Ezeket a számításokat a beszerzés közvetlen költségeinek, valamint a munkaerő idő-és tevékenység-elemzésre épülő költségeinek elemzésére alapozták. A vizsgált tanulmányok esetében az eltérő értékek abból is adódhatnak, hogy a költségelemzés során az ellátás

körülményei, a kórházak és a kórházi osztályok típusai, a palliatív és a hagyományos ellátás tartalma, a költségelemzés időtávja és mérési módszerei eltérőek voltak.

A költséggyűjtések a rendszerek különbözősége miatt hazánkban úgy oldhatók meg, hogy első körben a különböző ellátásokra elkészítjük a költségstruktúrát, és a mobil teamnek pedig egy ezeken alapuló tervezési sablont alakítunk ki.

A költségeket el kell különíteni a direkt (közvetlen) és indirekt (közvetett) költségek definíciója alapján. A direkt költségekbe tömörítjük azokat a költségeket, amelyek közvetlenül a palliatív eljárásához kapcsolhatóak. Az indirekt költségek az általános, közvetett költségeket jelentik, azaz nem kapcsolódnak közvetlenül a betegellátáshoz. A teljes költség a két kategória summáját adja ki (2. táblázat).

Ezenkívül jelezni kell, hogy mely költségeket tekintünk fix (azaz az ellátás növelésekor jellemzően azonos költségeknek), illetve változó (az ellátás változása költségváltozást is okoz) költségeknek.

A megkülönböztetett költségeket speciális kategóriákba (költségokozókba) csoportosítjuk, a nemzetközi szakirodalomnak megfelelően: intenzív ellátás, gyógyszer, intravénás terápia, laboratóriumi költségek, diagnosztika. A költséggyűjtés alapján egyéb kategória is megnevezhető, vagy meglévő elhagyható. A költségokozókat a nemzetközi szakirodalomban különbözőképpen csoportosítják. Néhány példa, melyek alapján négy költségokozót neveztem meg:

- egészségügyi ellátók, anyag- és gyógyszerköltségek, transzfúziós ellátás, laborhasználat
- ellátó személyzet, vérátömlesztés, gyógyszerek, laborhasználat

A hagyományos és palliatív ellátások összehasonlítását a különböző mutatók jelentik. Ilyen mutatók például az egy napra számított költségek, gyógyszer, orvosi műszer, orvosi eszköz, gyász idején nyújtott támogatás, forrásteremtés, betegszállítás, általános kórházi gondozás, kórházi helyettesítő gondozás, klinikus típusa szerinti költségek.

Amennyiben megfelelő nagyságú esetszám áll rendelkezésünkre, akkor az adatgyűjtésnél előnyben részesíthetjük a kezelt betegek csoportosítását. A betegek csoportosításának egyik legjobb példája a discharged early/terminal/advanced/chronic, azaz korai elbocsátás/végstádiumú/előrehaladott/krónikus állapot megjelölése (3. táblázat).

A költségek nagyságát befolyásolja, hogy egy-egy szervezet elkülönülten működik, vagy integráltan, kórházi egységben. A jelenlegi gyakorlat alapján hazánkban a meglehetősen merev kasszarendszerű finanszírozás és a korábbi pályázati rendszer következtében az otthoni és az intézeti hospice ellátást sok helyen külön cégek végzik.

A hospice ellátás mellett érdemes kalkulálni a jelenleg alkalmazott eljárások költségeit is, azaz rögzíteni a hagyományos eljárások jellemzőit (betegek száma, költségek beazonosítása stb.). Ezáltal megkaphatjuk a nemzetközi szakirodalomhoz hasonló számítások eredményeit hazai környezetben.

3. táblázat. Betegek egy lehetséges csoportosítása (forrás: Cartoni, 2007)

PATIENTS	MEAN MONTHLY COST (MMC) DRIVERS IN EUROS								
	Staff		Transfusions		Drugs		Laboratory		Total
	€	(%)	€	(%)	€	(%)	€	(%)	
Discharged early	1.354.9	(34)	1,148.2	(29)	1,432.2	(36)	51.1	(1)	€ 3,986.40
Discharged early >4 transfusions	1.354.9	(14)	6,711.9	(70)	1,432.2	(15)	51.1	(1)	€ 9,550.10
Terminal	1.513.6	(36)	1,224.3	(29)	1,442.6	(34)	52.0	(1)	€ 4,232.50
Terminal >4 transfusions	1.513.6	(23)	3,693.7	(55)	1,442.6	(21)	52.0	(1)	€ 6,702.00
Advanced	664.6	(29)	339.8	(15)	1,266.1	(55)	33.3	(1)	€ 2,303.80
Advanced >4 transfusions	664.6	(12)	3,693.7	(65)	1,266.1	(22)	33.3	(1)	€ 5,657.70
Chronic	507.3	(34)	227.3	(15)	728.3	(49)	25.4	(2)	€ 1.488.33

Hivatkozások

- Boni-Saenz, Alexander, David Dranove; Linda L Emanuel; Anthony T Lo Sasso: *The price of palliative care: toward a complete accounting of costs and benefits.* Buehler Center on Aging, Northwestern University Feinberg School of Medicine, *Clinics in geriatric medicine* 2005;21(1):147–63, ix.
- CAPC (Center for Advanced Palliative Care) Sample Policies.
- Cartoni C, Brunetti GA, D’Elia GM, et al. (2007) Cost analysis of a domiciliary program of supportive and palliative care for patients with hematologic malignancies. *Haematologica* 2007;92(5):666e673. [http://www.istud.it/up\\_media/rassegna/costanalysis.pdf](http://www.istud.it/up_media/rassegna/costanalysis.pdf)
- Ciemins EL, Blum L, Nunley M, Lasher A, Newman JM (2007). *The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: a multifaceted approach.* *Journal of Palliative Medicine*, 2007 Dec. pp. 1347–55.
- Csikós, Ágnes, 2011, *Az életvégi betegellátás helyzete és fejlődési lehetőségei Magyarországon*, PhD értekezés
- Dózsa, Csaba, Krenyácz Éva, (2012). *A hospice-palliatív ellátás egészség-gazdaságtani szempontjai. I. Pécsi Hospice-Palliatív Szimpózium, 2012. október 4. ppt előadás.*
- Ezekiel J. Emanuel, MD, PhD (1996). *Cost Savings at the End of Life: What Do the Data Show?* *JAMA*. 1996;275(24):1907–1914. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8648872>
- Gomez-Batiste X, Tuca A, Corrales E, et al. *Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study.* *J Pain Symptom Management*, 2006;31(6):522e532. <http://cuidadospaliativos.org/archives/Resource%20Consumption%20and%20Costs.pdf>
- Guest JF, Ruiz FJ, Greener MJ, Trotman IF. (2006). *Palliative care treatment patterns and associated costs of healthcare resource use for specific advanced cancer patients in the UK.* *Eur. J. Cancer Care*, 2006;15(1):65e73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16441679> absztrakt
- Hatziandreu E., Archontakis F. (2008). *The potential cost savings of greater use of home- and hospice-based end of life care in England.* RAND Corporation Technical report, National Audit Office.

- [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2008/RAND\\_TR642.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR642.pdf)
- Hegedűs, Katalin, 2010, *The SWOT analysis of Hungarian hospice palliative care.* *Advances in Palliative Medicine* 2010, 9, 111–116
- Hogan, Christopher; June Lunney, Jon Gabel and Joanne Lynn: *Medicare Beneficiaries’ Costs Of Care In The Last Year Of Life.* *Health Affairs*, 20, no.4 (2001):188–195 <http://content.healthaffairs.org/content/20/4/188.full.pdf+html>
- Killaly, Bradley L. *The Cost Structure of Hospice Providers* [https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db\\_name=IIOC2008&paper\\_id=529](https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=IIOC2008&paper_id=529)
- Magyar Hospice-Palliatív Egyesület jelentése. Szerzők: Dr. Hegedűs Katalin, Munk Katalin: *Összefoglalás a 2011. évi hospice betegellátásról.* <http://www.hospice.hu/hospice-jelentesek/563>
- Miller, G.W. (2002) *Delivering Quality Care and Cost-Effectiveness at the End of Life. Building on the 20-Year Success of the Medicare Hospice Benefit February 2002* [http://nhpco.org/files/public/delivering\\_quality\\_care.pdf](http://nhpco.org/files/public/delivering_quality_care.pdf)
- Mintzer, David M., MD Kathryn Zagrabbe On *How Increasing Numbers of Newer Cancer Therapies Further Delay Referral to Hospice: The Increasing Palliative Care Imperative.* doi: 10.1177/1049909106297363 *AM J HOSP PALLIAT CARE* April 2007 vol. 24 no. 2 126–130 <http://ajh.sagepub.com/content/24/2/126>
- Moon, M, Boccuti, C. (2008), *Medicare and End-of Life Care.* *The Urban Institute Financing Committee.* [http://www.urban.org/uploadedPDF/1000442\\_Medicare.pdf](http://www.urban.org/uploadedPDF/1000442_Medicare.pdf)
- Morrison R. Sean Morrison, MD; Joan D. Penrod, PhD; J. Brian Cassel, PhD et al (2008). *Cost Savings Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs. Original Investigation.* *Archives of Internal Medicine*, September 2008, Vol168, No 16. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414449>
- O’Mahony S, McHenry J, Blank AE, Snow D, Eti Karakas S, Santoro G, Selwyn P, Kvetan V(2010). *Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit.* <http://pmj.sagepub.com/content/early/2009/10/13/0269216309346540.short>

20. Penrod (2006) Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. *Journal of palliative Medicine*, 2006. Aug. 9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16910799>
21. Polder, Johan J., Barendregt and Hans van Oers (2006): Health care costs in the last year of life – the Dutch experience. *Social Science & Medicine Volume 63, Issue 7, October 2006*. <http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/health-care-costs-in-the-last-year-of-life-the-dutch-experience-IIGvTQYAiN/1>
22. Pyenson, Bruce, FSA, MAAA, Stephen Connor, PhD, Kathryn Fitch, RN, MA, Med, and Barry Kinzbrunner, MD: Medicare Cost in Matched Hospice and Non-Hospice Cohorts. *Journal of Pain and Symptom Management Vol. 28 No. 3 September 2004*. [http://www.nhpco.org/files/public/jpsm\\_costarticle\\_0904.pdf](http://www.nhpco.org/files/public/jpsm_costarticle_0904.pdf)
23. Roeline HW. Pasman, PhD, Hella E. Brandt, RN, PhD, Luc Deliens, PhD, and Anneke L. Francke, RN, PhD (2009) Quality Indicators for Palliative Care: A Systematic Review .Vol. 38 No. 1 July 2009. *Journal of Pain and Symptom Management* <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392409003005.pdf>
24. Simoens, Steven, MSc, PhD, Betty Kutten, BA, Emmanuel Keirse et al. The Costs of Treating Terminal Patients. *Journal of Pain and Symptom Management Vol. 40 No. 3 September 2010*. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392410003635.pdf>
25. Smith, Thomas J.; Cassel, Brian J. (2009): Cost and Non-Clinical Outcomes of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management, Volume 38. Issue 1, pp. 32–44*. [http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(09\)00528-4/fulltext](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(09)00528-4/fulltext)
26. Tamir O, Singer Y, Shvartzman P. Taking care of terminally-ill patients at home-the economic perspective revisited. *PalliatMed* 2007;21(6):537e541 (ppt) [http://www.google.hu/#hl=hu&tbo=d&output=search&client=psy-ab&q=tamir+terminally+ill&coq=tamir+terminally+ill&gs\\_l=hp.3...1484.5750.0.6484.20.19.0.0.1.547.5359.211j6j0j1.18.0...0.0...1c.1.t0bVeO1OF5A&pbx=1&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.r\\_qf.&bvm=bv.41524429,d.Yms&fp=eecfdb984f9f7bcb&biw=1280&bih=577](http://www.google.hu/#hl=hu&tbo=d&output=search&client=psy-ab&q=tamir+terminally+ill&coq=tamir+terminally+ill&gs_l=hp.3...1484.5750.0.6484.20.19.0.0.1.547.5359.211j6j0j1.18.0...0.0...1c.1.t0bVeO1OF5A&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&bvm=bv.41524429,d.Yms&fp=eecfdb984f9f7bcb&biw=1280&bih=577)
27. Taylor DH Jr, Ostermann J, Van Houtven CH, Tulskey JA, Steinhauer K. What length of hospice use maximizes reduction in medical expenditures near death in the US Medicare program? *Soc Sci Med*. 2007 Oct;65(7):1466-78. Epub 2007 Jun 27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17600605?dopt=Abstract>
28. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
29. Wiedermann CJ, Lehner GF, Joannidis M. (2012) From persistence to palliation: limiting active treatment in the ICU. *Curr Opin Crit Care*. 2012 Dec;18(6):693–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22941210>
- 
- a. Egyetemi docens, Miskolci Egyetem  
 b. PhD hallgató, Corvinus Egyetem, Med-Econ Kft.  
 c. Dr. Csikós Ágnes, tanszékvezető, Pécsi Tudományegyetem  
 d. Med-Econ Kft.



# Az obezitás egészséggazdasági vonatkozásai

Az obezitás (elhízás) korunk egyik népbetegsége, mely a test zsírszövetének felhalmozásával alakul ki. Attól függően, hogy milyen mértékű az elhízás, károsan befolyásolhatja az egészségi állapotot. Az elmúlt évtizedek során az obezitás előfordulása intenzív növekedést mutat. A napjainkra kialakult és megváltozott étkezési és életmódbeli szokások mind hozzájárultak ehhez a gyors és intenzív növekedéshez. Az egészségügyi világszervezet (WHO) szerint 1980-hoz képest 2008-ra az elhízottak száma több mint a duplájára nőtt. Becslések szerint 2008-ban a világon több mint 200 millió elhízott férfi, és majdnem 300 millió elhízott nő élt, a WHO az obezitást a 21. század egyik megoldásra váró népegészségügyi problémájának tekinti. (WHO, 2011).

## ■ Szemánszki Szabolcs

### Az obezitás egészséggazdasági vonatkozásai

Az obezitás (elhízás) korunk egyik népbetegsége, mely a test zsírszövetének felhalmozásával alakul ki. Attól függően, hogy milyen mértékű az elhízás, károsan befolyásolhatja az egészségi állapotot. Az elmúlt évtizedek során az obezitás előfordulása intenzív növekedést mutat. A napjainkra kialakult és megváltozott étkezési és életmódbeli szokások mind hozzájárultak ehhez a gyors és intenzív növekedéshez. Az egészségügyi világszervezet (WHO) szerint 1980-hoz képest 2008-ra az elhízottak száma több mint a duplájára nőtt. Becslések szerint 2008-ban a világon több mint 200 millió elhízott férfi, és majdnem 300 millió elhízott nő élt, a WHO az obezitást a 21. század egyik megoldásra váró népegészségügyi problémájának tekinti. (WHO, 2011)

A túlsúly számos betegség, így például magas vérnyomás, szív- és érrendszeri kórképek, lipidémiák, 2-es típusú diabetes, degeneratív ízületi elváltozások kialakulásának a valószínűségét növeli. Ezekből is jól látszik: jelentős egészségügyi kockázatokat hordoz az egyének számára. Az elhízásnak nem „csak” az egészségügyi oldala figyelemreméltó, hanem az anyagi vonzata is számottevő, ugyanis jelentős méreteket öltenek a belőle fakadó direkt egészségügyi kiadások. Becslések szerint az elhízás és az ehhez társuló társbetegségek kezelésére és megelőzésére fordított közvetlen egészségügyi kiadások az európai országokban 2–8%-át teszik ki az egészségügyi kiadásoknak, ami körülbelül 0,6 % a bruttó hazai terméknek (GDP). (Müller-R., 2008). 2008-ban az Amerikai Egyesült Államokban 147 milliárd dollárt, körülbelül a bruttó hazai termék 1%-át költöttek az egészségügyi kiadásokból az elhízás kezelésére. (Eric A., 2009) Természetesen az indirekt költségek jelentősen magasabbak lehetnek, ha figyelembe vesszük a munkából való kiesést, csökkentett aktivitást, korai halálozást.

Az obezitás kezelése jelentős potenciált jelent a gyógyszer-gyártók számára is. Az elmúlt harminc évben folyamatosan növekedett a vényköteles fogyasztószerek alkalmazása, mégis azt látjuk, hogy a gyógyszerként engedélyezett szerek kínálata folyamatosan szűkült. Napjainkban is rengeteg gyógyszer áll fejlesztés alatt, de a hatóságok szigorodó biztonsági elvárásai megnehezítik a gyógyszerek piacra jutását és életben maradását.

A fentiek mindegyike alátámasztja, hogy a betegség jelentős terhet jelent mind az egyének, mind a társadalom számára. Hazánkban és nemzetközi szinten egyaránt rohamosan növekszik az elhízottak aránya, mely súlyos társadalmi és gazdasági terheket ró a lakosságra. A folyamatosan szűkülő egészségügyi kiadások mellett az elhízás miatt nagyon fontos a betegségmegelőzés hangsúlyozása, illetve a kialakult betegség (jelen esetben az elhízás) mielőbbi kezelése.

### Mikor is beszélünk elhízásról

Több módszer alapján megállapíthatjuk, hogy valaki elhízott-e; az elhízás meghatározására használt leggyakoribb és legelterjedtebb mutató a testtömegindex (BMI). Melynek kiszámításának módja a következő: testsúlyunkat kilogrammban kifejezve elosztjuk, a testmagasságunk négyzetével, amit méterben fejezünk ki. Az így kapott értéket különböző, összesen hat kategóriába soroljuk. 25 kg/m<sup>2</sup> érték felett túlsúlyos, 30 kg/m<sup>2</sup> érték felett pedig már elhízásról beszélünk.

Felnőttek esetén a BMI és az egészségi kockázat egy „J” alakú függvénnyel jellemezhető. Az optimálisnak tartott BMI tartomány 20,5 kg/m<sup>2</sup> és 24,9 kg/m<sup>2</sup> közé tehető a születéskor várható élettartam szempontjából. (Martos É., 2010) Amennyiben a BMI értéke meghaladja a 25 kg/m<sup>2</sup> értéket az egészségi kockázat drasztikusan növekszik (1. táblázat). 27 kg/m<sup>2</sup> BMI-hez képest a 32 kg/m<sup>2</sup> BMI-vel rendelkező egyének

**1. táblázat. A testtömegindex és az elhízáshoz társuló társbetegségek, valamint az összhalálozás összefüggése felnőtteknél (forrás: Gibbs WW, Sci Am, 1996. Aug.)**

Testtömegindex (kg/m <sup>2</sup> )	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Összmortalitás (vs BMI <19)			60%			110%			120%	
Szíveredeti halálozás (vs BMI <19)			210%			360%			480%	
Daganatos halálozás (vs BMI <19)				80%					110%	
2-es típusú diabétesz (vs BMI 22-23)			1480%		2660%		3930%		5300%	
Magas vérnyomás (vs BMI <23)		180%			260%				350%	
Degeneratív arthritis (vs BMI <25)								400%		
Epekő (vs BMI <24)			150%					270%		
Neonatalis idegrendszeri károsodás (vs BMI 19-27)								90%		

esetén a kardiovaszkuláris betegségéből eredő halálozás kockázata több mint a kétszeresére növekszik. Ez az arány ugyanúgy megfigyelhető a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásának kockázata esetén.

Több vizsgálat diétás ága bebizonyította (STOP, TOHP-2), hogy 10%-os testsúlycsökkenés milyen mértékben csökkenti a fent említett betegségek kockázatát, és az egyes egészségügyi értékekben milyen javulás érhető el. Amennyiben 10%-kal csökken a testsúly túlsúlyos egyénnél, akkor több mint 5%-kal csökken annak a veszélye, hogy 2-es típusú diabétesz kialakul. (Martos É., 2010) Nemcsak a cukorbetegség, hanem számos egyéb betegség esetén is jelentős kockázatcsökkenés figyelhető meg ugyanilyen arányú testsúlycsökkenésnél (2. táblázat).

## Prevalencia

„A WHO a kövérséget a világ 10 legjelentősebb egészségügyi problémája közé sorolta. Az elhízás nemcsak a fejlett, hanem a fejlődő országokban is komoly egészségügyi problémát jelent. Ez utóbbiakban az elhízottak számát 115 millióra becsülik. 2030-ra várhatóan 2,16 milliárd túlsúlyos és 1,12 milliárd felnőtt lesz elhízott a világon.” (Martos É., 2010)

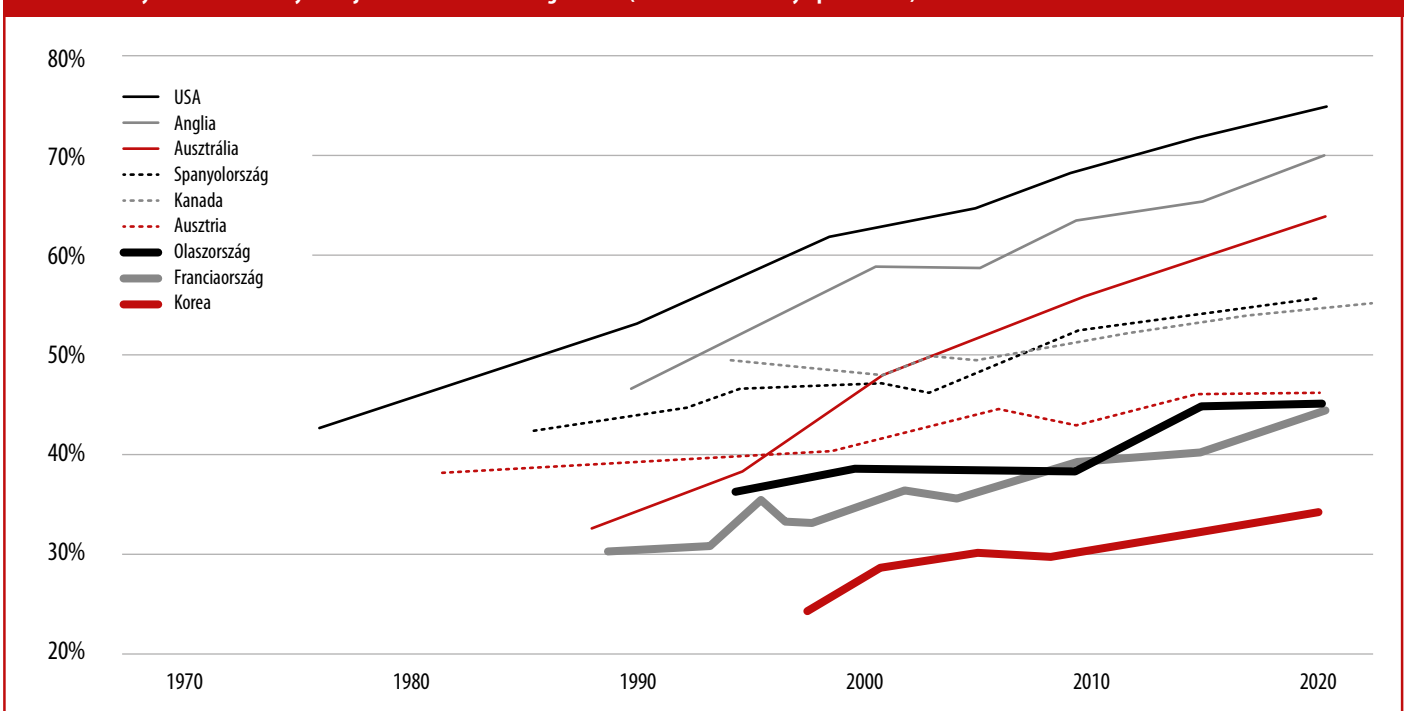
A betegség prevalenciája világszerte a felnőttek, illetve a gyermekek körében egyaránt folyamatosan növekedett. Az Egyesült Államokban 1978-hoz képest napjainkra a túlsúlyosak (25 kg/m<sup>2</sup>-nél magasabb BMI) aránya 43 %-ról 68%-ra növekedett. Az 1. ábrán bemutatott országok közül a feltüntetett évek során a túlsúlyosak arányában csökkenés csupán egy országban (Kanadában, 1995–2001 között) volt megfigyelhető.

A fejlett országok közül az Amerikai Egyesült Államokban legmagasabb az elhízottak aránya. Az amerikai nők 36%-a elhízott, azaz rendelkezik 30 kg/m<sup>2</sup>-nél magasabb BMI értékkel, míg az amerikai férfiak 32%-a elhízott. Európában az elhízottak aránya alacsonyabb, itt Angliában a legmagasabb az elhízottak aránya, nők körében a felnőtt lakosság 25 %-a, férfiaknak pedig 24 %-a elhízott. Hazánkban is viszonylag magas ez az érték, az OECD átlag fölött található, a nők 18 %-a, a férfiaknak pedig 20 %-a elhízott (2. ábra).

## A betegséghez kapcsolódó teher a beteg, az egészségügyi finanszírozó és a társadalom szempontjából

A betegségteher mérésre a legelterjedtebb mutatók a betegség incidenciájának, prevalenciájának megállapítása, illetve

**1. ábra. Túlsúlyosak becsült aránya a teljes felnőtt korú lakosságon belül (forrás: OECD Obesity update 2012)**



**2. táblázat. Milyen haszonnal jár 10%-os súlyvesztés? (forrás: Medical Online: Obezitás – nincs megoldás?, 2009.)**

20–30%-os csökkenés az obezitással összefüggő mortalitásban
30–40%-os csökkenés a diabéteszrel összefüggő mortalitásban
40–50%-os csökkenés az obezitással összefüggő rákhalálzásban
10 Hgmm-es csökkenés a szisztolés és diasztolés vérnyomásban
Több mint 50%-os csökkenés a diabétesz kialakulásában
30–50%-os csökkenés az éhomi vércukorszintben
15%-os csökkenés a HbA1c-szintben
10%-os csökkenés a teljes koleszterinszintben
15%-os csökkenés az LDL- koleszterinszintben
30%-os csökkenés a trigliceridszintben
8%-os növekedés a HDL- koleszterinszintben

a betegséggel összefüggő korai elhalálozás miatt elvesztett életevek meghatározása. Ezek a számok önmagukban alábecsülik a világ egészségügyi problémáinak súlyát, ugyanis azokat a terheket nem jelenítik meg, amelyeket a hosszantartó, krónikus betegségek okoznak, továbbá önmagukban nem elegendők a betegség terhének számszerűsítésére.

Egyik a betegségteher kifejezésére szolgáló indikátor az obezitás esetén a DALY (Disability Adjusted Life Years), amely mutató figyelembe veszi a betegséggel összefüggő korai halálozás miatt elvesztett életeveket, továbbá azon évek számát, amelyek valamilyen egészségi korlátozottság miatt vesztek el, így egyenértékű egy teljesen egészségesen eltöltött életév elvesztésével. (Józwiak-Hagymásy J., Kaló Z., 2010.)

A másik nem elhanyagolandó érték obezitás esetén a költségek figyelembevétele és számszerűsítése. Az elhízás komoly gazdasági hatással rendelkezik mind egyéni, mind pedig tár-

sadalmi szinten. A költségek meghatározásakor figyelembe kell venni az obezitás miatt kialakult betegségek – II-es típusú cukorbetegség, kardiovaszkuláris megbetegedések, ízületi megbetegedések, különböző daganatos megbetegedések (prosztata-, emlő-, méhnyak-, végbél-, petefészekrák) – kezelésének költségeit. (Józwiak-Hagymásy J., Kaló Z., 2010.) Az obezitás és társbetegségeinek kezelésére fordított költségeket nevezzük a betegség közvetlen költségeinek. Ezen betegségek nemcsak a betegséghez kapcsolódó költségek mértékét növelik, hanem növelik a közvetett költségeket is, melyek társadalmi költségek; ilyen a korai halálozás, az egyének életminőségében bekövetkező romlás, illetve a megbetegedés miatt kieső egyéni jövedelmek. Az obezitás ugyanis jelentősen befolyásolja a munkavállalási lehetőségeket, az elhízottak körében csökken a munkavállalás, valamint a teljes munkaidejű munkavégzés aránya is.

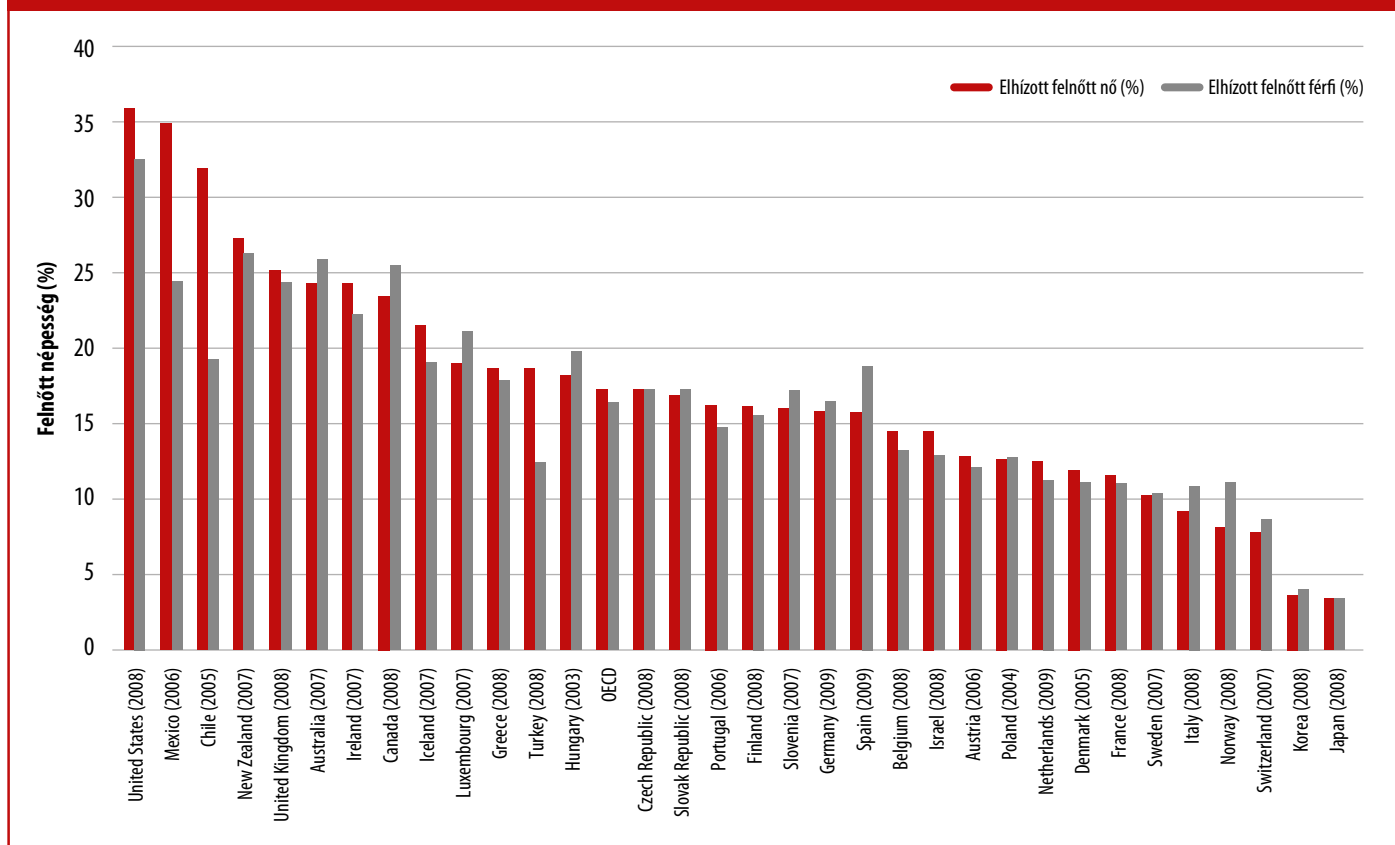
Mindezeket tekintve tehát két tényezőt fontos figyelembe venni, amikor az elhízás betegségterhét szeretnénk meghatározni: milyen az egészségünkre gyakorolt hatása, továbbá mekkora költségek merülnek fel a betegség kapcsán.

**Egészségtőke vesztesége**

A WHO által végzett 2009-es health report alapján a 25 kg/m<sup>2</sup> fölötti BMI érték a halálozások 4,8%-ért felelős, és az összes DALY 2,4%-ért a világon. (WHO, 2009)

Az Európai Unió országaiban másabb ez az arány. A magas BMI a teljes halálozás 4–14%-ért felelős. A legalacsonyabb Cipruson, Belgiumban, illetve Franciaországban, továbbá a legmagasabb Bulgáriában, Szlovákiában és Romániában. A DALY veszteség az összbetegséghez képest az uniós országokban 5–11% között található.

**2. ábra. Elhízott felnőttek aránya a teljes lakóshoz képest (forrás: OECD Health Data 2010 és WHO Infobase for Chile)**



## Szakcikk

A legalacsonyabb arányt szintén Franciaországban, Cipruson és Belgiumban láthatjuk, míg a legmagasabb Bulgáriában, Romániában és Horvátországban (3. ábra).

Az obezitás a magas jövedelmű országokat sokkal nagyobb mértékben érinti, szemben az alacsony és közepes jövedelmű országokkal. A magas jövedelmű országokban az elhízás az összes DALY 6,5%-ért felelős, míg az alacsony és közepes jövedelmű országokban csupán 2%-ért.

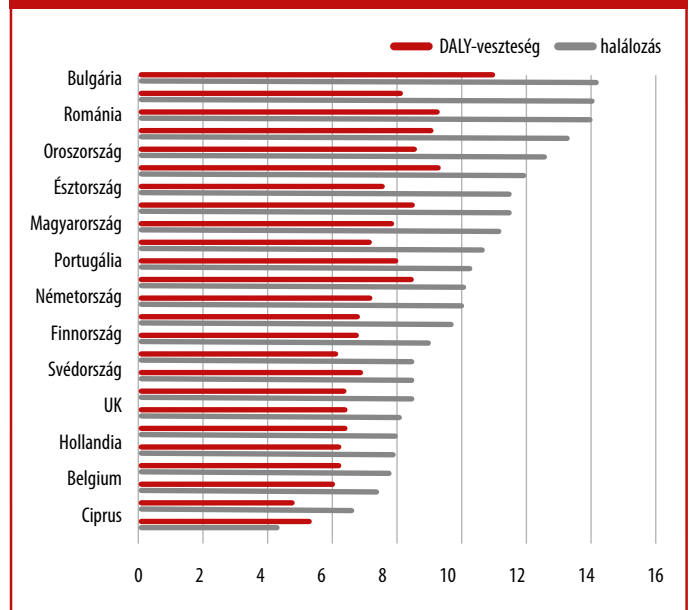
### Gazdasági teher

A túlsúly és az elhízás jelentős anyagi kiadásokkal jár, mely súlyos gazdasági terhet ró mind az egészségügyi rendszerekre, mind pedig a társadalomra. A megjelenő költségeket két részre bonthatjuk: közvetlen és közvetett költségek. A közvetlen költségek magukba foglalják a megelőzés, diagnosztizálás és a kezelés kapcsán felmerült kiadásokat, míg a közvetett költségek közé a morbiditás, mortalitás kapcsán felmerülő költségek sorolhatóak. A morbiditáshoz sorolhatóak a kisebb termelékenység, a csökkentett munkaképesség, a rendszeres távolmaradás és a fekvőbetegként töltött napok miatt elvesztett jövedelem. A mortalitás alatt pedig az idő előtti elhalálozás miatt elvesztett jövőbeni jövedelmet értjük. A betegségteher költségek kifejezésére fejlesztették ki az úgynevezett betegségköltség (COI=Cost of illness) vizsgálatot, melynek célja, hogy pénzügyi nyelven kifejezze az egyes betegségek keretében felmerülő kiadásokat. Ezek a vizsgálatok számolnak az elhízás közvetett és közvetlen költségeivel is. (Józwiak-Hagymásy J., Kaló Z., 2010.) Az egészségügyi szervezet adatai azt mutatták, hogy az elhízás az egészségügyi kiadások 6%-ért tehető felelőssé (WHO, 2006), továbbá a korai halálozás, illetve a termelésből való kiesés és az ezzel kapcsolatos jövedelemkiesés okozta közvetett költségek legalább kétszer akkorák, mint az elhízással összefüggő egészségügyi költségek.

### Közvetlen költségek

Az obezitás közvetlen költségei közé soroljuk az ellátáshoz kapcsolódó kiadásokat, melyek lehetnek a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-ellátásnak költségei, az otthoni ápolás költségei, továbbá a gyógyszeres kezelés. Az elhízottak betegségeiből

3. ábra. A magas BMI-vel magyarázható halálozások, illetve a DALY veszteség az összes halálozáshoz, és az összes DALY veszteséghez képest a WHO európai régiójában, 2002 (forrás: WHO Európai egészségügyi jelentés, 2005.)



illetve társbetegségeiből kiindulva jelentősen több alkalommal jelennek meg járó- és fekvőbeteg-ellátáson, és több alkalommal kerülnek kórházba, mint a normál súlyúak, ezért a rájuk fordított egészségügyi kiadások jelentősen magasabbak. Egy 2006-ban végzett amerikai felmérés szerint a túlsúlyosak 42%-kal költenek többet gyógyszeres kezelésre (Diana H., 2009.), mint a normál súlyú egyének.

Az elhízásra költött kiadások abszolút értékben kifejezve nem adnak hasznos információt számunkra, nem lehet egyéb más kiadásokkal összehasonlítani. A különböző országok elhízásra költött egészségügyi kiadásait összehasonlítani csak az ország teljes egészségügyi kiadás arányában, vagy a bruttó hazai termék arányában célszerű.

Az Amerikai Egyesült Államokban az egészségügyi kiadások 160 milliárd USA dollárt tettek ki 2010-ben (McKinsey, 2011), ami a teljes egészségügyi kiadások 6%-át jelenti. Ez a kiadás folyamatosan növekszik. 1994-ben végzett felmérés alapján a közvetlen egészségügyi kiadások mérté-

3. táblázat. Az obezitás közvetlen költségei (forrás: Knai és társai, 2007.)

Ország	Becslés éve	BMI feltétel	Költség típusa	Teljes egészségügyi kiadás arányában (%)	GDP arányában (%)
Belgium	1999	≥30	közvetlen	3	na.
Franciaország	1992	≥30	közvetlen	0,6-1,3	na.
Franciaország	1992	≥27	közvetlen	1,8	0,9
Németország	2001	≥30	közvetlen	1,2-2,6	0,1-0,3
Hollandia	1993	≥30	közvetlen	1,7	na.
Svédország	2003	≥30	közvetlen	1,8	0,7
Svájc	2001	≥25	teljes	na.	0,6
Egyesült Királyság	2002	≥30	közvetlen	2,3-2,6	na.
EU 15	2002	≥30	teljes	na.	0,3
Kanada	2001	≥30	közvetlen	1,6	0,4
Japán	1995-1998	≥30	közvetlen	0,2	na.
USA	1994	≥30	közvetlen	2,7	na.
USA	1998	≥29	közvetlen	7,1	na.
USA	2000	≥30	közvetlen	4,8	1,2

#### 4. táblázat. Az obezitásra fordított éves teljes költségvetés az egészségügyi kiadás arányában Európában (forrás: Müller –Riemenschneider és munkatársai, 2008)

Ország	Becslés éve	Költség típusa	Obezitás költsége (Millió euró)	GDP arányában (%)
Svédország	2003	teljes	547	0,2
Svédország	1994	közvetlen	304,2	0,11
Franciaország	1992	teljes	921,2	0,08
Franciaország	2002	teljes	4324	0,28
Egyesült Királyság	1998	teljes	3765,2	0,31
Egyesült Királyság	2002	teljes	5435	0,33
Németország	1998	teljes	4195,5	0,23
Németország	2002	teljes	10 436	0,49
Svájc	2001	teljes	871	0,31
Hollandia	2002	teljes	887	0,2
Olaszország	2002	teljes	4748	0,38
Spanyolország	2002	teljes	1989	0,28
Ausztria	2002	teljes	916	0,42
Görögország	2002	teljes	863	0,61

ke 2,7% volt, és becslések szerint 2018-ra a 2010-es érték megduplázódhat.

Az Európai Unióban az elhízásra fordított közvetlen egészségügyi kiadások jelentősen alacsonyabbak, az érték 0,2% és 3% között található. Európában a legtöbbet Belgiumban fordítottak az elhízás közvetlen kezelésére, ami a teljes egészségügyi kiadások 3%-át jelentette (3. táblázat).

#### Közvetett költségek

Az obezitás közvetett költségei a morbiditás és mortalitás költségeiből áll össze. Az elhízás kapcsán csökken az egyén munkaképessége, illetve a termelékenységben való részvétel, emellett több időt töltenek szabadságon. Amennyiben kiesnek a munkából, akkor költségként megjelenik a táppénz, rokkantnyugdíj, korai nyugdíj, illetve az elvesztett munkajövedelem. Ezekon felül az elhízással kapcsolatos alacsonyabb fizetés és a teljes háztartás csökkent jövedelme is az obezitás költségei közé sorolható. A mortalitás költsége az idő előtti halálozás miatt elvesztett fizetést jelenti. Egy 2010-ben végzett tanulmány alapján az Egyesült Államokban a morbiditás és mortalitás miatt az emberek körülbelül 130 milliárd USD-t költöttek az elhízásra (McKinsey, 2011). A költségek legnagyobb arányát, 54%-os mértékben a csökkent munkaképességéből származó jövedelemkiesés jelentette.

#### Teljes költségek

Az elhízás teljes költségének meghatározására számos tanulmány és költségbecslés készült, amelyekben nem bontották alá az indirekt és direkt költségeket. A teljes obezitáshoz tartozó költségek a nyugat-európai országokban körülbelül a teljes egészségügyi kiadások 2–8%-a közé tehető. Ez az érték relevánsnak tűnik, ugyanis a WHO által készített felmérés alapján ezek a költségek az egészségügyi értékek 6%-át teszik ki Európában. (Józwiak-Hagymásy J., Kaló Z., 2010).

Az Amerikai Egyesült Államokban ez az érték jelentősen magasabb volt, 2010-ben a korábban bemutatott értékek alapján a teljes egészségügyi kiadások 10%-át jelenti. Az elhízásra költött költségek jelentősen befolyásolják az adott ország gazdaságát is, ugyanis átlagosan a GDP 0,2–0,6%-át

jelentik Európában. Hangsúlyozni kell: ezek az adatok csak becslések, és a valós életben magasabb értéket is jelenthetnek. Az elhízásra költött kiadások rohamosan nőnek, például Németországban 1998 és 2004 között 4 200 millió euróról 10 436 millió euróra növekedett, ami azt jelenti: szinte hat év alatt több mint a duplájára nőttek a kiadások (4. táblázat). Tekintettel az Amerikai Egyesült Államokban előforduló magasabb prevalenciára, az elhízásra fordított teljes egészségügyi kiadás magasabb, mely a GDP 0,95 % és 1,34% között található.

Abból a tényből kiindulva, hogy a prevalencia növekszik – és előrejelzések szerint ez a tendencia a jövőben is megmarad – az elhízottak száma folyamatosan fog növekedni, és ezekkel együtt párhuzamosan az elhízásra fordított költségek is. Feltevéseink alapján minden tízedik évben megduplázódik az elhízásra fordított költség.

#### Az obezitás kezelési lehetőségeinek és trendjeinek bemutatása

Az elhízás gyógyszeres kezelése csak abban az esetben javasolt, amennyiben az életmódbeli és étrendbeli változások sikertelenek. A farmakoterápiát egy három hónapos sikertelen életmód-változtatáson alapuló fogyókúrának (energiabevitel-megvonás és fokozott fizikai aktivitás) kell megelőznie. A WHO ajánlása alapján gyógyszeres kezelés megkezdése 30 kg/m<sup>2</sup> BMI érték felett ajánlott, ám abban az esetben, ha kísérő betegség vagy egyéb kockázati tényező áll fenn, már 27 kg/m<sup>2</sup> érték esetén javasolt a farmakoterápia alkalmazása.

Az elmúlt évtizedek során az életmódban, étkezési szokásokban bekövetkezett változások, a fizikai inaktivitás és a fogyókúrák sikertelensége nagymértékben hozzájárult ahhoz, hogy az elhízást csökkentő vényköteles gyógyszerek használata fokozatosan növekedett. Ezzel a ténnyel ellentmondásban pedig az figyelhető meg, hogy a gyógyszerként engedélyezett szerek palettája az elmúlt évtizedekben folyamatosan csökkent. A fogyasztószerekkel kapcsolatban tapasztalt mellékhatások miatt szinte mára minden ez ideig engedélyezett szert kivontak Európában a gyógyszerpiacról, egyetlen jelentősebb vényköteles fogyasztószert maradt a gyógyszerpiacon, ami az orlistat.

Az 1990-es évek végén két ígéretesnek mondott szer jelent meg az elhízás elleni gyógyszerek piacán. Az egyik a

**5. táblázat Elhízottak életminősége Angliában nem, korcsoport és testtömeg index alapján, 2004. (forrás: The University of York, Susan Macran, 2004.)**

**Férfi, életkor**

BMI	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
21 kg/m <sup>2</sup> alatt	0,91	0,9	0,82	0,87	0,75	0,71	0,8
21-25 kg/m <sup>2</sup>	0,92	0,91	0,91	0,87	0,82	0,81	0,76
26-30 kg/m <sup>2</sup>	0,92	0,92	0,89	0,86	0,81	0,81	0,77
31 kg/m <sup>2</sup> felett	0,86	0,89	0,89	0,84	0,72	0,78	0,76
39 kg/m <sup>2</sup> felett		0,97	0,9	0,8	0,87	0,76	

**Nő, életkor**

BMI	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
21 kg/m <sup>2</sup> alatt	0,9	0,88	0,89	0,89	0,76	0,79	0,64
21-25 kg/m <sup>2</sup>	0,9	0,92	0,89	0,86	0,83	0,82	0,76
26-30 kg/m <sup>2</sup>	0,9	0,91	0,86	0,83	0,78	0,76	0,73
31 kg/m <sup>2</sup> felett	0,88	0,88	0,82	0,83	0,74	0,71	0,68
39 kg/m <sup>2</sup> felett	0,93	0,9	0,81	0,76	0,54	0,68	0,53

**6. táblázat. Betegségteher-számításhoz felhasznált adatok**

Életkor	LAKOSSÁGSZÁM		BETEGSÉG-PREVALENCIA		VÁRHATÓ ÉLETTARTAM		BETEG(ELHÍZOTT) QALY		EGÉSZSÉGES QALY		MORTALITÁS (HALÁLESET/LAKOSSÁG)	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő
18-34	1 143 069	1 099 157	11,3%	6,4%	45,43	53,28	0,87	0,88	0,94	0,92	0,000014	0,000003
35-64	1 942 469	2 102 102	24,8%	23,1%	26,36	32,44	0,82	0,79	0,85	0,79	0,000135	0,000090

sibutramin a másik pedig az orlistat. A sibutramin központi idegrendszerben ható szerotonin-noradrenalin visszavétel-gátló, szerkezetileg az amfetaminokkal rokon. A sibutramin módosítja az agyban az éhség- és jóllakottság-központokhoz ingereket közvetítő anyagok mennyiségét és eloszlását, ezáltal az éhség-központot gátolja, a jóllakottság-központot pedig ingerli. Ezáltal, aki a gyógyszert fogyasztotta, kevésbé érezte magát éhesnek, kevesebbet evett, elősegítve ezzel a testsúly-csökkenést. (Roza, 2011). 2002-ben Angliában két halálesetet jelentettek, mely összefüggésbe volt hozható a sibutraminnal. Ezután a European Medicine Agency (EMA) megkérte a termék forgalmazóját, hogy végezzen vizsgálatokat a szer kardiovaszkuláris mellékhatásait figyelve. A vizsgálat SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial) nevet kapta, mely 9800 beteg bevonásával zajlott, hat évig. A vizsgálat kimutatta, hogy a placebocsoporthoz képest a sibutraminnal kezelt csoportban nagyobb arányban fordultak elő szív- és érrendszeri mellékhatások, melyek a stroke szívroham és halál voltak. Ezt követően az EMA a gyógyszer forgalombahozatali engedélyének felfüggesztését javasolta az Európai Unióban 2010-ben, majd még ebben az évben az amerikai hatóságok is visszavonták a sibutramint a piacról. (Roza, 2011.)

Az orlistat a bélben megakadályozza a zsír felszívódását azáltal, hogy a zsírt lebontó enzimekhez kötődik, és gátolja, hogy a zsír a felszívódásra alkalmas komponensekre szakadjon. Így a táplálékban található zsír nem szívódik fel, és a székléttel távozik a szervezetből. A sibutramin kivonását követően az orlistat monopóliumhelyzetbe került a vényköteles fogyasztszerek piacán. 2009-ben kisebb hatásosságú változatát centrálisan engedélyezte az EMA (FDA: 2006-ban), így a vény nélküli készítmények piaca is megnyílt az orlistat számára. A szer jelenleg is forgalomban van, mind vényköteles mind vénymentes formában. Egyik mellette szóló érv, hogy biztonságos, viszont nála is felmerültek kételyek a biztonságosságáról, és hosszú távú alkalmazása megkérdőjeleződött, mert azáltal, hogy gátol-

ja a zsír felszívódását, gátolja a zsírban oldódó vitaminok, és egyes gyógyszerek felszívódását. Továbbá, forgalomba hozatala után a mellékhatásai közé felvették a májgyulladást is. 2012 februárjában az EMA befejezte a vizsgálatokat a májkárosodást illetően, melynek alapján 2009-től 2011-ig bezárólag figyelték a mellékhatásokat, és megerősítették, hogy a termék előnyök meghaladják a kockázatokat, így továbbra is piacon maradhat.

A 2000-es évek közepén még egy block busternek becsült szer jelent meg a piacon, ami a rimonabant volt, egy kannabionid 1 (CB1) receptorantagonista. A központi idegrendszerre ható molekula elősegítette a testsúlycsökkenést, és ettől függetlenül is jótékonyan hatott az anyagcserére. 2006-ban engedélyezték Európában, az FDA viszont további vizsgálatokat kért a termék mellékhatásait illetően. Az USA-ban a bevezetése meg sem történt, ugyanis a mellékhatások miatt felvetett kételyek beigazolódta és a rimonabant növelte a depresszióra, öngyilkosságra való hajlamot, ezért 2009-ben az EMA is visszavonta a piacról.

### Közelmúltban engedélyezett gyógyszerek

2012-ben hosszas szünet után, ismét két elhízás elleni készítményt engedélyezett az FDA, melyek közül az egyik generikus kombináció: a Qsymia phentermine és topiramate kombinációja, továbbá a monokomponensű új molekula, mely szerotonin-2c receptoragonista – a Lorquess, lorcaserin.

A Qsymia egy kaliforniai székhelyű biotechnológiai cég fejlesztése (Vivus). A termékre kiterjedt Fázis II. és III. vizsgálatokat végeztek több mint 5000 beteg bevonásával. Az eredmények alapján a termék a legígéretesebbnek tűnik a testsúlycsökkentő tulajdonsága alapján, ami egy év alatt elérte az átlagos 13 % testsúlycsökkenést. A termék hatásosságát a szakértők is megfelelőnek találták, de sajnos a biztonságosságával kapcsolatban itt is aggályok merültek fel. A Vivus 2010-ben beadta az amerikai hatósághoz

a gyógyszer törzskönyvi kérelmét, de a tanácsadói testület 10:6 arányban döntött amellett, hogy nem támogatja a Qsymiat, így az FDA elutasította a gyógyszert, mert úgy találták, hogy a kockázatai meghaladták az előnyeit. Leggyakoribb mellékhatások között a központi idegrendszeri mellékhatások: depresszió, szorongás, alvászavarok, a figyelem és az emlékezőképesség romlása, beszédképesség romlása és egyéb kognitív funkciók romlása szerepeltek, emellett előfordult emelkedett szívfrekvencia is. Továbbá, 2011 elején még újabb mellékhatásokat igazoló vizsgálatokat kért a hatóság, mert aggályok is felmerültek, hogy születési rendellenességet okoz a Qsymia. A cég több vizsgálatot is elvégzett mely megcáfolta a felvetett mellékhatásokat, így 2011 októberében újra beadta az engedély iránti kérelmet. A tanács is meggyőzőnek találta az eredményeket és 20:2 arányban döntött amellett, hogy támogatja a gyógyszer engedélyeztetését, és 2012-ben megadta a termék forgalomba hozatali engedélyét az USA-ban.

Az elhízás elleni harc új fegyvere lehet még a szintén 2012-ben engedélyezett Lorquess, lorcaserin, amely a jó kedélyt és a telítettségérzést befolyásoló vegyület, a szerotonin szabályozásával fejt ki hatását anélkül, hogy növelné a vérnyomást, vagy valamilyen más szívpanaszt okozna. A termék fejlesztője az amerikai székhelyű Arena. 2010 augusztusában az FDA elutasította a lorcaserin engedély iránti kérelmét, arra hivatkozva, hogy a kockázatok meghaladták az előnyöket. A probléma forrása az volt, hogy egérkísérleteken azt mutatták az adatok, hogy a termék fokozza a rákos megbetegedések kialakulásának az esélyét, különös tekintettel az emlődagaganatét. 2011 augusztusában befejezte a cég a karcinogenitás-vizsgálatokat, melyek alátámasztották a gyógyszer biztonságosságát, és 2011 évvégén az Arena újból benyújtotta az engedély iránti kérelmet a hatósághoz, melyet 2012 nyarán szintén engedélyezett az FDA.

Európában még tovább kell várni ezeknek a készítményeknek az engedélyeztetésre, ugyanis az EMA újabb vizsgálatokat kért az engedély megadásához. Az elkövetkező években mindenféleképp érdemes kiemelt figyelemmel követni ezt a két terméket, egyrészt, hogy valóban beváltják-e az elemzői várakozásaikat és sikeres gyógyszerek lesznek, másrészt pedig, hogy sikerül-e az európai kritériumoknak megfelelni a készítményeknek.

### Betegségteher, egészségétöke-veszteség Magyarországon

A Magyarországra kalkulált betegségteher meghatározásához a QALY (Quality Adjusted Life Years) alkalmazása az egyik legmegfelelőbb módszer, ugyanis az utóbbi időben számos bírálat érte a DALY-t. A QALY segítségével is számolható egy adott betegség betegségterhe, ami az adott betegség és a betegség-specifikus halálozás okozta egészségveszteség összegeként határozható meg.

A DALY módszer egyik legnagyobb kritikája ugyanis, hogy az egészségkárosodáshoz tartozó hasznossági súlyokat az amerikai Center of Disease Control and Prevention szakértői alakították ki nagyságrendi becsléssel és emberalku módszerrel, így ezek nem egy nagyszámú lakoságon végzett felmérésen alapulnak. (Anderse T., 2004, Haynes Lyttkens CH., 2003). „Több ponton is eltérések találhatóak az országok között a kulturális és szocioökonómiai háttérrel különbözősége miatt, ebből kifolyólag az egyes egészségi állapotokhoz tartozó

hasznossági állapotok is eltérhetnek az amerikai szakemberek által meghatározottaktól.” (Kaló Z., Péntek M., 2005)

A következő részben az elhízás betegségterhének meghatározását mutatjuk be Magyarország vonatkozásában, az egészségétöke-veszteség oldaláról. A betegségterhet az egészségveszteség és az életveszteség összegeként, QALY-ban fejezzük ki. A következő módszer alapján.

Betegségteher okozta QALY-veszteség az egészségveszteség és életveszteség okozta hasznosságcsökkenés összegeként is megadható, a következő módon.

Az Egészségveszteséget (betegség, nem, illetve korcsoport-specifikusan), a Népeségszám (nem-, illetve korcsoport-specifikusan) a Betegség-prevalencia (nem-, illetve korcsoport-specifikusan) és (Lakossági átlag EQ-5D index (nem-, illetve korcsoport-specifikusan) – Beteg EQ-5D index (nem-, illetve korcsoport-specifikusan)) szorzatával számoljuk.

Az Életévveszteséget (betegség-, nem-, illetve korcsoport-specifikusan), a Népeségszám (nem-, illetve korcsoport-specifikusan), a Betegség-prevalencia (nem-, illetve korcsoport-specifikusan), a Mortalitás (betegség-, nem-, illetve korcsoport-specifikusan), a Várható élettartam (nem-, illetve korcsoport-specifikusan) és a Beteg EQ-5D index (betegség-, nem-, illetve korcsoport-specifikusan) szorzatával számoljuk.

### Betegség okozta életminőséget és életéveket csökkentő hatás terhének számszerűsítése

A betegségteher hazai kiszámításához sajnos nem minden egyes értékhez tartozik Magyarországra vonatkozó adat, ezen felül egyes adatokból csak bizonyos életkorra vonatkozó adat áll rendelkezésre.

Egyedül a betegség-specifikus EQ-5D adatok tekintetében nem áll rendelkezésre hazai hasznossági adat, amely az elhízottak hasznosságát mérné, ezért a betegségteher-számítás ezen részéhez nemzetközi adatokra alapozunk. Az egyik ilyen rendelkezésre álló adat a Yorki Egyetem 2004-es kutatásából érhető el. (The University of York, Susan Macran, 2004), ami kifejezetten az elhízottak hasznossági értékeit mutatja (5. táblázat)

Tekintve, hogy Magyarországon a prevalencia-adatok esetén érhető el a legkevésbé részletes korcsoportonkénti bontás, ezért az itt képzett korcsoportok szolgáltatták az alapot a különböző adatok korcsoportonkénti kialakításához.

A betegségterhének számítása jelen esetben az aktív, munkaképes korú lakosságra vonatkozik, 18-65 éves korig. Azért szükséges ez a korosztályi szűkítés, mert a legmegbízhatóbb adatok erre a korosztályra állnak rendelkezésre. A 65 év feletti lakosok mintaszámai például a beteghasznossági értékek esetén nagyon alacsony betegszámmal állnak rendelkezésre (6. táblázat).

A korábban leírt metodika alapján, illetve a táblázatban feltüntetett adatokat alapul véve az elhízás egészségvesztesége Magyarországon 28 079 QALY, az életévveszteség pedig 2 603 QALY; a kettő összege alapján a teljes betegségterhe: 30 682 QALY.

A számításnál azt is meg kell jegyezni, hogy az elhízás miatt elhunytak számát nagyon nehéz meghatározni. A WHO oldalán közölt adatok csak az elhízás miatt elhunytak számát tartalmazza, ami a prevalencia-adatokból kiindulva, viszonylag alacsony számnak tűnik (135). A legtöbb esetben az elhízottak halálának oka nem feltétlenül

a túlsúly, hanem a túlsúly miatt kialakult társbetegségek következménye. Sajnos arra jelenleg nincs lehetőség, hogy ilyen típusú megkülönböztetést tegyünk a halálokok között, viszont mindenféleképp hasznos lenne látni azokat a haláleseteket is, amelyek az elhízás miatt kialakult társbetegségek miatt következtek be.

Tekintettel arra, hogy azok a betegek, akiknél 2-es típusú diabétesz alakul ki majdnem mindegyike elhízott, ezért egy alternatív vizsgálatként készítettünk egy olyan kiegészítést, amikor belevesszük az elhízás és a 2-es típusú diabétesz miatt elhunytak számát összevonva. Ez az érték jelentősen magasabb, mintha csupán az elhízottak miatt elhunytak számát vennénk alapul. Amennyiben a halálozási adatoknál az alternatívként megadott elhízottak, és 2-es típusú diabétesz miatt elhunytak számát is alapul vesszük, akkor a betegségteher jelentősen magasabb: 37 948 QALY.

### Összefoglalás, következtetés

Az elhízás korunk egyik jelentős egészségügyi problémája, az idő előrehaladtával ez a probléma pedig tovább fog növekedni. Az elhízás, mint egyre nagyobb társadalmi terhet jelentő társadalmi probléma minél előbbi megoldást igényel. Egyrészt jelentős betegségterhet jelent, másrészt az egészségügy kiadásokból is jelentős összeget fordítanak az általa okozott betegségek kezelésére. A gyógyszeripar lehetne az egyik olyan terület, ami talán megoldást nyújthatna erre a problémára.

Számos kísérlet zajlott/zajlik ennek a problémának a megoldására, de a mai napig még nem sikerült egy valóban hatásos készítményt kifejleszteni, ami az elhízást kezelné. Az innovatív fejlesztő cégek ezt a potenciált szem előtt is tartják, és a szigorodó elvárások ellenére egyre több termék kerül klinikai fejlesztési fázisba. Az elhízás egyrészt a gyógyszergyártók számára potenciált, másrészt a társadalom számára pedig egy egyre növekedő terhet jelent. A jövőben elkerülhetetlenné válik a betegségteher pontosabb vizsgálata, mind egészségtőke, mind pedig gazdasági kiadások vonatkozásában.

Addig a pontig, amíg nem sikerül egy valóban megfelelő gyógyszert kifejleszteni erre a célra, mindenféleképp fontos a társadalom ösztönzése a jelenleg is rendelkezésre álló megoldások alkalmazására, ami csupán az egyén akaratától függő diéta, és a fizikai aktivitás növelése. Másrészt, amennyiben nem tudjuk elkerülni az elhízást, nagyon fontos a társbetegségek minél előbbi felismerése és kezelése, úgy, hogy a rendelkezésre álló egészségügyi forrásokat költségghatékony módon használjuk fel.

### Irodalomjegyzék

1. Anderse T, Kapiriri L. (2004) *Can the value choices in DALYs influence global priority-setting? Health Policy*,
2. Diana Holden Study by the Centers for Disease Control and Prevention, along with RTI International (a nonprofit research group) CNN February 9, 2010. Letöltve 2012. február; elérés: <http://edition.cnn.com/2010/HEALTH/02/09/fact.check.obesity/index.html>
3. Dr. Császár Albert: *Obezitás – nincs megoldás? Medical Online*, 2009, letöltve: 2012. február 5., címe: [http://www.medicalonline.hu/taplalkozas/cikk/obezitas\\_nincs\\_megoldas\\_](http://www.medicalonline.hu/taplalkozas/cikk/obezitas_nincs_megoldas_)

4. Dr. Martos Éva: *Mérési módszerek, hazai és nemzetközi adatok*. Dr. Császár Albert, *Obezitás Elmélet és Klinikum*, TEVA 2010, I. fejezet.
5. Eric A. Finkelstein, Justin G. Trogon, Joel W. Cohen, and William Dietz. *Annual Medical Spending Attributable To Obesity: Payer- And Service-Specific Estimates 2009*.
6. Franco Sassi Marion Devaux OECD *Obesity update 2012*, letöltve 2012. március 5., letöltés helye: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/61/49716427.pdf>.
7. Gibbs, W. W. *Gaining on fat*. Scientific American, 1996.
8. Józwiak-Hagymásy Judit, dr. Kaló Zoltán: *Az obezitás betegségterhe*. Dr. Császár Albert: *Obezitás Elmélet és Klinikum*, TEVA 2010, IV. fejezet.
9. Dr. Kaló Z. – Péntek M. – *Az életminőség mérése*, in: Gulácsi L.: *Egészség-gazdaságtan*, 7. fejezet., Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2005.
10. Knai C., Shurcke M., Lobstein., *Obesity in Eastern Europe: An overview of its health and economic implications*. *Economics and Human Biology* 5 2007 392-408.
11. McKinsey Quarterly report *The real cost of obesity january 2011* letöltve 2012. febr. 12., elérés: [http://www.mckinseyquarterly.com/newsletters/chartfocus/2011\\_01.htm](http://www.mckinseyquarterly.com/newsletters/chartfocus/2011_01.htm) Müller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghöfer A and Willich SN, *Health-Economic burden of obesity in Europe*. *Eur J Epidemiol* 2008.
12. Országos Lakossági Egészségfelmérés, Országos Epidemiológiai Központ, 2002.
13. Rimonabant - Acomplia Resource Online. *The Rimonabant 2008*. letöltve: 2012. február 23., letöltés helye: <http://rimonabant.blogspot.com/>
14. Roza Orsolya, Rédei Dóra, Szendrei Kálmán: *Fogyasztószerek a lombikból és a természetből*, *Gyógyyszerészet* 55. 77–84. 2011.
15. Savva SC, Tornaritis M, Savva ME, Kourides Y, Panagi A, Silikiotou N, Georgiou C, Kafatos A. *Waist circumference and waist-to-height ratio are better predictors of cardiovascular disease risk factors in children than body mass index*. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24: 1453–8.
16. Susan Macran: *The Relationship between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life* The University of York, Discussion Paper 190 2004.
17. *The Challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*: Edited by: Branca F. „Nikogasian H., Lobstein T. WHO regional office for Europe, 2007.
18. WHO *Global Health Risks, Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. 2009.
19. WHO *Obesity and overweight fact Sheet number 311*, letöltve: 2011. 12. 28., letöltés pontos címe: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
20. WHO *The European Health Report 2005, Public health for healthier children and populations*.
21. WHO. 2006b. *Obesity swallows rising share of GDP in Europe: up to 1% and counting*

---

A szerző a Richter Gedeon Nyrt. munkatársa.



# Egy onkológiai rehabilitációs hastánccsoport társas támogató hatásának kvalitatív elemzése

Az Egészségügyi Gazdasági Szemle 2011. júliusi számában számoltunk be arról, hogy a hastánc mint onkológiai rehabilitációs módszer milyen hatékonysággal tudja növelni a résztvevők fizikai és pszichés jóllétét (1). Egy éves longitudinális kutatásunk során regisztráltuk a kísérleti (hastánc-) csoport, valamint egy illesztett, kiegészítő rehabilitációban nem résztvevő kontrollcsoport adatait az egészséggel kapcsolatos életminőségre, az étellel való általános elégedettségre és a megélt társas támogatottságra vonatkozóan.

■ Szirmai Anna<sup>a</sup>, Szalai Márta<sup>b</sup>, prof. dr. Bódis József<sup>c</sup>

**A dataink** azt mutatták, hogy „Mindkét méréskor külön-külön is a hastáncolók esetében magasabb a szociális támogatottság mértéke. (...) A két csoport szignifikánsan eltér ( $p < 0.01$ ) egymástól annak függvényében, hogy mennyit változott társas támogatottságuk mértéke a két mérés között. A két mérés között a Százszorszép csoporton és a nem hastáncoló csoporton belül beállt változás is szignifikáns ( $p < 0.01$ ).” (id. mű 33. old.), emellett „A Hastáncklubba járóknál és nem járóknál a fizikai jóllét állapota a két mérés közötti időintervallumban javult (EORTC-QLQ-C30 kérdőív alapján).”, valamint „Az étellel való elégedettség (Campbell-féle étellel való elégedettség skála alapján) intenzívebben növekedett a két vizsgálat közötti időpontban. A hastáncoló páciensek körében az első mérés alkalmával is magasabb volt a mért érték, ami a következő mérés időpontjáig emelkedett. Addig a nem táncoló csoport étellel való elégedettsége csökkent. A különbség szignifikáns  $p < 0,01$  szinten is.” Az eredmények alapján kijelentettük, hogy „a vizsgált csoportokban a rendszeres, támogató környezetben végzett ezirányú rehabilitáció testre és lélekre gyakorolt hatása protektív tényező a betegség lefolyásában és megélésében.” (id. mű 34. old.).

Jelen cikk célja a fenti végső kijelentés kibontása: pontosan milyen az a csoportban megvalósuló társas támogatás, amely ilyen mértékű eltérést tud eredményezni testi és lelki jóllét szempontjából a kísérleti és kontrollcsoportok között? A kvantitatív adatok magyarázatára és mélyebb kifejtésére kvalitatív adatainkat használtuk fel: a kísérleti csoport nyílt kérdésekre adott szöveges válaszait elemeztük és feltártuk, a társas támogatásnak vajon milyen típusai azok, amelyek dominálnak, és valószínűleg a fent leírt hatások hátterében állnak. Eredményeink alapján javaslatot teszünk onkológiai rehabilitációs csoportok számára arra vonatkozóan, hogy milyen támogatói viselkedésre érdemes hangsúlyt fektetni.

## Elméleti háttér

### A diagnózis és a betegség társas-társadalmi hatásai

A New York-i Tudományos Akadémián ismerték el először az 1960-as években, hogy a rákbetegség kifejlődésében a pszichés és szociokulturális paramétereknek nagy szerepe van. Ugyan a kutatások eredményei néhol ellentmondásosak, a longitudinális vizsgálatok mégis egyértelműen azt mutatják, hogy a beteg szociális élete, az őt érő társas hatások hosszútávon szignifikáns hatással vannak a betegség lefolyására. A társas kapcsolatok minősége, a társas támogatottság befolyásolja az önértékelést, a testi-lelki jólétet és azt, hogy mennyire tud a személy megküzdeni az élet kisebb-nagyobb nehézségeivel – sajnos azonban sok érintett úgy érzi, hogy problémáival és félelmeivel egyedül maradt, és hajlik arra, hogy izolálódjon és lemondóvá váljon, amely erősíti a félelemérzést és depressziót. Den Outdsten és mtsai. (2010) két éves, utánkövetéses kutatásukban a személyiségvonások és megélt társas támogatás kapcsolatát akarták feltárni mellldaganatos nőknél. Eredményeikből kiderül, hogy idővel – személyiségvonásoktól függetlenül – minden nő a társas támogatás csökkenéséről számolt be. Valószínűleg a nemi működés megváltozásának hatására is, a mellrák-diagnózis gyakran bomlasztó hatással van a párkapcsolatra főleg azokra, amelyek gyenge lábakon álltak (2). Karakoyun-Celik és mtsai. (2010) mellldaganatos nők szorongás- és depressziószintjét nézték, társas támogatottságukkal összefüggésben (a betegek 19%-a volt klinikailag depressziós, 77%-uk legalább I-es szinten szorongott, 19%-uk III-as szinten). Kutatásukban a depresszió és szorongás szintjének magasságával együtt jártak a társas tényezők (akiket nem kísért el a párjuk a kezelésre, akiknek nem volt kivel megosztaniuk a gondjaikat, stb.) (3). Ennek megfelelően a nagyobb észlelt társas támogatás alacsonyabb depressziószinttel jár. Sőt, Talley és mtsai (2010) szerint a kapcsolat

visszafelé is hatást fejt ki: az érintettek magasabb depressziószint mellett alacsonyabbnak érzik a partnertől kapott érzelmi és praktikus támogatást (4).

Fontos a diagnózist emellett egy tágabb társadalmi kontextusba is helyezni. Kopp Mária és munkatársai két egymást követő, egész Magyarországra kiterjedő kutatást is végeztek, amelyek felmérték a népesség mentális állapotát. Eredményeik közül most kiemelnék a megélt társas támogatottság és a depresszió szintjére vonatkozó adatokat, amelyek jól összekapcsolhatóak Seligman (1975, idézik Kopp és munkatársai, 1998) tanult segítség-nélküliség („learned helplessness”) fogalmával, amely a depressziós állapot legjobb tanulásméleti modellje (5). Ahogy Zsákai (2008) írja, „Nehéz élethelyzetekben egy átalakuló társadalomban a stresszt egészen másképp éli át az, aki bízhat családjában vagy munkatársaiban. Ez az állapot akkor vezethet egészségkárosodáshoz, ha nem ismerik a megoldás módját, ha túl sok és megoldhatatlannak látszó helyzetbe kerülnek, ha azt a társadalmat, amelyben élnek, kiszámíthatatlannak és kontrollálhatatlannak érzik, s ha nincsenek eszközeik a nehéz helyzetek megoldására. Depressziós lelkiállapothoz vezet, ha tartósan fennáll ez az életérzés. (...) Ha az ember úgy érzi, hogy céljai elérésében senkire sem számíthat, hogy a legbiztosabb senkiben sem bízni, akkor sokkal gyakrabban éli át a kontrollvesztést, a krónikus stressz állapotát, amely a depresszió legfontosabb veszélyeztető tényezője.” (6). Egyértelmű, hogy daganatos diagnózist követően a személy fokozottan megélheti a felsorolt nehéz, megoldásra váró élethelyzetet, amelynek megterhelését fokozhatja, ha egy gyorsan változó társadalmi-gazdasági helyzet veszi körül. Kopp és munkatársai (1997, idézi Zsákai 2008) a 16 év feletti magyar népességet reprezentáló 1988. és 1995. évi kutatási eredménye szerint az észlelt társadalmi támogatás mértéke Magyarországon rendkívüli csökkenést mutatott. Az emberek nem kapták meg azt az érzelmi vagy gazdasági segítséget, amit vártak, így elhagyatottnak, kiszolgáltatottnak érezték magukat (7). A következő kutatásuk az ún. Hungarostudy 2002 volt, amely keretében már a 18 év feletti magyar népességet leképező mintát mértek fel, és azt tapasztalták, hogy az észlelt társadalmi támogatás csökkenésének folyamata megfordult: a magyar társadalomban elindult a társadalmi tőke és kohézió megerősödésének folyamata, vagyis egyértelműen jobb a helyzet e tekintetben, mint 1988-ban volt (8).

A kedvező irányba változó tendencia ellenére fontos észrevennünk, hogy a magyar népesség jelen gazdasági és politikai közegben fokozott sérülékenységgel rendelkezik, tekintetbe véve a megélt társadalmi bizonytalanságot, és a saját kontroll megélt csökkenését az események felett. Ez különösen olyan élethelyzetekben fontos, amikor az ember amúgy is fokozottan sérülékeny és van kiszolgáltatva a társas hálózatának (mint például a daganatos megbetegedés).

### A társas támogatás meghatározása

A társas támogatásra vonatkozó irodalom hatalmas, amit a PsycINFO adatbázisban fellelhető 33 000 találat és a Medline adatbázisban található 45 000 találat is jól illusztrál (9).

A kutatások nagy része a társas kapcsolatok stressz-tompító (stress-buffering) és ezáltal egészségvédő hatására fókuszál. Ez az elképzelés a Lazarus-féle megküzdési elmélet (coping theory) kiterjesztése (pl. Lazarus 1966, idézi Lakey és Orehek, 2011). Az elmélet szerint amikor az ember bizonyos élethelyzeteket fenyegetőnek, önmagát pedig ezekkel megküzdési

képtelennek éli meg, sokféle megküzdési mechanizmus aktiválódhat – melyek közül egy a segítségkérés. Ezáltal az illető társas támogatáshoz juthat, amely egy relatíve stabil erőforrás a stresszel való megküzdéshez, olyan módon, hogy segíti a stresszes esemény átértékelését és a megküzdés technikáit. Itt támogatáson elsősorban azt értik, hogy a család és barátok mit mondanak és tesznek a stresszes eseménnyel kapcsolatban, valamint hogy a fogadó értékelése milyen a támasz minőségére vonatkozóan (ezért észlelt társas támogatás) (10).

Cohen és Wills (1985, idézi Lakey és Orehek, 2011) megkülönbözteti a társas támogatás stressz-tompító (stress-buffering) és főhatásait (main effects), ugyanis szerintük a társas támogatás stressz-tompító elmélete nem elégséges az egészségre kifejtett hatásainak magyarázatára. A tompításon kívül a társas támogatás rendszeres pozitív élményeken és stabil, társadalmilag elismert szerepeken keresztül is javítja az egészséget (11). Valamint idézik Thoits (1985, idézi Lakey és Orehek, 2011) modelljét, amely szerint a társas keret teremt meg, amelyen belül lehetőség van társas interakciókat folytatni és ezek erősítik az identitást, a valóvá-tartozást, az önértékelést, valamint lehetőséget adnak a kompetencia-érzés megélésére (12). A Lakey és Orehek (2011) által kialakított Kapcsolati szabályozó elmélet (Relational regulation theory) alapján pedig a fő hatás elsősorban a kölcsönös interakciókon és közösen végzett tevékenységeken keresztül valósul meg. A lényeg tehát, hogy társas támogatás nem csak a stresszel való megküzdésre vonatkozó beszélgetéseken keresztül történhet.

Amennyiben egyetértünk Cohen és Willis elképzeléseivel, úgy felmerül a kérdés, hogy a stressz-tompításon kívül milyen főhatásokkal számolhatunk társas támogatás esetén. A legtöbb megélt társas támogatást mérő kérdőív hasonló aspektusokat elemez – mi a kutatásunk elméleti hátteréről a Frydich és mtsai. (2002) által kidolgozott F-SoZu (Fragebogen zur Sozialen Unterstützung) skáláit használtuk, melyek a vélt vagy megélt társas támogatás aspektusait mérik fel (13). Ennek skáláit Moeller, Renneberg és Hammelstein (2006) alapján mutatjuk be.

1. Praktikus vagy instrumentális támogatás mértéke (közvetlen, kézzelfogható támogatás, például bizonyos dolgok kölcsönkérése, feladatok átvétele stb.)
2. Érzelmi támogatás mértéke (ami megerősíti a támogatott személyt abban a hitében, hogy csodálják, tisztelik, szeretik, támogatást és biztonságot nyújtanak neki, például bizalmas barát, aki meghallgatja)
3. Társas integráció mértéke (olyan emberek csoportja, akikkel szívesen tölt el időt, hasonló érdeklődésűek)
4. Társas terhelés mértéke (mennyire érzi magát lekorlátozva, kritizálva, túlkövetelve stb.) (14).

### A társas támogatás szükségessége daganatos diagnózis esetén

Egy közösség fokozza az identitásélményt, a pozitív önértékelést és a kontrollérzetet, valamint csökkenti a szorongást is. Számos vizsgálat mutatja, hogy az az ember, aki sok társas kapcsolattal rendelkezik tovább él, és kevésbé valószínű, hogy stresszel kapcsolatos betegség támadja meg, mint azokat, akik csak kevés támogató szociális kapcsolattal rendelkeznek (15). Coughlin (2009) a daganatos megbetegedéseket túlélők életét befolyásoló belső és külső faktorokat elemző, áttekintő tanulmányában is kifejti, hogy a pszichológiai

ellenállóképesség (reziliencia) nemcsak a személy belső erőforrásainak függvénye: fontos szerepet játszanak benne a beteg társas kapcsolatai is (16). Falagas és mtsai. 37 olyan kutatást tekintettek át, amely a pszichoszociális faktorok szerepét vizsgálta a mellrák kimenetelében. Összefoglalójukban rámutattak, hogy a társas támogatás és a házasság minimalizálja a tagadást, mint megküzdést és csökkenti a depressziót. Bár nem egyértelmű az ok-okozati kapcsolat, az biztos, hogy pszichoszociális faktorok növelik a túlélés esélyét (4), és ezáltal az egyik leghatékonyabb megküzdési erőforrásnak számítanak.

### A sorstárs segítő csoportok speciális társas támogató ereje

Feltételezéseink szerint a sorstárs segítő csoportokban rejlik olyan támogatói potenciál, amellyel más társas támogatói réteg nem tud szolgálni. Synder és mtsai (2010) kutatásukban 70 fiatalabb melldaganatos nőt vizsgáltak és kiderült, hogy nem csak család társas támogatása fontos, hanem olyanoké is, akik hasonló élményeket éltek meg (17).

Az egyik ilyen kiegészítő tényező feltételezésünk szerint a House (1981) modelljében is említett információs támogatás, amely tanács vagy oktatás formájában történik, és lényege, hogy a rászoruló tájékoztatást kapjon az őt érintő problémájáról (18).

A másik dimenzióról említést egyértelműen még sehol nem találtunk, ezért hosszabban ismertetjük. Antal Z. László (1995) szociológus „önsegítésnek” nevezi, „amikor egészségkárosodott emberek (pl. daganattal kezelték) létrehozhatnak közösségeket, amelyben kölcsönös segítség révén próbálják meg egymás és saját betegségeik gyógyítását és mindazoknak a hátrányoknak a csökkentését, amelyek társadalmi integrációjukat megnehezítik. (...) Az önsegítő csoportok célja nem elsősorban az orvosi ellátás helyettesítése, hanem annak kiegészítése. A fő motivációja a kölcsönös jóindulat és a kölcsönös segítség (19). Az ilyen csoportok egyik különlegessége tehát, hogy a gyógyító-gyógyított szerepkörök nem válnak el, hanem minden résztvevőben egyszerre vannak jelen, vagyis mindenki egymást gyógyítja, nemcsak érzelmi vagy praktikus támogatással, hanem azzal is, hogy saját gyógyulásával, küzdelmével példát állít a csoport elé. „Az önsegítő csoportok hatékonysága abban rejlik, hogy az öngyógyítás egy csoportteljesítmény, melyhez minden tag a jelenlétével és a cselekedeteivel hozzájárul. (...) A résztvevőknek ezáltal nem csak a problémáik kerülnek előtérbe, hanem a problémamegoldó képességük is. Felgyorsul a gyógyulás folyamata, nő a tagok önértékelése.” (Moeller 1989, idézi Zsákai 2008). Zsákai (2008) több mint hat kortárs elméletalkotó modelljét idézi arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet a társas támogatást definiálni, illetve annak milyen formáiról lehet beszélni. Egyetlen elmélet sem említette a sorstárs segítő csoportok „példakép” funkcióját, amely szerintünk egy fontos útja a társas támogatásnak. A szuggesztiónak nevezett kommunikációs aktus fogalmának megértése segíthet nekünk abban, hogy feltárjuk a példakép támogatás hatásmechanizmusát. Weizenhoffer (1989) alapján „A szuggesztívó egy olyan kommunikáció, amely olyan önkéntelen választ vált ki, amely válasz a kommunikáció gondolati tartalmát jeleníti meg.” (idézi Varga és Diószeghy, 2001). A szociális közegbe (pl. rehabilitációs csoportba) integrálódott egyén látja társai viselkedését, elsajátítja azokat a viselkedésformákat, magatartásformákat, megküzdési módokat, amiket

a társak közvetítenek felé: ennek a közvetítési folyamatnak lehet pozitív és negatív szuggesztívó értéke is. Festinger (1954) társas összehasonlítás elmélete szerint folyamatos összehasonlítást végzünk saját véleményünk, viselkedésünk és képességeink és mások hasonló kvalitásai között – és az összehasonlítás eredménye kihat az önértékelésünkre (idézi Kim és Lennon, 2001). Kim és Lennon (2001) cikkükben számos kutatási eredményt idéznek, melyek bizonyították, hogy a tömegmédiával sugárzott kép kialakítja és megerősíti a fizikai külsővel való megszálott foglalkozást. Márpedig a mai média által képviselt női ideál meglehetősen távol áll a valóságban átlagosnak vagy egészségesnek mondható női testalkattól. Az összehasonlítás eredménye pedig még fájdalmasabb lehet, ha egy onkológiai rehabilitációs csoport tagjai végzik el, akik esetenként csonkolásos műtéteken estek át, a kemoterápia hatására kihullott a hajuk, vagy a betegség során lecsökkent fizikai aktivitás miatt átalakult a külsejük. Feltételezésünk szerint a hastánc csoport példakép-hatása többek között a média által sugárzott képet felülírva lehetővé teszi, hogy a tagok egymás számára pozitív és reális példaképként szolgáljanak.

### Módszerek

#### Résztvevők

Vizsgálatunk kontrollcsoportját az Országos Onkológiai Intézetben keresztül értük el. A mintába malignus daganatos megbetegedésben szenvedő női páciensek kerültek véletlenszerű mintavételi technikával, a részvétel önkéntes alapon és térítésmentesen történt. Az esetcsoport beválasztási kritériuma a 18 év feletti életkor volt, valamint hogy olyan nők legyenek, akiknél malignus megbetegedést diagnosztizáltak. Fontos volt, hogy képesek legyenek szóban és írásban is hozzájárulni a tanulmányban való részvételhez.

Kísérleti csoportként a Százszorszép Hastánc Klub tagjai szolgáltak. A klub 2005. március 8-án egyéni kezdeményezés által jött létre, amely a rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenvedő nők rehabilitációját tűzte ki céljává. A csoport célja a hastánc műfajának segítségével, eszközeivel a fizikális rehabilitáción túl a női lélek újraépítése, az életminőség javítása, valamint a társas támogatás érzésének megerősítése. A Budapesten végzett foglalkozások időtartama hetente egyszer három óra: az aktív mozgás ideje 1,5 óra, amit 1,5 órás csoportos beszélgetés követ. A beszélgetés a résztvevők aktuális problémáit és érdeklődési területeit érinti, melyek leggyakrabban testképpel, szexualitással és életvitellel kapcsolatosak. A csatlakozás önkéntes alapú, névleges részvételi díj ellenében a csoport bárkit (nőt) befogad – kortól, egészségügyi állapottól és előzetes táncstudástól függetlenül. Egyetlen „beválasztási kritérium” az onkológiai diagnózis. A részvétel nem kötelező, akár rendszertelen is lehet.

Egy éves leíró jellegű longitudinális vizsgálatunk első mintavétele 2008-ban történt, a második mintavétel pedig egy évvel ezután. Az első adatfelvétel során az esetcsoportba 56, hastánc rehabilitációs csoportba járó páciens és 119 kontroll fő került. A második adatfelvételben 56 fő hastánc rehabilitációs csoportba járó és 59 kontroll fő vett részt. Az elemzésbe csupán azok a betegek kerültek be, akik az adatfelvétel mindkét alkalommal kitöltötték a tesztbattériát (115 fő).

A minta homogénnek tekinthető életkor, továbbá bizonyos szocioökonomiai, illetve betegség-szempontokból. Mind a kísérleti, mind a kontrollcsoport nagyjából fele-fele arányban

## Szakcikk

oszlik betegség-lokáció (fele emlőrák, fele nem) és betegségstádium alapján (fele primer, fele nem). A minta végzettség, munkaidő és családi állapot szempontjából viszont nem tekinthető homogénnek: úgy tűnik, hogy ez a rehabilitációs csoport elsősorban az aktívabb, magasabb iskolai végzettségű, házasársi támogatást kevésbé élvező nők számára elérhető és vonzó. A minta további részletei előző cikkünkben olvashatóak (1).

### Mérőmódszerek

Ahogy fent leírtuk, a társas támogatás felmérésére a társas támogatottságot felmérő kérdőív (F-SoZu) rövidített, 14 itemes verzióját használtuk (22). A kitöltőnek egy ötfokú Likert-skálán kell bejelölnie, hogy az állítás: 1 „nem találó”, ... 5 „nagyon találó”. A kérdőívnek csak a német verzióját validálták, így saját kutatásunkban az általunk fordított magyar verziót használtuk fel. A kérdőív skálái megbízhatóságának tesztelésére item-totál korrelációt és normalitás-vizsgálatot végeztünk.

A vizsgálat kvalitatív részét három nyitott kérdés alkotta, amelyek a hastáncélmény felmérését célozták. Az első mérés során a kísérleti csoport 50 tagja válaszolt három nyílt kérdésre.

1. Milyen volt az első hastáncórád?
2. Milyen volt a legjobb hastáncórád?
3. Milyen volt a márciusi (szülinapi) fellépés a számodra?

A fenti kérdésekre adott válaszokat tartalomelemzve nyertünk számszerűsíthető adatokat. Ezzel a módszerrel szövegadatokról olyan következtetések vonhatók le, amelyek a közleményekben nyíltan nincsenek kimondva, de a szöveg szerkezetéből, az elemek együttes előfordulásából és azok törvényszerűen visszatérő sajátosságaiból kiolvashatók. Jelen kutatás során Walker és Myrick (2006) Grounded Theory („megalapozott vagy beágyazott elmélet”) elnevezésű elméleti megközelítést használjuk, mert az adatok elemzéséhez használt Atlas.ti program alapjául is ez a modell szolgál (23).

A tartalomelemzés lépéseit Smith (2003) alapján mutatjuk be. Első fázisa a kódolás szakasza, amely során a nyers adatokat módszeresen nagyobb egységekbe ötvözzük, ezek azután lehetővé teszik a tartalom valóban lényeges tulajdonságainak pontos és kvantitatív leírását. A kódolás során az adatokat tördeljük, összehasonlítjuk és kategóriákba rendezzük: ez egy iteratív (ismétlődő), induktív, mégis reduktív folyamat, amely rendszerezi az adatokat úgy, hogy témákat, lényegi kijelentéseket, leírásokat és elméleteket tudjunk belőle kivonni. A kódolás első körében tapasztalat-alapú kategóriákat alakítottunk ki, második körében pedig az elméleti feltételezéseinknek megfelelő kategóriákat kerestünk (vagyis induktív és deduktív módszert is alkalmaztunk). A kódok kialakításánál elvárás volt, hogy tükrözzék a kutatás célját, legyenek kimerítőek (fedjék le a szöveget a lehető legteljesebb mértékben) és legyenek pontosan körülírva ismérvekkel és indikátorokkal, amelyek alapján egyértelműen el lehet dönteni, hogy egy konkrét tartalmi adat a kérdéses kategóriához tartozik-e. Ezt a célt töltik be az ún. kategória-szótárak.

A második fázis az elemzés szakasza. Az első munkaszakaszban kódolt tartalmakat itt dolgozzuk fel, megvizsgáljuk az egyes előfordulási gyakoriságok számát egy-egy adott kódkategória esetében, vagy két, sőt több kód együttes előfordulását. Itt, a második szakaszban a nem jelenlévő fogalmak is felszínre kerülnek (látens tartalom). Egyrészt, mivel minden kód

valamilyen jelentést szimbolizál, két-három kódnak az együttes előfordulása „jelentéstöbbletet” hoz létre, amely nem volt benne az eredeti szövegben, másrészt itt már fontos tartalmi mutatóvá válhat valaminek a hiánya is.

A harmadik szakasz az értelmezés szakasza. A tendenciaszerű együttes előfordulások a szövegben törvényszerűségekre engednek következtetni, amelyek értelmezhetővé válnak. (24)

### Hipotézisek

Kutatási kérdéseink a következők voltak. A kísérleti és a kontrollcsoport közötti szignifikáns testi és mentális jóléti eltérések egyik háttérváltozója a két csoport tagjai által megélt társas támogatottság szignifikáns eltérése. A kutatás során célunk feltárni, hogy pontosan milyen típusú a rehabilitációs hastánc csoportban megnyilvánuló társas támogatás.

#### Első hipotézis

A megélt társas támogatás szignifikáns eltérést fog mutatni a csoporthoz való csatlakozást megelőző időszak és a csoporttagság ideje között.

#### Második hipotézis

A csoporttagság közben megélt társas támogatásnak a következő típusai lesznek: Érzelmi támogatás, Praktikus támogatás, Információs támogatás, Példakép támogatás; míg társas terhelésnek nem lesz nyoma.

### Eredmények

#### Kvantitatív eredmények

Külön elemezve a kísérleti- és a kontrollcsoportot, az F-SoZu skála mindkét méréskor és mindkét csoportnál normális eloszlással vesz fel értékeket. A Cronbach-alfa értéke mindkét méréskor igen magas (első méréskor  $\alpha=0,92$ , második méréskor  $\alpha=0,96$ ), amely megfelel a kérdőív szerzői által a validálás során kapott értékeknek. A lefordított skálákat tehát megbízhatónak tekintettük.

Az első mérés alkalmával szignifikánsan ( $p<0,05$ ) magasabb volt a megélt társas támogatás a rehabilitációs csoportban (65,22), mint a kontrollcsoportban (57,41). A második mérés eredményei alapján a rehabilitációs csoport megélt társas támogatása még erőteljesebb lett (67,55), míg a kontrollcsoport társas támogatása csökkent (53,88). Tehát a két csoport abban is szignifikánsan ( $p<0,01$ ) eltér, hogy milyen mértékben és irányban változtak a két mérés között. A rehabilitációs csoport tagjai pozitív irányba változtak szignifikánsan ( $p<0,01$ ), míg a kontrollcsoport társas támogatottsága szignifikánsan ( $p<0,01$ ) csökkent. Az eredmények összefoglalását az 1. táblázat mutatja.

A két csoport szórásában is megfigyelhető változás: az első mérés alkalmával a kísérleti csoport már nagyobb hasonlóságot mutat a kontrollcsoport tagjai, ez a homogenitás pedig tovább erősödik az idő elteltével (vagyis egymáshoz egyre hasonlóbb mértékben éltek meg társas támogatást), míg a kontrollcsoport változóbb értékeket vett fel, mint az első méréskor.

Hasonlóan informatív a minimumértékek változása: a kísérleti csoport kezdeti legkisebb felvett értéke is már magasabb

**1. táblázat: A kísérleti és kontrollcsoport által felvett értékek az F-SoZu kérdőív összpontszámán, az első és a második mérés alkalmával**

	1. MÉRÉS: F-SOZU				2. MÉRÉS: F-SOZU			
	Átlag	Min.	Max.	Szórás	Átlag	Min.	Max.	Szórás
Kísérleti csoport	65.22	52	70	5.47	67.55	61	70	2.67
Kontrollcsoport	57.41	41	70	8.85	53.88	32	70	10.48

**2. táblázat: Az egyes kérdésekre érkezett válaszok száma, illetve ezek összes és átlagos hossza**

	Válasz (db)	Mondat (db)	Karakter (db)	Átlag mondatszám	Átlag karakterszám
Első hastánc óra	51	1223	84.318	23,98	68,94
Legjobb hastánc óra	50	866	61.444	17,32	70,95
Márciusi fellépés	46	944	59.380	20,52	62,90
<b>Összes</b>	<b>147</b>	<b>3033</b>	<b>205.142</b>	<b>20,63</b>	<b>67,64</b>

**3. táblázat. Az egyes kérdésekre érkezett válaszok megoszlása idősíki szempontjából**

	ELŐTTE		KÖZBEN		UTÁNA	
	Db	Mondat%	Db	Mondat%	Db	Mondat%
Első hastánc óra	184	15%	863	71%	176	14%
Legjobb hastánc óra	38	4%	612	71%	216	25%
Márciusi fellépés	10	1%	924	98%	10	1%
<b>Összes/átlag</b>	<b>232</b>	<b>8%</b>	<b>2399</b>	<b>79%</b>	<b>402</b>	<b>13%</b>

Minden sor egy-egy kérdésre adott válaszok 100%-a és az oszlopok azt mutatják meg, hogy az egyes válaszokon belül hogyan oszlott meg a különböző időkre vonatkozó leírás. Az ÖSSZ/ÁTLAG sor azt mutatja meg, hogy az összes élményleírásban hányszor (db) szerepelt az idősíki és az a mondatok átlagosan hány százaléka.

a kontrollcsoportnál, de a második mérés idejére már szinte a maximumpontszámot éri el. Ezzel szemben a legkisebb felvett érték drasztikusan csökken a két mérés között a kontrollcsoportban.

**Kvalitatív eredmények**

A kódolás első lépéseként szógyakorisági gyűjtést alkalmaztunk, hogy feltérképezzük a leggyakrabban felmerülő kifejezéseket, témaköröket. Ezek alapján alakítottuk ki az első tartalmi kódokat (pl. BETEGSÉG, KELLÉKEK, NŐ), majd kialakítottuk az elméleteink alapján feltételezett kódokat (pl. társas támogatás kódok). Ezután a két kutató belekezdett egymástól függetlenül a manuális, mondatonként történő kódolásba. Hetente egyszer egyeztettek a lekódolt szövegeket és beszéltek meg az eltéréseket, illetve felmerült új kódokat egészen addig, amíg a végső kódolásban az egyetértés száz százalékos nem lett. A kódolást követően ún. „Boolean operátorok” segítségével végeztünk elemzéseket, amelyek kimutatták a kódok előfordulásának, illetve átfedésének (együttes előfordulásának) gyakoriságát. Végül a kódok elemzésének, értelmezésének és leírásának megkönnyítése érdekében minden kódhoz kiválasztottunk két-három mondatot, amelyek legjobban illusztrálják az oda sorolt tartalmakat.

A 2. táblázat mutatja a kérdéseket és a rá adott válaszok jellemzőit. Ahogy láthatjuk, a leghosszabb válaszok a legelső kérdésre érkeztek – az elemzés során ezek a szövegek bizonyultak a legkomplexebbnek és leginformatívabbnak is.

A szövegek tartalmát több típusú kategória szerint kódoltuk: jeleztük az idősíki, amire vonatkoztak (a Százszorszép Klubtagság előttre, a hastánc közben megélt élményekre, vagy arra, ami tánc után, vagy annak következtében történt); jelöltük affinitásukat (negatív, pozitív, vagy kettős érzelmi hangulatú); végül pedig jeleztük tartalmukat (betegség, társas élmény, gyógyulás stb.). Ennek köszönhetően a szövegek száz százaléka kapott valamilyen kódot.

**Idősíki kódolása**

Mivel az instrukciók konkrét élmények leírására vonatkoztak, a szövegek nagy része a „KÖZBEN” idő-kódot kapta – jelezvén ezzel, hogy az élmény közben átéltek leírását tartalmazza. Ennek ellenére az élményeket a válaszadók önkéntelenül is narratívába szerkesztették, vagyis megadták az előzményeit („ELŐTTE” idő-kód), legtöbbször a kontraszt érzékeltetése érdekében, és röviden megemlítették az élményt követő élményeiket, illetve az egyszerű vagy rendszeres hastáncból fakadó következményeket („UTÁNA” idő-kód). A 3. táblázat azt mutatja meg, hogy az egyes instrukciókra adott válaszok milyen arányban vonatkoztak a különböző idősíkiakra.

Láthatjuk, hogy az első hastáncóra élményleírásában a mondatok 15%-a vonatkozott a múltira, 71%-a az élményre és 14%-a a következtetésekre, következményekre.

**Élmények affinitásának kódolása**

A tartalmak abban az esetben kaptak „POZITÍV” vagy „NEGATÍV” affinitáskódot, ha pozitív vagy negatív érzelem-szó szerepelt a mondatban. Ha a mondat tartalmi kategóriájából nem derült ki egyértelműen az affinitás (pl. egy társas élmény vagy teljesítmény lehetett pozitív és negatív is), akkor nem adtunk külön affinitás-kódot. Az érzelmi élmények teljes leképezéséhez ki kellett alakítanunk egy harmadik kategóriát „KETTŐS” név alatt. Ide soroltuk az összes olyan kijelentést, amelyben nem volt egyértelmű, hogy az érzelem pozitív vagy negatív (például sokan izgultak a fellépés előtt, ami egyszerre szorongás, de jó érzés is) és/vagy a válaszadó kifejezte, hogy a benne lévő érzések ellentmondásosak, vagy egyszerre kétfélek voltak.

**Tartalmi kód: társas élmény**

Első körben kialakítottunk egy általános TÁRSAS ÉLMÉNY kódot, amelybe minden, az alkategóriákba nem sorolható személyközi tapasztalást rögzítettünk, affinitásával együtt. Lát-szik, hogy mennyire objektívan írnak a hastáncot megelőző

**4. táblázat. Az alkategóriákban nem sorolható társas élmények elemzése idősíkok és affinitás szerint**

	TÁRSAS ÉLMÉNY		TÁRSAS ÉLMÉNY, POZITÍV		TÁRSAS ÉLMÉNY, NEGATÍV		TÁRSAS ÉLMÉNY, KETTÓS	
	Db	Mondat%	Db	Mondat %	Db	Mondat %	Db	Mondat %
Előtte	32	3%	0	0%	28	2,29%	4	0,33%
Élmény	310	36%	260	30%	20	2,31%	22	2,54%
Utána	310	33%	260	28%	20	2,12%	30	3,18%
<b>Összes</b>	<b>582</b>	<b>19%</b>	<b>468</b>	<b>15%</b>	<b>57</b>	<b>2,00%</b>	<b>45</b>	<b>1,00%</b>

**5. táblázat. A társas támogatás típusainak előfordulása az egyes idősíkokban**

	ÉRZELMI TÁMOGATÁS		INTEGRÁCIÓ		PRAKTIKUS TÁMOGATÁS		INFORMÁCIÓS TÁMOGATÁS, TANÍTÁS		PÉLDAKÉP	
	Db	Mondat%	Db	Mondat %	Db	Mondat %	Db	Mondat %	Db	Mondat %
Előtte	4	0,33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Élmény	68	8%	22	3%	8	0,92%	10	1%	76	9%
Utána	20	2%	0	0%	0	0%	0	0%	30	3%
<b>Összes</b>	<b>92</b>	<b>3%</b>	<b>22</b>	<b>1%</b>	<b>8</b>	<b>0%</b>	<b>10</b>	<b>0%</b>	<b>106</b>	<b>3%</b>

korszakról, az élményeknek csak 3%-a vonatkozik társas élményre (ezek is túlnyomórészt negatívak). Ehhez képest az élmény maga kiemelkedően társas jellegű (36%), amelyeknek legnagyobb része pozitív (30%). Ez a hatás pedig fennmarad hosszabb távon is: a csoporthoz való csatlakozást követő időszak is a múlttal összehasonlítva sokkal erősebb társas jelleggel rendelkezik (33%), amelyeknek nagy része szintén pozitív (28%). Ezek az eredmények választ adtak az első hipotézisünkre, hiszen a megélt társas támogatás valóban nagy eltérést mutatott csoporthoz való csatlakozást megelőző időszak és a csoporttagság ideje között.

Negatív társas élményre példa a csoporttagságot megelőző időszakból: „A betegségből kezdtem kigyógyulni, de a lelki nyomor megmaradt, illetve fokozódott a negatív irányba. Ebben nagy szerepe volt a „kedves” férjemnek is, aki, csak fokozta a bajt. Minden nap emlékeztetett testi hiányosságaimra, szembesített azzal, hogy a testem már csak egy rákos torzó.” Pozitív társas élményre példa a csoportfoglalkozások leírásából: „Óra után sokáig beszélgettünk, ami nagyon jól esett.” Végül pedig itt egy példa a csoport hatásaira vonatkozó pozitív társas kijelentések közül: „Ezalatt a pár év alatt olyanokká váltunk, mint egy nagy család.”

Második hipotézisünkre az 5. táblázatban bemutatott eredmények adnak választ, amelyben a társas támogatás kategóriáinak előfordulási gyakoriságát mutatjuk be. Ebből azt olvashatjuk ki, hogy szinte nincs, vagy nem említik meg a hastánccsoport előtt kapott társas támogatási. Ezzel hatalmas kontrasztot képez a csoport élménye (közben), ami főleg érzelmi támogatást ad (8%), befogadja az ismeretlen újonnan érkezőt (Integráció 3%), de néha praktikus (1%) és információs támogatást is tud adni (1%). A legmeghatározóbbnak azonban a példakép funkció tűnik (9%). Ezekből hosszútávon (utána) az érzelmi támogatás és a példakép marad meg (3%).

Példa az érzelmi támogatásra „Boldognak, hogy van egy közösség, ahol szeretettel fogadnak, és ahol elfogadnak olyannak, amilyen vagyok.” Példa integrációra: „Az első órában nagyon kedvesen fogadtak a lányok, már az öltözőben maguk közé fogadtak, pedig nem is tudtak rólam semmit.” Példa a praktikus támogatásra: „Mindjárt kaptam egy rázókendőt és azt a tanácsot: figyeljek, és ne aggódjak, én is fogok ilyen szépen és ügyesen táncolni.” Példa az információs

támogatásra: „Egészségügyi kérdéseimre azonnali választ kaptam, majd mikor már megérkezett a gyógytornász lány is, kétfelől is jött a segítség, a nyugtatás, hogy ez itt csak jót tesz nekem, és együtt oda tudunk figyelni a terhelés fokozatosságára.”

A klub egyik fontos értéke, hogy sorstársakkal töltik idejüket az asszonyok. Az élményekben sokszor jelent meg arra vonatkozó kijelentés, hogy mennyire lenyűgözi az újonnan érkezőt a régi tagok ügyessége, szépsége, kisugárzása: „A szép mozgásuk irigylésre méltó volt. A mosolyuk és kedvességük... Mintha angyalok lettek volna.”

Bár ezek a mondatok sokszor a Festinger-féle társas összehasonlítási elmélet alapján negatív eredményre jutnak, összesített hatásuk valószínűleg mégis pozitív. Feltételezéseink szerint az ügyesen hastáncoló betegtársak példaképként szolgálhatnak az újonnan csatlakozó tagok számára. A példakép funkció pedig értelmezhető egy nagyon erős, szuggesztívön alapuló társas támogatási útvonalnak. A csoport tagjai az új taghoz hasonlóan átestek a súlyos betegségen – ez adhat alapot az azonosulásra. Emellett azonban kiugróak az eltérések: az életvidámság, a szépség, a nőiesség. Az ő viselkedésük módja talán a legerősebb implicit üzenete a csoportnak: „Mi is voltunk olyanok, mint te – te is lehetsz olyan, mint mi. Lehetsz nőies, lehetsz ügyes, túlélheted a rákot.” Jelenlétük reményt ad és a pozitív célkitűzés megtestesüléseként szolgál. Az üzenet ráadásul rendelkezik a hatékony szuggesztívók sok vonásával.

- Szuggesztívóra fogékony élethelyzetben lévő embereket céloz meg (hiszen egy ilyen súlyos diagnózis nagyon kiszolgáltatott helyzetbe teszi az embert, amit fokoz az krónikusan fennálló testi és lelki fájdalom).
- Az üzenet elsősorban vizuális úton közvetítődik: a tükörben egymás mellett látják saját és a többi csoporttag képét.
- Ugyanakkor több szenzoros modalitást (kinesztézia, tapintás) is egyszerre aktivizál.
- Egész egyértelműen megfogalmazzák az elérendő célt és egyben igazolják annak lehetőségességét.
- Nagyon pozitív és jövőorientált üzenet.
- Hetente (tehát szünetekkel, de rendszeresen és ritmusosan) ismétlődik.
- Lehetővé teszi a modellkövetést.
- A szuggesztívós üzenet küldői őszinték és hitelesek.

Önszugesztíós szempontból elemezve az élményleírásokat röviden úgy foglalhatnánk össze, hogy a társak pozitív szugesztíói állnak szemben saját negatív szugesztíókkal. Példa a pozitívan megélt példakép támogatásra: „Folyton felfedezek újabb és újabb technikát, amit még mindig nem tudok, de próbálom formálni, tökéletesíteni, hogy legalább hasonlítson a XXX-éhez!”. Példa a negatívan megélt példakép támogatásra: „Ez a látvány ragadott meg, mert kissé szögletesnek éreztem magam, főleg hozzá képest!”. Az pedig, hogy a kitöltő még mindig a csoport tagja, azt jelzi, hogy a pozitív szugesztíók voltak túlsúlyban.

### Konklúziók

Egy rehabilitációs csoportot sokszor csak az alkalmazott technika alapján jellemeznek (pl. csoportos fizioterápiás foglalkozás onkológiai nőbetegek számára), pedig minden csoportnak vannak „non-specifikus”, tehát az alkalmazott módszertantól független, módszerek között átívelő hatótényezők. Az élményleírások eredményeink szerint alkalmasak annak leírására, mik ennek a rehabilitációs csoportnak a non-specifikus hatótényezői – amelyeket akár más technikát alkalmazó rehabilitációs csoportok is alkalmazhatnak.

Feltételezésünk, miszerint a megélt társas támogatás mértéke a rehabilitációs csoportnak köszönhetően nagymértékű növekedést fog mutatni, beigazolódott – immár nemcsak számszerű, hanem kvalitatív adatokkal is alátámasztottuk azt, hogy ez a rehabilitációs csoport egyik legerősebb hatótényezője.

Az elemzés során emellett kimutathatóak voltak a szakirodalomból ismert társas hatások, valamint két újabb szempont is. Újdonság volt viszont az egyes támogatási típusok hangsúlya: az elvárásokkal ellentétben a csoport hatását nem elsősorban információ-átadás vagy praktikus támogatás útján fejtette ki, vagyis a stressztompító hatást valóban nem a stresszel való megküzdésről való megbeszélések útján fejtette ki. Ehelyett sokkal nagyobb hangsúlyt kapott az érzelmi támogatás, illetve a példaképek jelenléte. A társak mint példaképek szerepe, illetve a társak támogatásának ütközése a saját negatív üzenetekkel két olyan faktornak tűnik, amelyek szignifikánsan hozzájárulhatnak a csoport hatásához.

Heaney és Israel (2002) négy alapvető módszert fogalmaz meg, mellyel az egészségügyi beavatkozások növelhetik a társadalmi kapcsolathálózatot, és azon keresztül a támogatásokat. A beavatkozások erősíthetik a már meglévő társadalmi kapcsolathálózatot; kiépíthetnek új kapcsolatokat; fokozhatják a hálózat erősségét a közvetlenül érintett segítőkkel, vagy erősíthetik a hálózatot a közösség szociális érzékenységének növelésével, és a problémamegoldásba való bevonásával (6). Eredményeink arra világítanak rá, milyen ereje lehet az amúgy is érintett közösség bevonásának a problémamegoldásba. Ahelyett, hogy a sorstárs segítő csoportok konkrét támogatással látnák el egymást, egy holisztikus onkológiai rehabilitációs csoportnak ajánlatos inkább kiemelkedő hangsúlyt helyezni a tagok egymás közti intim és bizalommal teli kapcsolatának kialakítására, valamint arra, hogy a gyógyultak is a csoport tagjai maradjanak – ezáltal példaképi támogatást nyújtva a többi tagnak, valamint saját énjüket és önértékelésüket megerősítendő.

### Irodalomjegyzék

1. Szalai M., Németh K., Szirmai A. (2011) *Hastánc mint mozgásterápia a daganatos betegségben szenvedő nőbetegek rehabilitációjában*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 49.3, 30–35. old.
2. Den Oudsten BL, Van Heck GL, Van der Steeg AFW, Roukema JA, De Vries J. *Personality predicts perceived availability of social support and satisfaction with social support in women with early stage breast cancer*. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*. 2010;18(4):499–508.
3. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. *Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life*. *Medical Oncology (Northwood, London, England)*. 2010;27(1):108–113.
4. Talley A, Molix L, Schlegel RJ, Bettencourt A. *The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: a longitudinal analysis*. *Psychology & Health*. 2010;25(4):433–449.
5. Kopp M., Skrabski Á., Szedmák S. (1998): *A bizalom, a társas támogatás, az összetartozás, az együttműködés képességének egészségügyi jelentősége*. *Végeken /4*
6. Zsákaai Szilvia (2008) *Társas kapcsolatháló és alkoholizmus. Társadalmi támogatás szerepe az Anonim Alkoholisták felépülésében és visszaesésében*. Ph.D. értekezés Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia Ph.D. program, Budapest
7. Kopp M., Szedmák S., Lóke J., Skrabski Á. [1997]: *A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében*, *Lege Artis Med.*, 7
8. Kopp M., Skrabski Á. [2002]: *A magyarság társadalmi és erkölcsi tőkéje*. *Valóság*, 2002/9
9. Lakey, B., Orehek, E. (2011) *Relational Regulation Theory: A New Approach to Explain the Link Between Perceived Social Support and Mental Health*. In: *Psychological Review* 2011, Vol. 118, No. 3, 482–495
10. Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill
11. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. In: *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
12. Thoits, P. A. (1985). *Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities*. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and application* (pp. 51–72)
13. Frydrich T, Sommer G, Brähler E. (2002) *F-SozU – Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B, Hrsg. *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2002.
14. Moeller, A., Renneberg, B., Hammelstein, P- (2006) *Gesundheitspsychologie*. Springer, 2006 – 327 old.
15. Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M., Maunsell, E., Dorval, M. (2000): *Partner abandonment of women with breast cancer. Myth or reality?* *Cancer Pract.* 2000 Jul-Aug; 8 (4): 154.

## Szakcikk

16. Coughlin S. *Surviving Cancer or Other Serious Illness: A Review of Individual and Community Resources*. *CA Cancer J Clin*. 2008;58:60–64.
  17. Snyder KA, Pearse W. *Crisis, social support, and the family response: exploring the narratives of young breast cancer survivors*. *Journal Of Psychosocial Oncology*. 2010;28(4):413–431.
  18. House, J.S. (1981) *Work stress and social support*. In: *Job stress; Stress (Psychology); Helping behavior; Social aspects*, p. 141–148. Addison-Wesley Pub. Co.
  19. Antal, Z.L. (1995) *A gyógyítás társadalmi beágyazottsága*. *Szociológiai Szemle* 1995/2. 3–23.
  20. Varga, K., Diószeghy, Cs. (2001) *Hűtésbefizetés*. Pólya Kiadó, Budapest.
  21. Kim, J-H, Lennon, S.,J. (2007) *Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies*. In: *Clothing and Textiles Research Journal* 2007 25:3
  22. Sommer G, Fydrich T, *Soziale Unterstützung: diagnostik, Konzepte F-SOZU*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 1989.
  23. Walker, D., Myrick, F. (2006) *Grounded Theory: An Exploration of Process and Procedure*. *Qualitative Health Research*, 2006; 16; 54
  24. Smith, J.A. (ed.) (2003) *Qualitative Psychology. A practical guide to research methods*. SAGE Publications, Incorporated. (Letöltés ideje: 2009. 10. 03.)
- 

- a. PhD-hallgató, ELTE-PPK Pszichológiai Doktori Iskola, Magatartáspszichológia doktori program
- b. PhD-hallgató, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar
- c. Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar



# Európai szolidaritás és állásfoglalás az egészségügyi dolgozókat ért hátrányos megkülönböztetéssel szemben

A Semmelweis Egyetem Közalkalmazotti Tanácsa beadványának megismerése után az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság Munkavállalók Csoportja 2013. április 16-án az alábbi nyilatkozatot tette a magyarországi állami és magánszektorbeli munkavállalókkal szembeni egyenlő bánásmódról.

■ Dr. Weltner János

**Az** *Európai Gazdasági és Szociális Bizottság Munkavállalók Csoportja fontosnak tartja, hogy a szolidaritásról biztosítsa a magyarországi állami szektor munkavállalóit és ezek szakszervezeteit az azon kormányintézkedésekkel szembeni harcukban, amelyek hátrányos megkülönböztetéseket vezetnek be az állami és a magánszektor munkavállalói között a nyugdíjak tekintetében. A munkaerőpiac vagy a szociális védelmi rendszer bármely reformjába be kell vonni a munkavállalók képviselőit, és a reformnak a szakszervezetek lehető legszélesebb körű konszenzusán kell alapulnia.*

*A Bizottság Munkavállalók Csoportja ellenzi az megkülönböztetés minden formáját, és aggódik a tagállamok jogrendjét és munkajogát érintő minden olyan túlkapás láttán, amely árthat a demokráciának és veszélyeztetheti az adott tagállam – ebben az esetben Magyarország – európai uniós tagságát.”*

Írásom az állásfoglalás előzményeit foglalja össze – olyan szempontokat is felvetve, amelyek a kormányzat intézkedéseire adott reakciókban egyáltalán nem, vagy súlyukhoz képes csekély figyelmet kaptak.

Általános meglepetést keltett múlt év december tizedikén a központi költségvetésről szóló törvény megalapozásával összefüggő törvény, melyet a módosító javaslatokkal együtt az Országgyűlés 2. vitanapot követően december 17-én már el is fogadott.

Az ombudsman szerint a törvény súlyos alkotmányos aggályokat vet fel, „a munka és a foglalkozás szabad megválasztásához való joggal, az egyenlő bánásmód követelményével, illetve az élet, az egészségvédelem és a közművelődés feltételei biztosításának állami kötelezettségével összefüggésben”. Az ombudsman szerint a jogalkotó alkotmányos indok nélkül, pusztán költséghatékonyági szempontok miatt korlátozza a társadalom számára kiemelten fontos szakmákban dolgozók munkavállalási lehetőségeit. Az alapvető jogok biztosa ekkor azért emelte fel figyelmetetőleg az ujját, mert a társadalombiztosítási nyugdíjrendelkezésbe iktatott új szakasz szerint a közszolgák a közpénzek terhére 2013 közepétől vagy nyugdíjat, vagy jövedelmet

kaphatnak. Szabó Máté azonban hiába hozta a köztársasági elnök, az emberi erőforrások minisztere és a nemzetgazdasági miniszter tudomására az álláspontját.

Felületes szemlélő számára ez akár igazságosnak is tűnhet: miért is kellene valakinek kétféle címen is pénzt kapnia az adó és járulékfizetésekből feltöltött állami kasszákból?

Kezdjük a választ a munkáért járó bérrel: talán nem kétséges, hogy ez jár. De azért ebben ne legyünk ennyire biztosak. Korábban ugyan a munka törvénykönyve – kultúrállamiságunk egyik bizonyítékaként – kimondta, hogy az ingyenmunka tilos. Ez a passzus azonban eltűnt. Az egészségügyben megengedték az önkéntes segítők szakmai tevékenységét. Ez a fogalom eredetileg arra született, hogy a szerettük ápolásában részt vállaló laikusok jelen lehessenek a hivatalos látogatási időn kívül. Újabb időkben ez azoknak az orvosoknak a munkavégzésre irányuló jogviszonya, akiket nem illet meg orvosi munkájukért az illetmény, de az ellátóhely alkalmazottjaként használhatják a szociális helységeket, a műszereket és berendezéseket, szívhatják a kórház levegőjét, részesülnek a kórház által kötött felelősségbiztosítás nyújtotta védelemben. Néhány rendszerváltással ezelőtt az e tevékenységi formában gyógyítókat externistának hívták. Megélhetésüket magánrendelőjük biztosítja, ahonnan a betegeiket a fekvőbeteg-ellátás idejére bevihetik a kórházba. Esetleges és kiszámíthatatlan paraszolvenciájukról most szó se essék.

A többség azonban kap illetményt, általában a bértábla szerinti minimumot. A KSH szerint 2012-ben 139 784 forintnyi havi nettó átlagbérével az egészségügy pár forinttal előzte meg az oktatást és vendéglátást, és 43 378 forinttal a szociális ellátásban dolgozókat. A többi ágazat, a költségvetési és nemzetgazdasági átlag messze előtűnik. A bérek „elszegényedésének” fontos tényezője, hogy a forrását jelentő HBCS és járóbeteg-szakellátási pont 2007 óta változatlan, és a praxispénz ingadozásának eredője is alig pozitív (nominálisan). Mivel a dologi költségek emelkedése parancsoló szükségletként jelentkezik, ezért a szolgáltatók számára a bérek visszafogása volt a túlélés kulcsa. Innen érthető, hogy a kormányzati bérfejlesztés nem a finanszírozási

rendszeren belül valósul meg: ott az adósság, a dologi költségek elszívó hatása lenullázta volna a többletforrást.

Mi a helyzet a nyugdíjjal? Itt két alapvető kijelentés tehető: a nyugdíjrendszer 2012 karácsonyáig nem tett különbséget a közszolgaként és magánalkalmazottként jogosultságot szerettek között. Egyes ágazati és foglalkozási sajátosságok által indokolt eltérések nem ezen választóvonal mentén jelentek meg, a szervezetet jobban terhelő, kimerítő vagy különleges foglalkozások sajátosságainak megfelelően hozták meg a részletszabályokat. Tekintetbe kell azt is venni, hogy a munkavállalók egy része élete során hol közszolga, hol magánalkalmazott, hol vállalkozó, máskor munkanélküli.

A másik tudnivaló, hogy hazánkban felosztó-kirovó rendszer<sup>1</sup> működik, azaz az adott évi bevételt osztják szét az adott évi nyugdíjjogosultak között. Nem tökefedezeti a nyugdíj, a járulékfizető nem pénzt gyűjt egy nyugdíjszámlán, hanem a jogosultságát megalapozó és mértékét befolyásoló szolgálati éveket. A nyugdíjalapot képező jövedelme pedig döntő hatással van majdani nyugdíjára. Külön tanulmányok szólnak a munkával töltött években elért életszínvonal és a nyugdíjas évek életszínvonala közötti különbségről. Ez különösen érdekes, ha a jövedelem egy része – a paraszolvencia, a természetbeni juttatások, a bérpótlék stb. – nem jelent nyugdíjalapot, és ilyen juttatások és bevételek az egészségügyben bőven vannak. Az sem közömbös, hogy egy munkavállaló után hány éven át van bevétele a nyugdíjalapnak, és az illető hány éven át részesül kifizetésben. Itt most nem foglalkozhatunk az egészségügyiek egyes csoportjainak 20 és 65 éves korban várható további életéveinek számával, az önkéntes magánnyugdíj-pénztárakkal, életbiztosításokkal és egyéb pénzügyi megoldásokkal... Nem véletlen, hogy a kényszervállalkozó, önmagát minimálbéren alkalmazó (család)orvos nyugdíjas évei nem alapozhatóak a nyugdíjára. Gyakran ez, és nem a munkamániá vezeti oda, hogy 70 év feletti orvosok még teljes munkaidőben dolgoznak. Nincs hír arról, hogy többet vagy súlyosabban hibáznának, mint a fiatalabbak.

Az egészségügyi és egészségügyben dolgozók jelentős része munkaviszonyának tekintetében biztonságban érezte magát, mivel az ágazat általános munkaerőhiánya a bezárásokkal járó reformok ellenére több munkahelyet biztosított, mint amennyi munkaerő rendelkezésre állt. Ebből, illetve az ügyeletekre vonatkozó munkaügyi szabályokból fakad, hogy az egészségügyiek túlóra- és ügyeletióra-teljesítménye igen magas. Mellesleg: statisztikai értékelési zavarhoz vezethet, ha az ügyeletek, éjszakai, ünnepnap és hétvégi pótlékok, valamint a túlórák díjával számolt egészségügyi ágazati jövedelmeket hasonlítjuk olyan ágazatokéval, ahol a túlmunka, a mozgóbér aránya jóval kisebb.

Ezek után nem lepődhetünk meg azon, hogy a békés karácsony és hanuka után meglepetés volt, a közszolgaként dolgozók nyugdíjának 2013. július elsejével kezdődő törvényi szüneteltetése. A nyugdíjtörvény ez irányú változtatását „A Kormány 1700/2012. (XII. 29.) kormányhatározata a közszférában alkalmazandó nyugdíjpolitikai elvekről” című irományának<sup>2</sup> szelleme alapozta meg. Azért a szelleme, mert a jogszabálynak nem minősülő kinyilatkoztatás<sup>3</sup> 2,5 héttel később látott napvilágot, mint a nyugdíjtörvény változtatására irányuló javaslat (2012.12.10., lásd korábbi cikkemet<sup>4</sup>). Ez az apróság – no meg a kormány működésmódja – tette lehetővé, hogy e jelentős, minden közszolgát előbb-utóbb érintő jogszabályi változás minden érdemi társadalmi egyeztetés nélkül került becikkelyezésre.

A nyugdíj folyósításának szüneteltetését a közszolgálat idejére azzal az ideológiával alapozták meg, hogy igazságtalan lenne

a „kettős jövedelem”. Ez lehet egy kormány, egy parlament álláspontja, feltéve, hogy minden nyugdíjasra egyaránt vonatkozik. Ha egyazon társadalombiztosítási rendszeren belül különbséget tesz a kormány, és a kormányzó párt szavazataival a parlament aszerint, hogy a nyugdíjas a nyugdíja kiegészítéseként közszolgálati vagy más munkával javít saját és családja, esetleg munkanélküli gyermeke életkörülményein, akkor e különbségtétel hátrányos megkülönböztetést jelent.

Az ideológia mellett persze gyakorlati szempont is volt, nevezetesen mintegy 30 milliárdnyi költségvetési megtakarítás. Lehetett volna mindegy, hogy a spórolás a felfüggesztett nyugdíjfolyósításból, vagy a nyugdíjuk megőrzése érdekében a munkából kilépő közalkalmazottak bérének megtakarításából fakad-e. Azonban a közszolgák hezitálását megelőzendő, gondjaikat csökkentendő a kormány a jogszabálynak nem minősülő kormányhatározatában meglepetésszerűen közhírré tette, hogy a minisztereknek ki kell rúgatniuk a nyugdíjképes közszolgákat. És nem ám azért, hogy fiatalítsanak, hogy a munkanélküli pályakezdekők és a munkanélküliek álláshoz jussanak, hanem azért, hogy csökkenjen a létszám, és ezzel a bérfizetési kötelezettség a közszférában (így talán több marad a leszegényített dologi keretekre?). A jogszabálynak nem minősülő kormányhatározat ugyanis azt is elvárja, hogy a felmentett közszolgákat nem szabad pótolni, sem úgy, hogy őket más foglalkoztatási formában visszaveszik, sem úgy, hogy helyükre másokat alkalmaznak.

Erre ugyan – kicsoda meglepetés – mindmáig nem sikerült megfelelő jogi formulát találni, hiszen a munkaszerződés a munkáltató és a munkavállaló dolga. Kétségtelen, hogy a munkáltatónak jogában áll bármely munkavállaló jogviszonyát a törvényi keretek között bármikor megszüntetni, és köteles ezt okszerűen indokolni. Ez önmagában, egyéni esetekben nem jelenti a munkához való jog sérelmét, nem ez az, ami miatt az ombudsman is felemelte a szavát. Általános intézkedésként azonban indokolatlan joghátrány, és ráadásul hátrányos megkülönböztetés. A munkáltatóknak ugyan valószínűleg elnézik majd, ha új munkaerőt alkalmaznak a kirúgottak volt illetménye terhére, feltéve, ha találnak erre vállalkozókat. A létszám újbóli feltöltése azonban nem szünteti meg a hátrányos megkülönböztetést. Másrészt kevés az egészségügyi munkaerő, mivel az Európai Unióban hiány alakult ki a munkaügyi szabályok, nevezetesen az ügyeleti idő munkaidővé minősítése miatt. Egy dolgozó munkaideje – ha szabadság, továbbképzés, betegség miatt 5 hetet van távol – a 365\*24 óra 23,5%-a. A többi időben, vagy annak egy részében vagy ügyeletes, vagy az ügyeleti szolgálatnak kell ellátnia a feladatot. Korábban az ügyelet nem csökkentette a munkáltató munkaidő-alapját, napjainkban azonban igen, és ez az Unióban – és ezzel hazánkban is – hatalmasan megnövelte az egészségügyi munkavállalók iránti igényt.

A nyugdíjtörvény módosítása és a jogszabálynak nem minősülő kormányhatározat nyomán kialakult megkülönböztetés többrétű. Egyrészt kialakult a munkához való jog terén a 62 év-nél fiatalabb és kirúgandó idősebb közszolgák között, másrészt a 62 év feletti közszolgák és magánalkalmazottak között. Diszkriminációt tapasztalhatunk abban is, hogy felsőoktatási oktatói, tanári vagy tudományos kutatói munkakörben közfoglalkoztatott személyek kirúgását a határozat nem várja el.

Remélhető, hogy a munkavégzést választó, és ezzel a nyugdíjuktól eleső egészségügyi dolgozók a kieső nyugdíj valamilyen mértékű pótlására számíthatnak. További hátrányos megkülönböztetés, hogy e kompenzáció nem illeti meg az egészségügyben dolgozó, de nem egészségügyi végzettségű munkatársá-

kat, illetve az egyetemi klinikákon a gyógyításban is résztvevő, de oktatói besorolású szakembereket. Az már csak apró érdekesség, hogy a nyugdíjkassza mentesül mintegy 6,5 milliárd forint kifizetésétől, ugyanennyivel nő az OEP terhe, és a bérként várhatóan kifizetett 6,5 milliárd megfelelő része adóként és járulékként visszacsorog a kincstárba.

A 62+ korúak kirúgása az életkor alapú megkülönböztetés olyan esete, amelyet az Európai Bíróság a bírák kapcsán már elítélt. Ezért e tekintetben jogszabályt nem alkottak, csak egy jogszabálynak nem minősülő kormányhatározatot, melyre hivatkozgatva noszogatták a munkáltatókat, a közintézmények munkáltatói jogokkal felruházott vezetőit, hogy rúgják ki a 62 éves és annál idősebb nyugdíjogosultakat. Magyarán a munkáltatókat nyomás alá helyezték annak érdekében, hogy látszólag pont most jusson eszükbe a 62 éves kort elértek felmentése. Akkor is, ha ez csoportos létszámleépítésnek minősül, akkor is, ha a rájuk bízott közellátási feladatuk ellátása ezáltal ellehetetlenül.

Szinte eltörpül ezek mellett, pedig valójában kiemelten figyelemre méltó az a mód, ahogy a hivatásukat feladni nem kívánó közszolgák küzdöttek azért, hogy továbbra is szolgálhassák a közt. Megalázó módon, saját addigi dicsőségeik felsorolásával – és sokan feltehetőleg könnyeikkel küszködve – kérelemmel fordultak a kormányhoz, hogy továbbra is szolgálhassanak. Holott ha ezt nem akarnák, már kérhették volna felmentésüket, mint ahogy munkáltatójuknak is már fel kellett volna mentenie őket, ha munkájukra nincs szükség, vagy erre nincs költségvetési fedezet, esetleg bevétel. A jogot megcsúfoló kérvény több szinten keresztül – és mindegyiken csak támogatottság esetén – jutott el a kormányhoz, majd onnan ugyanezen útvonalon, a miniszterelnökség – minisztérium – államtitkárság – munkáltató stációkon át vissza a munkahelyekre. Kurta, egy sor/fő üzenetben, indoklás nélkül. Nem tudni, hogy melyik szinten milyen szempontok alapján döntöttek az emberek sorsáról. Azt viszont tudjuk, hogy az érdekképviselőket távol tartották a formális érdekegyeztetéstől, a csoportos létszámleépítésre vonatkozó lépések is kimaradtak, pedig a csúc-

munkáltató GYEMSZI esetén, de néhány nagyobb szolgáltatónál is több fő egyidejű felmentése várható. A szokásos felmentési idő előnyeiről is le kell mondaniuk azoknak, akik a nyugdíjat választották a kérelmezés helyett. A nyugdíjat választók többségének magasabb a nyugdíja, mint az illetménye, mások nem bíztak abban, hogy ha majdan visszatérnek a nyugdíjhoz, akkor nem éri őket veszteség, megint mások megdurrásodva úgy gondolták, hogy ha nem kellene a társadalomnak, akkor nem erőltetik.

Mivel mindezen intézkedések sértik a lakosok, a betegek, a ma és a jövőben ezen nyugdíjpolitika alapján kirúgandók, illetve nyugdíjhoz jutásukban korlátozottak jogos érdekeit, a Semmelweis Egyetem Közalkalmazotti Tanácsa január végén panasszal élt az Alapvető Jogok Biztosánál és az Egyenlő Bánásmód Hatóságnál. Az utóbbi a Közalkalmazotti Tanácsot nem tekintette érdekképviselőnek, saját kezdeményezésére sem kívánt lépni, ezért a következő körben a panaszt az ÉSZT szakszervezeti tömörülés nyújtotta be. Az ügyek folyamatban... Fürgébb volt az EGSZB munkavállalói csoportja, mely példás gyorsasággal szolidaritási nyilatkozatot adott ki.<sup>5,6</sup>

Mindezen próbálkozások nem voltak sem elegendőek, sem alkalmasak a folyamat feltartóztatására, a nyugdíj szüneteltetését elrendelő szabály hatályban van. Megszületett a rendelet arról, hogy az egészségügyi dolgozók mi módon, milyen bürokrácia bevetésével kaphatják meg nyugdíjpótló ellátásukat a munkáltatótól, és a munkáltató milyen további adatkezelések útján kérelmezheti a kormánytól az így kifizetett pénzek visszapótlását, továbbá, hogy a hatóságok együttes bevetésével végzett felhasználás-ellenőrzés mikor és hogyan vonhatja vissza a jogtalanul felhasznált céltámogatást. Más ágazatok közszolgáinak még ennyi sem adatik. Nyitott kérdés, hogy mi lesz jövőre, mi lesz azokkal, akik az elkövetkező években, évtizedekben érik el a nyugdíjra jogosító életkort, és botor módon a köznek dolgoznak.

A költségvetés nyeresége talán 20 milliárd. Az ország vesztesége mérhetetlen.

## Hivatkozások

1. [www.eduline.hu/segedanyagtalalatok/letolt/2636](http://www.eduline.hu/segedanyagtalalatok/letolt/2636) 13. oldal
2. Magyar Közlöny 2012. évi 184.szám 39029. oldal
3. Alaptörvény T) cikk (1) Általánosan kötelező magatartási szabályt ... jogszabály állapíthat meg. ... (2) Jogszabály a törvény, a kormányrendelet, a miniszterelnöki rendelet, a miniszteri rendelet, a Magyar Nemzeti Bank elnökének rendelete, az önálló szabályozó szerv vezetőjének rendelete és az önkormányzati rendelet.
4. [http://nol.hu/lap/forum/20121217-nincs\\_szukseg\\_a\\_nagyszulokre](http://nol.hu/lap/forum/20121217-nincs_szukseg_a_nagyszulokre)
5. [http://www.eesc.europa.eu/resources/docs/declaration-sur-la-hongrie\\_hu.pdf](http://www.eesc.europa.eu/resources/docs/declaration-sur-la-hongrie_hu.pdf)
6. <http://szakszervezetek.hu/index.php/kozlemenyek-dokumentumok/5381-az-egszb-eliteli-a-munkavallalokkal-szembeni-diszkriminaciot>
7. [http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy\\_irom.irom\\_adat?p\\_ckl=39&p\\_izon=9401](http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_irom.irom_adat?p_ckl=39&p_izon=9401)

## 1. A parlament honlapjáról, a T/9401 iromány lapjáról

2012.12.10.	az illetékes bizottság kijelölve: Számvevőszéki és költségvetési bizottság
2012.12.10.	kivételes sürgős tárgyalás elfogadva
2012.12.11.	összevont általános és részletes vita megnyitva
2012.12.11.	összevont általános és részletes vita lezárva
2012.12.17.	a határozati házszabályi rendelkezésektől való eltéréshez hozzájárulás
2012.12.17.	összevont általános és részletes vita megnyitva
	Újra megnyitott!
2012.12.17.	összevont általános és részletes vita lezárva
	Újra megnyitott!
2012.12.17.	határozathozatal módosítókról
2012.12.17.	az önálló indítvány elfogadása
2012.12.21.	az OGY elnöke aláírja
2012.12.21.	a köztársasági elnök aláírja
2012.12.22.	a Magyar Közlönyben kihirdetik

Semmelweis Egyetem KAT és Semmelweis Érdekvédelmi Szövetség  
Az EGSZB munkavállalói csoportjának tagja az ÉSZT küldötteként

# smartBED

## Fókuszban a gyógyulás

A **SmartBed** a kórtermi ágyak mellett elhelyezett intelligens terminálok rendszere, amely lehetővé teszi, hogy az egészségügyi intézmények a kor színvonalának megfelelő, minőségi szolgáltatásokat biztosítsanak betegek számára. Ezáltal komfortosabbá válik a kórházban eltöltött idő, a páciensek közérzete jelentősen javul.

Az orvosok pillanatok alatt hozzáférhetnek a kórházi rendszerekben tárolt egészségügyi információkhoz, laboratóriumi eredményekhez, röntgenfelvételekhez. Ott, ahol mindezekre a legnagyobb szükségük van: közvetlenül a betegek ágya mellett.

Komfort,  
amely kifizetődik...

mindenekelőtt a gyógyulásban.



**BSI**

BÉKER-SOFT INFORMATIKA KFT.

+36(1)292-1023

WWW.BSI.HU

SMARTBED@BSI.HU

Lehetséges alkalmazási területek:

- kórtermek (VIP)
- egynapos sebészetek
- dialízis központok
- rehabilitációs központok
- szépségklinikák
- idősothonok