



Ikt.sz.: EGB/53-2/2012/EL

EL-2/2012. sz. ülés
(EL-9/2010-2014. sz. ülés)

J e g y z ő k ö n y v *

az Országgyűlés **Egészségügyi bizottsága**
Ellenőrző albizottságának
2012. május 16-án, szerdán, 9 óra 04 perckor
a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében
megtartott üléséről

**A jegyzőkönyv eredeti hitelesített példánya az Országgyűlés Levéltárában megtalálható.*

Tartalomjegyzék

<i>Napirendi javaslat</i>	3
<i>Az ülés résztvevői</i>	4
<i>Elnöki bevezető, a napirend elfogadása</i>	5
<i>Tájékoztató a nagy értékű gyógyszerekkel történő ellátásról</i>	5
<i>Dr. Gajdácsi József egészségügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) szóbeli kiegészítése</i>	5
<i>Dr. Bidló Judit ártámogatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) kiegészítése</i>	7
<i>Dr. Hunyady Béla (Kaposi Mór Oktató Kórház) kiegészítése</i>	10
<i>Dr. Makara Mihály (Szent László Kórház) kiegészítése</i>	13
<i>Kérdések, hozzászólások, megjegyzések</i>	14
<i>Dr. Gajdácsi József egészségügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válaszai</i>	22
<i>Dr. Bidló Judit ártámogatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válaszai</i>	24
<i>Dr. Makara Mihály (Szent László Kórház) válaszai</i>	26
<i>Dr. Hunyady Béla (Kaposi Mór Oktató Kórház) válaszai</i>	28
<i>További kérdések, válaszok</i>	29
<i>Elnöki összefoglaló</i>	30

Napirendi javaslat

1. Tájékoztató a nagy értékű gyógyszerekkel történő ellátásról
2. Egyebek

Az ülés résztvevői

Az albizottság részéről

Megjelent

Elnököl: **Dr. Horváth Zsolt** (Fidesz), az albizottság elnöke

Dr. Hollósi Antal Gábor (Fidesz)
Dr. Puskás Tivadar (KDNP)
Dr. Garai István Levente (MSZP)
Dr. Kiss Sándor (Jobbik)
Szilágyi László (LMP)

Dr. Kovács József (Fidesz)

Helyettesítési megbízást adott

Dr. Heintz Tamás (Fidesz) dr. Horváth Zsoltnak (Fidesz)

Meghívottak részéről

Hozzászólók

Dr. Gajdácsi József egészségügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Bidló Judit ártámogatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)
Dr. Makara Mihály
Dr. Hunyady Béla

(Az ülés kezdetének időpontja: 9 óra 04 perc)

Elnöki bevezető, a napirend elfogadása

DR. HORVÁTH ZSOLT (Fidesz), az albizottság elnöke, a továbbiakban ELNÖK: Jó napot kívánok! Tisztelettel köszöntöm az Egészségügyi bizottság ellenőrző albizottságának mai ülésén megjelent meghívottakat és vendégeket, természetesen a képviselőtársaimat is. Meg kell jegyeznem, hogy a mai napon szokatlanul nagy érdeklődés van az albizottság tagjai részéről. Heintz Tamás képviselő úr kimentette magát, és a Hárszabálynak megfelelően én fogom a megbízás értelmében helyettesíteni, így a bizottság jelenleg teljes létszámában, egy helyettesítéssel jelen van.

Az előre kiküldött napirenddel kapcsolatosan a határozatképességet megállapítom, ez nem kérdés, az elmondottak szerint. Megkérdezem képviselőtársaimat, hogy az előzetesen kiküldött napirenddel kapcsolatosan van-e észrevételük, javaslatuk. *(Nincs jelzés.)* Jelentkezést nem látok. Amennyiben nincs, akkor kérdezem, hogy ki az, aki a napirenddel egyetért, kézfelemeléssel jelezze! *(Szavazás.)* Egyhangúlag elfogadtuk.

Tájékoztató a nagy értékű gyógyszerekkel történő ellátásról

A mai ülésünk témája: tájékoztató a nagy értékű gyógyszerekkel történő ellátásról. Ennek valaha régen többféle, sokféle neve volt, most a leánykori nevét nem említjük. Mindig is nagy érdeklődést váltott ki a finanszírozás módja, hiszen külön keretből időnként csak bizonyos esetekben, csak kérésre, kifejezetten nagy értékű szerekről van szó, amelyek általában hatékony és nagyhatású szerek. Tehát egy ilyen komoly téma és terület.

Hollósi doktor volt a téma egyik kezdeményezője, a másik kezdeményezője pedig Kovács elnök úr.

A bizottsági ülésnek, ezt mindig el szoktam mondani, bár a neve az ellenőrző nevet képviseli, alapvetően nem az a célja, hogy számonkéréseket folytasson le. Persze, ha olyan helyzet adódik, azt is meg tudjuk és meg is fogjuk tenni, alapvetően az a célunk, hogy egy-egy területet körbejárjunk, lehetőséget biztosítsunk a területtel foglalkozóknak és a képviselőknek, hogy eszmét cseréljenek, elmondják az eredményeiket, kérdéseiket, felvessék a problémáikat.

A bizottság ülését két óra hossza időtartamra tervezzük, rendszerint a menetünk az, hogy először meghallgatjuk meghívott vendégeinket, ezt követően a képviselők tehetik fel kérdéseiket vagy elmondják észrevételeiket, erre vendégeink reagálnak, majd ezután a képviselők reagálnak, és ha és amennyiben a képviselők úgy látják, akkor egy javaslatot vagy ajánlást fogalmazunk meg. Az albizottságnak a lehetőségei körülbelül itt érnek véget. A főbizottság elé javaslatot terjeszthet, illetve a tárcát, a kormányt elláthatja észrevételekkel, kérésekkel.

Ennek függvényében akkor szeretnénk megkezdeni az ülést. Kérdezem tisztelt vendégeinket, hogy ki szeretné kezdeni? Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár részéről Gajdácsi József fogja kezdeni, egészségügyi főigazgató-helyettes.

Dr. Gajdácsi József egészségügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) szóbeli kiegészítése

DR. GAJDÁCSI JÓZSEF egészségügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Gajdácsi József vagyok, az OEP egészségügyi főigazgató-helyettese.

Azt gondolom, hogy egy igen érdekes témával kapcsolatban ültünk most össze, és én is meg tudom erősíteni, hogy nem várt az érdeklődés a téma iránt. Nagyon fontos, hogy

mielőtt a részletekbe mennénk a témát illetően, néhány alapelvet tisztázzunk, amelyek azt gondolom, hogy nem az újdonság erejével hatnak, de mindig fontos, hogy erre visszatérjünk.

Azt gondolom, hogy a társadalmi felelősségvállalás jegyében a szolidaritási alapon működő biztosítási rendszerben elengedhetetlen az a törekvés, hogy a rászorulóknak számára a lehetőségek szerint a megfelelő terápiákat biztosítsuk. A forrásallokáció során minden esetben törekedni kell arra, hogy az ellátásban a horizontális és vertikális egészségügyi ellátást megteremtjük. Mit is értünk ez alatt?

Horizontálisan azt, hogy az azonos állapotú beteg egyenlő eséllyel jusson hozzá azonos terápiákhoz, illetve diagnosztikákhoz. Az egészségbiztosító oldaláról – és itt jelen esetben most egy kicsit koncentrálna a gyógyszeres terápiákra, illetve a nagy értékű gyógyszeres terápiákra – elmondható, hogy horizontálisan ez az elv érvényesül. Vertikálisan, ami alatt mit is értek? Hogy minél magasabb szintű egy egészségügyi ellátás, azt is a lehetőségeink szerint tudjuk biztosítani a betegek számára. Ezt azonban mindig a társadalmi teherbíró képesség, illetve a rendelkezésre álló költségvetési keretek tudják leginkább meghatározni.

Fontos hangsúlyoznom azt, hogy a tudomány rohamos fejlődése során egyre költségesebb és egyre drágább terápiás lehetőségek nyújtanak az ellátásban lehetőséget a betegek számára, amelyet kielégíteni a szükségletek mentén nem mindig sikerül, de törekednünk kell rá.

Fontos hangsúlyoznom, bár többször elhangzott az Egészségügyi bizottság ülésén, illetve több fórumon is, hogy ma Magyarországon 3,9 millió befizető lát el 10 millió lakost, és ez mindenféleképpen meghatározza azokat a forrásainkat, amiből gazdálkodnunk kell.

És most egy kicsit belemennék a részletekbe. Valóban, ahogy az elnök úr is említette, tradicionális hagyományai vannak a különböző finanszírozás-technikáknak, amelyeket még a mai napig nem sikerült teljes mértékben lecsupaszítani, letisztítani. Ezért van az, hogy ha konkretizáljuk a nagy értékű gyógyszerkészítményeket, a mai napig több finanszírozás-technikát alkalmazunk. Ennek elsősorban tradicionális okai vannak, illetve hogy éppen hol állt rendelkezésre az a forrás, melyik kasszában, ahol ezeket a szükségleteket, akár szakmapolitikai, akár egészségügyi szükségleteket ki tudtuk elégíteni.

Ennek alapján azt gondolom, hogy a természetbeni ellátások vonatkozásában mind az ártámogatási kasszában, mind a gyógyító-megelőző kasszában finanszírozunk nagy értékű gyógyszeres terápiákat. Az ártámogatáson belül is több finanszírozás-technika érvényesül a mai napig is, elsősorban a generálisan értelmezhetően a jellemzően kiemelt indikációhoz kötött támogatási kategóriában, patikai forgalomban vannak nagy értékű onkológiai terápiák, a sclerosis multiplex kezelésében alkalmazott terápiák, és most nem mennék bele a részletekbe, erre majd megkérem Bidló Judit főosztályvezető asszonyt, hogy részleteiben elmondja, inkább csak globálisan próbálnám megvilágítani a helyzetet.

Tehát van a nagy értékű gyógyszeres terápiákon belül a faktorok, a hemofíliás kezelésben alkalmazott faktorok, igen régi finanszírozás-technika, habár már beszűkült a terepe, a külön keretes megoldás, innen finanszírozunk körülbelül 10 milliárd forint értékben néhány száz beteg hemofília-kezeléséhez szükséges készítményeket. Ezen kívül még a mai napig rendelkezésünkre áll az egyedi méltányosság jogcíme, amelyben gyakorlatilag a be nem fogadott terápiák finanszírozására kerülhet sor, és itt említeném meg, hogy ebből a kasszából vagy ebből a sorról finanszírozzuk a nagy értékű, nem is mondanám, hogy orphan drug, hanem ultra-orphan drug, nagy értékű gyógyszereket, a ritka betegségek kezelésében alkalmazott készítményeket: Hunter-kór, Gaucher-kór, Pompe-kór stb.

Talán az ártámogatás vetületében ez a három finanszírozás-technika érvényesül leginkább a nagy értékű gyógyszerek vonatkozásában.

A gyógyító-megelőző kassa részén azt gondolom, hogy két területről finanszírozunk elsősorban nagy értékű terápiákat. A tradicionális elvek miatt szeretném megemlíteni, hogy

korábban sokszor HBCS-ben finanszíroztunk terápiákat, jelenleg is van még rá úgymond precedens, tehát történik még nagy értékű terápia finanszírozása a fekvőbeteg-ellátásban HBCS-ből. Példaként említeném a gyermekek immunglobulinos állapothiánya kezelésében alkalmazott immunglobulinokat, de azt gondolom, hogy egyre kevesebb az a nagy értékű terápia, amely generális HBCS-ben finanszírozódna.

Itt említeném meg, amely most előtört az úgynevezett speciális finanszírozási kasszán belül a tételes finanszírozású gyógyszerek köre, amely az elmúlt években, illetve az idei évben nagymértékben bővült, és itt finanszírozzunk szintén nagy értékű gyógyszeres terápiákat, amelyek elsősorban onkológiát érintőek, biológiai terápiát, illetve reumatológiában, gasztroenterológiában és bőrgyógyászatban érintett biológiai terápiák finanszírozására kerül sor tételes finanszírozás keretében, ami az idén került át a gyógyszerkasszából.

Azt gondolom, hogy ez a trend nem változott meg, ennek a kasszának a létjogosultsága úgy érzem, előtérbe kerül ennek minden előnyével és hátrányával. Azt gondolom, hogy a kontroll és a betegek ellátásának monitorizálása sokkal megfelelőbb tud lenni ebben a kasszában.

Azt gondolom, ennyit szerettem volna bevezetőként mondani, és általánosan megfogalmazva, illetve egy globális megközelítésből megközelítve a nagy értékű gyógyszerek finanszírozását, és ha szabad, akkor a részletek tekintetében Bidló Judit főosztályvezető asszony adna részletesebb tájékoztatást, mind összecszerúságában, mind a termékek viszonylatában. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Bidló Judit ártámogatási főosztályvezető asszony!

Dr. Bidló Judit ártámogatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) kiegészítése

DR. BIDLÓ JUDIT ártámogatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Nagyon szépen köszönöm. Sok szeretettel köszöntöm a bizottságot, elnök urat és a megjelent vendégeket is.

Részletekbe menően először talán arról mondanék néhány szót, hogy nagyon nehéz döntésben vagyunk, amikor el kell döntenünk azt, hogy egy-egy készítmény milyen finanszírozási formában kerüljön finanszírozásra.

Ennek egyrészt oka az, hogy a finanszírozási rendszerünk Magyarországon európai szinten gyakorlatilag az egyik legkomplexebbnek tekinthető. Egy finanszírozási rendszerben kell szakmai és méltányossági elemeket és pénzügyi elemeket is kezelni, úgyhogy ez az egyik szempont, ami meghatározza, hogy a támogatási rendszer komplexitásában ez hogyan kerül elő. A másik kérdés pedig az, hogy mennyire tudjuk érvényesíteni a szakmai szempontokat a pusztán fiskális szempontokon felül.

Ebben különböznek talán egy kicsit a támogatási kategóriák. Ha szakmai szempontból indulnánk el, akkor talán a legjobb a tételes finanszírozás lenne, hiszen ott egyedileg tudjuk követni a betegeket, azonban ez akkora humán erőforrást igényel, hogy ez nem lenne gazdaságosan működtethető, ezért most már az is elmondható, hogy az egyes terápiás területeken sincsen teljes összhang a finanszírozásban, van olyan, elsősorban az onkológiai területen, ahol gyakorlatilag mindegyik finanszírozási technikában találhatók gyógyszerek.

Elsőként az ártámogatás igen jelentős részét, mintegy egyharmadát kitevő EÜ 100, tehát száz százalékban dobozdíj ellenében finanszírozott készítményekről szeretnék néhány szót mondani. A teljes gyógyszerkasszának körülbelül az egyharmadát, tehát több mint százmilliárd forintot költünk ezekre a készítményekre. Itt nagyon sokfajta készítmény megtalálható, a diabéteszesek kezelésére szolgáló inzulintól a valóban krónikus myeloid leukémiában szenvedő betegek kezelésére szolgáló készítményeken keresztül, nagyon sok

minden. Ezek a készítmények receptre férhetőek hozzá, az orvosok az erre kijelölt intézményekben ezt receptre írják fel, és a betegek ezt a patikában váltják ki.

Sokszor nagy dilemmát okoz nekünk, hogy több millió forintos dobozárú készítmények vannak a betegeknek, akár ha valaki hosszabb időre látja el a különböző készítményekkel a betegeket, akkor akár két hónapig is, tényleg sok esetben előfordulhat az, hogy az autójánál biztosan többet ér a betegnek a készítmény, de még adott esetben a házában is, ami nála van. Itt nem jelenik meg igazából a betegekben az a tudatosság, hogy ők sokszor egy-egy millió forintos dobozt tartanak a kezükben, aminek annyi az értéke. Nyilván nem elkötelezettek ennek a kezelésében.

Elsősorban amelyek itt nagy értékű készítmények, ezek az itt lévő onkológiai finanszírozásban lévő készítmények, és nagyon fontos megemlíteni, amelyek már az előzőekben is elhangzottak, például a sclerosis multiplex kezelésére szolgáló készítmények, és hadd ragadjam meg az alkalmat, hogy itt látom főorvos urakat is az asztalnak ezen oldalán, a Hepatitis kezelése is egy kiemelt terület, amire igen sok pénzt költünk már eddig is.

Általában azokat a készítményeket szoktuk nagy értékűként definiálni, amelyeknek az éves kezelési költsége vagy a kúra költsége meghaladja az egymillió forintot. Ez azért nagyon érdekes, mert ha azt vesszük, hogy mondjuk a tavalyi tényadatok alapján a gyártói befizetésekkel csökkentve, mondjuk 310 milliárd forintot költünk egyenleg szinten gyógyszerekre 10 millió emberre, akkor ebből viszonylag kiszámítható, hogy átlagosan mennyi jutna egy emberre. Ehhez képest vannak olyan terápiák, ahol az éves költség vagy egy kúrának a költsége, ami lehet, hogy nem is éri el az évet, meghaladja az egymillió forintot.

Elég sok ilyen terápia van. Azért örülünk, hogy erről most itt tudunk beszélni, mert a Széll Kálmán terv és a konvergenciaprogram elfogadott irányai a jövő évben mindenképpen szükségessé teszik, hogy ezen a területen valamifajta változás legyen a finanszírozásban.

Összességében az EÜ 100-as termékek között körülbelül 100 milliárd forint ez a kör, ami a kasszának az egyharmada. Jellemzően ezen a területen nincsen verseny az egyes termékek között. Általában olyan készítmények vannak itt, amelyeknek az átállítása nem nagyon lehetséges, ez nyilván korlátozza a mi finanszírozói lehetőségeinket is, hiszen nem vagyunk olyan alkupozícióban vagy olyan tárgyalási pozícióban a gyártókkal, hogy érdemi ártárgyalást tudjunk folytatni. Hozzá kell azonban tennem, hogy ez a kör adja a gyártói befizetések jelentős részét. Erről nem szabad elfeledkeznünk. A gyártói befizetések tavaly már 60 milliárd forintot tettek ki, ami a 360 milliárd forintos gyógyszerkasszának egy igen jelentős része, és a gyártói befizetéseknek egy nagyon komoly része erről a területről jön be, mind a 20 százalékos adó miatt, mind pedig az itt jellemző támogatásvolumen-szerződések formájában.

A támogatásvolumen-szerződések az egyetlen eszköz, amit tudunk alkalmazni a kassa betartása érdekében. Ez egy mindenki számára kedvező eszköz, hiszen mind a gyártó, mind a finanszírozó számára akár több évre előre kiszámíthatóvá teszi azt, hogy egy adott területre mennyi pénzt kell költeni, és mekkora lesz a várható igénybevétel. Néha természetesen van itt is, hogy utólag kell intézkedni, de azért mégis ez a fontos.

Az ártámogatási részen egy kiemelt terület a gyógyszerkasszából a külön keretes készítmények köre, amibe csak a vérfaktor-készítmények tartoznak most már. Erre 10 milliárd forintot költünk éves szinten, és ha azt vesszük, hogy 511 beteg van összesen, aki a tavalyi év során háromnál több alkalommal kapott vérfaktor-készítményt, akkor ennek a finanszírozása látszik, hogy egy igen jelentős kérdés.

Visszaütnék arra az alapelve, amit főigazgató-helyettes úr az elején említett, hogy a szolidaritás keretében jelen pillanatban ezt is kezelniük kell, erre is biztosítanunk kell forrást. Kérdés, hogy ez fenntartható-e a jövő évi igen csökkentett gyógyszerkasszában.

A vérfaktor-készítmények vonatkozásában azonban azt a sajátosságot is meg kell említenem, hogy ez azért egy olyan terület, amikor a hatás nem vonható kétségbe. Tehát ha itt

megkapja a faktorpótlást a beteg, akkor teljes életet tud élni, megfelelő életminőségben, így azt hiszem, hogy elmondhatjuk, hogy elköteleztünk vagyunk abba az irányba, hogy ezt továbbra is biztosítsuk a betegeknek.

Az egészségpolitikai döntés talán nem ezen a téren kerül elő a legelősebben a jövő év során, azt azonban hozzá kell tennünk, hogy van olyan beteg, akire a tavalyi év során csak a vérfaktor-ellátásban 174 millió forintot, 130 millió forintot költöttünk. Tehát körülbelül 30 olyan beteg van, aki 50 millió forint fölött kapott vérfaktor-készítményt, és ez egy olyan terület, amit minden évben meg kell kapnia. Tehát ez nem egy kúraszerű ellátás, ezeket ők folyamatosan használják, tehát évente 50-100 millió forintokat költünk itt betegekre, amelyek nyilván felvetnek finanszírozás-allokációs kérdéseket.

Itt közbeszerzési eljárás keretében szerezzük be a készítményeket, ami egy hatékony technika az árak alkalmazásában, de igazán csak akkor hatékony, ha tudunk élni azzal a lehetőséggel, hogy bizony, adott esetben – már van néhány nyugat-európai ország, amely ezt felvállalta – váltani kell a készítmények között, ami azért biológiai terápiáról lévén szó, rejt némi kockázatot magában, ezt megfelelően kell alkalmazni. De akkor is itt a fiskális és szakmai szempontoknál a mérleg nyelve egy picit azért el kell hogy toljódjon, vagy legalábbis figyelembe kell majd venni a fiskális szempontokat.

Az ártámogatási résznek a jellemző harmadik területe, ahogy ezt főigazgató-helyettes úr is említette, ez az egyedi méltányosság kérdése. Különös aktualitást ad a napirendnek az, hogy a Széll Kálmán terv 1-es verziója leírta azt, hogy a jövő évre szűnjön meg az egyedi méltányosság. Ne lehessen egyedi méltányosságból finanszírozni készítményeket, ami egyébként finanszírozás-szakmai szempontból maximálisan elfogadható, hiszen az a jó, ha az egyedi döntéseknek az aránya minél kisebb, az a jó, ha mindegyik gyógyszer keresztülmegy egy befogadási eljáráson, és ott a megfelelő, erre hivatott testületek értékelik a gyógyszer hatékonyságát, költséghatékonyságát stb.

Azonban a jelenlegi rendszerben ez természetesen felvet kérdéseket. Az egyedi méltányossági kassza pénzben legnagyobb része, 3,7 milliárd forint az enzimpótló terápiákra megy el, ami azt jelenti, hogy mindösszesen 44 betegre költünk 3,7 milliárd forintot. Itt szintén arról van szó, hogy folyamatosan kell az enzimpótlást biztosítani ezeknek a betegeknek, tehát nem lehet, illetve megkérdőjelezhető, hogy abbahagyható-e a kezelése ezeknek a betegeknek. Azt hiszem, hogy a jövő év egyik legnagyobb egészségpolitikai dilemmája ebben a kérdésben ezen a területen kerül elő, hiszen meg kell néznünk azt, hogy itt adott esetben szintén 150-168 millió forintos éves nagyságrendben biztosítunk olyan kezeléseket a betegeknek, amelyek lassítják a betegség progresszióját, de meggyógyítani azt nem tudják, tehát teljes életminőséget nem érnek el a betegek. Hadd vegyem itt egy picit talán így személyesebbre a történetet, azt hiszem, mindannyian emlékeznek talán Pistikére, aki a médiában nagyon nagy felhajtást kapott egy bizonyos enzimpótló terápiának a keretében. Pistike azóta is kapja a gyógyszert - csak Pistike néven híresült el, nem szeretném a teljes nevét kimondani -, azonban sajnos, meggyógyulni nem tudott ettől, tehát ő fekvőbeteg a továbbiakban is, és ez évente 100 millió forint fölötti költséget jelenthet egy-egy beteg esetén.

Azt hiszem, hogy itt már nagyon markánsan előkerülnek a szolidaritási kérdések, és az, hogy a társadalmi felelősségvállalás keretében mit, hogyan és meddig tudunk biztosítani az erre rászorulóknak.

Az enzimpótló terápiák most vannak felülvizsgálat alatt, a befogadási eljárás keretében, az összes ilyen enzimpótló terápia felülvizsgálatra kerül. Van egy ilyen sajátosság a támogatási rendszerben, hogy ezeknek a nagyon ritka betegségeknek a gyógyszerei esetén nem vizsgálhatunk költséghatékonyságot. Ez egy nemzetközi irányelv, ezek a készítmények definitíve, a természetükből adódóan nem lehetnek költséghatékonyak, és igazából egyedülállóak vagyunk viszont azzal, hogy több évre visszamenő tapasztalatunk van, hogy ezek a gyógyszerek mit eredményeznek, mit okoznak. Ezek még a nemzetközi

konferenciákon érdeklődésre is tartanak számot, merthogy itt nálunk az egyedi méltányosság alapján ezek vezetésre kerülnek, és folyamatosan követjük a betegek állapotának a javulását. Ez nagyon fontos, ebből igazi, a valós életből nyert adatokat nyerhetünk.

A felülvizsgálat most van folyamatban. Hamarosan lesz arról döntés, hogy ha ezek a készítmények befogadásra kerülnek, akkor vélhetőleg a tételes elszámolású gyógyszerek közé kerülnek befogadásra, hiszen a limitált betegszám, a nagy költség és az alapvetően azért szakorvoshoz, kórházhoz kötött felhasználás ezt indokolja.

Itt meg kell említenem, hogy nagyon nagy előrelépés az, hogy Magyarország is csatlakozott az európai uniós irányelvhez a ritka betegségek nemzeti tervére vonatkozóan. Kidolgozásra került, elkészült a ritka betegségek nemzeti terve, ami mind az ellátórendszerhez, mind a gyógyszerhez való hozzáférést valamilyen szinten koordinálja, illetve megalakult az a nemzeti bizottság, ami ezt tudja felügyelni.

De ettől függetlenül pénzügyileg azért ez nagyon komoly megfontolásokat jelent, konkrét eredmények is vannak nálunk, de gondolom, hogy talán ez nem feltétlenül annyira érdekes.

Akkor a tételes elszámolású gyógyszerekről kell az utolsó körben beszélni. Ez a tavalyi évben mintegy 10 milliárd forintot tett ki, az erre fordított gyógyszerek, ezek jellemzően onkológiai gyógyszerek voltak, onkológiai készítmények. Idén egy nagyon jelentős körrel bővült, az autoimmun reumatológiai kórképekben alkalmazott biológiai terápiák mintegy 35 milliárd forint értékben kerültek átcsoportosításra ebbe a finanszírozásba. Ez a folyamat most indult be, egyedülálló az, hogy elektronikus adatlapon történik a jelentés a kórházak részéről, tehát nagyon széles körű információkkal rendelkezünk a készítmények felhasználásáról.

Itt is közbeszerzés útján kerülnek beszerzésre, azonban ugyanaz van, amit a vérfaktoroknál is említettem, az a dilemma, hogy mennyire lehet váltani az egyes készítmények között, ez a továbbiakban is fennáll.

Tehát ez most körülbelül összességében egy 40 milliárd forintos gyógyszerkör, ami a tételes körben van, és ezt biztos, hogy a továbbiakban is folyamatosan biztosítani kell. Itt azért nem ennyire szélső értékű terápiák vannak, hanem éves szinten 6-7 millió forintos terápiás költséget vagy kúraköltséget jelentő, elsősorban onkológiai készítmények finanszírozása történik innen.

Zárásként még annyit szeretnék megjegyezni, hogy a 2013. évre vonatkozóan, ha a Széll Kálmán tervnek az 1-es és 2-es intézkedéseit összeadjuk, akkor egy további 77 milliárd forint megtakarítás szükséges még a gyógyszerfinanszírozásból, ami egyenleg szinten egy elég alacsony gyógyszerfinanszírozást jelent. Majd ha összességében végigvesszük a számokat, akkor egyenleg szinten 130 milliárd forintos gyógyszerfinanszírozási összeg jön ki.

Nyilvánvalóan ennek a leghatékonyabb elköltéséhez nagyon fontos, hogy komoly prioritásokat határozzunk meg, ahol ez egészségpolitikai kérdésként felmerülhet, hogy hogyan tudunk és mennyit tudunk allokálni ezekre a kiemelten drága csoportokra. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Egy külön területként fogunk ma foglalkozni a Hepatitis C kezelési lehetőségeivel. Itt két nevet is látok, ki szeretné kezdeni? Hunyady Béla! Parancsoljon!

Dr. Hunyady Béla (Kaposi Mór Oktató Kórház) kiegészítése

DR. HUNYADY BÉLA egyetemi tanár (Kaposi Mór Oktató Kórház): Tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Bizottság! Mindenekelőtt Makara főorvos nevében is köszönöm a bizottság nyitottságát, hogy a szakma képviselőit ennek a betegkörnek a kezeléséről meghallgatják.

Azt szokták mondani, hogy a fertőző betegségeknek van egy fontos közös tulajdonságuk: fertőznek. Az a betegkör, akiről beszélünk, valamikor megfertőződtek,

legtöbbjük nem a saját hibájából, hanem sajnálatos módon egészségügyi beavatkozással. Korábbi vértranszfúzióval, plazmakészítményekkel, egyszerű műtétekkel, injekciókkal, és belőlük sok van. Sok van a nagyvilágban, ezért aztán a különböző nemzetközi fórumok elég kiemelten foglalkoznak ezeknek a betegeknek a problémakörével, a megelőzési lehetőségekkel, a kezelési lehetőségekkel egyaránt.

Azt se felejtjük el, amikor ezt a szempontot, hogy fertőző betegség, általában említjük, és még nem is csak a Hepatitis C-ről beszélünk, akkor az egy fontos adat, hogy az összes rosszindulatú betegség közel 20 százalékát fertőző betegségek okozzák. Ez a két, májat érintő krónikus fertőzés, a B, illetve a C vírus Hepatitis, ez ezek között élenjár, a nagyvilágban is. Hazánk kedvezőbb helyzetben van egy fokkal a fertőzöttség mértékét illetően, de akik fertőztek, azok – hacsak meg nem gyógyulnak ebből valaha – ugyanígy érintettek ebben a malignus betegségproblémában.

Köszönöm elnök úrnak, hogy lehetővé tette, hogy azt a kis jegyzetet, amit a mostani tájékoztatásra elkészítettünk Makara főorvossal, megkaphatták a bizottsági tagok. A lényegét annak, amit itt röviden el szeretnék mondani, ez tartalmazza.

A Földön egyébként csaknem egymilliárd embert érint ez a probléma, és mondjuk ha a Hepatitis B-ről beszélünk, a Földön eddig ezen átesett betegek száma majdnem 2,5 milliárd, majdnem a Föld lakosságának a fele. Szóval egy igen komoly egészségügyi probléma, de Magyarországon se kevés, a két vírus Hepatitisből több mint 100 ezren, 120 ezren lehetnek fertőzöttek jelenleg Magyarországon, akiknek nagy részét nem ismertük még fel. Az ő kezelésükre ilyen módon mindaddig nincs is mód, amíg nem ismerjük fel, de sajnálatosan magas azoknak is a száma, akiknél felismertük, és akkor most már a Hepatitis C-re fókuszálnék, mert elsősorban erről szeretnék tájékoztatást adni. *(Megérkezik az ülésre dr. Kovács József.)*

Körülbelül 70 ezren lehetnek fertőzöttek, ebből kevesebb mint 25 ezret ismertek eddig fel. Ennek maximum a fele, körülbelül a fele kezelhető és kezelendő, ez még mindig több mint 11 ezer körüli személy Magyarországon, akik közül eddig 7-8 ezren részesültek kezelésben.

Az eddigi kezelés az elmúlt tíz évben már nagy előrelépés volt, de így is csak a betegek 40 százalékát tudtuk meggyógyítani, értelemszerűen a 7-8 ezer emberből, akiket kezeltünk, a többiek nem gyógyultak meg, továbbra is fertőzöttek. Akik pedig fertőzöttek, azok nagy részénél krónikus májgyulladás lesz, előbb-utóbb májsugorodás lesz, a májsugorodás miatt különböző szövődmények, vérzés, különböző egyéb, kórházi ellátást igénylő betegségek és májrák. Aki megéri, annak gyakorlatilag májrákja lesz, ha nem hal meg előbb magában a májsugorodásban vagy más betegségben.

Ezt a kört ott lehet megszakítani, hogy megelőznénk a fertőzést, mert vakcináció nem létezik, prevenciók intézkedések történnek, és azok zajlanak is. A vérkészítmények szűrése teljes körű, és ez elég nagy biztonságot jelent, de akik már megfertőződtek, azokat meg kellene gyógyítani, hogy ezt a kört megszakítsuk.

Az az előrelépés történt az elmúlt egy évben, hogy két új gyógyszer került Európában és az Egyesült Államokban forgalomba, amelyekkel azok közül a betegek közül, akiket eddig még egyáltalán nem kezeltünk, de szükséges kezelni, több mint 80, majdnem 90 százalékban meg tudunk gyógyítani, és azok közül, akiket eddig nem tudtunk meggyógyítani, több mint a felét, csaknem kétharmadát meg lehet gyógyítani.

Ennek persze anyagi következményei vannak. A kezelés egy betegre lebontva lényegesen drágább, mint amit eddig alkalmaztunk. A jó hír az, hogy szemben azokkal a problémakörökkel, amiről főosztályvezető asszony beszélt, hogy évenként ismételt ennyi és ennyi összeget kell fordítani, itt egyszer kell fordítani. A betegek jelentős részénél csak fél évig kell kezelést végezni az új készítményekkel, a többieknél is egy évig, és ez, amit mondtam, hogy 80-90 százalék, illetve a korábban meg nem gyógyultaknál több mint a fele,

kétharmada meggyógyul, ez egy egyszeri definiált kezelés, további gyógyszeres kezelés már nem szükséges. További kiadás gyógyszerekre sincsen, és ami még fontosabb: nincsen kiadás az évek alatt majd kialakuló májcirrózisa, gyomorvérzésre és egyéb szövödményekre, májtranszplantációra, májrákra, hadd ne soroljam ezeket az elkerülhető kiadásokat.

Szóval ez egy nagyon hatékony terápiás lehetőség, drágább, mint az eddigi, és azt kell mérlegelni, hogy ennek a bizonyos szolidaritásnak a keretében ezek a betegek milyen mértékben juthatnak kezeléshez.

Eddig körülbelül ezer beteget kezelt évente Hepatitis C diagnózissal az ellátók köre, amely egy nagyon jól definiált ellátó kör, centrumokhoz, orvosi pecsétszámhoz kötött a felírás, és ez nagyon helyes, és speciális tapasztaltságot igényel. Ráadásul protokollok mentén zajlott, szakmai protokollok és finanszírozási protokollok. Az új készítményekkel kapcsolatban is ezeknek az alapjait a szakma elkészítette, a szakmai ajánlás maga már publikálásra is került, ami egyébként egy kicsit talán költséghatékonyabban, mint más országokban, nem minden egyes beteg esetében javasolja ezt a legdrágább kezelési formát, hanem azok számára, akik meggyógyulhatnak olcsóbban a régebbivel, azok számára továbbra is ezt írják elő.

Tehát körülbelül ezer beteget kezeltünk, és így keletkezett a meg nem gyógyultakból egy jelenleg még kezelésre szoruló 2500 körüli betegkör, akiknek mind szüksége lenne jelenleg is - a szakma körében végzett internet-alapú felmérés alapján - a kezelésre. Ha az új betegeket hozzáadjuk, az már 3000 körüli betegszámot jelent.

Ennek a betegkörnek a kezelése abból a büdzből nem oldható meg, amit eddig erre rá tudott szálni a kormányzat, és nem is biztos, hogy egy év alatt kell mindenkit meggyógyítani.

Tehát azt gondolom, az lenne a legfőbb célja a büdzsé kialakításának, hogy annyi beteget legalább meggyógyítsunk, hogy a tovább is kezelésre várakozók köre ne nőjön, hanem csökkenjen, hogy egyszer csak, két év múlva, három év múlva vagy öt év múlva elfogyjanak azok a betegek. Onnantól jelentősen csökken majd az ezen a területen elköltendő büdzsé, de ez jelenleg nem így van. És hogy ez hatásos, azt néhány ábrán, aminek a részleteit nem olvasom fel, itt, ebben a kis összeállításban bemutattam, tényleg megszűnik a máj állapotának rosszabbodása és a cirrózis kialakulása, és tényleg megelőzhető a májrák. Ezt igen komoly nemzetközi vizsgálatok igazolták.

Tehát az egyszeri, egyéves vagy féléves költségráfordítás, ha úgy tetszik, profitál a közösségnek is. Nemcsak azért profitál, mert a közösség többi tagja kevésbé lesz veszélyeztetve, amíg egy közösségben sok fertőzött van, addig a többi tag is veszélyeztetett, hogy megfertőződhet. Ha ez csökken vagy ne adj' isten megszűnik, nem lesz egy sem, ez emberről emberre terjedő vírus, csak más módon, akkor nem kapják meg mások a közösségben.

Van számos probléma. Tehát sok beteg van, aki kezelésre vár, és ez az egy kezelés költsége nagyobb, mint az eddigi költség, mindezzel együtt költséghatékonyak, tehát sokkal nagyobb arányban meggyógyíthatók a betegek ezzel a kezeléssel, mint az eddigi kezelésekkal.

A probléma továbbá az, és ez már nem is a gyógyszerár-támogatással kapcsolatos közvetlenül, hogy a kezelés használ-e, hatásos-e egy-egy adott betegnél, azzal állapítható meg, ha rendszeresen nézzük, hogy a vírus hogyan csökken, tűnik el a vérből. Ha ez rövid időn belül, 1-3 hónapon belül eltűnik, akkor meg fog gyógyulni a beteg. Ha nem, akkor nem várható, hogy meggyógyul. Nem is kezelnénk mi tovább, ha tudnánk, csak ehhez azt a molekuláris diagnosztikai vizsgálatot el kell végezni, amelyik ezt kimutatja, és ezt a protokoll egyébként előírja, és teljes mértékben szakmailag is elfogadott, és az OEP is finanszírozza, azonban nem célzottan, nem címkézetten. Általánosságban finanszíroz molekuláris diagnosztikai vizsgálatokat, ami randomszerűen elérhető vagy nem érhető el egy-egy adott beteg kezelése során, abban a néhány diagnosztikai laborban, akik ezt a munkát jól tudják

végezni, és kellene hogy végezzék. Három vagy négyenél nem több országosan. De nem tudják elvégezni, mert éppen a főigazgató az adott havi keretéből nem tud biztosítani reagenst, nincs címkézve, hogy az erre fordítandó.

De így is elkölte a biztosító, mert azt a számú vizsgálatot egyébként később el fogják végezni, csak közben eltelt két-három hónap, amire a kezelőorvos megkapja az eredményt, és közben számos esetben a betegek körülbelül 15-20 százalékánál – eddig nagyobb százalékban – fölöslegesen kezeltük, mert már abba kellett volna hagyni a kezelést, mert egyértelmű volt, hogy nem használ.

Tehát nagyon nagy probléma az, hogy ez a diagnosztika nincsen dedikálva ahhoz a néhány laborhoz, ahol kellene hogy legyen. Nyilván ez számos egyeztetést igényel, és ezeken az egyeztetéseken – a laborszakmában különösen – ez eddig elakadt. A finanszírozó tud erről a problémáról. Saját ellenőrzési hatáskörében is rögzítette ezt aényt, hogy emiatt és eddig évente 100-150 millió forintot kidobott az ország, amiből másokat lehetett volna, vagy ezzel a betegséggel, vagy más betegséggel kezelni.

A még költségesebb gyógyszereknél ez arányaiban nagyobb lesz. Tehát ha egy-két hónapot késik a kezelés leállítása azoknál, akik biztosan nem gyógyíthatók meg, ez több százmillió forint lehet éves szinten, úgy, hogy egyébként pedig a pénz így is, úgy is elmegy, mert ha későn is, de előbb-utóbb megtörténik a vizsgálat.

Ezekben szeretnénk tehát igazából a szakma részéről előrelépést látni. Mi ehhez kidolgoztunk nagyon sok háttérrendszert, egy informatikai rendszert, ahol a betegek folyamatosan rögzítve vannak, szakmailag ellenőrizve vannak. Kidolgoztunk arra is rendszert, hogy ha egyszerre nem kaphat mindenki kezelést, akkor milyen szakmai szempontok alapján, indexérték alapján lehet azt megmondani, hogy szakmai szempontból kinek sürgősebb a kezelése. Általában azoknak, akik néhány éven belül egyébként előrehaladott, súlyos májbeteggé válnak. Ezt is be tudjuk építeni a kezelési algoritmusba.

Azt gondolom, elfogadható mind a betegek, mind az orvosszakma számára az is, hogy mindenkit egyszerre nem lehet kezelni, mert a számokat és a kezelési költséget ismerve, ezzel sajnos szembesülni kell, mint ahogy a szolidaritásról főosztályvezető asszony beszélt, ezen a területen is. De a cél az, hogy elfogyjanak a betegek, ne növekedjen a számuk.

A bizottság nyilván – elnök úr megfogalmazta – nem döntéshozó testület igazából, tehát nem hiszem, hogy itt ebben döntés születne, de mivel rögzítettük azokat a problémákat, amire jó lenne, ha valahol döntés születne, és bízom benne, hogy ezek a döntések megszületnek, mert a mi honfitársaink pont úgy meg kellene hogy kapják ezeket a leghatékonyabb kezeléseket, mint a szomszéd országokban vagy Európa más országaiban.

Én ehhez kérem a segítséget, és ehhez köszönöm meg a segítséget máris a bizottságnak és az albizottságnak, és természetesen szakmai kérdésekre mindketten készséggel válaszolunk. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. *(Szilágyi László jelentkezik.)* Egy pillanat türelmet kérek, képviselő úr. *(Szilágyi László: Soron kívül nem lehetne feltennem egy kérdést? Ugyanis el kell mennem.)* Egy másodpercet várjon, mert lehet, hogy mindjárt fel tudja tenni, képviselő úr.

Őn következik, parancsoljon! Nem tudom, milyen hosszú lesz a megszólalás *(Dr. Makara Mihály: Fél perc.)* Hosszabb is lehet, csak azért kérdeztem, hogy mennyit kell képviselő úrnak várnia. Parancsoljon!

Dr. Makara Mihály (Szent László Kórház) kiegészítése

DR. MAKARA MIHÁLY (Szent László Kórház): Makara Mihály vagyok a Szent László Kórházból. Én is köszönöm a lehetőséget. Egyetlen szubjektív dologgal szeretném megvilágítani a dolgot. Aki hozzám jön beteg, tipikusan 50-60 év körüli nő, szüléskor kapott vért, akkor fertőződött, valahogy felfedezik a betegségét, az sem evidens, és eljön azzal, hogy

gyógyítsuk meg, mert fertőző. Fél, hogy megfertőzi a férjét, rettegésben él, hogy megfertőzi a gyermekét. Megvizsgáljuk egyébként a gyermekét, hogy megkapta-e a fertőzést, és így tovább. Ő meggyógyítható. Most rendelkezésre állnak sokkal hatékonyabb szerek, mint korábban, és ennek a betegnek kell azt mondanunk, hogy várjon, nem tudjuk most meggyógyítani, vagy azért, mert kezelés közben kiderül, vagy azért, mert vannak nála sürgősebb, súlyosabb betegek.

Ez egy szörnyű helyzet. Fél évig is szörnyű, egy évig is szörnyű, éveken át rettenetes, amikor nem mer élni, kommunikálni. Hiába magyarázza az ember, hogy ez nem egy nagyon ragályos betegség, a fertőzéstől fél.

Összefoglalóan: 3 ezer olyan beteg van, akit korábban nem gyógyítottunk meg, évente van 600-700 beteg, aki előkerül új betegként, egy kúraköltség körülbelül 10 millió forint, 4,5 milliárd éves keretből nem csökkenni, hanem nőni fog a várólista, akiket nem tudnánk meggyógyítani. És ez a lényeg: ez a beteg meggyógyítható, és makkegészséges ember lesz tulajdonképpen a gyógyulása után. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Én is köszönöm. Tisztelt Képviselőtársaim! Most következik az a kör, amikor kérdéseket lehet feltenni, és elnökként engedjék meg, hogy ne éljek vissza a türelmükkel, de egy apró tényre hívjam fel a figyelmet. Ahogyan ezelőtt sem, ezután sem fogjuk soha, senkibe belefojtani a szót. Viszont mindig is kerestük azt a nagyon vékony mezsgyét a bizottság ülésein, amikor egy adott konkrét szerről kezdünk el, még ha megnevezés nélkül is, politikai vitát folytatni, az ugyanis egy örületesen nagy hiba lenne.

Tehát ez a grémium hivatásszerűen tilos, hogy ilyenbe belefolyjon. Az egy egészen más típusú rendszernek volt a dolga. Ugyanakkor ez egy nagyon kényes határterület, pontosan azért, mert a probléma lényegére felhívni a figyelmet, az pedig egy feladatunk, és ezt a lehetőséget pedig szeretném biztosítani.

Ennek a vékony határmezsgyének a figyelembevételére kérem a képviselő urakat megszólalásaik során. Parancsoljon, Szilágyi képviselő úr jelezte, hogy ő szeretné kezdeni.

Kérdések, hozzászólások, megjegyzések

SZILÁGYI LÁSZLÓ (LMP): Köszönöm szépen. Két rövid kérdés a doktor urakhoz a legutóbbi témával kapcsolatban, hogy mekkora a hányada az a HCV krónikus fertőzötteknek, akik intravénás droghasználat miatt kapták el a fertőzést? Ez az egyik kérdés. A másik, hogy osztják-e azt az aggodalmát az alacsony küszöbű drogprevencióval foglalkozó szervezeteknek, hogy ha a tucsere-programok finanszírozása megszűnik vagy lejjebb száll, akkor ugrásszerűen meg fognak növekedni az ilyen fertőzöttek? Köszönöm szépen. *(Dr. Makara Mihály: Válaszolhatok?)*

ELNÖK: Egy pillanat, ez egy nagyon műfaj, a többieknek is adunk lehetőséget, és akkor utána tudok szót adni, elnézést kérek. Van-e még valakinek kérdése a témához? Hollósi képviselő úr!

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Talán nem indokolt, hogy pont én kérdezzek, mert azért valami előzménye van annak, hogy most itt ülünk. Mégis megkérdezném, mert ez eddig nem tűnt fel nekem ebben az összefüggésben, hogy a szükséges kontrollvizsgálatokat, tehát a víruskimutatás konzolját nem lehet-e megpróbálni, nem merült-e fel, hogy azok a cégek, akik ezt a készítményt forgalmazzák, a jó szándékuk és a szakértelmük nem vitatható, de az áldozatkészségük esetleg még egy kicsit serkenthető azzal, hogy ezt a részt mondjuk bevállalnák, a finanszírozást, hogy az ő bevételeikből finanszírozzák ezeket a vírusvizsgálatokat, konkrétan és csak címkézetten ezeket. Felmerült-e ez a lehetőség? *(Szilágyi László távozik az ülésteremből.)*

ELNÖK: Most összegyűjtjük a kérdéseket, és a Hepatitis témát utána lezárjuk, és utána visszatérünk a globálisabb szemléletre, ha ez így megfelelne mindenkinek. A Hepatitis-szel kapcsolatos kérdések jönnek. Parancsoljon!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): Én nem szoktam sokáig beszélni, most sem szeretnék visszaélni a türelmükkel, nekem egy kicsit ez a Hepatitis kapcsolódik a finanszírozáshoz. Ahogy hallgattam önöket, nekem eszembe jutott, hogy valamikor, még egyetemista voltam vagy utána, feltettem egy kérdést egy előadónak. Ő arról beszélt, hogy bizony, van olyan beteg, nem tudom, már milyen készítmény volt, az volt a lényege, hogy ha lett volna rá pénz, akkor megmentik a lábát, ha nincs rá pénz, akkor nem mentik meg a lábát. És feltettem a kérdést, hogy mi van akkor, ha ez a beteg azt mondja, hogy van egy házam, van két házam, van három házam, eladom az egyiket, nekem fontosabb a lábam, mint a sok házam közül az egyik.

Akkor ő azt mondta nekem, amin én nagyon megdöbbsentem, hogy tulajdonképpen nincs lehetősége – ez már régen volt, tizenvalahány éve – az orvosnak vagy a finanszírozónak arra, hogy a beteg a saját egészségét megfinanszírozhassa.

Tehát itt sokat hallottunk erről, és én arra szeretnék rákérdezni, és ez kapcsolódik pontosan a Hepatitis kérdéséhez is, hogy ha azt mondja a beteg, hogy nekem van erre 5 millió, 10 millió, mert az egészségem többet ér, mint a százmillió. Én arra szeretnék rákérdezni, hogy milyen módon biztosítják a betegeknek azt a lehetőséget, hogy ha neki megvan rá az anyagi forrás, és itt ne álszenteskedjünk, meg ne a szolidaritásról beszéljünk, hanem konkrétan, gyakorlatilag, ha nekem megvan a lehetőségem arra, a családomnak, a rokonság összeadja, stb., hogy az én egészségem megmaradjon, vagy egyáltalán kigyógyuljak ebből a szörnyű Hepatitis betegségből. Tehát én erre szeretnék rákérdezni, hogy erre önök milyen lehetőséget látnak? Mind a finanszírozási, mind a másik oldalról kérdeznem, és utána lehet, hogy kérdeznék még egyszer. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Most dilemmahelyzet van, mert az elnök tett egy gyenge kísérletet arra, hogy különválassa ezt a két dolgot. Ez szemmel láthatólag nem működik, ezt be kell látnom.

Ezt követően viszont akkor további türelmüket kérem, a képviselő uraké a terep. Szilágyi képviselő úr sajnos, tényleg rohant, ő majd a jegyzőkönyvből elolvassa a választ és eljut hozzá. Akkor mindenkinek, aki szót kér a képviselő urak közül, korlátozás nélkül megadom a szót, és természetesen bármikor újra szót adok, de most Puskás Tivadaré a szó!

DR. PUSKÁS TIVADAR (KDNP): Köszönöm szépen a szót, elnök úr. Akkor a Hepatitis C-nél folytassuk. Minden mehet?

ELNÖK: Minden mehet. Megbuktam. *(Derűltség.)*

DR. PUSKÁS TIVADAR (KDNP): Akkor a kronológiai sorrendet igyekszem tartani. Viszont azt kérdezem, hogy ki mondja ki, melyik fórum, és arról volt szó, hogy 44 beteg 3,7 milliárd forintba került, akik nem gyógyulnak meg. Az állapotuk prolongált, még csak nem is biztos. Ki mondja ki? Ez az első kérdésem.

Ennek van nyilvánvalóan valamilyen gyakorlata, ez egy piszkosul nehéz politikai kérdés, gondolom én. Ezért vagyunk itt.

A következő az már ehhez képest semmi, csupán lexikális tudás, és én hiányában vagyok ennek, az előzőnek is.

A Hepatitis C-vel kapcsolatosan milyen nemzetközi ismereteink vannak, tehát milyen széles körű a gyógyítás? Milyen eredményű, és itt elsősorban a diagnosztikus kérdésekről volt szó, a terápia hatásosságának kérdéséről. Ez hogyan áll a környezetünkben, illetve a világban? Köszönöm szépen.

ELNÖK: Garai István!

DR. GARAI ISTVÁN LEVENTE (MSZP): Köszönöm a szót, elnök úr. Nem vagyok könnyű helyzetben, de bizonyos szempontból ennek a nehézségnek a megoldásában egyrészt az orvosi eskünk, a szakmai hozzáállásunk és az emberi hozzáállásunk is segíthet, ami azért a bizottsági munkában már többször tetten érhető volt pozitív értelemben. Ez a szakmai tájékoztatás, amit kaptunk, ez is egy abszolút korrekt dolog volt, és ha ezt szakmai oldalról közelítjük meg, akkor egy ilyen bolondosnak tűnő megjegyzés vagy kérdés volna, hogy nyilvánvaló, hogy a jelenlegi pillanatban terápiára szoruló és terápiában részesülő betegek kezelése emberileg, főleg szakmailag indokolt. Ha ez nem így lenne, akkor lehetne mondani azt, hogy orvosilag ezt valahogy lehetne szűkíteni, de akkor ezek szerint erről szó sincsen.

Aztán szó volt, kétségtelen, hogy ha egy beteget kell adott pillanatban meggyógyítani, akkor gyakorló orvosoknak, nekünk nem nagyon van jogunk számolgatni, hogy az mennyibe kerül, azt majd valamikor utólag kiszámolja valaki, aki erre hivatott. Ő sincs könnyű helyzetben, de itt egy nagyon konkrét példa volt arra, hogy bizonyos értelemben még a szakmai pozitív hozzáállással még jó értelemben véve megtakarítás is elérhető. Tehát nem a betegek kárára, hanem a betegek javára áttételesen.

Ebből következik, és most valóban mellékelek mindenféle durva ellenzéki hozzáállást itt a gyógyszerkasszával kapcsolatosan. Egy más szituációban lehet, hogy az ember egy kicsit keményebben fogalmaz, de most azért egyértelműnek tűnik, hogy nekünk valahogy közösen ki kell állni azért, hogy ilyen szakmai háttérrel és indokoltsággal a megfelelő anyagi forrásokat erre biztosítani kellene.

Én erre azt szoktam mondani, hogy nekünk ez a dolgunk, ha most egy pedagógus kolléga fel fog állni a költségvetéskor és azt mondja, hogy az iskoláknak kell pénz, neki pedig az a dolga. Tehát itt mindenki teszi a dolgát, és szerintem majd mi is fogjuk tenni, ebben biztos vagyok, mert úgy gondolom, hogy a gyógyszerkassza olyan mértékű csökkentése, ami benne van a Széll Kálmán tervben, vagy úgy összességében máshol is ezt látjuk, ez azért lefaraghat a terápiás lehetőségekből, ami azért sok ember konkrét egészségi állapotát veszélyeztetheti.

Tehát én felajánlom ebben a segítségemet, és biztos vagyok benne, hogy képviselőtársaim is ezt pozitív módon fogják értékelni, és majd amikor eljön az ideje, akkor mindenféle anyázás és mindenféle politikai sikerhajhászás nélkül, de azért ezt megpróbáljuk majd úgy előadni, hogy a kassza megfelelő módon rendelkezésre álljon ezeknek a betegeknek is. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Hollósi doktor!

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Köszönöm szépen. Az előrehozott kérdésem azért volt sürgős, és gondoltam, hogy Szilágyi képviselő úr ezt meg tudja várni, de nyilván mennie kellett. Egy kicsit átfogóbban szeretném megközelíteni a dolgot.

Itt egy olyan betegségről van szó, amelyiknek tudjuk a keletkezési okát, tudjuk, hogy valószínűleg nem fog reprodukálódni, tehát nem fog újratermelődni, és azon kívül mondjuk a társadalomra nézve a veszélyessége elég széles körű, de talán mégsem elég széles körű, mert gyakorló sebészként el merem mondani, hogy nem örülnek a kollégáim, és én magam sem, amikor Hepatitis C-s beteg érkezik. Ma már ott tartunk, hogy legalább jelzik, és nem letagadja

a beteg, hanem jelzi, talán annak reményében, hogy mondjuk ennek megfelelő bánásmódot fog kapni. Tehát ez egy fontos dolog. *(Közbeszólásra:)* Teljesen igazad van, persze, ott nem mondja el, mert azt gondolja, hogy össze kell szorítani a számat, nem szabad semmit sem mondani, holott legalább annyira veszélyes. Tehát sajnós, ez egy valós tapasztalat.

Viszont ezt irodalmi tanulmányaimból tudom, hogy az a jó dolgozat, amelyiknek van bevezetése, van tárgyalása, és van befejezése. Ez a történet azt gondolom, hogy klasszikusan ez. Ennek tudjuk a bevezetését, a befejezését is már végül is tudni fogjuk, mert sajnós most egyértelmű a befejeződése, viszont az, hogy közben mit csinálunk a tárgyalás során, azt gondolom, hogy arról kellene most döntenünk, és talán egy kicsit megfordítani a dolognak a rúdját ebbe az irányba, és erre mondjuk ajánlást tehetünk.

Ami azért mégiscsak Garai képviselő úrnak is egy picit a jó szándékára vagy a kevésbé ellenzéki megnyilvánulására reflektálva, el kell mondani, hogy itt nincs nyolcévezés, itt negyvenévezés van, és ez nem egy politikai történet, hanem kimondottan egy sajnós, orvostörténeti dolog, amiről akkor is tudtuk, hogy óriási veszélyeket hordoz. Amikor én végeztem, akkor még a vércsoportok nem mindegyikét ismerték, a Landsteiner-nél tartottunk, és hol vagyunk már attól, nem beszélve a Hepatitisről. Az E volt, ami az egyéb tulajdonképpen, azt hiszem, az A-n és B-n kívül. A B-t már tanultunk és a gyakorlatban tudtuk, hogy meg lehet kapni, és sajnós, meg is kapták nagyon sokan. Zárt rendszerű vérvétel van. Egy a lényeg: most talán azt a szörnyűséget el kell viselnünk, hogy a világban nem mindig akkor áll rendelkezésre a forrás, amikor a tudomány ott tart, hogy éppen be tudná ezt vezetni. Ez egy borzasztó nagy tragédiája azt hiszem, minden humánszakmában dolgozó embernek, nekünk képviselőknek is, de azt hiszem, hogy itt nem elsősorban politikai döntésről és akaratról van szó, hanem valóban a források allokációjáról, és mondjuk itt a szakmának a véleményét is meghallgatva kellene a javaslatot megtennünk, mert a döntés nem nálunk van. Köszönöm.

ELNÖK: Kiss képviselő úr!

DR. KISS SÁNDOR (Jobbik): A ritka betegségekkel kapcsolatban is, amikor halljuk azt, pláne ha ezt most a sajtó megszélesítette, hogy itt 511 betegre költenek 10 milliárd forintot, akkor rögtön az lenne, hogy persze, akár a Hepatitis C-vel kapcsolatban sokkal kisebb összegből – mármint fajlagosan – mennyivel több embert lehetne meggyógyítani.

Szerintem ez egy etikai kérdés. Amit itt hallottam, hogy 40 milliárd plusz 6 milliárd forint, ezt szerintem be kell nyelnie a kasszának. Ez egy olyan etikai kérdés, mint ahogy beszéltünk arról, hogy 8 ezer forintba kerül egy rabnak a napi tartása, és akkor abból hány embert meg lehetne menteni.

Tehát szerintem ebbe ne nagyon menjünk bele. Én inkább arról szeretnék kérdezni, hogy a nagy értékű gyógyszerek esetében, amelyek kimennek a patikából, én is tapasztaltam, hogy több százezer forintos, vagy akár milliós készítmények is, amikor odaadjuk a betegnek, ennek van-e valamilyen nyomon követése? Tehát hogy valóban úgy hasznosul-e, ahogy kell, mert például ha hűtőtáskában adja oda a patikus a betegnek azt a több százezer forintot érő készítményt, akkor úgy kezeli-e? Hiába adja oda a patikus jégakkival, hűtőtáskában, ha egyszer csak otthon lerakja a kredencre.

Tehát úgy gondolom, hogy talán vagy az orvost be kellene ebbe vonni, vagy a patikust, vagy a védőnőt, tehát valamilyen szakembert, mert több millió forintos készítményekről van szó, és hogy egyáltalán a terápiás hatása ennek mennyire érvényesül. Tehát úgy gondolom, hogy ezzel azért komolyabban kellene foglalkozni.

Most nem akarnék kitérni a 800 forintos árréskérdésre esetleg, hogy ez mit jelent, de én elmondom önöknek, tapasztalatból tudom, amikor bejön a beteg, hozza nekem a receptet, és akkor kérdezem, hogy „csak ennyit írtak?“, persze, azt mondták, hogy a vidéki patikusnak

is legyen forgalma, az összes többit megkapta a városban, a két nagy értékűt pedig lehozta vidékre. Ez így volt.

Tehát ez a 800 forintos árrés kérdése, hogy jól van-e ez így? Ez lenne a kérdésem.

Hollósi képviselőtársam említette ezt, hogy ki a fertőzött. Nem tudom, hogy ez személyiségi jogi kérdéseket nem vetne-e fel? Tehát legyünk álszentek, hogy valaki Hepatitis C-s és ezt eltitkolja, elsunnyogja, nem tudom, hogy ezt a kérdést nem kellene-e feszegetnünk, mert ez is egy ilyen kényes dolog.

De ha már megint kitérek arra, hogy mennyibe kerül, és itt maradjon a fiskális szemlélet, mennyibe kerül a társadalomnak egy új betegnek a kezelése, gyógyítása, és itt meg kell fizetnünk a szemérmességet és a személyiségi jogot. Erre szeretnék rákérdezni. Köszönöm.

ELNÖK: Kérdezem képviselőtársaimat, valaki szeretne-e még szólni? *(Nincs jelzés.)* Akkor most az elnök veszi a bátorságot és saját maga szólna hozzá.

Nagyon szépen köszönöm önöknek az eddig elmondott tájékoztatást, és ahelyett, hogy végigszaladnék rajta, kiemelnék belőle három olyan dolgot, amelyek öszintén szólva, túl azon, hogy számunkra ismert tényeket említett meg, mégis meglepő és jó, hogy előkerült.

Az egyik, és talán a legnagyobb reményt a jövőre bennem az kelti, hogy a beteg hány forintot tart a kezében, amikor berakja a kis nylonstaneclibe a gyógyszerész számára a készítményt. Nem tudjuk. Bele se gondolunk. Azt a számot látjuk, amit mi ott kifizetünk, meg amit elő kell kotorásznunk a zsebünkéből.

Megfontolandónak tartom, hogy ezen a területen tegyünk változást. Megfontolandónak tartom, hogy világosan és egyértelműen, kellő méretű betűkkel, mióta szemüveges vagyok, azóta ez egy fontos szempont, és mivel siketülök is, jól hallhatóan, eljusson hozzám az az információ, hogy amit most a zacskóban hazavisz, az 462 ezer forint. Jó napot kívánok, tessék meggyógyulni!

Ez higgyék el, hogy mellbevágó! *(Dr. Puskás Tivadar: Pszichés hatása van!)* Tehát azért mellbevágó élmény. Én sem gondolom végig sosem, hogy amit egy csomagban hazaviszek, a gyerekeknek, magamnak, stb., azért ténylegesen mennyit kellett volna fizetni. Ott van valahol azon a papíron, ki lehet bogarászni, szó se róla, ezen a hosszú csíkon ott van, nem tudom, hányan szokták végigolvasgatni, azt a zöldet, hogy mit kell fizetni, azt tudjuk, a többit nem nagyon. De szerintem ez egy tartalék, egy lehetőség. Valóban egyébként arról beszélünk, hogy a helyére kellene tenni a gyógyszernek a tényleges árát, nem az értékéről beszélünk, mert az értéke a személyes életsors tekintetében teljesen másképpen ítélddik meg, és itt megyünk át a következő lépésre, ezt is ismerjük, tudjuk, azt is tudjuk, hogy erre egyébként vannak algoritmusok, hogy mennyibe kerül az élet.

Erre jól ismert eljárások vannak, amivel ezt sorba lehet rendezni, és elméletileg meghúzható az, hogy egy egészségben eltöltött életév mennyibe kerül, nyereség, ez mennyibe kerül, és lehet húzni egy határt, hogy egy társadalomnak hol van az a felső határ, amit meg tud finanszírozni. Erről lehet egyszer egy társadalmi vitát folytatni, ezt a döntést meg kell hozni, e fölött megnyílhat a lehetőség az egyéni életpályákon a teljes összegű térítésnek, külön biztosítás kötésének, stb., és mindig van benne egy szolidaritási elem, ahogyan ezt itt hallottuk, amelyiknél el kell döntenie a társadalomnak, hogy ebből mit fogad be és mit nem.

Igen, van határa. Amikor azt mondjuk, hogy etikai kérdés, akkor én mindig hozzáteszem, hogy mindenki ismeri a hippokratészi eskü egy kicsit módosult – nem módosult természetesen, csak úgy magunknak mondom -, hogy most már a szakmailag lehetséges és az anyagilag megengedhető, és ott van egy „és”. Az a helyzet, hogy mi a megoldás és kinek kell kimondani, mert ez az, amit Tivadar felvetett, én csak hangsúlyozom, nem tudom, nem akarom megelőlegezni, hogy kinek kell kimondani, de ha algoritmus mondja ki, akkor az

valamifajta rendet teremt ebben a rendkívül nehéz kérdésben. Ha egyéneknek kell kimondani, az mindig rossz vért szül.

Ezért azt gondolom, hogy bár a szakma és az ügy érdekében elkötelezett csoportok, civilek, orvosok, mindenki, nagyon sokat megtesz, mégis az algoritmus is őket védi, vagy nevezzük protokollnak, teljesen mindegy. Tehát azt gondolom, az is őket védi, és ennek a meghozatala egy komoly politikai kérdés, és egy igen komoly politikai kockázat is van benne. Ennek ellenére azért nemzetközi példák is vannak, itt majd egy kérdésem lesz. Itt említette a tételes elszámolású betegeket, külön példaként kiemelhető ez a 44 ember, akinek az állapota vélhetően nem fog javulni. Milyen nemzetközi gyakorlat van erre? Ha mi magunk nem tudjuk, hogy mi, akkor mindig érdemes megnézni, hogy mások mit tesznek.

Van egy olyan érzésem, hogy egyébként ezen a téren a magyar gyógyszer-szolgáltatás bőkezű. Tehát úgy érzem, hogy a nemzetközi viszonylatban nagyon bőkezű, a magyar szolidaritás igen nagymértékű. Ezért jó lenne a nemzetközi standardokat is megismerni. Nem azt mondva persze, hogy ezt vissza kell vágni.

A harmadik, ami felvetődik, ez a Hepatitis kapcsán az előbb elmondott vékony mezsgye mellett is, amit a doktor urak elmondtak nekünk, az azt vázolja fel, hogy tulajdonképpen az egészségbiztosításnak egy régi problematikája kerül megint elő, hogy egy pillanatnyi magasabb költség megfinanszírozása árán hogyan lehet hosszabb távú megtakarításokhoz eljutni, de ez a költség adott, és ha ezt összevetjük a politikai élettartammal, ami négy év, mert legyünk őszinték, egy demokráciában a politikai élettartam négy év, születés, halál, utána lehet újjászületni, de ez mindenképpen így működik. Ebből a szempontból abszolút ellenérdekelt ezen a cikluson túlnyúlni. Megint nem újat mondtunk, megfogalmazunk egy problémát, illetve azt, hogy van erre nemzetközi példa, mert tudok rá, de a jelenlegi magyar egészségügyi finanszírozási rendszerben nem látom azokat a technikákat, amelyek a pillanatnyi magasabb kiadások megfinanszírozását biztosítanák a kassa számára, azzal, hogy ezekből egyébként megtakarítás, megtérülés lesz. Ennek a kidolgozottsága egyelőre nem világos számomra, lehet, hogy műhelymunka szintjén ez folytatódik. De ez az a harmadik, amit feltétlenül megemlítek, ugyanis ebben az ügyben azt gondolom, hogy a többi részére van algoritmus. Tehát hogy egy szer hatékony, a befogadás rendje, stb., ha probléma van, akkor az generális problémaként kell hogy megjelenjen és nem pont a Hepatitis kezelésével kapcsolatban kell hogy megjelenjen.

Itt a probléma, amit ön felvázolt, az én megközelítesemben az, hogy a pillanatnyi magasabb költségek megfinanszírozása, a későbbi haszon és egészséghaszon tekintetében hogyan érvényesülhet egy kasszában. Ez egyébként lehet egy politikai döntés is, egyedi esetben, de jobb lenne, ha maga a finanszírozás fel tudna készülni az ilyen szituációkra, és amikor a finanszírozó találkozik ezzel a konkrét helyzettel, akkor egyszerűen, mint a számítógépben, bepipálja ezt a checkbox-ot és utána onnantól kezdve ez megy a maga útján végig. Nyilván ehhez persze a szakmának igazolnia kell, hogy ez valóban így van, és nem egy lobbierdek.

A legutolsó, de szintén a Hepatitishez kötődő probléma, ezt mint valaha volt gyakorló fogorvos éreztem, ez egy nagyon nehéz kérdés. Azt gondolom, hogy talán hamarosan elérik az egészségügyi informatikai rendszerek az online kapcsolatokkal azt a szintet, hogy erre reális lehetőség is lesz, és akkor felvetődik reálisan a kérdés, hogy joga van-e tudni egy kezelőorvosnak a hozzá forduló betegről, hogy fertőzött. Ugye, emlékeznek, belgyógyászatból az volt az első ilyen vizsgakérdés, hogy ha belép a beteg az ajtón, akkor mi az első, amit meg kell nézned. Majdnem mindnyájan elhasaltunk rajta, az, hogy neked mi bajod lehet a betegről. Mert ha ez nincs, akkor utána ott véget ért a kezelés mindenkinek, a beteg se gyógyul meg, és az orvos is rosszabbul lesz.

Tehát tudom, viccesnek szánták, de a lényeg az, hogy hol van az a határ, amikor az orvosnak joga van, és egy fogorvos kollégának, aki már volt fogorvosnál, az tudja, hogy ott

permetezve megy a vér az összes nyálkahártyára. Tehát szerintem, ha valahol el lehet kapni teljesen véletlenül a Hepatitist, akkor ez egy olyan hely, ahol ez szerintem simán össze tud jönni, nem beszélve arról, hogy a fogorvos össze-vissza szurkálja a kezét mindenfélével.

Tehát azt gondolom, hogy ez egy nagy kérdés. Ugyanakkor, ha ezt bárki megtudhatja egy betegről, akkor nem tudom, meg tudják-e erősíteni az urak, hogy a Hepatitis C-vel való fertőzés ma Magyarországon egy stigma. Az egy bélyeg, ami az egész életét, munkahelyét, párkapcsolatát, mindent veszélyeztethet. Tehát a dilemmát megint csak felvetem, nem tudok rá válaszolni.

Jól visszaéltem a helyzetemmel. Kovács elnök úrnak adnám meg a szót.

DR. KOVÁCS JÓZSEF (Fidesz): Köszönöm szépen a lehetőséget. Elnézést, azért vártam végig a kört, mert nem vagyok tagja az albizottságnak, de eddig minden ülésén – egy kivétellel, amikor nem voltam itthon – igyekeztem részt venni. Én is igyekeztem elmélyedni egy picit ebben a kérdésben, és egy-két gondolatot elmondanék, ha megengedik, persze nagyon-nagyon röviden.

Úgy gondolom, és az a meggyőződésem, hogy minden kritikát is figyelembe véve, a gyógyszerkérdést illetően, a Széll Kálmán tervet és egyebeket, ha ez a kérdés nem tűnik megoldhatónak ma Magyarországon, akkor én nagyon elkeseredett leszek. Azt is megmondom, hogy miért.

Azért, mert ez egy olyan kérdés, ami kézzelfogható, tetten érhető, nagyon szigorúan szabályozott. Én annak kifejezetten örülök, hogy csak három olyan központ van, aki érintett ennek a szakmai elbírálásában, mert általában a mi életünket Magyarországon és az egészségügyben külön is bizonyos értelemben a szélsőségek határozzák meg.

Most a Hepatitis C vonatkozásában, amikor valakinek a kezdetek kezdetén, akár csak kvalitatív módszerrel bizonyítva volt a fertőzése, az mindenféle állami garanciában és bizonyos kártérítési lehetőségben részesült vagy részesülhetett, erre specializálódtak jogászok, ügyvédek, stb. Majd utána nyilvánvalóan ez nem volt tartható, ebből elegánsan kivonultak, akik kivonultak. Én azt sem tudom, hogy kik vonultak ebbe bele persze, de kivonultak, és ma, aki ezzel a problémával küzd, bizony, nagyon-nagyon nehéz helyzetben van.

Tehát úgy gondolom, hogy a mai körülmények között, és nagyon köszönöm Horváth Zsolt elnök úrnak azt, és az illetékeseknek, akik ezt a témát idehozták, hogy nekünk az a közös felelősségünk, mert én nem mondom, hogy még mindig vannak nagy tartalékok ebben a gyógyszerkérdésben, de az, hogy ez az összecszerűség ilyen betegszám mellett biztosan megoldhatónak kell tűnjön, ebben egészen biztos vagyok.

Azt is megmondom, hogy miért. Azért, mert nagyon sok esetben nem mondom, hogy álszentek vagyunk, de nagyon sok kérdésben, olyan betegségek esetében, amikor mindannyian tudjuk, és a jegyzőkönyv miatt ezt nem szívesen mondom, hogy teljesen reményvesztett adott esetben egy betegnek a gyógyulása, ennek ellenére a betegség természetéből fakadóan mégis biztosítjuk - hál' istennek, a remény hal meg utoljára - az utolsó pillanatig a lehetőséget. Itt pedig, ahogy professzor urak elmondták, egy száz százalékos gyógyulás reményében nem adjuk meg a lehetőséget, ez egy olyanfajta lelki, szakmai és mindenfajta kétséget és kétségbeesést jelent az ember számára, amiben igenis, a döntéshozóknak, akik részben mi is vagyunk bizonyos helyen, ha nem is itt, de valahol, nagyon fontos, hogy felhívjuk a figyelmét.

Itt tulajdonképpen úgy gondolom, hogy nagyon jó időben vagyunk még mindig, mert a betegek szempontjából, akik ebben érintettek, lehet, hogy ez a 44 beteg tudja, bár nem vagyok róla meggyőződve, hogy pontosan tudja, hogy milyen lehetőségek állnak előttük, de az lenne a jó, ha valóban tudnák egyébként, mi pedig meg tudnánk teremteni annak a lehetőségét, így, ahogy vagyunk, hogy ebben mindenképpen segítsünk.

Tehát ennek a képlete, amit itt hallottunk, annyira egyértelmű, szakmailag annyira összevág, és annyira megfelelő, hogy ez nagyon-nagyon fontos lenne.

Tulajdonképpen valaha én is orvos voltam, van diplomám, valaha én is foglalkoztam betegekkel, sőt még ezzel a területtel is, bár érintőlegesen, mint gastroenterológus. De nem is ez a lényeg a dologban, hanem itt, ebben a teremben, igaz, hogy akkor csak ketten voltunk, amikor ennek nekiültünk, ebben a nagy teremben, vagy a szomszédban, Gógl Árpád volt miniszter úr hívta fel külön a figyelmemet és juttatta el hozzám, mint a bizottság elnökének ezt a lehetőséget, és ezt a szakmai anyagot. Az ő igen komoly elhivatottságával és szakmai hozzáállásával, és én nagyon remélem, hogy ennek az itt elhangzott megbeszélésnek a konklúziójaként eljutunk odáig, hogy ezt mindenféleképpen tudjuk teljesíteni. Tényleg nagy tisztelettel vagyok az OEP jelen lévő munkatársai és mindenki irányába, és mindenkinek megadom a tiszteletet, de még mindig érvényesülnek a szakmai lobbinak olyan elemei, éppen még a gyógyszerellátás területén is akár, amit én nem fogok most felsorolni. Éppen azért, mert ez mindenki számára ismert lehet, aki utánanéz, ahol azt nem mondom, hogy nagy tartalékok, de lehetőségek mindenképpen vannak, és igenis, ebben az esetben biológiai terápiák, nem akarok belemenni, mert az messzire vezetne, és az éppen a tárgyát képezi egyébként ennek az albizottsági ülésnek. Mi összedugva a fejünket, a lehetőségünket, a döntéshozók irányába, akik részben mi is vagyunk, ezt a kérdést mindenféleképpen próbáljuk eljuttatni, hogy ezek az embertársaink ne jussanak oda, amit önök felvázoltak. Remélem, hogy ennek mindenféleképpen pozitív kicsengése lesz.

Azért köszönöm ezt az albizottságnak, mert ebben a hihetetlenül felfokozott élettempóban és munkaritmusban, amiben dolgozunk, nagyon fontos, hogy leüljünk, erre felhívjuk a figyelmét a döntéshozóknak, akik nem kell hogy szakemberek legyenek nyilvánvalóan, de lássák át ennek a felelősségét, és segítsenek rajtunk keresztül azoknak, akik ezen a téren érintettek.

Ez nem valamiféle idealisztikus megközelítése a dolognak, hanem úgy gondolom, nagyon is reális, és ebben nagyon remélem, hogy pozitív elmozdulás lesz a mai megbeszélést követően is. Ezt kérem az OEP jelen lévő munkatársaitól is.

Én a magam részéről, nyilvánvalóan mi, mindannyian, az államtitkárság és mindenki irányába megpróbáljuk a lehetőségeket biztosítani, éppen a költségvetés tárgyalása előtt vagyunk, az egészségügy költségvetése éppen a napokban vagy éppen egy héten belül ezt egyeztetve én nagyon remélem, hogy erre pozitív döntés fog születni. Ebben kérem a segítségét mindenkinek, aki tud nekünk segíteni, mi pedig a magunk részéről, amiben tudunk ebben a kérdésben segíteni. Köszönöm szépen. Elnézést, hogy kívülről beleszóltam, de belülről is a bizottság munkájába.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Természetesen elnök úr nem kívülről szólt bele, hiszen a bizottság ülésén bármely képviselő szabadon részt vehet és hozzászólhat. Elnök úr, külön köszönöm, valóban rendszeresen, noha nem lenne kötelező neki, rendszeresen itt van a bizottsági üléseinken.

Szeretne-e valaki még szólni képviselőtársaim közül? *(Nincs jelzés.)* Ha nem, akkor önöké a szó. Mit javasolnak, milyen sorrendben haladjunk?

DR. BIDLÓ JUDIT ártámogatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Menjünk a megszólalás sorrendjében.

ELNÖK: Menjünk a megszólalás sorrendjében. Nekem most már kutya kötelességem lesz majd Szilágyi képviselő úr kérdésére a válasza emlékeztetni önöket. Gajdácsi József, parancsoljon!

Dr. Gajdácsi József egészségügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válaszai

DR. GAJDÁCSI JÓZSEF egészségügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Köszönöm a szót. Megpróbálok azokra a kérdésekre válaszolni, amelyek úgy érzem, hogy érintenek, illetve ha esetlegesen összefüggést tudok benne még hozni, akkor lehet, hogy az én oldalamról is megvilágítanám a dolgot. Ha megengedik, csak egy fél perc.

Szeretném majd szétválasztani a Hepatitis-kezelés vonatkozásait, illetve a nagy értékű, ritka betegségek kérdéskörét, hogy letisztuljanak a folyamatok.

Egy személyessel hadd kezdjem, és akkor Makara doktor véleményével, illetve szubjektív irányait is megerősíteném elsősorban. Negyedéves koromban véradásnál kiderült, hogy Hepatitis C-s vagyok, és azt a tragédiát, amit én akkor megéltem, mindaddig, hozzáteszem, amíg ki nem derült, hogy álpozitív az eredmény, az az egész életet befolyásoló, főleg egy 22 éves, fiatalembernek. Ez 15 évvel ezelőtt volt, át tudom élni azokat a tragédiákat, amelyeket akár fiatalon, vagy akár 50 éves korban az emberek úgymond átéreznek.

Elnézést, hogy ezt a szubjektumot belevittem ebbe a beszélgetésbe, de hogy az OEP-ben van érző lélek is (*Derültség.*), annak ellenére, hogy megpróbáljuk kemény, pragmatikus, poroszos szemlélettel tekinteni a dolgokat, amikor klinikai hatásosságról, költséghatékonyságról beszélünk, de azért ezek a faktorok sem elhanyagolhatóak.

Ha szabad, azzal kezdeném, hogy milyen módon lehet például nem finanszírozottan vagy önköltségesen a készítményekhez jutni. Ez egy fontos kérdés, azt gondolom, hogy lehet. Ezek a készítmények forgalomban vannak, ezek a készítmények vényköteles készítmények, nem támogatottak jelen pillanatban, tehát ha és amennyiben egy patika forgalmazás jogán ezen készítményt úgymond beszereztet, ha az orvos abban a törzskönyvi indikációban, amiben a készítményt alkalmazni lehet, felírja vény formátumban, akkor annak a készítménynek az ára értékében, abban a patikában hozzájuthat. Természetesen nem támogatott formában, jelenleg még, ezt hangsúlyoznom kellett.

Ez egy fontos kérdés volt. Tehát lehet egészségügyi szolgáltatáshoz hozzájutni törzskönyvezett indikációban forgalomban lévő készítményekhez, ugyanezt el tudom mondani egyébként egyéb más egészségügyi szolgáltatásokról is, amelyet természetesen a megfelelő hatósági engedéllyel bíró egészségügyi szolgáltató végez. Tehát van erre mód és lehetőség, habár Magyarországon elsősorban a társadalombiztosítás keretein belül veszik nagy százalékban igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. De van rá mód és lehetőség.

Egy fontos kérdés: a ritka betegségek kezelése leállításának kérdése. Igen, ez egy nagyon forrongó téma. A gyógyszer-technológiai értékelő bizottság, amelynek elnöke vagyok, a közelmúltban tárgyalta pont a ritka betegségek finanszírozási kérdéseit, ahol mind a hatásosság szempontjából, mind a fiskális szempontok, mind a klinikai oldalról vizsgáltuk a kérdést. Azért kezdtem innen, mert nagyon érintett most ez a téma.

A klinikum oldaláról azt gondolom, az az igény teljesen jogos és akceptálható és respektálható, hogy ezek a ritka betegségben szenvedők nagy része gyermek, és nagy értékű terápiát kapnak, és azt az egyéni felelősséget felvállalni, hogy egy terápiánál meghatározni a hatásossági kritériumokat vagy a javulás kritériumait, hogy szebben fogalmazzak, és egyéni döntésként kimondani egy gyermekről, hogy a terápiától megfosztja, szakmailag, és nem is a finanszírozott szempontok figyelembevételével, ez egy nagyon-nagyon nehéz kérdés. Ez morális és etikai kérdéseket is felvet, főleg annak tükrében, hogy ezen kórképek viszonylatában egyértelmű guideline-ok nincsenek. Európa-szerte is ez egy forrongó téma.

Az, hogy vannak-e nemzetközi tapasztalatok erre vonatkozóan, igen, vannak. Mi is vizsgáltuk a nemzetközi gyakorlatot. Habár nem teljesen elfogadott még világszerte, de azért vannak standardnak mondható kautélák, ahol megpróbálják a szakmaiságot és a fiskális szempontokat is összehangolni, hogy a terápiába történő bevonás szempontjából standardok

legyenek azok a klinikai vagy egyéb diagnosztikus paraméterek, aminek alapján a betegnél indikálják a készítményt vagy terápiákat, mert más terápiákról is beszélhetünk, illetve a felülvizsgálat kapcsán, hogy legyenek szintén standard kritériumok, amikor a terápia folytatása szempontjából az orvos dönthet. Illetve nemzetközileg is az az irány kezd érvényesülni, hogy ne egyedi orvosi döntés legyen egy ilyen típusú terápiánál, hanem a kollektív döntés megjelenjen. Pont, amikor a finanszírozás technikájáról próbáltunk nem vitatkozni, hanem lamentálni, hogy mi lenne a leoptimalisabb, ami a szakma számára elfogadott, a finanszírozó számára elfogadott, valójában a társadalmi szempontok is érvényesülnek ebben a kérdéskörben, az fogalmazódott meg, hogy standard beválasztási kritériumok, standard terápiafolytatási kritériumok és bizottsági döntés érvényesüljön mind a terápia bevonásában, mind pedig a terápia-leállítás kapcsán is.

Nagyon nehéz ezen készítmények hatásosságát, eredményességét, költséghatékonyságát vizsgálni. Erről a 44 beteges 3,7 milliárd forintos terápiás körről beszélünk, vagy gyógyszeres körről beszélünk. Főleg annak függvényében, hogy a hatásosság egy klinikai vizsgálati paraméter, a terápia megítélése szempontjából egy fontos paraméter, az eredményesség már egy klinikai oldalról megközelített problémakör. A költséghatékonyságnak tényleg megéri ilyen ráfordítás tükrében egészségnyereség szempontjából.

Ezen terápiáknál nagyon nehezen igazolt, tehát nincs az a beteg-pool, amiből tényleg egy merőben egzakt konklúziót lehetne levonni. Tehát valójában a terápia bevezetését liberálisabban kezelik, és a terápia leállításában vannak igazából a keményebb végpontok, vagy efelé kellene elmenni, és nemzetközileg is ezeket az irányokat határozták meg.

A kérdésre válaszolva. Elnézést, hogy egy kicsit csapongok, de nagyon sokrétű és nagyon összetett a kérdéskör. Nemzetközileg szétnéztünk, mi ebben a kérdéskörben az ausztrál modellt vettük leginkább górcső alá, hiszen annál láttunk olyan standardokat, ahol a finanszírozási és szakmai kautélák érvényesülnek, és ezeket szeretnénk beemelni, ha szabad ilyet mondani, adoptálni a rendszerünkbe, a finanszírozási rendszerünkbe, amely a jogalkotó oldaláról, a szakmapolitika oldaláról és a szakma, a klinikum oldaláról is elfogadható tudna lenni. Ráadásul egy interdiszciplináris területről beszélgetünk, tehát nem lehet azt mondani, hogy csak immunológus vagy csak gyerekgyógyász, vagy csak a Haematológiai Szakmai Kollégium tagozata érintett, hanem valójában a szakmai kollégium elnöke által kinevezett interdiszciplináris bizottság által lehet jól koordinálni azt gondoljuk, ezen terápiák finanszírozott körét hosszabb távon.

Ezzel kapcsolatban ezt szerettem volna elmondani.

A Hepatitis kezelésében alkalmazott kezelési technikák azt gondolom, adottak voltak, azok is hatásosak voltak, valóban meg kell erősítenem Hunyady professzor urat és Makara doktort is, hogy valóban olyan új gyógyszertechnológiák jelentek meg, amelyek hatásossága ma már nem kérdéses. Bizonyított, sőt azt kell mondanom, hogy a költséghatékonyság szempontjából is kedvezőek az eredmények. Erről mélyebben azért nem beszélnék, hiszen az EU-direktíváknak megfelelően egy transzparens befogadási eljárás mennek keresztül ezen készítmények: kérelem, beadvány, értékelés, költséghatékonysági értékelés, ami persze a hatásosságra és a költséghatékonyságra is kihat. Majd egy technológiai értékelő bizottsági ülés, ahol a kassza-hatások figyelembevételével megfogalmazódik egy javaslat, és ha a jogszabályi feltétel nem adott, akkor a jogalkotó felé megteszi a szükséges lépéseket, hogy a jogszabályi feltételek is adottak legyenek egy generális társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásban.

Tehát azt gondolom, hogy ez a folyamat jelenleg is tart, pont ezen készítmények tükrében, ahol pont ezeket meg kell vizsgálnunk, hogy a forrásigényt belülről tudjuk-e allokálni vagy külső forrás szükségeltetik-e hozzá, van-e, nincsen, összehasonlítva más terápiákkal, valóban hol van a helye a mai finanszírozási rendszerünkben. De így az eljárás

lezárta előtt mélyebben ebbe nem mennék bele, azt tudom valójában mondani, hogy kedvezőek az eddigi elbírálási folyamatban a készítmények helye.

Valóban egyetértek elnök úrral abban, hogy a társadalombiztosítási támogatási részben a kemény pénzösszeg ott legyen, akár ami korábban volt a fekvőbeteg-intézmények, járóbeteg-intézményeknél az elszámolási nyilatkozat, hogy rajta volt az összegszerűsége, hogy mibe került a társadalombiztosítónak, ugyanez a gyógyszernél is. Itt kiegészítésként mondanám azt, hogy a gyógyszerkassza kinek a kezében van valójában: az orvos tollában.

Erre azért szeretek utalni, mert sok orvos van - és ez most nem negatív kritika, félreértés ne essék -, akinek a szakmaisága maximális, azonban a készítmények költségével nincs teljes mértékben tisztában. Nem tudja beazonosítani, hogy mennyibe kerül az a termék.

Tehát azt gondolom, hogy a vényíró programot is lehetne olyan irányba fejleszteni, hogy kidolgozni nemcsak a betegértéti díj oldalát, hanem az a készítmény igenis, mennyibe kerül a társadalombiztosítónak.

Tehát azt gondolom, hogy mind a két oldalt meg kellene ilyen irányban célozni.

Maximálisan egyetértek azzal, hogy meg lehessen húzni azt a határt, hogy a társadalom mennyit finanszírozni. Sok ország megpróbálta és virtuálisan meg is húzták. Egy nehézség van benne, azt gondolom, amit sokan meg is fogalmaztak: ha meghúzzunk egy határt, az nemcsak egy standard zónát ad meg számunkra, illetve a társadalom számára is, és ráadásul transzparensten, hanem a közeljövőben és a késői jövőben, az új terápiák megjelenésénél és az árképzésnél újrapozícionálódnak termékek, ami kvázi veszélyt okozhat. Illetve inkább csak fokozott óvatosságra int az, hogy pontosan meghatározzuk az egészségnyereség pénzösszegben meghatározott határát, lehet ezt differenciálni, hogy valójában a prognózis szempontjából jó kimenetelűekre mennyit határozzunk meg, erre egy metodikát ki kell dolgozni. Sokan gondolkodnak ezen nemzetközileg.

Ezzel maximálisan egyet tudok érteni. Az algoritmus mindenkit véd, maximálisan egyetértek ezzel, ez a transzparencia egyik alapja tud lenni.

Magas iniciáló költség ellenére bevezetni terápiákat, azt gondolom, hogy nagyon jó ötlet, sőt ezt követni is kell. Elsősorban egyébként beültetett orvostechnikai eszközöknél veszik ezt elsősorban alapul, hogy magas iniciáló költség, és utána az hány év múlva porlad el, azaz a reinplantációk során abból mennyi az éves, a havi vagy éppen a napi terápiás költségre számított érték, ami éppen kiderül, hogy a vérnyomáscsökkentők terápiás értékének felel meg, ha napi költségen számoljuk, vagy ha a defibrillátor 5 milliós költségét elosztom öt évre, havi szinten csak 100 ezer forint, napi szinten egy pár ezer forintba kerül. De elsőre olyan borzasztónak tűnik az 5 millió forintos beültetett defibrillátor kérdése.

Azért hoztam, hogy legyen analógia az orvostechnológia és a gyógyszerek között. Ez jó irány. Azt gondolom, ennek egy kicsi gátja van, hogy a mai magyar társadalombiztosító éves költségvetésből gazdálkodik, és nem klasszikus biztosítói megoldások képződnek, ahol valójában ezt jobban lehetne érzékeltetni, mindenesetre ezt maximálisan figyelembe kellene venni mind a befogadásoknál, mind a terápiák felülvizsgálatánál.

Röviden ennyit szerettem volna mondani, és át is adnám a szót a kollégáimnak.

ELNÖK: A jegyzőkönyv kedvéért majd én adom át. Parancsoljon!

Dr. Bidló Judit ártámogatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) válaszai

DR. BIDLÓ JUDIT ártámogatási főosztályvezető (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Köszönöm szépen. A szakmaiság ezen az oldalon volt, nekem az a kevéssé hálás szerepem van, hogy akkor financiaális szempontból is egy kicsit kiegészítsem még az itt elhangzottakat, és még egy-két konkrét kérdés függőben maradt, ami minket érint, azokra is szeretnék válaszolni.

Az első kérdés, valóban abból kiindulva, ahol főigazgató-helyettes úr abbahagyta, és elnök úr nagyon sokban elmondta igazából, hogy mire szeretnénk válaszolni. A rövid és hosszú táv kérdése egyébként a finanszírozásban nálunk úgy jelenik meg éves szinten, és akkor most erre a konkrét helyzetre vetítsük azt, hogy abban kell döntenünk, hogy egy adott keretösszegeből most vásárolunk 500 betegnek 8-10 hónap túlélést abban az adott évben, vagy 500 betegnek megvásároljuk azt – mert körülbelül ugyanolyan árköltségben van -, hogy 15-20 év múlva nem szorul majd májtranszplantációra, mert ez nem egy akut ellátás.

Tehát ez azért egy nagyon nagy dilemma. Itt a Hepatitisben egy picit azért lehet ezt továbbgondolni, mert itt nem akut beavatkozási igény van, tehát nem életmentő, vagyis életmentő, csak hosszú távú beavatkozásról van szó. A költség nagyjából megegyezik egyébként azzal, mint a 8-10 hónap túlélést jelentő onkológiai ellátás költsége, tehát az éves szinten 10-12 millió forintos költség, egyszeri kúraköltség alapján.

Tehát valóban ebben kell döntést hozni, és minden olyan eset, amikor azt mondjuk, hogy ennek a finanszírozására helyet kell találnunk a gyógyszerkasszában, akkor meg kell mondanunk azt, hogy ezt honnan vegyük el, és akkor melyik betegtől vegyük el a gyógyszert, a jelenleg egyébként hozzáférhető gyógyszert. Itt megint különösen az onkológiai területet mondom, de mondhatjuk azt is, hogy akkor a sclerosis multiplexről vegyük el, hiszen gyógyulást ott sem tudunk elérni, hanem a betegség progresszióját tudjuk lassítani, szintén körülbelül hasonló gyógyszerköltséggel.

Tehát ez azért egy nagyon nagy dilemma, hogy ebbe most valóban be tudunk-e fektetni, és ez egy kulcskérdése ennek a kérdésnek.

Még a finanszírozás módjához kapcsolódóan, és akkor itt át is térnék majd az egyedi méltányosság alapján finanszírozott terápiákra, és hogy ki mondja azt, hogy le lehet állítani. Szakmai szempontból elmondta főigazgató-helyettes úr, finanszírozási szempontból az egyedi méltányosság azért nagyon nehéz, mert ott egyedi betegekre kell nemet mondani. Ott személyenként kell azt mondani, hogy iksz, ipszilon nem kapja meg a költséget, adott esetben kapunk százával ilyen leveleket, halálra ítélnék betegeket, Istent játszunk, mi döntjük el, hogy akkor most valaki élhet vagy nem élhet. Nagyon jó lenne ennek a felelősségét megosztani, egy picit könnyebb egy átlátható rendszerben, és száz százalékosan támogatva azt, hogy ha lesznek elvek, ezért is törekedtünk arra, hogy befogadásra kerüljenek ezek a gyógyszerek, menjenek át egy transzparens folyamaton, hogy ha algoritmus van és protokoll. Ez már meg is jelent a mi eljárásrendünkben, a finanszírozási protokollok kérdése, az nyújthat megoldást ezekre a területekre, egyébként szerintem a Hepatitis esetében is van egy élő finanszírozási protokoll, és annak a javítása meg tudja határozni azt, hogy melyik betegek szorulhatnak rá a kezelésre.

Felmerült még a vizsgálat kérdése. Ez is elhangzott, talán Puskás Tivadar képviselő úrtól, hogy akkor a diagnosztikával hogyan tudunk bánni, illetve elhangzott aztán Hollósi képviselő úrtól, hogy a cégek át tudják-e vállalni a diagnosztikus költségeket.

Van ilyen ajánlat, azonban ezt be kell illesztenünk a saját finanszírozási rendszerünkbe is, illetve ennek az egész jelentési rendszerét is valahogy kezelnünk kell, hogy azért biztosan meglegyen a vizsgálat, az is elvégezhető legyen, az akkor ne terhelje egyébként az adott intézménynek mondjuk a TVK-ját, de erre egyébként van lehetőség. Ez muszáj, hogy itt legyen, hiszen valóban fölöslegesen költünk el pénzt, ha ezt nem tesszük meg, és a PCR-kezelést nem finanszírozzuk.

Még Kiss Sándor képviselő úrnak: az árrésekkel kapcsolatban elhangzott kérdésére, ez egy picit más terület volt. Valóban felülvizsgálatra szorulnak az árrések, valóban érdekes, hogy ugyan ártól függetlenül 850 forint az árrés a kiskereskedőknek, attól függetlenül, hogy egyébként az egy 5000 forintos termék vagy egymillió forintos termék, ezeknek a felülvizsgálata folyamatban van. Jelen pillanatban a kassza szűkössége miatt csak olyan szempontból, hogy esetleg a nagykereskedelmi árrés és a kiskereskedelmi árrés között

tudunk-e valamifajta olyan átcsoportosítást tenni, ami egy picit igazságosabbá teszi a rendszert.

Úgyhogy köszönöm szépen, a konkrét számokkal kapcsolatban ennyit szerettem volna mondani.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Professzor úr!

Dr. Makara Mihály (Szent László Kórház) válasza

DR. MAKARA MIHÁLY (Szent László Kórház): Valamennyire, félig-meddig sorrendben menve igyekszem válaszolni. A megelőzés, az, hogy a tücsere-programokat fenntartsuk, azokat a megelőző intézkedéseket, ami a Hepatitis továbbterjedését meggátolja, abszolút fontos fenntartani. Tehát ha ez nem történik meg, akkor járványosan nőhet ezen betegségek száma. Sajnos, vannak országok, ahol ez meg is történt, szomszéd ország is. (*Dr. Kiss Sándor: Melyik?*) Ukrajna. Tehát ott óriási Hepatitis-járvány van és óriási probléma.

Magyarországon a kábítószer-élvezők összesen 20-30 százaléka fertőzött Hepatitis C vírussal, ami a világ legtöbb országánál messze kedvezőbb adat, a legtöbb helyen 70-80 százalék a kábítószer-élvezők Hepatitis C fertőzöttségi aránya.

ELNÖK: Bocsánat, csak tudom, hogy mit kérdezett a képviselő úr, őt az a szám érdekli igazából, hogy a Hepatitis C fertőzötteknek mekkora aránya lehet, aki így fertőződött meg.

DR. MAKARA MIHÁLY (Szent László Kórház): Minden hepatitiszes beteg a kivizsgálása során, a kezelése előtt egy kötelező protokollon megy át, amelynek része a drogueszt egyébként, illetve nyilvánvalóan része az anamnézis pontos felvétele, de nem nagyon szoktunk megnyugodni abban a részben, hogy ha az adat nem ismert, utána megüünk, ameddig csak lehetséges. Ennek ellenére azt tudom állítani, hogy nagyon kis része az, aki ma Magyarországon kábítószer-élvezet útján fertőződött, a betegek túlnyomó része a '92 előtti vérkészítmények stb. útján szerezte a fertőzöttséget. Ennek egyébként magyarázata az is, amit az előbb mondtam, hogy a kábítószer-élvezőknek viszonylag kis része Hepatitis C-s.

Végig lettek nézve egyébként, mi a Szent László Kórházban végigcsináltuk az összes AIDS-es beteg Hepatitis B, Hepatitis C szűrését, és nagyon alacsony a kettős fertőzések száma és aránya is.

ELNÖK: Még egy tartozik ehhez, a szexuális úton terjedő átvitel arányáról mit tud mondani?

DR. MAKARA MIHÁLY (Szent László Kórház): A két vírus esetében különböző, Hepatitis C hosszú távú együttélés mellett is nagyon ritka az átvitel aránya, még abban az esetben is, amikor tudjuk azt, hogy 30 évvel ezelőtt fertőződött, és megnézzük rendszeresen a feleséget vagy a férjet, és csak néhány százalékban kerül át.

Az anyáról a magzatra való terjedés esélye 5-10 százalék körüli, a császármetszésnél nem szignifikáns, illetve most volt cikk, amelyikben már kimutattak szignifikáns mértékűt, csökkenés érhető el a Hepatitis C esetén. A nagy probléma az, hogy nincsen ellene védőoltás, a Hepatitis B-ben részben gyógyszeresen, részben védőoltással a betegség átterjedése gyakorlatilag megelőzhető, a Hepatitis C-ben ezt nem tudjuk kizárni. Tehát egy Hepatitis C fertőzött anya születe esetén a gyermekre való átterjedésnek jelentős százaléku esélye sajnos, megvan.

Továbbmenve: a gyógyszerek. Igen, elképzelhető az, hogy a beteg maga a házat eladva meggyógyuljon, ennek Magyarországon nem annyira van hagyománya, a másik

oldalon pedig most van olyan vizsgálat, amelyet a társadalombiztosítás korábban nem finanszírozott, köszönjük, hogy bekerült a finanszírozási rendszerbe, ahol 20 ezer forint volt a vizsgálat ára. Van a Májbetegéért Alapítvány, aki felajánlotta egyébként rutinszerűen a betegeknek, hogy kifizeti a vizsgálatot a beteg helyett, vagy másra tudjuk elkölteni. A betegek nagy része azt mondta, hogy 20 ezer forintot bevállal, ő azonnal vizsgálatra akar menni, nem akarja a bizottsági döntést megvárni, stb. A 20 ezer forint elfogadható, a 10 millió forint nem.

Bocsánat, itt egy kis kitérő a 10 millió forint. Volt olyan rész, ahol azt mondták, hogy a 10 millió forint/év az a határ, ami a társadalom tűrőképességét képviseli. Volt ilyen szám. Ez változó dolog. Itt 10 millió forintért 5 évet nyerünk statisztikusan, és egy gyógyulást. Tehát itt nem az van, hogy évente 10 millió forintba kerül, egyszer kerül 10 millió forintba, és nagy statisztikában 5 év a megnyert életek száma. Tehát az egy beteg mindig egy kicsit más, mint a statisztika.

A betegek tájékoztatása. Azt gondolom, hogy nem teljesen ide kapcsolódik, de valamennyire ide is kapcsolódik, el szoktuk mondani a betegeknek természetesen, és én is maximálisan egyetérték velem, hogy az a felelősség, hogy ő most hatalmas értékű gyógyszert kap, az jó, ha megjelenik. Egyébként szintén nem a mostani megbeszélés témája, de valahogy eszembe jutott róla az e-recept kapcsán, hogy egy csomó információt kaphat az orvos, és ha jól csinálják meg, a beteg is azzal kapcsolatban, hogy mi történik velem, mikor kell ellenőrzésre mennie. Valóban az orvosok előtt nagyon gyakran nem ismert az, hogy amit most felírt, az mibe is kerül.

Egyébként áttevődött az orvos tollából a klaviatúrájára az utalványozás lehetősége, ami egy óriási lehetőséget rejt magában, hogy itt már nem a toll az, amelyik mindent elvisel, itt egy klaviatúra van, ami azért nem visel el mindent, és megoldható az, hogy ne viseljen el mindent.

Diagnosztikai kérdések. Tehát annyira jó ötlet, amit Hollósi doktor felvetett, hogy már nekünk is eszünkbe jutott. Tudom, hogy Juditnak is, nekünk is szakmailag eszünkbe jutott, hogy azok a cégek, amelyek a gyógyszereket forgalmazzák, segítsenek be, és valóban mi is beleakadtunk ebbe a szabályozás kérdésébe, ami azt hiszem, hogy azon az oldalon van. Azt nyugodt szívvel el tudom mondani, hogy '96 óta az OEP-pel együttműködve mindent megtettünk annak érdekében, hogy ez a kezelés átlátható, jól szabályozott, pontos legyen, a lehető legköltséghatékonyabb.

Itt egyet kiemelnék: ha a vírusszám csökken, a beteg májgyulladás megszűnik, de nem látjuk azt, hogy ez a beteg meggyógyítható lenne, leállítjuk a kezelést, ha megvan a diagnosztika. Mi megmondjuk azt, hogy itt ez a beteg javult, és mi a szakmai irányelv szerint leállítjuk a kezelést, ha nem gyógyítható meg, azért, hogy legyen pénz olyan betegek kezelésére, akik meggyógyíthatók.

Most a problémát az képezi, hogy az arány nőtt meg, amely betegek meggyógyíthatók, igen, és a pénzigény is ennek megfelelően kétszeresen is megnőtt. Drágább is a gyógyszer, több beteget is tudnánk meggyógyítani, és biztos, hogy a ma rendelkezésre álló keret ehhez nem elegendő.

Az utolsó megjegyzés: azt gondolom, hogy az egyik elsők voltunk, akit ellenőrzött az OEP, hogy a kért nagy értékű gyógyszerek kezelése kapcsán helyesen járunk-e el, és az egyetlen kritika, amit kaptunk akkor még főosztályvezető úrtól, az volt, hogy a diagnosztika késlekedése miatt nem tudjuk tartani saját protokollunkat. Kulcskérdés, hogy a diagnosztika rendben legyen, és kulcskérdés, hogy társadalmilag elegendő pénz legyen azon emberek meggyógyítására, akiket meg tudunk gyógyítani, és elimináljuk a fertőzést. Köszönöm.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Hunyady Béla!

Dr. Hunyady Béla (Kaposi Mór Oktató Kórház) válaszai

DR. HUNYADY BÉLA (Kaposi Mór Oktató Kórház): Köszönöm szépen. Egy kicsit csatlakozva az előttem szólókhoz, a diagnosztikáknak a gyógyszer-forgalmazók általi átvállalása. Ez nem újdonság, olyannyira nem, hogy eddig is különböző beavatkozással nem járó vizsgálatok révén vagy éppen adomány révén. Ez körülbelül egyharmadát vette ki a teljes költségigénynek éves szinten, a megelőző években is.

Valóban abban a minőségben is, mint a Gasztroenterológiai Társaság hepatológiai szekciójának elnöke, de abban a minőségben is Tulassay professzor megbízásából, mint a szakkollégium gasztroenterológiai, hepatológiai tagozatának képviselője, azt tudom mondani, hogy a cégekkel felvettük valóban mi is a kapcsolatot és mutatnak hajlandóságot, hogy ebben részt vegyenek. De az ő számukra – ahogy én megértettem, és főosztályvezető asszony is feltehetőleg ezt megerősíti – a csomagot szeretnék, ha így tetszik, látni. Mennyi forgalomra lehet a részükről számítani, mennyibe fog az kerülni, mennyit kell majd abból visszafizetniük, és mennyivel kell beszállniuk a diagnosztikába.

A tárgyalások nem a mi hatáskörünk, de az én megértésem a cégekkel történt tárgyalás kapcsán ez volt, hogy a csomagban szeretnék ezt látni.

A másik kérdésre reagálva: a fertőzöttség eltitkolása vagy éppen az ellátók veszélyeztetettsége. Ez egy állandó probléma, és egyértelműen az egészségügyi szolgáltatásban dolgozók körében magasabb a fertőzöttség az átlagos populációnál. Tehát az átlagos populációban a C-vírus fertőzés 0,7 százalék, egyes adatok szerint, kis vizsgálatokban az egészségügyben dolgozók körében 1,5, de akár a 2 százalékot is elérheti, tehát a kétszerese, vagy akár egy picit több is.

Ez rossz hír, mert ráadásul ők azon kívül, hogy személyesen érintetté váltak, mint ellátók, ellátórendszerként is érintetté váltak, és sajnos, a C-vírussal kapcsolatos speciális prevenció lehetőség nincs. Hozzáteve, hogy a rutin, a fertőtlenítés megvéd általában a C-vírusfertőzés megkapásától is, de a tűszúrás ellen nem véd meg. A fogorvosokról beszélve, hogy fröcsög a vér, attól sajnos nem véd meg, és védőoltás nincsen. Az csökkenti a kockázatot, ha a populációban csökken a fertőzöttek száma.

Hogy centralizálni lehet-e a kezelést, ezt én nem tudom, ez nem az én hatásköröm, már például a fogorvosi kezelésre gondolok itt a fertőzöttek számára. A László Kórházban ellátják a fertőzötteket, ezt konkrétan tudom. Egyéb irányból pedig az egy adatvédelmi és állampolgári jogi kérdés, hogy ki mondja vagy nem mondja ezt el, ez tulajdonképpen nem nagyon jól szabályozott, vagy ha szabályozott, nem nagyon jól betartott. Tehát ez egy probléma.

Az indokoltság és a kezelés allokációja. Egyrészt tulajdonképpen két olyan finanszírozási rendszert ismerek a környezetünkben, ami erre az átmeneti magas költségre választ talált. Egyik sem a biztosítón belüli. Az egyik Franciaország, ahol egy nemzeti program keretében erre külön pénzt allokáltak, és az összes hepatitiszes beteg kezelésére azonnal, ahogy megadta az engedélyt az európai hatóság, ingyenesen rendelkezésre bocsátják. Ez ott egy nemzeti program, minden beteg, akinek kezelésre van szükség, azonnal és egyből megkapja. Nem a biztosítóktól, hanem egy nemzeti program keretében.

A másik Románia, ott egybiztosítós rendszer van, ha tetszik, ugyanaz, mint nálunk, ott pedig a biztosító számára lehetővé tették, hogy mindenki megkapja a kezelést. Ott a fertőzöttség aránya egyébként az 5 százalékot is elérheti, tehát lényegesen magasabb, mint nálunk, tehát az ő – ha úgy tetszik – össztársadalmi érdekeltységük, érdekük még nagyobb a miénknél is, hogy még nagyobb ne legyen a fertőzöttség.

Ami pedig a hazai értelemben vett indokoltság megítélése, ahogy jeleztem, nagyon régóta egy úgynevezett interferon-terápiás bizottság minden egyes kezelés előtt értékeli azt, hogy indokolt-e a kezelés. Ennek a nagyon szoros szakmai kontrollnak, valamint hogy a felírók köre is korlátozva van, az eredménye az, hogy – szintén kérdés volt – nemzetközi

összehasonlításban az eddigi kezelésekkel az általunk vizsgálatban publikált vagy összegzett adatok elérik, számos centrumban meghaladják az európai átlagot. Ami a mi kedvezőtlen genotípusú vírusunk esetén egyébként az eddigi kezeléssel 40 százalék körül volt, Magyarországon egyes centrumokban 46-48-50 százalék körül volt. Ennek a legfőbb oka, meggyőződésem, hogy az, hogy ez az interferon-terápiás bizottság jól értékelte, hogy kinek jár és szükséges a kezelés. A másik, hogy az orvosok igenis, például az ár bemutatásával motiválják a betegeket arra, hogy végigcsinálják, hacsak egy mód van rá, a kezelést, mert az csak akkor hat, ha végigcsinálják.

Ezt az interferon-bizottságot külön a bevezetőben nem említettem, meg kellene erősíteni. Ez jelenleg a szakma által létrehozott testület, szakmai szervezetek szakembereiből áll. Ez nagyon jó is, hogy belőlük áll, de kellene hogy legyen egy olyan jogi rendeletben vagy valahol rögzített szerepe, ami rögzíti ennek a jogosultságát, mert baj lesz. Az lesz a baj, hogy nem jut mindenki kezeléshez, és azok vitatkozni és reklamálni fognak, hogy miért nem ők kapják a kezelést. Ha van egy legitim testület, és van egy legitim, szakmai alapon felállított rend, ami szerint eldől, hogy ki kap és kinek kell várnia, akkor azt gondolom, sokkal jobban elfogadható, mintha ad hoc módon, itt az időbeliség vagy éppen a jószerencse vagy szubjektív szempontok döntenének.

Tehát ennek a bizottságnak a megerősítése és a kezelési rendnek az elfogadása, ami egyébként a szakmai protokoll és a várható finanszírozási protokoll része is, ez valahogy egy kicsit, maga a bizottság is rendeletben is valamilyen formában megjelenjen. Köszönöm szépen.

Azt hiszem, hogy a Hepatitis C-vel kapcsolatban ezeket a kérdéseket kaptuk.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Menet közben esetleg felvetődött-e még valakiben önök közül, hogy szeretne szólni? Gajdácsi József!

További kérdések, válaszok

DR. GAJDÁCSI JÓZSEF egészségügyi főigazgató-helyettes (Országos Egészségbiztosítási Pénztár): Elfelejtettem a válaszádomban kitérni egyébként Hunyady professzor úr felvetésére, itt a PCR finanszírozásával kapcsolatban, a molekuláris diagnosztika és a csúszás viszonylatában.

Annyit szeretnék rá reagálni, reflektálni, hogy érezzük a problémát, mi szembesültünk ezzel az OEP ellenőrzése során, hogy meg kell erősíteni. Tényleg az OEP ellenőrzése maximálisan magas szakmaiságot tapasztalt, a fiskális szempontok figyelembevétele, a hepatológiában érintett kollégák részéről. Érezve a problémát, Szócska államtitkár úr iránymutatásával, a labor diagnosztika, és ezzel, mivel határterület a molekuláris diagnosztika, a patológia finanszírozásának koncepcionális átgondolása folyamatban van. Nem kívántuk volna ad hoc belenyúlni a PCR-technológiába, hiszen be kell vallani őszintén, nemcsak ez az egy szegmense problémás ennek a területnek.

Valóban szubspecifikumként kell értelmezni a PCR-technológiákat, és ennek a rendszerének a kidolgozása folyamatban van munkacsoport szintjén. Ha minden jól megy, és a jóisten is úgy akarja, akkor a következő finanszírozási évre vonatkozóan ezt egy új szabályozási környezetben szeretnénk érvényesíteni is. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Tessék parancsolni!

DR. MAKARA MIHÁLY (Szent László Kórház): Egyetlen mondat. Az utolsó dián csináltunk egy összefoglalást, tehát ami konkrét javaslatokat tartalmaz. Azt gondolom, hogy ha valaha eljut valami egy konkrét javaslatig, akkor tudunk továbblépni. Köszönöm szépen.

ELNÖK: Köszönöm szépen. Képviselő urak, szeretne-e valaki reagálni, észrevételt tenni? Hollósi Antal!

DR. HOLLÓSI ANTAL GÁBOR (Fidesz): Két mondatot. Elhangzott a finanszírozás, hogy milyen forrásból, esetleg ez a nagy értékű kezelések, a házeladás és a 20 ezer forint között. Azt gondolom, hogy ez egy kicsit döngeti azokat a kapukat, amelyeket manapság itt vitatunk, a co-payment kérdését. Azt gondolom, hogy megfontolandó. Ez nem egy olyan gyakori betegség, és nyilvánvalóan nagyok a szórások, amiről Makara doktor is említést tett.

Tehát én azért ezt mindenképpen ebbe a körbe sorolnám.

A másik egy szigorúan szakmai kérdés, amit a főosztályvezető asszony említett, nevezetesen hogy honnan jön ez a forrás. Az államtitkár úr előtt van az a kérés, amit a sebésztársaság nevében én továbbítottam, amely egyébként egy kritikai megjegyzésen alapul, hogy hihetetlen pénzeket fordít a biztosítás vagy a rendszer gyógyíthatatlan, már a műtéten túlesett, vagy akár műtétre nem is alkalmas, olyan rákos, daganatos betegeknek az ellátására, ahol lehet tudni, hogy nem lesz eredményes. Miközben az a célja ennek, hogy inkább adják varrógépre, egyszer használatos eszközökre, endoszkópos, laparoszkópos eszközökre, de megkockáztatom: ott azért úgy érzem, hogy bár ott is nyilván gyártói érdekek és sok minden egyéb sérülne, de talán ott az a pool, amiből esetleg lehetne meríteni, azok az egyébként, már bocsánat, semmire nem alkalmas esetek, amikor csak azért – ahogy már el is hangzott -, hogy csak kapjon valamit.

ELNÖK: Puskás Tivadar!

DR. PUSKÁS TIVADAR (KDNP): Bocsánat, én csak azért szólok, mert én magam mentőorvos lévén, itt egyértelmű kategorizálás hallatszott itt Hollósi képviselő úr részéről. Nem tudom, hogy erkölcsi vagy szakmai kérdés, mert ha szakmai kérdés, akkor annak kell minősíteni ezt a helyzetet, hogy ha van egy tömeges baleset, és a tömeges balesetben kategóriákat kell csinálni. Egyébként ezen járt itt az agyam közben, hogy kell csinálni olyat az algoritmus, irányelv, protokoll kérdésben – hadd ne menjünk bele, hogy melyik, mit jelent, mert össze-vissza használtuk a fogalmakat, de ha csinálunk egy ilyen egyértelmű ellátási rendet, és azt mondjuk, hogy semmi egyebet nem kell csinálni, csak azt kell megnézni, hogy mennyi pénzünk van, és akkor hová húzzuk a vonalat, mi van a vonal alatt, vonal alatt? Köszönöm szépen.

Elnöki összefoglaló

ELNÖK: További kérdés, hozzászólás? *(Nincs jelzés.)* Amennyiben nincs, akkor a mai ülésünk lezárása előtt én is néhány észrevételt még tenné. Én menet közben, miközben a Hepatitis C-nek ezt az egyszeri finanszírozási problémáját vetettem fel, meg én magam is megemlítettem, akkor itt leírtam a papírra, hogy francia modell. Nem véletlenül, és nem véletlenül teszem fel újra és újra ezt a kérdést. Az egészségbiztosító jelen pillanatban költségvetési szervként működik, és abban a logikában is finanszíroz. Ami nagyon nagyban különbözik egyébként a többi, vagy más társadalombiztosítók működési elvétől, amelyeknek van vagyona, és itt el is hangzott főigazgató úr mondta is, hogy nincsen módjuk, nincsen lehetőségük arra a gazdálkodásra - hiszen tulajdonképpen ez az -, amelyikben egy hosszú távú, racionális döntés meghozatalánál a megtakarításokat máshová tudja tenni, és a saját büdtségét akár átcsoportosítja, akár visszateszi, hiszen ha szabad azt mondanom, az egészségbiztosítás költségvetése még rövidebb életciklusú, mint a politikusok, az egy évről szól, és ha megmarad, jövőre nincs. Minden költségvetési finanszírozás logikája az, hogy ha megtakarításod van, elveszem. Ha nincs elég, akkor meg csinálsz, mert akkor is elveszem.

Tehát ezért ami megvan, azt elköltik. Ez egy rossz logika, viszont nincs biztonságban a politikától. Tehát a mindenkori napi politikától a biztosító gazdálkodása és annak az esetleges megtakarításai nincsenek biztonságban, tehát azt meg később fogják elvenni, és ezzel működésképtelenséget lehet előidézni. Tehát a probléma generális természetű, és igazából Mikola doktor szokta volt mondani, hogy paradigmaváltást igénylő, ez valóban egy paradigmaváltást igénylő kérdés.

Egy picit talán elvitte a fő problémáról a Hepatitissel kapcsolatos kérdéskör a szót, ugyanakkor azt gondolom, hogy nem baj, hogy így történt. Nem javasolnék most - annak ellenére, hogy tudnánk – külön megfogalmazni állásfoglalást a bizottság részéről, azon egyszerű oknál fogva, mert a főbizottság elnöke, elnök úr elmondta, hogy ez egy tipikusan olyan kérdés, amit a politikának rendeznie kell tudni, és a szakmának rendeznie kell tudni. Úgy veszem észre egyébként, hogy ez folyamatban van. Tehát az, hogy ezt a problémát itt most újra felvetették és a napi politika, a gyakorló politikusok, egészségpolitikusok figyelmét felhívtuk ezzel a bizottsági üléssel, ezzel szerintem elvégeztük a dolgunkat. Meggyőződésem, hogy ez a dolog rendeződni fog.

Amiben én egy kicsit problémát érzek a bizottsági ülésünk lezárásaként, az az, hogy részben nem látom azt a folyamatot, amelyik az EÜ 100-as értékek esetében a megoldás, vagyis egyáltalán a figyelemfelhívás irányába elmenne. Tehát azt gondolom, hogy ezen a területen lépni kellene majd, de valóban, ha valakinek megmondják, hogy most egymillió forintot tartasz a kezvedben, az azonnal el is ejti. Tehát annyira nincs hozzászokva ekkora értékhez az ember. Ez egyébként még akár biztonsági kérdéseket is felvet, hogy ha ezt mondjuk keményen megreklámozod, hogy mekkora érték van nálad, akkor azt másnak esetleg érdemes ellopni és máshol eladni, zárójel bezárva.

De ez egy nagyon fontos terület. Valamilyen fajta választ, generális választ kell adni a politikának arra a kérdésre, hogy hol van az a határ, hol van az a pont, ameddig finanszírozni lehet.

Hollósi doktor is említette, én magam is próbáltam feszegetni azt a határt, az pedig az egészségbiztosítás, illetve az egészségügyre elkölthető összegek forrásainak beszédével kapcsolatos kérdéskör. Azt gondolom, hogy abban a változó világban, amelyekben vagyunk, fel kell végre vetni ezt a kérdést, és szembe kell nézni azzal a ténnyel, hogy ameddig munkajellegű jövedelem után járulékot és adót a lakosságnak körülbelül egynegyede fizet, addig nem lehet pusztán erre a befizetési rendszerre alapozni a teljes lakosság egészségügyi ellátását. Nem fog menni. Tehát ezt mutatják a számok, a hosszú távú számok is ezt mutatják.

Ezért két irányba szoktak nyitni a rendszerek. Az egyik irány az öngondoskodás kérdésköre, ez egy nagyon behatárolt a jelenlegi életszínvonal és körülmények között élő embereknél, ez nyilván két útra bontaná: szegényre és módosra, tehát ezt nem akarjuk kettészakítani. Bár látok folyamatokat, amelyek ebbe az irányba hatnak ma is a rendszerben, és felvetődik a másik, a fogyasztási típusú adóknak az egészségügy finanszírozásába történő bevitele.

Ez utóbbi egy olyan, szintén paradigmaváltás a finanszírozásban, ma is van valami hasonló egyébként, mert az egészségügyi finanszírozás az adótípusú finanszírozás, már egy évtizede benne van, és ugyan ki nem mondjuk, de lényegében a hiány kipótlásával, hogy ezt utólag tesszük vagy előre rakjuk bele, és utána a következő évi zárszámadásban foldozzuk be az egyébként lévő lyukat, ha szufficit van, akkor azt pedig lenyeljük. Tehát ez lényegében azt jelenti, hogy megvan a kettős finanszírozása ennek a dolognak, egy csekély co-payment elsősorban a fogorvosi területen határozottan működik, tehát mind a három lába felállt már Magyarországon ennek a dolognak. Szerintem a járulék- és az adótípusú finanszírozásban érdemes lenne nagy levegőt venni és újragondolni, hogy ne csak a költségvetésből ki-be, hanem akkor valóban valamifajta normatív rendszer szerint előre, világos legyen, hogy milyen típusú adónak hány százaléka, hogyan kerül be az egészségügy finanszírozásába.

A harmadik lépésként az Egészségbiztosítási Pénztár esetében a helyzetét kellene megváltoztatni arra, hogy képes legyen a prevenció és a prevenció kapcsán – ezt egy szekunder prevenciónak tekinthetjük, ha a Hepatitis C-s betegeket ellátjuk, mielőtt még kialakul a májrák, tehát ez abba a kategóriába sorolódik, ennek van egy finanszírozás-technikája, a szekunder prevenció, illetve a primer prevenció finanszírozás-technikája gazdaságilag nem értelmezhető az Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozásában.

Erre a problémára generális választ kellene adni. Azt gondolom, hogy talán azért is mondtam most ezt így végig, mert ez a jegyzőkönyvbe szó szerint bekerül, ezt a jegyzőkönyvet mind a főbizottságnak, mind a minisztériumnak meg fogjuk küldeni, remélve azt, hogy legalább azok, akik itt voltak, felhívják a figyelmet arra, hogy meglátásunk szerint ezeket a feladatokat el kellene végezni. Ez nyilván nem a képviselők feladata, nekik – ahogy említettem -, ha jogalkotási szükség van, akkor azt a jogalkotási munkát kell elvégezni.

Nagyon szépen köszönöm, hogy elfogadták a meghívásunkat. Ezennel a mai ülést lezárnam.

(Az ülés befejezésének időpontja: 11 óra 07 perc)

Dr. Horváth Zsolt
az albizottság elnöke

Jegyzőkönyvvezető: Pavlánszky Éva