



ÁLLAMI
SZÁMVEVŐSZÉK

J E L E N T É S

az egyes onkológiai szűrési programokra fordított
pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről

0805

2008. május

2. Államháztartás Központi Szintjét Ellenőrző Igazgatóság
2. 1. Teljesítményellenőrzési Főcsoport

Iktatószám: V-12-81/2007-2008.

Témaszám: 874

Vizsgálat-azonosító szám: V0367

Az ellenőrzést felügyelte:

Bihary Zsigmond
főigazgató

Az ellenőrzés végrehajtásáért felelős:

Kemény Emil
főigazgató-helyettes

Az ellenőrzést vezette:

Winter Zsuzsa
mb. osztályvezető főtanácsos

Az ellenőrzést végezték:

Bravics Barbara
számvevő gyakornok

Federics Adrienn
számvevő

Ganter Ildikó
számvevő

Kriston-Vizi János
számvevő tanácsos

Dr. Székely Edit
számvevő

Tóth Árpád
számvevő tanácsos,
tanácsadó

Zachár Péterné
számvevő tanácsos

A témához kapcsolódó eddig készített számvevőszéki jelentések:

címe

sorszáma

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	9
I. ÖSSZEGZŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK, KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK	14
II. RÉSZLETES MEGÁLLAPÍTÁSOK	23
1. Az onkológiai szűrések irányítása és szervezése	23
1.1. A szűrések szabályozottsága	23
1.2. Az ágazatirányító szerepe a programok irányításában és szervezésében	24
1.3. Az ÁNTSZ szerepe a szűrések szervezésében és összehangolásában	26
1.4. A szűrések információs rendszere, informatikai támogatottsága	28
1.5. Az adatkezelés ellentmondásainak hatása a szűrővizsgálatok eredményességének mérésére	29
1.6. A szűrőprogramok eredményessége az országos adatgyűjtések tükrében	30
2. A szervezett emlőszűrés hatékonysága	34
2.1. Az emlőszűrő centrumok kapacitása és kiválasztása	35
2.2. Az emlőszűrések ellenőrzése	36
2.3. A szervezett emlőszűrés részvételi mutatói	37
2.4. A szűrés és a diagnosztika aránya	39
3. A szervezett méhnyak szűrés hatékonysága	42
3.1. Elérhetőség, területi eloszlás, egyenlő hozzáférés	44
3.2. Citopatológiai laboratóriumok kiválasztása	45
3.3. A méhnyakszűrés részvételi, megbetegedési mutatói	46
3.4. A kenetvételek gyakorisága	49
4. A vastagbél szűrés hatékonysága	50
5. A szűrésekre rendelkezésre álló források	52
5.1. A szűrővizsgálatok szervezésének és kommunikációjának forrásai	53
5.2. A népegészségügyi célú szervezett onkológiai szűrések OEP forrásai	55
5.2.1. A szűrések költséghatékonysága	59
5.3. A szűrésekre fordított EU források	60

MELLÉKLETEK

- 1. sz. melléklet Észrevétel
- 2. sz. melléklet Kérdések, kritériumok és adatforrások
- 3. sz. melléklet Program célkitűzései
- 4. sz. melléklet Méhnyak, emlő és kolorektalis szűrés besorolásának változása 1998-2008 között
- 5. sz. melléklet Emlőszűrő munkahelyek elhelyezkedése
- 6. sz. melléklet Méhnyakszűrést végző szakrendelések Budapesten
- 7. sz. melléklet Szűrő- és diagnosztikai vizsgálatok finanszírozása
- 8. sz. melléklet Tanúsítványok jegyzéke
- 9. sz. melléklet Táblázatok jegyzéke

FÜGGELÉKEK

- 1. sz. függelék A szűrések infrastruktúrájára fordított EU források

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
ÁSZ	Állami Számvevőszék
BNO	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
E. Alap	Egészségbiztosítási Alap
ESzCsM	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
EU	Európai Unió
EüM	Egészségügyi Minisztérium
FOBT	(Faecal Occult Blood Test) Rejtett székletvér vizsgálat
GOP	Gazdaságfejlesztési Operatív Program
HBCS	Homogén Betegség Csoport
HEFOP	Humán Erőforrás Fejlesztés Operatív Program
IARC	Nemzetközi Rákkutatási Ügynökség
IBR	Irányított Betegellátási Rendszer
ISH Kft.	International System House Kft.
IR	Ideiglenes Rendszer
KMK	Komplex Mammográfiás Központ
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MeH	Miniszterelnöki Hivatal
MOK	Magyar Orvosi Kamara
MRI	Mágneses Rezonancia Vizsgálat
MSZÁ	Mammográfiás Szűrőállomás
MSZSZ	Mozgó Szakorvosi Szolgálat
NFT I.	Nemzeti Fejlesztési Terv (2004-2006)
NFT II.	Nemzeti Fejlesztési Terv (2007-2013)
NM	Népjóléti Minisztérium
OENO	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OGY	Országgyűlés
OOI	Országos Onkológiai Intézet
OSZR	Országos Onkológiai Szűréseket Támogató Informatikai Rendszer
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
PIB	Népegészségügyi Programirányító Bizottság
ROP	Regionális Operatív Program
SZÉP	Szűréssel az Életért Program
TAJ	Társadalombiztosítási Azonosító Jel
TÁMOP	Társadalmi Megújulás Operatív Program
TIOP	Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program
TVK	Teljesítmény volumen korlát
UH	Ultrahang
UICC	Nemzetközi Rákellenes Unió
ÚMFT	Új Magyarország Fejlesztési Terv (2007-2013)
WHO	(World Health Organisation) Egészségügyi Világszervezet

ÉRTELMEZŐ SZÓTÁR

Átszűrtség	A céllakosságból szűrési célú vizsgálaton részt vettek aránya.
Átvizsgáltság	A céllakosságból diagnosztikus célú vizsgálaton részt vettek aránya.
C53	Méhnyak igazolt rosszindulatú daganata.
Carcinoma	Rák, rákos daganat.
Céllakosság	A szervezett területi szűrőprogram által kiszolgált, meghatározott közigazgatási egységben (megye, város, kerület stb.) lakó, az életkor alapján veszélyeztettnak minősülő, ezért a szűrési programba bevonandó személyek összessége. (Népegészségügyi onkológiai szűrések, Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, ÁNTSZ 2005)
Cervix szűrés	Méhnyakrák, méhnyakrák megelőző állapotok szűrése.
Citológia	Sejttan a sejtek működésével, szerkezetével foglalkozó tudományág (www.vitalitas.hu).
Compliance	Lakossági részvétel, együttműködés.
D06	(In situ rák) Kialakulásának kezdeti szakaszában lévő méhnyakdaganat.
Fekvőbeteg-szakellátás	A betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A finanszírozás módja szerint lehet aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátás.
Incidencia	Valamely betegség azon új eseteinek száma, amelyek a népességben egy adott időszakban, általában egy naptári évben következnek be, 100 ezer lakosra vonatkoztatva.
In situ rák	Kialakulásának kezdeti szakaszában lévő daganat.
Intervallum rák	Két egymást követő szűrővizsgálat közötti időben klinikai úton felfedezett daganat, és ezt a szövettani vizsgálat, vagy a kórlefolyás igazolja. (Szervezett szűrés az onkológiában Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, EüM 2000)
Intervenciós beavatkozás	Képalkotó eljárással támogatott beavatkozás (például ultrahang vezérelt biopszia).
Járóbeteg-szakellátás:	A beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.
Kolonoszkópia	Vastagbéltükrözés.
Kolorektális rák	A vastagbelet (colon) és/vagy a végbelet (rectum) érintő rák (www.springmed.hu).
Költséghatékonyság elemzés	Az azonos célú gyógyszereket, beavatkozásokat vagy egészségügyi programokat (pl. vérnyomáscsökkentés) ösz-

	<p>sze hasonlító elemzés, amikor adott forrásszint mellett a döntéshozó maximalizálni kívánja az adott populáció számára kínálkozó egészségügyi hasznot (www.healtharget.sph.dote.hu).</p>
Költség-hatékonysági ráta	<p>Egy program összköltsége osztva az egészségügyi eredménnyel (pl. a megnyert életek költsége). A költség-hatékonysági elemzésben használják az egészségügyi programok közti szelekcióra. (www.healtharget.sph.dote.hu)</p>
Lefedettség	<p>Átszűrtség+átvizsgáltság.</p>
Malignus	<p>Roszzindulatú. A daganatok egyik csoportja, amelyekre jellemző az állandó sejtszaporodás, a környezetbe történő betérés és a távoli áttétképzés (www.springmed.hu).</p>
Megismételt szűrővizsgálat	<p>A mammográfiás felvételkészítés (pozicionálás, kompresszió, exponálás), vagy a filmelőhívás tökéletlensége, tehát valamely technikai ok következtében véleményalkotásra alkalmatlanság miatt a vizsgált személy visszahívása, a vizsgálat megismétlése, új felvétel készítése szükséges. (Népegészségügyi onkológiai szűrések, Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, ÁNTSZ 2005)</p>
Megjelenési arány	<p>A megjelentek száma viszonyítva a kiküldött behívólevelek számához.</p>
Nem-negatív szűrővizsgálati eredmény	<p>Bizonytalan, gyanús, vagy rosszzindulatú elváltozásra utaló lelet, amely a rosszzindulatú elváltozás gyanújának kizárása, vagy megerősítése céljából további tisztázó vizsgálatok elvégzését teszi szükségessé. (Népegészségügyi onkológiai szűrések, Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, ÁNTSZ 2005)</p>
Opportunistikus/alkalomszerű szűrés	<p>A rejtett kóros állapotok felderítésére szolgáló, egyéni rizikót mérlegelő orvosi tevékenység egyéb okból bekövetkező, vagy célzott orvosi megkereséshez kapcsoltan.</p>
Országos Szűrési Koordinátor (OSZK)	<p>Az Országos Tisztifőorvos (OTF) által kinevezett köztisztviselő, aki az OTH SzMSz által meghatározott körben gyakorol kiadmányozási és kötelezettségvállalási jogokat. Felelős a népegészségügyi szűrőprogramok működtetéséért, szakmai minőségéért, a hatékony forrásfelhasználásért. Felhatalmazása és felelőssége mindhárom szűrési módzatra és az ország egész területére kiterjed. Tevékenységét az OTH szervezeti keretében, a helyettes országos tisztifőorvos (HOTF) irányítása és felügyelete alatt látja el (www.springmed.hu).</p>
Polyp	<p>Rákmegelőző állapot.</p>
Populációs/népegészségügyi szűrések	<p>Az egészségügyi ellátórendszer által központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, a veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoporthoz kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal folytatott program.</p>
Prevalencia	<p>Valamely betegség összes eseteinek száma egy adott időpontban, vagy időszakban, naptári évben.</p>
Prevenció/megelőzés	<p>A betegségek keletkezésének megelőzését, az egészség</p>

	<p>fenntartását, a krónikus állapotok lehető legkorábbi felismerését jelenti. Célja az egészségi állapot és az életminőség védelme, illetve helyreállítása. Két formája ismert: primer és szekunder prevenció. Közös tulajdonságukként említhető, hogy egyik se valósítható meg a még egészséges, vagy már beteg személy elfogadó magatartásának hiányában.</p>
Primer/elsődleges megelőzés/prevenció	<p>A daganatos betegségek kialakulásában szerepet játszó oki, vagy kockázati tényezők ismert vagy feltételezett hatások kiiktatását jelenti az egyes emberek mesterséges, illetve természetes környezetéből vagy életmódjából. (Nemzeti Rákellenes Program)</p>
Rákregiszter	<p>Az egyes daganatos megbetegedések megelőzésének, gyógykezelésének, a betegek utógondozásának, valamint – az epidemiológiai vizsgálatok tervezése, szervezése, irányítás és értékelése céljából az egyes daganatos megbetegedéseket és a daganatos betegek ápolásának, kezelésének adatait be kell jelenteni, amelyet a Nemzeti Rákregiszterben tartanak nyilván. (24/1999. (VII. 6.) EüM rendelet az egyes daganatos megbetegedések bejelentésének rendjéről.)</p>
Részvételi arány	<p>A szűrővizsgálaton megjelentek aránya a szűrővizsgálatra meghívottak számának százalékában kifejezve. (Népegészségügyi onkológiai szűrések, Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, ÁNTSZ 2005)</p>
Szekunder/másodlagos prevenció/megelőzés	<p>A tüneteket és panaszokat még nem okozó daganatok és daganat előtti állapotok felismerése a későbbi, súlyosabb következmények megelőzése érdekében. Módszere a szűrővizsgálat. (Nemzeti Rákellenes Program)</p>
Szervezett szűrés	<p>Az egészségügyi ellátórendszer által központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program (vega.medinfo.hu).</p>
Szűrési munkacsoportok	<p>Operatív jellegű interdiszciplináris munkacsoportok, amelyekben képviselve van az egyes szűrővizsgálati módok (emlőszűrés, méhnyakszűrés, vastagbéliszűrés) végrehajtásához szükséges szakértelem. Kidolgozzák a szakmai protokollokat, elemző, monitoring és értékelő tevékenységet folytatnak, teljesítménymutatókat dolgoznak ki a szűrőtevékenységek minőségellenőrzésére, a területi lefedettség egyenetlensége esetén javaslatot tesznek a korrekcióra. Véleményezik a szűrőmunkahelyek megfelelőségét, a szakmai protokollban előírt módon havi, negyedévi, évi jelentések alapján, szükség szerint helyszíni ellenőrzés útján (www.springmed.hu).</p>
Szűrővizsgálat	<p>A preklinikai (panaszt még nem okozó) kimutathatóság szakaszában tünet és panaszmentes személyeknek a rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel végzett vizsgálata.</p>

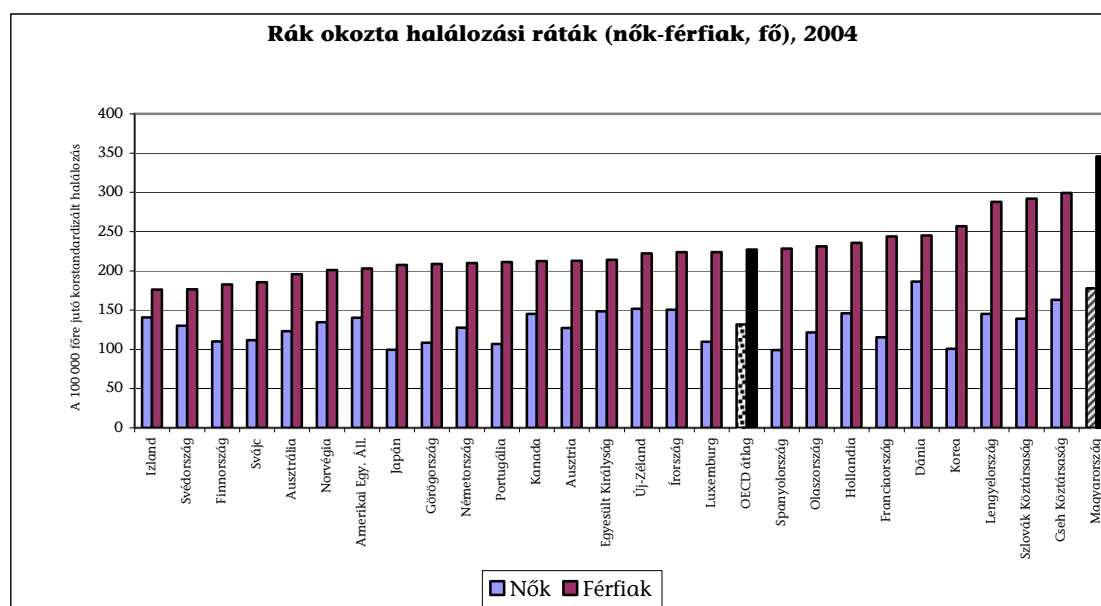
Szűrővizsgálatra meghívottak	A területi lakosságlista alapján személyre szóló meghívólevél útján vagy egyéb szervezett módon szűrővizsgálatra meghívott személyek. (Népegészségügyi onkológiai szűrések, Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, ÁNTSZ 2005)
Szűrővizsgálaton megjelentek	Személyes meghívásra vagy spontán megjelent, szűrővizsgálatban részesült személyek. (Népegészségügyi onkológiai szűrések, Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, ÁNTSZ 2005)
Teljesítmény volumen korlát	A Teljesítmény Volumen Korlát (TVK), meghatározza, hogy egy kórházi osztályon, adott idő alatt mennyi beteget láthatnak el az állam által biztosított százszázalékos költségfinanszírozással. Az e fölött érkező betegek ellátását nem finanszírozza az egészségbiztosító.
Tévesen negatív lelet	Szövettanilag ráknak bizonyult esetek, amelyekben a korábbi vizsgálat nem jelezte rosszindulatú daganat lehetőségét, azaz negatív volt. (Szervezett szűrés az onkológiában Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, EüM 2000)
Tévesen pozitív lelet	A szövettani vizsgálat és a kórlefolyás nem igazolja a feltételezett rosszindulatú daganat jelenlétét. (Szervezett szűrés az onkológiában Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, EüM 2000)
Visszahívási arány	Nem-negatív mammográfiás lelet miatt további tisztázó vizsgálatok elvégzése céljából visszahívottak aránya a szűrővizsgálaton megjelentek százalékában. (Népegészségügyi onkológiai szűrések, Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, ÁNTSZ 2005)

JELENTÉS

az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről

BEVEZETÉS

Magyarországon 2005-ben a születéskor várható élettartam 75,8 év volt, ezzel az OECD tagállamok között majdnem az utolsó helyen állt, csak Törökország követte a rangsorban. Az OECD országok összlakosságra vonatkozó átlagos értéke elérte a 78,6 évet, sőt az országok mintegy egyharmadánál meghaladta a 80 évet. 1960 óta 30 ország mindegyikében növekedett a várható élettartam, de ez Magyarországon nem számottevő. A daganatok okozta halálozási mutatók tekintetében Magyarország a legrosszabb helyen áll. A 100 000 főre jutó korstandardizált halálozás 346 fő, míg az OECD átlag 227 fő.¹



Összességében 1980 óta a rákos megbetegedések okozta halálozás az OECD országok többségében a férfiak és nők körében egyaránt csökkent. Ez alól a tendencia alól csak 4 ország kivétel: Magyarország, Görögország, Lengyelország és Spanyolország (2004).

¹ Health at a Glance 2007: OECD Indicators „age-standardised to the 1980 OECD population structure”, (a grafikonban 27 ország adatait publikálták).

Hazánkban évente mintegy 32 ezer ember rosszindulatú daganatos betegség következtében hal meg, és közülük több mint 7 ezer fő emlő-, méhnyak, vastag- és végbéldaganat miatt. A tüdőrák, a vastag- és végbél rosszindulatú megbetegedései miatt kétszer magasabb a halandóság, mint az EU többi tagállamában. A férfiaknál és nőknél egyaránt vezető halálok a tüődaganat. A nőknél ezt követi az emlő- és vastagbélrák, míg a férfiaknál a vastag- és végbélrák, valamint a szájüregi daganatok.² Az okok között a környezetszennyezés, az egészségtelen életmód, a gazdasági fejlettség hiányosságai, és a társadalmi egyenlőtlenség szerepel.

Az Egészségügyi Világszervezet 1998-as nyilatkozata szerint az egészségi állapot javítása nem képzelhető el megalapozott nemzeti és regionális politikai stratégiák nélkül. Ezt felismerve 2001 nyarán a Kormány elfogadta³ az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programot 2001-2010”, majd 2003-ban az Országgyűlés az „Egészség Évtizede Johan Béla Nemzeti Program”-ot. A programok a népegészségügyi helyzet gyökeres javítását, ezen belül a daganatos eredetű halálozás csökkentését foglalmazták meg.

A népegészségügyi programokon túl a Kormány 2005-ben a „21 lépés a magyar egészségügy megújításáért”⁴ című programjában is a daganatos halálozások növekvő trendjének megállítását tűzte ki célul és Nemzeti Rákellenes Programot indított.

Az alábbi táblázat a programok céljait összefoglalóan mutatja be:

Program megnevezése	Általános cél megfogalmazása	Emlőrák elleni célkitűzés	Méhnyakrák elleni célkitűzés	Vastagbélrák elleni célkitűzés
2001-2010 Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program	65 évnél fiatalabb lakosság daganatos halálozásának 10%-os csökkentése.	A halálozás 20%-os csökkentése.	A halálozás 50%-os csökkentése.	A halálozás 10%-os csökkentése.
2003-2012 Egészség Évtizedének (Johan Béla) Nemzeti Népegészségügyi Programja	70 évnél fiatalabb lakosság daganatos halálozásának 5-10%-os csökkentése.	A halálozás 30%-os csökkentése és a szűrési részvétel 70%-os elérése a céllakosságban.	A halálozás 60%-os csökkentése és a szűrési részvétel 70%-os elérése a céllakosságban.	A halálozás 20%-os csökkentése és szűrési rendszer megszerzése.
2005 Kormány 21 lépés az egészségügyért program	10 év alatt a daganatos betegek száma csökkenjen 15%-kal.	2005 végéig 65%-ra növekedjen a szűrésen résztvevők aránya.	Több száz nő idő előtti halálának megakadályozása.	szűrési program kiterjesztése.

² KSH 2006. évi Statisztikai Évkönyv, kézirat.

³ A 2001-2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről szóló 1066/2001. (VII. 10.) Korm. hat.

⁴ 100 lépés program keretében került meghirdetésre 2005. V. hóban.

A daganatos halálozás mérséklésének – rövid és középtávon – eszköze a lakosság szűrővizsgálata, azaz a magukat egészségesnek vélő, tünet- és panaszmentes személyek időről-időre megismételt vizsgálata a még rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel, a betegség feltárása vagy kizárása céljából. A korai felismerés a teljes gyógyulás ígérte hordozza, illetve a költséghatékonyságnak is alappilléret képezi.

A szakmapolitika megkülönböztet alkalomszerű szűrést, ami egyéni rizikót mérlegelő orvos/betegtalálkozáshoz kötött, továbbá népegészségügyi szervezett szűrést, amelynek lényege, hogy központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, a veszélyeztetett célcsoportra terjed ki, szakmailag indokolt gyakorisággal ismételt program. A szűrővizsgálati eljárás hatásossága már bizonyított, a célbetegségből származó halálozás csökkenésével mérhető, tömeges szűrésre költségei és hozzáférhetősége miatt alkalmas.

A népegészségügyi célú onkológiai szűrővizsgálatok bevezetéséhez és eredményességének megítéléséhez nemzetközi szakmai szervezetek ajánlásokat fogalmaztak meg pl. az Európai Unió Tanácsa 2003/878/EC számú ajánlásában. Ezen kívül az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és annak Nemzetközi Rákutatási Ügynöksége (IARC), valamint a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) epidemiológiai bizonyítékokon alapuló ajánlásai mértékadóak.

A nemzetközi ajánlások értelmében szervezett lakosságszűrés a következő területeken javasolt:

- emlőszűrés mammográfiás vizsgálattal az 50-69 éves nők számára, a mammográfiás vizsgálatokra vonatkozó európai irányelveknek való megfeleléssel, (az IARC szerint 2-3 éves gyakoriság hatékonysága a legjobb, a WHO az 50 év feletti korosztály legalább 70%-ának a szűrését javasolja);
- a méhnyak szűrése kenet vételével, 20-30 éves életkortól kezdve (a WHO szerint 3 évnél gyakrabban szűrni nem indokolt);
- vastagbél- és végbél szűrés székletbeli rejtett vér kimutatással (FOBT teszttel) 50-74 éves férfiak és nők számára (a WHO szerint évente-kétévente, a kétévente végzett tesztek kb. 20%-kal csökkentik a mortalitást, az évenkénti gyakoriság nagyobb arányú csökkenést eredményez).

A vizsgálatunk tárgyát képező emlő-, méhnyak- és kolorektális szűrés életkorhoz kötött, alkalomszerű szűrésként jogszabályban biztosított volt 1998. január 1-jétől. A szervezett szűrővizsgálatot 2001 júliusától törvények⁵ határozzák meg, mint az egészségügyi ellátórendszer keretében végzett, népbetegségek felderítésére irányuló tevékenységet, amely az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportokra terjed ki. A korábbi, az életkorhoz kötött alkalomszerű szűrésektől az különbözteti meg a szervezett szűrővizsgálatot, hogy a célszemélyek személyes meghívását alkalmazza szakmailag indokolt gyakorisággal. Szervezését, koordinálását és minőségellenőrzését az ÁNTSZ végzi.

⁵ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 81-82. §-ai, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 10. §-a.

A szervezett szűrővizsgálatokat mindegyik népegészségügyi program kiemelt kérdésként kezelte. A szervezett emlőszűrés 2002 januárjában indult. A szűrési célcsoport a 45-65 év közötti nőkre terjedt ki kétéves gyakorisággal, mammográfias készülékkel végzett röntgenvizsgálattal. A méhnyak szűrést 2003. VII. 24-én minősítette át a jogszabály⁶ szervezett szűréssé. A szűrési célcsoport a 25-65 év közötti nőkre terjedt ki háromévenkénti kenetvétellel. A kolorektális szervezett szűrés az 50-70 éves korcsoportra terjed ki, amely jogszabály⁷ szerint 1 napig volt hatályban (2005. XII. 31.), 2006. január 1-je óta pedig kísérleti programként szerepel. Az intézkedésektől a leggyakoribb halálozást okozó onkológiai betegségek visszaszorítását, korai felismerését várják. A program irányítója az Egészségügyi Minisztérium, végrehajtásában kiemelt szerepe van az ÁNTSZ-nek és az OEP-nek.

A rákellenes küzdelem eredményessége döntően az elsődleges (életmódváltás, környezeti tényezők) és másodlagos megelőzéstől (szervezett szűréstől) függ, mindkettő szervezése és irányítása speciális állami feladat.

„Nemzetközi tapasztalatok és a hazai becslések alapján a népegészségügyi szűrővizsgálatoktól – a működtetés 5-7 évétől – a célbetegségből származó halálozás mintegy 30%-os csökkenése várható, és pedig az emlőrák miatti halálozás 20%-kal, a méhnyakrák miatti halálozás 50%-kal, a kolorektális rák miatti halálozás 10%-kal csökkenhet”.⁸

A népesség nagyfokú együttműködése alapfeltétele a szűrések eredményességének, befolyásolja a szűrés költséghatékonyságát és megmutatja azt is, mennyire volt sikeres a mozgósításra irányuló szervezés. Az ÁSZ vizsgálat záró munkálataival egyidőben 2007 novemberében és 2008 februárjában a Kormány a Miniszterelnökségen keresztül országos tájékoztatási és felvilágosítási kampányba kezdett a lakossági szűrések hatékonyságának növelése érdekében.

Az ellenőrzés célja annak értékelése volt, hogy

- megfelelően hasznosultak-e a szűrésekre tervezett és ráfordított költségvetési források;
- a programok végrehajtásában érvényesült-e az egyenlő hozzáférés, a morbiditási adatokkal összhangban;
- a szűrési programok eredménye megmutatkozott-e a regisztrált új betegek számában és az ellátásuk költségeiben.

⁶ A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet.

⁷ A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet.

⁸ Nemzeti Rákellenes Program/ Daganatos betegségek megelőzése, OTH 2007. január (5. old.)

Korábbi ÁSZ ellenőrzések az onkológiai szűrővizsgálatokkal elkülönülten nem foglalkoztak.

Az ellenőrzést teljesítmény-ellenőrzési módszerrel hajtottuk végre. Az ellenőrzés szempontjainak megalapozására összeállított kritériumokat a 2. sz. melléklet tartalmazza. Az ellenőrzés alapvetően a 2001-2006 közötti időszakra irányult, de az egyeztetési folyamat lezárásáig figyelemmel kísértük a változásokat.

Az ellenőrzés az Egészségügyi Minisztériumra (illetve jogelődjére), az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra, az ÁNTSZ-re és a Nemzeti Rákregiszterre terjedt ki.

Az ellenőrzés végrehajtására az Állami Számvevőszékről szóló 1989. évi XXXVIII. törvény 2. §-ának (3), (5), és (9) bekezdése, a 16. §-ának (1) bekezdése, a 21. §-ának (3) bekezdése, továbbá az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény (Áht.) 104. §-ának (3) bekezdése és 120/A. §-ának (1) bekezdése rendelkezései adnak alapot.

Az ellenőrzés során kísérletet tettünk a szűrés eredményességének mérésére az egészségügyi és személyes adatok összekapcsolásával, mivel az adatkezelők elemzései erre nem terjednek ki, de az OEP a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvényre hivatkozva az ellenőrzés számára nem tette lehetővé az adatok TAJ-szintű megismerését, ellenőrzését.

A jelentést egyeztetésre megküldtük az egészségügyi miniszternek. Észrevételét az 1. sz. melléklet tartalmazza.

I. ÖSSZEGZŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK, KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

Az elsődleges és másodlagos prevenció megvalósításának döntő feltétele a biztos finanszírozási bázis. A szervezett szűrőprogramokat úgy vezették be, hogy finanszírozásuk nem volt előre kidolgozva. A kiadások döntő része maga a szűrési szolgáltatás költsége, amelyet többletforrás bevonása nélkül a járóbetegszakellátás (korábban is létező) előirányzata terhére vezettek be.

Az E. Alap emlőszűrési kiadása 2002-2007 között 4778,5 M Ft, a méhnyak szűrése 892,1 M Ft volt. A vastagbélvizsgálás ráfordításai szűrőkód hiányában nem elkülöníthetők, így csak a széketvér vizsgálatok együttes adatai állnak rendelkezésre, amelyek 2002-2007 között 249,9 M Ft-ot tettek ki.

A népegészségügyi programok forrásainak fokozatos szűkülése ellenére 2003-2007 között az ÁNTSZ évente közel azonos összeget 200,0-250,0 M Ft-ot, összesen 1127,3 M Ft-ot fordított onkológiai szűrés-szervezésére a központi költségvetésből.

A cervix és emlőszűrés 2006. július óta nem tartozik TVK korlátozás alá. A teljesítmény-finanszírozás mégsem segíti, hanem korlátozza a szűrés bővítését. Azok az egészségügyi szolgáltatók, amelyek rendszeresen túllépik az OEP-pel kötött teljesítmény volumen korlátjukat nem érdekeltek a szűrésben, azaz teljesítményük növelésében, mert a feltárt esetek ellátásának költségét (az ún. következményes kezeléseket) nem téríti meg számukra az OEP (2006 közepéig részben, degresszív módon kifizette). A vastagbélvizsgálás finanszírozás szempontjából az előzőekhez képest még hátrányosabb helyzetben van, mert nincs a diagnosztikától elkülönült finanszírozási kódja, nincs a korlátozás alól maga a szűrés sem mentesítve ezért országos kiterjesztésének ez is akadálya (és a szűréseket követő gyógyító eljárások sem mentesek a TVK alól).

Az OEP 2005-ben 850 M Ft keretösszeggel pályázatot írt ki betegségmegelőző tevékenység végzésére házi orvosok részére (IBR-en kívül). A pályázatnak csak közvetett és nem mérhető kapcsolata volt a szervezett szűrővizsgálatokkal (348 szerződésre 210 M Ft-ot fizettek ki). A pályázat sikertelenségét az alacsony érdeklődés, a pályázattal megszerezhető többletforrás alacsony összege, illetve az érte nyújtandó jelentős adminisztrációs ráfordítás aránytalansága okozta.

A szűrés infrastruktúráját javították az NFT I. kapcsán hazánkban felhasznált, uniós forrásokból megvalósult beruházások. A NFT II.-vel összhangban a 2008-tól érkező mintegy 2,0 Mrd Ft-ot elsődlegesen a szűrések népszerűsítésére és egészségmonitorozásra tervezik felhasználni.

2007 november-december hónapban a Miniszterelnökség 7 városban szervezett Szűréssel az Életért Programot (SZÉP) melyre 300 M Ft-ot fordított. A programot 2008 februárjában további 25 városban folytatják. A programnak része volt a daganatos megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenységek támogatása,

ezen belül figyelemfelhívás a szervezett szűrőprogramokra. A program hatását nem mérték.

A népegészségügyi és a szervezett szűrés kommunikációjára fordított források nem különíthetők el az EüM költségvetésében. A kommunikáció szűrési részvételre gyakorolt hatásának mérésére szolgáló kritériumrendszert nem dolgozták ki, az eredményesség nem mérhető. Az ÁNTSZ és a prevenció szakemberek véleménye szerint a szűrővizsgálatok népszerűsítése nem megfelelő.

Az emlő- méhnyak és vastagbél szűrővizsgálatok eredményességének legfontosabb mutatója – a szakmapolitika szerint – a halálozás csökkenése, ami a szűrés bevezetését követő 5-7 évvel mutatható ki, amennyiben a részvételi arány megfelelően magas. A vizsgált időszakban, 2001-2006 között mindhárom szűréssel megcélzott daganattípus esetén kis mértékben csökkent a halálozás, de ebből a szűrővizsgálatok eredményességére nem vonható le következtetés. Ez a csökkenés a KSH halálói statisztikai módszertanának változtatásával indokolható. A csökkenés mind az életmódváltással, mind a szűréssel, mind a KSH halálói statisztikájának változásával indokolható, de ezek hatása a jelenlegi információs rendszerben nem mérhető, nem különíthető el.

„A gépi halálói kódolásra történt áttérés okozta a tendenciaváltozást. Természetesen daganattípusonként eltérő mértékben jelentkezik hatása. A 2005. évi gépi kódolású statisztika árnyaltabban és pontosabban tükrözi a hazai daganatos morbiditás és mortalitás valódi helyzetét, mint a hagyományos kézi kódolás”.⁹

A szűrési tevékenység eredményességének nemzetközileg alkalmazott főbb indikátorai: a részvételi arány, a szűrést követő diagnosztika, illetve ellátás gyorsasága és az intervallum rákok aránya. Az új betegek száma (és ennek 100 000 főre számított aránya az incidencia) a daganatos betegségeknek szintén gyakran alkalmazott mutatója.

A szűrőprogramok eredményességének megítéléséhez rendelkezésre álló országos adatbázisok (OEP, ÁNTSZ, Rákregiszter, KSH) elkülönítetten működnek, köztük az adatok összekapcsolása nem valósítható meg. **A szűrések eredményessége és hatékonysága az egyes adatbázisokból külön-külön nem mérhető és nem igazolható, mivel** a szűrésre vonatkozó mutatók, a megbetegedések az egészségügyi ellátások és ezek finanszírozási adatai „nem futnak össze” egy kézbe, nincs ellenőrzött, integrált információs rendszer, nem épült ki a szűrés minőségbiztosítási monitoring része, és **az adatok validitása sem biztosított.**

A szűrőprogramok eredményességének mérésére az ÁNTSZ-OEP-Rákregiszter adatainak összekapcsolásával kísérletet tettünk, de az OEP – adatvédelemi okokra hivatkozva¹⁰ – az ellenőrzés számára sem tette lehetővé a hozzáférést a TAJ-szintű adatokhoz, az elemzés elvégzéséhez. Az egyének egészségügyi ada-

⁹ Változások a halálói statisztikában, KSH Demográfiai évkönyv 2005

¹⁰ A személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvény.

tait védő szabályozás megakadályozza, hogy az egyén, illetve az állam tájékozódhasson a szűrővizsgálatok eredményességéről és hatékonyságáról.

A lakossági célzott szűrővizsgálatok összehangolása, szervezése és felügyelete az ÁNTSZ feladata.¹¹ A feladat ellátása érdekében szükség van az érintett lakosság személyes adataira (név, életkor, lakcím, TAJ-szám stb.), valamint a célbetegségekkel kapcsolatos egészségügyi adataira (az érintett állapotára, megbetegedésére, az egészségügyi szolgáltatók által észlelt, vizsgált, mért adatra, továbbá a halál okára vonatkozó adatra) és azok együttes kezelésére. Törvény¹² csak 2005-től teszi lehetővé az ÁNTSZ számára a TAJ-szám használatát, de a szervezett szűréssel kapcsolatban egészségügyi adatot nem gyűjthet, és nem kezelhet, ezért az ÁNTSZ felügyeleti feladatait – részben adatvédelmi okok miatt – nem tudja teljes körűen ellátni.

Az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzése, minősítése miatt szükséges a TAJ-számra visszakövethető egészségügyi adatok (az elváltozás minőségének, méretének) ismerete. A szűrési és az ellátási adatok összekapcsolása és együttes vizsgálata szükséges a szűrést követő ellátás gyorsaságának méréséhez (napok száma), továbbá a szűrés sikerességének legfontosabb mérőszáma a program érzékenységét jelző intervallumrákok gyakoriságának megállapításához.

Az ÁNTSZ rendelkezhetne megbízható információval a szűrésen részt vettek számáról és arányáról, de a jelenlegi informatikai rendszerből nyert adatok nem hitelesek. Az onkológiai szűrések szervezését-nyilvántartását támogató országos informatikai és információs rendszer megvalósítására (Országos Szűrési Informatikai Rendszerfejlesztés, továbbiakban: OSZR) az ÁNTSZ pályázatot írt ki. Az informatikai rendszer a kitűzött célokhoz képest csökkentett tartalommal és csak részben valósult meg. A pályázat szerinti 21 fő funkció közül 13 részben, 8 egyáltalán nem készült el. A rendszerben lévő megjelenési adatok validitása nem biztosított, mivel TAJ-szintű adatokat csak részben tartalmaz, annak ellenére, hogy 2005 óta az ÁNTSZ-nek erre jogszabályi felhatalmazása van, másrészt az egészségügyi szolgáltatók adatjelentési mulasztása nem szankcionált. Az ÁNTSZ által gyűjtött kumulált adatok megbízhatatlanságát jelzi, hogy a szűrésen résztvevők számáról rendelkezésre álló adatok az ÁNTSZ és az OEP nyilvántartásaiban nem egyeznek meg. (Melynek csak részben oka a teljesítés és finanszírozás időpontjának eltérése.) Az adatok különbözőségét az alábbi táblázat mutatja be.

¹¹ Az ÁNTSZ-ről szóló 1991. évi XI. törvény 5.§ (1) bek. e) pontja.

¹² Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 4. §

fő

Megnevezés	Forrás	2002	2003	2004	2005	2006
Emlőszűrés	OEP	323 036	226 372	219 889	249 384	232 707
	ÁNTSZ	323 858	220 552	221 561	245 654	222 734
Méhnyakszűrés	OEP	34 968	349 910	154 348	127 867	148 531
	ÁNTSZ	-	-	24 217*	40 520	45 314

* A 2003-2004. év adatait összevontan tartalmazza (2003 októberében indult a szűrés).

Az OEP jogosult személyes és egészségügyi adatok kezelésére, azonban nem ismeri az egészségügyi adatok minőségét, pl. azt, hogy a kiszűrt és ellátott elváltozás mekkora méretű volt.

Az új betegek számáról közvetlenül a Rákregiszter nyilvántartásából és közvetetten a szűrővizsgálatok OSZR-éből (ÁNTSZ) lehet adatokat nyerni. A Nemzeti Rákregiszterbe a daganatos eredetű betegségek észlelése esetén a betegellátó az érintett egészségügyi és személyazonosító adatait továbbítja, ahol ezeket az adatokat gyűjtik és elemzik.¹³ Ez az adatbázis azonban halmozódást tartalmaz, mivel egy beteg kettő vagy több daganatos betegséggel is szerepelhet, és ezen túl az esetek egy részét¹⁴ szövettani kóddal alá nem támasztott daganatok képezik. A Rákregiszter nem gyűjt adatot arról, hogy a betegséget szűrési vagy diagnosztikai vizsgálattal tárták fel, ezért a rákregiszter nem rendelkezik információval a szűrővizsgálatokkal kiszűrt új megbetegedések számáról.

Az alábbi táblázat a Rákregiszter új emlődaganatos betegeinek számát valamint az ÁNTSZ-nél szűrésen megjelentek közül műtétre javasoltak számát mutatja be.

Megnevezés	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rákregiszter Összes új emlőrák megbetegedett	7 220	8 342	8 360	7 815	7 894	7 710
Ebből szűrési korcsoportba tartozó	3 771	4 727	4 447	4 095	4 174	3 948
ÁNTSZ műtétre javasolt emlőrák beteg		2 411	1 643	1 180	1 238	1 115

Az OGY határozat, valamint a Nemzeti Rákellenes Program onkológiai adatkezelésre és informatikai rendszer kialakítására (a szűrési tevékenység és a Rákregiszter összehangolt működtetésére) vonatkozó része nem valósult meg az OSZR kudarca és az adatkezelési jogosultság hiánya miatt.

¹³ Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 16. § (5) bek.

¹⁴ Daganattípusonként eltérő arány, 2006-ban az emlőrákok esetében 41,9%-ban nem szerepel szövettani kód.

Az EüM a népegészségügyi program éves előrehaladásáról, ezen belül a szűrőprogramok eredményességéről beszámolási kötelezettséggel tartozik az Országgyűlésnek. A beszámolók – a fent említett információs rendszer hiányosságai miatt – nem a szűrési tevékenység eredményességének megbízható nemzetközi mutatóira épülnek és szubjektív, évenként össze nem hasonlítható, nem megbízható adatokat tartalmaznak, így téves képet mutatnak a programok előrehaladásáról.

A népegészségügyi célú szervezett szűrőprogramok szabályozása¹⁵ a szűrési jogosultságot kezdetektől fogva biztosítási jogviszonyhoz köti. Az OGY¹⁶ határozat az ország lakosságának egészségi állapot javítását célozza, és nem tesz különbséget biztosított és nem biztosított polgárai között, így a két jogforrás között ellentmondás van. A két jogforrás célja közötti különbség a szigorított biztosítási jogviszony ellenőrzése következtében okoz problémát, tekintettel arra, hogy a célcsoport egy része a TAJ nyilvántartás rendezését követően nem jogosult a szűrésre.

A szervezett **emlőszűrési** program 2002 januárjában indult el. Az OGY határozat a halálozás 30%-os csökkenését valamint a céllakosság 70%-os átszűrtségét fogalmazta meg. A program első évében – az OEP adatai szerint – a résztvevők száma háromszorosára emelkedett és ezt követően a céllakosságnak mintegy 40%-át érte el. A jelenlegi szervezési és részvételi hajlandóság mellett nem várható a kitűzött cél elérése ezért a program hatékonysága mérsékelte.

A hazai gyakorlatban összekeveredik a szűrési és a diagnosztikus mammográfiás tevékenység. A céllakosságból szűrésen és diagnosztikán megjelentek együttes aránya 50% körüli lefedettséget mutat, ami megfelel az OECD átlagnak.¹⁷ Ez a mutató Norvégiában 98%, Finnországban 87,7% és Svédországban 83,6%.

Az ÁNTSZ az emlőszűrő kapacitás intézményi feltételeit túlkínálattal alakította ki. Országosan 45 szűrőközpont van, ami 60%-kal több mint amennyit szakmai ajánlás (27)¹⁸ tartalmaz. A központok kiválasztásánál nem vették figyelembe az egyenlő hozzáférést, a területi lefedettséget és a helyi morbiditási adatokat. A mammográfiás emlőszűrés szakmai feltételeit protokollban rögzítették és az a pályázati és akkreditációs eljárás részét képezte, de azt az ágazatirányító nem hirdette ki. Az akkreditált szűrőhelyekkel szemben a diagnosztikus vizsgálati helyeken végzett „szűrések” alacsonyabb minőségi követelményeknek felelnek meg.

¹⁵ Az egyes, az egészségügyet érintő törvényeknek az egészségügyi reformmal kapcsolatos módosításáról szóló 2006. évi CXV. törvényben meghatározták a biztosítási jogviszonytól független ellátások körét, amely a szervezett szűréseket nem tartalmazza.

¹⁶ Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.

¹⁷ Health at a Glance 2007, OECD Indicators 111. p.

¹⁸ Nemzeti Rákellenes Program/ Daganatos betegségek megelőzése OTH 2007. január (12. old.)

A **méhnyak** megbetegedési és halálozási adatainak kis mértékű csökkenése és az alacsony részvételi arány (2004-2006 között a 70%-os célhoz képest 5% körüli az OSZR szerint) nem igazolja a 2003-ban elindult szűrési program hatékonyságát. Az OEP szűrési finanszírozási adatai szerint a részvételi arány 16-26% közötti, de a diagnosztikai vizsgálatokkal együtt a tényleges lefedettség ennél nagyobb arányú, 50% körüli. (A magánrendelések során végzett „szűrésekről” és azok elszámolásáról nincs információnk.)

Nyugat Európában az elérhetőséget és hozzáférhetőséget priorizálva a szűrési tartalmát a citológiai kenetvételre- és vizsgálatra redukálták és a mintavételt az alapellátás feladatává tették, szakasszisztens végzi. A hazai eljárásban a magasan kvalifikált szakorvos, komplex nőgyógyászati vizsgálat részeként kenetet vesz. Ez a szűrési módszer költséges, nem felel meg a tömegszűrés nemzetközi módszertanának, nem tudományos bizonyítékokra alapozott.

A szűrés területi elérhetősége megfelelő, de területi eloszlása nem egyenletes. A levett kenetek vizsgálatára akkreditált citopatológiai laborok nem mindegyike rendelkezik a minősítés alapjául szolgáló vizsgálati számmal.

Az Országgyűlés és a Kormány **vastag-, illetve végbéldaganat-szűrés** kiterjesztésre vonatkozó céljai nem teljesültek, (a szűrési rendszer országos megszervezése és az egyenlő hozzáférés nem valósult meg és ennek következtében 2012-re kitűzött 20%-os halálozáscsökkentés időarányosan elmaradást mutat). A szűrés fokozatos bevezetése helyett csupán kísérleti és modell programokat bonyolítottak le. 2003-tól 2006-ig a 2,4 milliós célpopuláció kb. 2%-a (összesen 95 ezer fő) vett részt szűrésen. A kiterjesztést orvosszakmai konszenzus, a szakárca döntéseinek hiánya és az egészségügyi szolgáltatók érdektelensége gátolta. A kísérlet alatt és azt követően sem alakítottak ki egységes szervezési (beleértve értékelési, adatfeldolgozási) munkamódszert, és – bár elkészítették – nem tették közzé a szűrési protokollt.

A vastagbél-szűrés megszervezése 2001-től Kormány, majd 2003-tól Országgyűlési határozatban megfogalmazott elvárás volt. A miniszteri rendelet 2005. december 31-ig az életkorhoz kötött ajánlott szűrések között szerepeltette. 2006. január 1-jétől a népegészségügyi célzott szűrővizsgálatok között kísérleti programként határozták meg a vastagbél-szűrést. 2008-tól az EüM nem finanszírozza a kolorektális szűrések szervezését és felfüggesztette a programot. A kísérleti szűrések hatása, a kis területi és rövid időbeli kiterjedése, valamint adatkezelési problémák miatt nem mutatható ki. Az elvégzett szűrések módszere összhangban volt a nemzetközi ajánlásokkal, illetve az európai uniós elvárásokkal.

A szűrések hatékonyságának egyik mutatója a részvételi arány, mert a mutató folyamatos magas szintje esetén várható a halálozás csökkenése. E mutató alapján egyik program sem hatékony, mert nem értek el, illetve tendenciájukban nem mutatnak folyamatosan magas részvételi arányt, ezért egyik program sem fogja teljesíteni az „Egészség Évtizede” program által kitűzött célt.

Az OGY határozatban kitűzött célok elérése érdekében az ágazatirányító nem tette meg a szükséges intézkedéseket, ezért a szűrésekre fordított költségvetési források nem hasznosultak megfelelően. Hiányzott a szűrővizsgálatok stratégiai

ai és évekre lebontott operatív tervezése, a végrehajtás során összerosódtak a döntési és végrehajtási szintek, a szűrővizsgálatok meghatározása során, nem hirdették ki, és nem ellenőrizték a szűrési protokollokat és azok végrehajtását.

A programok közös jellemzője, hogy sem a célok meghatározása előtt, sem azt követően nem készültek (évekre lebontott) megvalósíthatósági számítások/ütemtervek a tevékenységekre, a rendelkezésre álló és szükséges erőforrásokra, költségekre. Egy-egy betegszűrés számokban megfogalmazott célkitűzése a három időpontban készült programban eltérő volt, mind az életkori határokat, mind a halálozást, mind a várható részvételi arányt nézve.

A szűrés szervezeti háttérében nem egyértelműek az irányítási, szervezési és végrehajtási szintek, ami a feladatellátás és a felelősség kérdésének rendezetlenségét okozza. Az ágazatirányító a szűrések irányításához szükséges döntéseket – adatkezelés, módszertan, információs rendszer – nem teljes körűen hozta meg. Az elmaradt döntések a mindenkori ágazatirányító felelősségébe tartoznak.

A népegészségügyi program az egészségpolitikán belül fokozatosan háttérbe szorult, amit tükröz a végrehajtó szervezet létszámának csökkenése. A szűrés országos szervezését az ÁNTSZ irányító szervén belül az Országos Szűrési Koordinációs Osztály végzi. A régiós, megyei feladatokat a területi szűrési koordinációs osztályok látták el, amelyek létszáma a vizsgált időszakban felére csökkent. A szűrési koordinátorok feladatait az ÁNTSZ dokumentumában határozták meg. Néhány megyében (pl. Szabolcs-Szatmár B.M., emlőszűrés) elérték a kitűzött célokat, de a megyék többsége nem.

Az OTH a feladat végrehajtása érdekében szűrési típusonként munkacsoportokat alakított, amelyek – kivéve a méhnyak csoport – a statisztikai adatokat rendszeresen értékelték és javaslataikat, megállapításaikat a Szűrési Koordinációs Osztálynak továbbították. A javaslatok egy részéből olyan operatív intézkedések születtek, amelyek hozzájárultak a szűrési részvétel növeléséhez (pl. utazási költségtérítés).

A szűrések szakmai feltételeit, minőségbiztosítását a tárca nem szabályozta. A szűrések szakmai tárgyi feltételeinek folyamatos megfelelését az ÁNTSZ nem ellenőrzi. A szűrések szakmai és finanszírozási teljesítményeinek rendszeres ellenőrzése részben szakember hiánya miatt, részben az információs rendszer hiányosságai miatt, továbbá a személyes és egészségügyi adatok összekapcsolásának tiltása miatt nem valósul meg.

A helyszíni ellenőrzés megállapításainak hasznosítása mellett **javasoljuk**:

a Kormánynak

1. Számoltassa be az ágazatirányítót az onkológiai szűrőprogramok Országgyűlés¹⁹ által meghatározott céljainak teljesítéséről.
2. Módosítsa az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletet a szűréseket követő kezelések finanszírozási korlátozásának megszüntetésével (TVK alóli mentesítésével).
3. Gondoskodjon a szűrési programok mérhetőségéről, átláthatóságáról és a betegutak követhetőségéről. Ezért kezdeményezze – az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. számú törvény módosítását.
4. Kezdeményezze az ÁSZ felhatalmazását az egészségügyi adatok ellenőrizhetőségének biztosítása érdekében az adatkezelők körének bővítését a személy azonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvényben 23. §-a, illetve az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. XLVII. törvényben 3. §-a módosítását.

az egészségügyi miniszternek

1. Szerezzen érvényt a 46/2003. (IV. 16.) számú OGY határozatnak, ennek keretében
 - a) hozza létre az onkológiai szűrés és a betegkövetés információs rendszerét, és kezdeményezze az ehhez szükséges adatkezelési jogszabályok módosítását; az időről-időre való kontroll érdekében;
 - b) szervezze újra a méhnyak-, és a vastagbél szűrés rendszerét;
 - c) a méhnyak szűrés módszertanát igazítsa a nemzetközi gyakorlathoz.
2. Vizsgálja felül a mammográfiás munkahelyek és citopatológiai laboratóriumok kapacitását, kezdeményezze a felesleges kapacitások felszámolását.
3. Dolgozza ki, rendelje el és ellenőrizze szűrési típusonként az egységes szűrési eljárást.
4. Az Országgyűlésnek szóló népegészségügyi beszámolóiban a szűrőprogramok eredményességét nemzetközileg alkalmazott mutatókra alapozza.

¹⁹ Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.

5. Biztosítsa a szűrések kommunikációjára rendelkezésre álló uniós források eredményes, hatékony, gazdaságos felhasználását.

II. RÉSZLETES MEGÁLLAPÍTÁSOK

1. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSEK IRÁNYÍTÁSA ÉS SZERVEZÉSE

1.1. A szűrések szabályozottsága

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. sz. törvény kiinduló pontját képezi a további szabályozásnak és elveket fektet le.

A törvény 3. § a) pontja határozza meg a szűrővizsgálatot: „*olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése*”. A törvény 81. §-a szerint a „szűrővizsgálatok célja a lakosság egészségének védelme és az egyén életminőségének, illetve élettartamának növelése a rejtett betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők korai – lehetőleg panaszmentes – szakaszban történő aktív felkutatásával és felismerésével”.

A törvény 82. § (3) bek. a más ellátáshoz kötődő rutinszerű (vagy más szóval opportunisztikus) szűrés mellett meghatározza a célzott (szervezett) szűrővizsgálat fogalmát is: „*célzott a szűrővizsgálat, ha a lakosság egyes kor, nem vagy egyes kockázati tényezők által meghatározott veszélyeztetett csoportjainak szűrésére, illetve egyes népbetegségek felderítésére irányul*”.

Az egészségbiztosítási törvény, az arra épülő rendelet és annak melléklete határozza meg a szervezett szűrések körét, szervezőjét, irányítóját, felelősét.

Az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól {a 10. § (1) bekezdése} definiálja azokat a szűréseket, melyeket az egyes korosztályoknál a társadalombiztosítás fedezete mellett az állampolgár térítésmentesen vehet igénybe. Az életkornak és nemnek megfelelő rizikófaktorok által indukált betegségek tekintetében az egészségügyi miniszter rendeletében nevesített szűrővizsgálatok az ott meghatározott gyakorisággal.

Kijelöli az egészségügyi rendszer azon szereplőit, akik elrendelhetik a szűrővizsgálatokat, továbbá megnevezi a szűrés szervezőit: „**A népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok esetében az értesítést a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltató vagy az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat küldi ki**”. [10. § (4)]

A szűrési tevékenység leírására 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben²⁰ került sor. A rendelete célja, hogy meghatározza az egyes életkorokban **a biztosítottak által térítésmentesen igénybe vehető**, az életkori sajátosságokhoz igazodó betegségek megelőzését és korai felismerését célzó **szűrővizsgálatokat**,

²⁰ Az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatósokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.

(továbbá a szűrővizsgálatokat végző egészségügyi szolgáltatókat és az igénybevételekkel kapcsolatos eljárás rendet). A rendelet mellékletének I. fejezete tartalmazza a kötelező szűrővizsgálatokat újszülött kortól 18 éves korig, melléklet II. fejezet az életkorhoz kötött önkéntesen igénybe vehető szűrővizsgálatokat és **2003. július 24-től kibővült a III. fejezettel, amely tartalmazza a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokat.**

A vizsgálatunk tárgyát képező méhnyak, emlő és kolorektális szűrés életkorhoz kötött, önkéntes formában, 1998. január 1-jétől lehetőségként adott volt. A szervezett emlőszűrési program 2002 januárjában indult, azonban csak **2003. július 24-től, a méhnyakszűréssel együtt minősült át népegészségügyi célú, célzott, szervezett szűrővé.** A **kolorektális szűrés 2006 januárjától kísérleti jelleggel került át ebbe a csoportba** Nemzeti Rákellenes Program keretében és a jogszabály szintjén még ma is köteles az ÁNTSZ szervezni, de támogatási forrását a minisztérium átcsoportosította egy a jogszabályban nem szereplő szűrésre. (A szűrési gyakoriságban, módszerben történt változásokat mutatja a 4. sz. melléklet, illetve részletesebben a 2. és 3. pontokban.)

Az „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” – 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat – stratégiai programot ad, melynek célja a lakosság egészségi állapotának javítása. Népegészségügyi szűrővizsgálatok címszó alatt célokat, feladatokat és várható eredményeket fogalmaz meg az emlő-, méhnyak-, és vastagbél-szűréssel kapcsolatban, valamint évenkénti beszámolási kötelezettséget határoz meg az egészségügyi tárcának az Országgyűlés felé a program előrehaladásáról.

1.2. Az ágazatirányító szerepe a programok irányításában és szervezésében

Az EüM a népegészségügyi program fontosságát szervezeti struktúrájában is kifejezésre jutatta, 2002-ben 12 fős Népegészségügyi Főosztály irányította a programot, amelyen belül az onkológiai szűrésekkel 1-2 munkatárs foglalkozott. Többszöri átszervezést, leépítést követően a Főosztályt megszüntették, jelenleg az Egészségpolitikai Főosztály keretében az egész népegészségügyi programmal kapcsolatos feladatot 1-2 fő látja el.

A Nemzeti Népegészségügyi Program Népegészségügyi Szűrővizsgálatok szervezeti felépítését és feladat meghatározását az ÁNTSZ dolgozta ki 2003 áprilisában. E dokumentum szerint a szűrővizsgálatok egészségpolitikai irányításának a minisztérium felső vezetése, a Népegészségügyi Programirányító Bizottság (PIB), a Népegészségügyi Főosztály, valamint egy Szakmaközi Szakértői Testület közreműködésével kellett volna megvalósulnia.

Az egészségügyi miniszter az alábbi döntéseket nem hozta meg:

- az egészségpolitikai döntéseknél – cervix szűrés módszertana meghatározásánál; a kolorektális szűrés felfüggesztésénél, forrásainak szájjüregi daganaatok alkalomszerű szűrésére való átcsoportosításánál; a prosztatata-szűrés népegészségügyi, célzott szűrési listára történő felvételénél – nem vették figyelembe a nemzetközi szervezetek lakosságszűrésre vonatkozó ajánlásait;

- elmaradt mindhárom – emlő, méhnyak, kolorektalis – szűrővizsgálati protokoll ágazatirányító általi elfogadása, kihirdetése;
- hiányoznak a szűrőprogram működtetésének adatkezelésre vonatkozó jogszabályi feltételei;
- a szűrések minőségbiztosítása, a szükséges szakemberképzés, valamint továbbképzés feltételeinek biztosítása elmaradt;
- nem hozták létre az Országgyűlési határozatban²¹ előírt onkológiai Adattárházat, amely a szűrések eredményességének megítéléséhez lenne szükséges. Így nem valósulhatott meg a szűrési tevékenység és a Nemzeti Rákregiszter összehangolt működtetése, és nem alakult ki az onkológiai szűrések információs rendszere;
- az EÜM, sem az OSZR projekt elindításakor, sem később nem integrálta a Népegészségügyi Onkológiai szűrések információs rendszerét az ágazati informatikai stratégiába;
- 2007-tel kezdődően a miniszter elvonta az ÁNTSZ-től a vastagbéliszűrés szervezésének fejezeti pénzforrásait, miközben az ÁNTSZ-t törvény²² kötelezi az érvényes népegészségügyi szűrések közé jogszabály²³ szerint tartozó vastagbéliszűrés szervezésére, a miniszternek pedig Országgyűlési határozat²⁴ írja elő az eszközök biztosítását a vastagbéliszűrés megvalósítására.

A népegészségügyi program onkológiai szűrések alprogram szervezeti háttérében összemosódtak a döntési és a végrehajtási szintek, ezáltal rendezetlenné váltak a feladat és felelősségi szintek. Az onkológiai szűrések szervezésére irányuló cselekvési tervet és stratégiát az ÁNTSZ készítette el. Az ÁNTSZ egyidejűleg töltött be irányítási és végrehajtási szerepet.

2007-től miniszteri megbízott irányítja a népegészségügyi program megvalósítását, feladata a népegészségügyi programok hatékony koordinálása, a népegészségügyi célkitűzések érdekében összehangolt stratégia végrehajtása.

²¹ Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.

²² 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről 5. §-a.

²³ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról III. fejezet 4. pont.

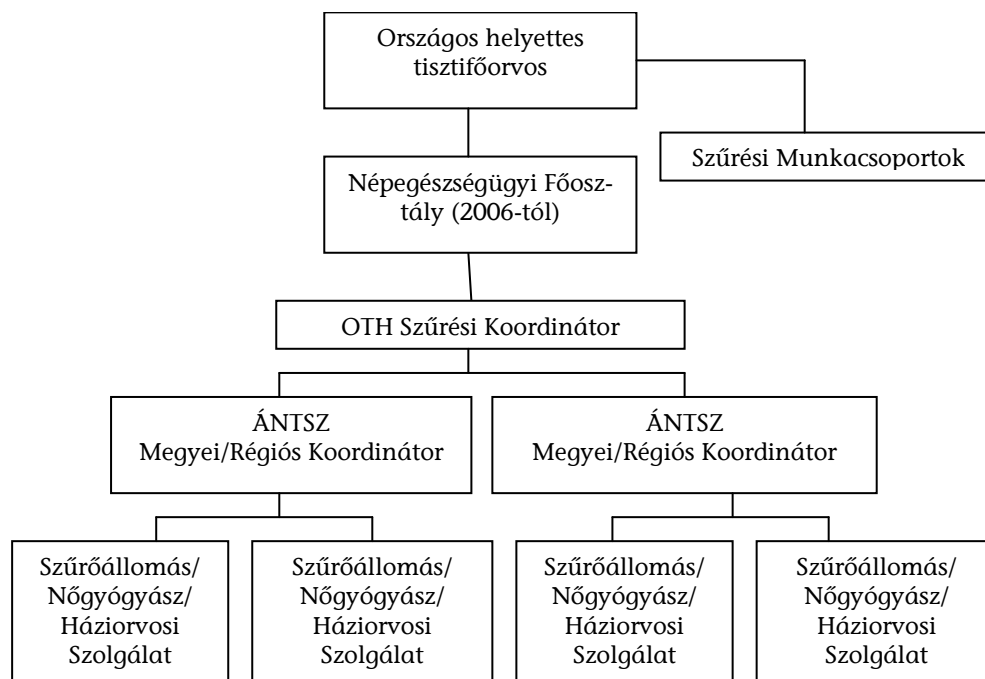
²⁴ 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról 2. b) pontja.

1.3. Az ÁNTSZ szerepe a szűrések szervezésében és összehangolásában

2001. július 12-től lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezése, összehangolása és felügyelete az ÁNTSZ feladata.²⁵ Központi irányítószervén, az Országos Tisztifőorvosi Hivatalon (továbbiakban: OTH) belül az Országos Szűrési Koordinációs Osztály feladata a céllakosság minél teljesebb részvételét szolgáló informatikai behívó-követő rendszer működtetése, a szűrőállomásokkal való kapcsolattartás, a tevékenységek monitorozása és értékelése, valamint a lakossági kommunikáció koordinálása.

A lakossági **szűrővizsgálatok összehangolását, szervezését** és a végrehajtás felügyeletét az – ÁNTSZ-ről szóló 1991. évi XI. törvény 2001. június 12-én kihirdetett módosítása – **az ÁNTSZ feladatává teszi**, miközben a szűrővizsgálatok fajtáit csak 2003 nyarán tették közzé jogszabályban. Az ÁNTSZ feladata a szűrés szervezése, aminek a módszertan szerint része a betegút követés, a személyes és egészségügyi adatok kezelése. Az **1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény 2004. évi módosítása emelte az ÁNTSZ-t az adatkezelők körébe** a szervezett szűrési feladatainak megvalósításához szükséges TAJ adatok kezelése céljából, mely lehetővé teszi, hogy az ÁNTSZ jogszerűen küldhesse ki a szűrési behívókat, de nem rendelkezik az egészségügyi adatok kezelésének jogával, ami szükséges a szűrés minőségbiztosítási rendszernek kialakításához.

Az ÁNTSZ létrehozta a „népegészségügyi szűrővizsgálatok szervezeti felépítése és feladat meghatározása” szerinti szervezetet, amelyet az alábbi ábra szemléltet.



²⁵ Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 2001. évi XXXIV. törvénnyel módosított 1991. évi XI. törvény.

Az Országos Szűrési Koordinációs Osztály a helyettes országos tisztifőorvos közvetlen irányítása alá tartozott 2006-ig, ekkor az osztályt vezető országos szűrési koordinátor és a helyettes tisztifőorvos közé a Népegészségügyi főosztályvezető, mint újabb irányítási szint integrálódott. Az országos szűrési koordinátor munkáját egy asszisztens és egy informatikus (összesen 3 főállású munkatárs), és megbízási szerződéssel dolgozó tanácsadók és a munkacsoportok is segítik.

A 2003. szeptember 1-jétől foglalkoztatott szűrési munkacsoportok feladata a szakmai protokollok, teljesítmény mutatók kidolgozása, karbantartása, minőségellenőrzés. A munkacsoportokban az egyes szűrővizsgálati típusok szakértőit foglalkoztatják. A három szűréstípust (emlő, méhnyak és vastagbél) támogató munkacsoport mellé a szájüregi rosszindulatú daganatok okozta halálozás utóbbi években történő nagyfokú előretörése miatt, a szájüregi daganatok opportunisztikus szűrések 2006. évi bevezetésének kidolgozására megalakult a Szájüregszűrési munkacsoport.

A szűrés országos szervezését az ÁNTSZ kijelölt megyei (régión) intézeteinél a Területi Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztályok végzik. Az osztályok munkáját a területi onkológiai szűrési koordinátorok irányítják, egy asszisztens és egy szűrési nyilvántartó asszisztens segítségével. 2002-ben 61 fő látta el főállásban országosan a feladatot. 2003 második felében létszámleépítés következtében egyes osztályokat integráltak a megyei egészségfejlesztési osztályokba. A folyamatos létszámleépítés és a regionális átszervezés miatt 2007-ben már csak 30 fő látta el főállásban a feladatot, és 2004-től a munkatársak csak részfeladatként kapták a szűrőszervezést (1. sz. táblázat).

Az ÁNTSZ készítette el a szűrések feladattervét, a szükséges szervezeti felépítés tervét, az évenkénti cselekvési programokat, valamint jogszabály módosítást is kezdeményezett, és olyan javaslatokat is tett, amelyek tárca szintű intézkedéseket igényeltek. Ezekből megvalósult pl. a TAJ-szám kezelésre, az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet módosítására, és nem valósult meg az országos elemző egység felállítására, valamint a szakmaközi szakértő testület felállítására tett javaslat.

Az ÁNTSZ javaslatainak egyik eredménye volt az ÁNTSZ felhatalmazása a TAJ-szám használatára.

Az ÁNTSZ javasolta egy Szakmaközi Szakértői Testület létrehozását azért, mert az egyes hazai szakmai kollégiumok szakmai álláspontja nem esett egybe szakterületnek a mértékadó nemzetközi testületek ajánlásaiban kifejezett álláspontjával. Ezt a javaslatot a minisztérium több esetben elutasította, így a döntés nem született meg. A hazai szűrési gyakorlat nem egyezik meg a nemzetközileg alkalmazottal, például Magyarországon a kenet levételét (szűrés) asszisztensek helyett magasan kvalifikált nőgyógyászok végzik, kiegészítve számos a méhnyak szűréshez nem szorosan kapcsolódó tevékenységgel, mint kolposzkópos vizsgálat, méh és függelékeinek betapintása, manuális emlővizsgálat. Ez a gyakorlat a szűrővizsgálat gazdaságosságát is megkérdőjelezi. Az ÁNTSZ javasolta a citológiai előszűrő asszisztensek rendszeres képzésének kibővítését, annak érdekében, hogy a méhnyak szűrését a nemzetközi gyakorlathoz lehessen közelíteni.

Az ÁNTSZ 2005-ben, (az EüM 2000-ben) a Minőségbiztosítási és Módszertani kézikönyvben meghatározta a minőségbiztosítási elveket, amelyek a gyakorlatban nem érvényesültek, és mint szabályozás nem léptek életbe.

Az ÁNTSZ létrehozta és folyamatosan működtette a „Szűrővizsgálatok szervezeti felépítése és feladat meghatározása”-ban rögzített szervezetet. Ágazatirányítói döntések hiányában azonban a döntéshozatali és a végrehajtási szintek összemósódtak, amelyet a fenti példák is mutatnak.

1.4. A szűrések információs rendszere, informatikai támogatottsága

A szervezett szűrések szervezésének, nyilvántartásának, az elért eredmények értékelésének elengedhetetlen feltétele olyan komplex információs rendszer kiépítése, amely képes a meghívottak és a megjelentek adatainak tárolására, kezelésére és a kiszűrt esetek személy szerinti követésére.²⁶

A vizsgált időszakban a szűrések informatikai támogatására két egymást váltó informatikai rendszer működött: 2001-2005-ig az ún. Ideiglenes Rendszer (IR), majd ezt követően az Országos Onkológiai Szűréseket Támogató Informatikai Rendszer (OSZR).

Az IR csak egy szűréstípust szolgált ki az akkori elvárásoknak megfelelően, az adatgyűjtés számítógépes adatrögzítéssel, az adatok továbbítása off-line módon történt. Az ÁNTSZ szerint ezzel szemben egy komplex informatikai rendszerre volt szükség, amely több szűrési típust tud kiszolgálni, a szűrési listákat on-line módon juttatja el a megyei, később régiós koordinátorokhoz és szintén on-line módon kapja vissza az adatokat a szűrőállomásoktól, valamint kialakít egy központi adatbázist, amely alapját képezi a későbbi orvos-szakmai elemzéseknek, és a minőségbiztosításnak.

A komplex rendszer megvalósítására az Országos Tisztiorvosi Hivatal nyílt közbeszerzési felhívást tett közzé 2002 májusában. Az OSZR projekt kapcsán fejlesztési, üzemeltetési, információs és informatikai problémák merültek fel, amelyek alapvetően befolyásolták a szűrések eredményességének és hatékonyságának mérését.

A szerződéskötésre a nyertes kihirdetését (2002. augusztus 1.) követően nyolc hónappal került sor (2003. április 17.), és a jegyzőkönyvben elismert teljesítés is jelentős késedelmet szenvedett (amely 2004. október 5-e volt). A szerződésben a teljesítés feltételeként meghatározott éles üzemi (2005. január) tesztelést megelőzően a szerződés szerinti teljes összeget átutalták a szállító részére (2004. november). **A komplex informatikai és információs rendszer, a kitűzött célokhoz képest csökkentett információ tartalommal, csak részben valósult meg, a pályázat szerinti 21 fő funkció közül 13 részben, 8 egyáltalán nem.**

Az OSZR-ben lévő megjelenési adatok validitása nem biztosított. A szűrő szervezet a nála megjelentek kummulált adatait (papíron, EXCEL vagy CSV formátumban) adja át a regionális koordinátoroknak, akik ezeket az ösz-

²⁶ Népegészségügyi onkológiai szűrések „Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató” ÁNTSZ 2005. 13. o.

szesített adatokat gépelik be az OSZR-be. A koordinátorok – TAJ-szintű adatok hiányában – nem győződnek meg az általuk bevitt adatok helyességéről, azaz a szűrésen megjelentek tényleges száma nincs ellenőrizve. Részben ez az oka annak, hogy az OEP és az ÁNTSZ adatbázisában szereplő szűrési betegszám adatok eltérést mutatnak.

Az OSZR beruházás összértéke 78 millió forint volt, amelyhez az ágazatirányító 67 millió forinttal járult hozzá, ezt az ÁNTSZ 11 millió forinttal egészítette ki.

1.5. **Az adatkezelés ellentmondásainak hatása a szűrővizsgálatok eredményességének mérésére**

Törvény²⁷ értelmében az ÁNTSZ feladatul kapta a szűrővizsgálatok felügyeletét. Ezt a felügyeletet az adatkezelésre vonatkozóan akkor lenne képes ellátni, ha szűrőhelyenként /orvosonként/ betegenként képes lenne biztosítani és ellenőrizni az ellátás minőségét. Erre azonban nincs módja, részben informatikai okokból (nincs betegkövetés), részben az egészségügyi adatkezelésre feljogosító jogszabályi felhatalmazás hiányában.

Az OSZR nem tartalmaz TAJ-szintű adatokat a szűrésen megjelentekről. A pályázati kiírásban és a minőségbiztosítási kézikönyvben megfogalmazott célokkal ellentétben nem állítható elő a szervezett szűrési programban szereplő egyik szűrési típusra sem a megjelentek és a meg nem jelentek listája.

Az adatfeldolgozás hiányosságai átláthatatlanná teszik azt a fajta betegkövetési követelményt, amelyet a szervezett szűrések módszertana megkövetel. Betegkövetés hiányában nem mérhető sem az egyes szűrőállomások, sem az országos szűrési rendszer hatásossága, és nem készülhetnek olyan elemzések, amelyek a lakossági szűrés elért eredményeit és fejlődési irányvonalát mutatják be. Már az OSZR megvalósítására kiírt közbeszerzési kiírás is (amely a megvalósítására megkötött szerződés melléklete is lett) olyan betegkövetéssel egybekötött adatbázis kiépítését célozták, amelyre a mai napig nincs jogszabályi felhatalmazása. Az OSZR eredeti elképzeléseknek megfelelő megvalósítása esetén az ÁNTSZ olyan adatbázissal rendelkezne, amelyre jelenleg nincs jogszabályi felhatalmazása, mivel a szűrési tevékenység szervezése kapcsán nem kezelhet egészségügyi adatot, így sem az állami szervezetek, sem az adófizetők számára nem mérhetőek az országos szűrési program minőségi és eredményességi mutatói.

A több telephellyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók szűrőhelyeinek informatikai rendszere kezeli és összesíti a szűrőállomásokon keletkező részletes egészségügyi adatokat, amelyek elengedhetetlenül szükségesek a minőségirányítási és menedzseri feladataik ellátásához. Az egészségügyi szolgáltatókat feljogosítja a jogszabály az egészségügyi adatok kezelésére.

Az adatkezelési jogszabályok értelmében további ellentmondás, hogy az ÁNTSZ ugyan 2005 óta kezelhet TAJ-hoz kapcsolt személyes adatokat, de nem

²⁷ Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 2001. évi XXXIV. törvénnyel módosított 1991. évi XI. törvény.

tárolhatja azokat. (Az ellentmondásos álláspontokra jellemző például, hogy az ÁNTSZ-nek a kiküldött meghívók adatainak nyilvántartására az OEP szerint nincs joga.)

Az ÁNTSZ központosított patológiai adatbázis – Patobank – létrehozására tett javaslatot, ami a patológiai intézményekben keletkező kórszövettani vizsgálatokból származó adatokat gyűjtene. Ez álláspontjuk szerint jelentős segítséget nyújtana az OSZR működéséhez, hiszen alkalmas lenne a daganatos betegekre vonatkozó szövettani adatok visszacsatolására. Jelenleg folyik a projekt pályázata. A Patobank működtetéséhez szükséges szervezeti és jogszabályi háttér hiányában ugyanúgy nem oldható meg az onkológiai adatok gyűjtése és központi kezelése, mint ahogy ez jelenleg az OSZR esetében sem rendezett.

Az országos onkológiai szűrési informatikai rendszerfejlesztés (OSZR) kudarca és az adatkezelési jogosultság hiánya miatt az OGY határozat és a Nemzeti Rákellenes Program onkológiai adatkezelésre és informatikai rendszer kialakítására vonatkozó céljai nem valósultak meg. Az OGY határozat²⁸ várható eredményként jelölte meg: „Adatbázis létrehozását a magyarországi onkológiai ellátás helyzetéről, szűrési tevékenység és Nemzeti Rákregiszter összehangolt működtetésére”. A Nemzeti Rákellenes Program 2006-ban a daganatos betegellátás informatikai helyzetéről megfogalmazta, hogy olyan országos méretű és integrált információs rendszer fokozatos kialakítására van szükség, amely a betegadatokat és a betegellátásra vonatkozó összes szükséges és lehetséges információt képes kezelni. A program megvalósítására koncepció nem készült.

Az OSZR program funkciói, az adatkezelési jogosultság szélesítése és a Patobank létrehozása, működtetése szükségesek az ÁNTSZ népegészségügyi feladatainak ellátásához. Az OSZR-ben – az eredetileg célul kitűzött funkciók széles skálájának hiánya miatt (21 fő funkcióból 13 részben, 8 egyáltalán nem valósult) csak a szűrésre meghívottak adataiból létrehozott adatbázis értékes.²⁹

1.6. A szűrőprogramok eredményessége az országos adatgyűjtések tükrében

A szűrőprogramok eredményességének megítéléséhez rendelkezésre álló országos adatbázisok elkülönítetten működnek, köztük az adatok összekapcsolása nem valósul meg. Külön-külön egyik adatbázisból sem ítéhető meg a szűrőprogramok eredményessége.

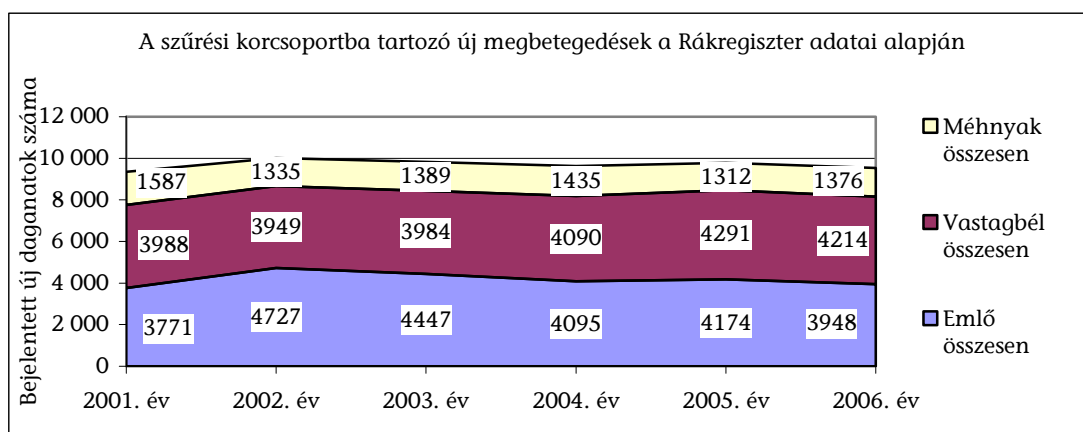
- Az OEP a finanszírozással összefüggésben keletkező adatokból arról rendelkezik információval, hogy ki vett részt szűrővizsgálaton és mikor;

²⁸ 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról 2. b) pontja.

²⁹ Az OTH az ÁSZ helyszíni vizsgálatát követően intézkedési terv kidolgozását kezdeményezte az OSZR funkciók technikai hiányosságainak pótlására.

- a Rákregiszternek vannak adatai az új daganatos megbetegedésekről, stádium besorolásról, de azt nem tudja, hogy szűrésen részt vett-e a beteg, vagy sem;
- a KSH a daganatos eredetű halálozásokról gyűjt adatokat;
- az ÁNTSZ a szűrővizsgálaton megjelentek kumulált adatairól rendelkezik információval.

A rosszindulatú daganatos megbetegedések megelőzése, gyógykezelése, a betegek utógondozása értékelésének céljából hozták létre az Országos Rákregisztert, ami jogszabály³⁰ alapján 1999 óta gyűjti a daganatos betegek diagnosztikájával és kezelésével kapcsolatos hazai adatokat. **A szűrőszervezés jogi, informatikai és információs rendszere a vizsgálat időpontjáig nem került teljes körűen kialakításra.** A jelenlegi jogi szabályozás nem teszi lehetővé, hogy a Rákregiszterben a TAJ azonosítású adatokat a minőségbiztosítás, az eredményesség vagy terápia hatékonyság céljából az elemzők lekérdezhessék. A jelentésben vizsgált három daganattípus esetén a szűrési korcsoportba tartozók megbetegedési adatait a Rákregiszter adatai alapján az alábbi grafikon mutatja be.



Eredményes szervezett szűrővizsgálatok szükségszerű következménye – a nemzetközi tapasztalat alapján – a Rákregiszterbe jelentett új betegek számának növekedése (a tünetmentesen felfedezett új esetek száma miatt), különösen a szűrővizsgálatok bevezetésének kezdeti időszakában. Ez a jelenség egyedül a vastagbél daganatoknál volt megfigyelhető, ennél a daganattípusnál viszont a szűrővizsgálat alacsony kiterjedtsége nem magyarázhatja azt. Az emlő- és a méhnyakrák esetén az esetszámok csökkenését a Rákregiszterben zajló folyamatos adattisztító tevékenység okozza.

A Rákregiszter általános problémája a „*túljelentés*”. Az adatgyűjtés módszertana lehetővé teszi, hogy szövettanilag nem igazolt esetek kerüljenek a nyilvántartásba, ezért például a Rákregiszterben 2006-ban újonnan jelentett emlőrákos diagnózisok 41,9%-ában nem szerepel szövettani kód, ennek egy részét betegkövetés

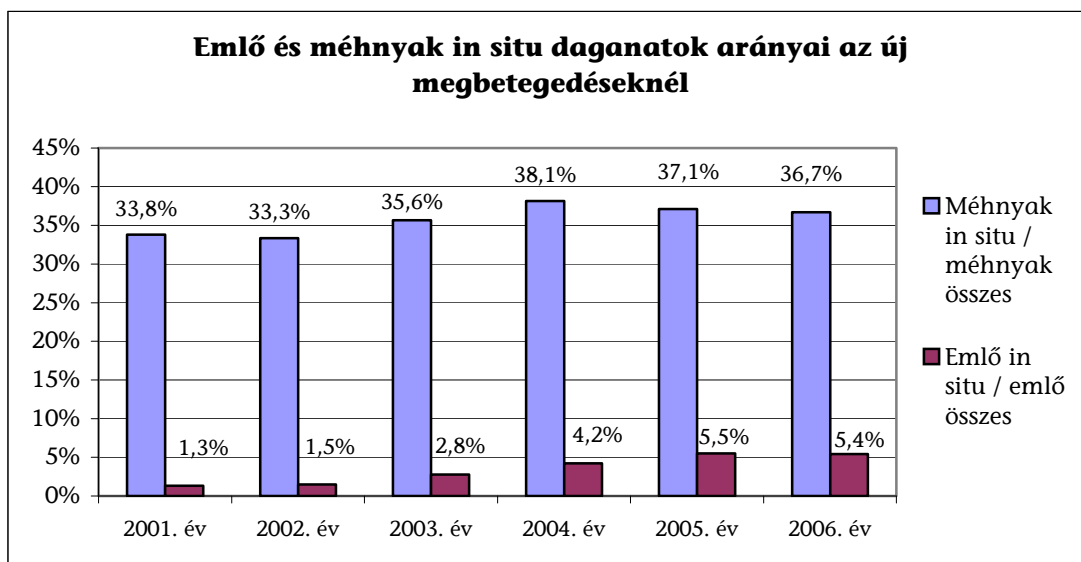
³⁰ Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 2001. évi XXXIV. törvénnyel módosított 1991. évi XI. törvény.

hiányában nem teljes körű és pontatlan adatszolgáltatás okozza, illetve egy részét a szakirodalom³¹ a teljesítményarányos finanszírozás hatásának vélelmezi.

A **Rákregiszter adatait** szövettanon alapuló, orvos által ellenőrzött jelentések alapozhatják meg. **Jelenleg a jelentett és az igazolt betegek között nincs meg az egyezés.**

A Rákregiszter hármas feladatából – incidencia, prevalencia, túlélés kiszámítása – a harmadik nem valósul meg, mivel a Rákregiszternek nincs információja a daganatos betegségben elhunyt betegek halálokról, amelyet a személyazonosítás hiánya okoz. A hiányzó információ a kezelések hatásossága és a túlélés számítása szempontjából alapvető.

A szűrővizsgálatok célja a még tünetmentes, kis (in situ) daganatok feltárása. Az in situ daganatok arányának növekedése a szűrővizsgálatok eredményességének közvetett bizonyítéka. Az alábbi ábra az in situ daganatok arányát mutatja a szűrt korosztályban.



A felfedezett daganatokon belül a korai stádiumú megbetegedések aránya az adatok alapján mind az emlő-, mind a méhnyakrák esetén növekedett a szűrővizsgálatok bevezetésének időszakában. Azonban a Rákregiszter nem tartalmaz szűrési adatokat így nem állapítható meg, hogy a korai stádiumú felfedezés aránya a szűrés hatására nőtt-e.

A szakma a szűrővizsgálatok hatásossága legmegbízhatóbb bizonyítékának a célbetegségből eredő halálozás csökkenését tartja, a szűrőtevékenység által lefedett (tehát nem csak a szűrővizsgálattal érintett) lakosság körében.

³¹ Az onkoterápiás gyakorlat, valamint hatékonyságának irodalmának elemzése, a Nemzeti Rákellenes Programhoz kapcsolódóan. (ESKI Bp. 2006. május 8.) 17 és 21. oldala.

A halálozás csökkenésének megítéléséhez a szakmai standardok szerint 5-7 évek kell eltelni a szűrővizsgálatok megkezdésétől számítva. Az adatok alapján a szűrővizsgálatok bevezetése óta mindhárom daganattípusban csökkent a célbetegségből eredő halálozás (2. sz. táblázat). Az adatok későbbi megítélését azonban torzítja, hogy a vizsgált időszakban 2005-től a Központi Statisztikai Hivatal a halálozás oki tényezőjének statisztikai feldolgozására a korábbi kézi kódolás helyett gépi kódolást vezetett be. A halálozási statisztika megbízhatóságának további javítására ezzel párhuzamosan 2005-től szerződést kötött az ÁNTSZ-szel a halotti bizonyítványok (részleges) felülvizsgálatára. A módszertani változás a daganatos megbetegedések minden területén csökkentette a halálozás értékét, amelyet a statisztikai hivatal kiadványa a módszertani változás következményének tekint.

„Az adatok elemzése azt mutatja, hogy a 2005-évi országos haláloki statisztikában nem a tényleges daganatos halálozás csökkenése következett be, hanem elsősorban a gépi haláloki kódolásra történt áttérés okozta a tendencia változást. Természetesen daganattípusonként eltérő mértékben jelentkezik a gépi kódolás befolyása. A 2005-ik évi gépi kódolású statisztika árnyaltabban és pontosabban tükrözi a hazai daganatos morbiditás és mortalitás valódi helyzetét, mint a hagyományos kézi kódolás”.³²

Nem állapítható meg, hogy a halálozás csökkenés mekkora része tudható be a szűrővizsgálatok kiterjesztésének. A módszertani változás a tájékoztató szerint javítja a haláloki statisztika minőségét, és nemzetközi szinten jobban összehasonlíthatóvá teszi a hazai adatokat, azonban a szűrővizsgálatok értékelési idejét 2005-től kezdődően legalább 7 évvel megnyújtja.

A szűrőprogramokkal érintett daganattípusokra vonatkozó **valós hazai népességügyi helyzet és a szűrőprogram hatásának megítélését a vonatkozó adatgyűjtések izoláltsága, az összekapcsolás hiánya, pontatlansága** (Rákregiszter) **és módszertanban bekövetkezett változás** (KSH) **nem teszi lehetővé.**

Az EüM a népegészségügyi program éves előrehaladásáról, ezen belül a szűrőprogramok eredményességéről beszámolási kötelezettséggel tartozik az Országgyűlésnek. A beszámolók – a fent említett információs rendszerbeli hiányosságok miatt – nem a szűrési tevékenység eredményességének megítéléséhez szükséges mutatószámokra épülnek, úgymint: részvételi arány, nem negatív eredményt hordozó szűrés és a tisztázó diagnosztikai vizsgálatok elvégzése, illetve a gyógyító célzatú beavatkozás megkezdése között eltelt idő, a szűrési eljárás szenzitivitását tükröző intervallumrák aránya. A beszámolóban bemutatott mutatószámok olyan összesített adatokat tartalmaznak, amelyek alapján nem ítéltethető meg a szűrésre fordított pénzeszközök hasznosulása, mert összemosódnak a szűrésen és diagnosztikán megjelentek adatai.

Az ÁSZ ellenőrzés az adatok összekapcsolásával kívánta bemutatni a szűrővizsgálatok eredményességét. A Rákregiszter és az OEP adatbázisának összekapcsolásával válhatott volna megválaszolhatóvá a kérdés, hogy a Rákregisz-

³² Változások a haláloki statisztikában, KSH Demográfiai évkönyv 2005.

terben szereplő daganatos betegek közül a szűrővizsgálaton részt vett sokaság megbetegedési mutatója (daganat stádiuma) jobb-e, mint a szűrővizsgálatra nem járóké. Az adatokat az ÁNTSZ listáival összevetve lehetett volna megválaszolható, hogy a nem szűrt daganatos betegek mekkora része kapott meghívást szűrővizsgálatra.

A vizsgálat során a betegsoros adatokat TAJ-szám alapján lehetett volna összekapcsolni a két adatbázis (OEP és Rákregiszter) között. Az ellenőrzés során kísérletet tettünk az elemzés elvégzésére, de az OEP – az adatvédelemre hivatkozva³³ – az ÁSZ számára sem tette lehetővé a hozzáférést az adatokhoz.³⁴

Az ÁSZ által kezdeményezett fenti elemzés elvégzésének lehetősége hiányában és az országos adatgyűjtések problémái miatt nem válaszolható meg az a kérdés, hogy milyen mértékben eredményesek (vagy eredménytelenek) a népességügyi szűrővizsgálatok. Sem az ÁSZ-nak sem más államigazgatási szervnek nem állnak rendelkezésére olyan adatok, amelyekből megítélhető lenne a szűrővizsgálatok eredményessége.

2. A SZERVEZETT EMLŐSZŪRÉS HATÉKONYSÁGA

Életkorhoz kötött (45-65 év) önkéntes – az emlő lágyszövet röntgenvizsgálatán alapuló – emlőszűrést már a rendelet³⁵ két évente lehetővé tette. A területileg szervezett lakosság szűrés bevezetésére szakmai konszenzus a 90-es években, a Világbanki modellprogramok hatására alakult ki. **Az országos kiterjedésű, szervezett emlőszűrési program 2002 januárjában indult el. Jogszabályban 2003. július 24-től minősítette az ágazatirányító népegészségügyi célú, célzott szűréssé** (az önkéntes szűrési feltételekkel megegyező célcsoporttal, szűrési gyakorisággal és szűrési eljárással). Ennek megfelelően a mammográfiás emlőszűrés két éves ciklusokban történik és a 45-65 éves nőket érinti.

Az emlőszűrési protokoll a nemzetközi szakmai szervezetek ajánlásait követi.

A 2001. évi program célkitűzése 2010-ig az emlődaganatok miatti halálozás 20%-os csökkentése. A 2003. évi célkitűzés 2012-re a halálozás 30%-os csökkentését és a célpopuláció 70%-os átszűrtségét, a 2005. évi célkitűzés pedig az adott év végéig a 65%-os részvételt fogalmazta meg.

³³ Az OEP főigazgatója az egészségügyi ombusman állásfoglalását kérte e tárgyban, melyre a válasz ez idáig nem érkezett meg.

³⁴ A személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvény.

³⁵ A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet, III. fejezetének 2. pontja alapján.

„Nemzetközi tapasztalatok és hazai becslések alapján a népegészségügyi szűrővizsgálatoktól a célszerű működés 5-7. évétől az emlőrák miatti halálozás 20%-os csökkenése várható”.³⁶

2001-ben 2342 fő és 2006-ban 2081 fő halt meg emlőrákban, ami 11%-os csökkenésnek felel meg, azonban ez nem a szervezett szűrővizsgálatok pozitív hatásának, hanem a statisztikai módszertan 2005. évi változásának tudható be elsődlegesen.

Az OEP finanszírozási adatai szerint az alkalmoszerű, önkéntes szűrésről a népegészségügyi szervezett szűrésre történő átállás a kezdeti évben eredményesnek ígérkezett, mert a részvétel az előző évhez képest 220%-kal 100 ezerről 323 ezerre emelkedett. 2003 és 2006 között azonban jelentősen visszaesett a részvétel és 220-250 ezer/fő/év körül állandósult, ami 39-42%-os részvételi aránynak felel meg a kívánatos 70%-hoz képest, azaz számottevő a lemaradás.

Az emlővizsgálati betegszám a 2001. évi 359 ezerről 2002-re 620 ezerre emelkedett és 2003-2006 között évi 562-572 ezerre nőtt, ami 2001-hez képest 60%-os emelkedés.

A szervezett emlőszűrés bevezetése nagyságrenddel megnövelte a szűrésen történő részvételt, hatékonysága azonban mérsékelt, mert a részvételi arány a program kezdete óta nem javult, 40% körüli, emellett nem várható a kitűzött cél elérése, az emlődaganatok miatti halálozás 30%-os csökkenése.

2.1. Az emlőszűrő centrumok kapacitása és kiválasztása

2001. évben – a Magyar Radiológusok Társasága Emlődiagnosztikai Szekciója – a svédországi emlőrák szűrési gyakorlatot figyelembe véve ajánlást készített a népegészségügyi célú mammográfiás szűrő munkahelyek optimális számáról, kapacitásáról. Az ajánlás szerint a nők rendszeres és ismételt átvizsgálásához 19 megyei és 8 budapesti, azaz 27 szűrőcentrum elegendő.

Az ÁNTSZ az emlőszűrő kapacitást, az ajánláshoz képest túlkínálattal alakította ki.

A program végrehajtásához szükséges mammográfiás szűrőállomásokat pályázat útján választották ki. A diagnosztikus és terápiás háttérrel is bíró Komplex Mammográfiás Központokat (továbbiakban: KMK), és csak szűrési kapacitással rendelkező Mammográfiás Szűrőállomásokat (továbbiakban: MSZÁ) – a két alkalommal kiírt – nyilvános pályázaton, valamint egy alkalommal pályázaton kívül választották ki.

A szűrőhelyek, centrumok száma a vizsgált időszakban folyamatosan nőtt. Számuk már az első pályázati kiírás után meghaladta (38) az ajánlásban javasoltat, ami 2007-re tovább növekedett, a helyszíni ellenőrzés

³⁶ Népegészségügyi onkológiai szűrések „Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató” ÁNTSZ 2005. 10. o.

időszakában 45 volt, **a Magyar Radiológiai Társaság Emlő diagnosztikai szekciója által ajánlottánál 60%-kal több.**

Mammográfias munkahelyek száma		
Megnevezés/Évek	2001	2007. november
ÁNTSZ szerződések száma	32	38
Szűrőhelyek száma	38	45

Az ÁNTSZ-szel kötött szerződés alapján a szűrőmunkahelyeknek naponta 100-120, évente legalább 15 000 személy szűrővizsgálatára elegendő üzemidőt kell biztosítaniuk. A 15 000-es vizsgálat számot a szűrési tevékenység keretében egyik szűrőhely sem teljesítette. A szűrésre vonatkozó „szerződött” kapacitás kihasználtsága 2006. évben a mammográfias munkahelyek többségénél 50% alatti, 6 szűrőhely kapacitáskihasználtsága 50% fölötti.

A területi lefedettség áttekintésére készített térkép mutatja, hogy a szűrőközpontok jellemzően a megyeszékhelyeken, valamint a nagyobb városokban működnek (5. sz. melléklet).

Az ország 8 megyéjében, jellemzően a Dél-, Közép-, és a Nyugat-Dunántúlon egy helyen – a megyeszékhelyeken – működik szűrőcentrum.³⁷ További 8 megyében³⁸ 2, vagy ennél több szűrő munkahely, míg 4 megyében³⁹ egy városban több szűrő munkahely működik. Az ugyanabban a városban működő több szűrőállomás a megyei hozzáférést nem javítja.

2.2. Az emlőszűrések ellenőrzése

A mammográfias szűrővizsgálatok végzéséhez szükséges technikai és szakmai feltételeket a Magyar Radiológusok Társaságának Emlődiagnosztikai Szekciója – a Radiológiai Szakmai Kollégium jóváhagyásával – dolgozta ki,⁴⁰ ez szolgált alapul a pályáztatás során a szűrőközpontok kiválasztásánál, „akkreditálásánál”. További feltétel volt a minimumfeltételeknek⁴¹ való megfelelés (a berendezésekre vonatkozóan), és az ME 823/1993. sz. szabványban előírt alapterületű helyiség biztosítása.

A mammográfias emlőszűrés szakmai feltételeit protokollban rögzítették és az a pályázati és akkreditációs eljárás részét képezte. A szakmai protokollok a minimum feltételeknél szigorúbb feltételeket tartalmaznak az ellátásnak a személyi és tárgyi feltételeire vonatkozóan. A magasabb szintű **felté-**

³⁷ Komárom-Esztergom; Vas; Veszprém; Somogy; Fejér; Tolna; Nógrád; Heves megye.

³⁸ Győr-Moson-Sopron; Zala; Bács-Kiskun; Csongrád; Békés; Szabolcs-Szatmár-Bereg; Pest megye, és Budapest.

³⁹ Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, Miskolcon 4, Hajdú-Bihar megyében, Debrecenben 4, Baranya megyében, Pécsen 3, Jász-Nagykun-Szolnok megyében, Szolnokon 2.

⁴⁰ Magyar Radiológia 73:29-30., 1999. (Ezt azonban a minisztérium máig nem tette közzé.)

⁴¹ 21/1998. (VI. 3.) NM rendelet 18. sz. mellékletében meghatározott.

telek meglétét a szerződéskötés előtt az első pályázatértékelés kapcsán kizárólag a feltételekkel elfogadott pályázóknál ellenőrizték. A második pályázat 3 nyertesénél szerződéskötés előtt végeztek helyszíni ellenőrzést.

Az ÁNTSZ 2003. évtől kezdődően megbízási szerződést kötött – a daganatos emlőbetegségek népegészségügyi szűrővizsgálatai, a szűrőállomások szakmai működésének félévenkénti felülvizsgálatára, a havi és negyedéves értékelés és jelentés készítésére, valamint a minőségbiztosításhoz szükséges szakmai tanácsadásra – az Emlőszűrési Munkacsoport tagjaival. Az emlőszűrő egységek ellenőrzése az Emlőszűrési Munkacsoport feladata, aki a szűrést végző munkahelyek felét a vizsgált időszakban a helyszínen nem ellenőrizte. Éves ellenőrzési tervet nem készített. 45 szűrőállomásból 2005-ben 10, 2006-ban 1 helyszínen végzett ellenőrzést. Az akkreditációs szempontoknak való folyamatos megfelelés ellenőrzése a szűrőközpontokban és az együttműködő intézményekben nem érvényesült.

A szűrőközpontok negyedévente összeállított statisztikai adatlapjaiból származó adatokat a Szűrési munkacsoport központonként negyedévente értékelte, javaslatait, megállapításait az Szűrési Koordinációs Osztálynak továbbította, azonban a hiányosan jelentő intézményeket nem szankcionálta.

Az ellenőrzött 11 intézmény közül 9-ben nem történt jogszabály által⁴² előírt röntgen-dozimetriai ellenőrzés, 2 intézménynél igen, azonban csak az egyik felelt meg az előírásoknak.

A központok tevékenységének, valamint az akkreditáció szempontjainak való megfelelés folyamatos ellenőrzése nem valósult meg.

2.3. A szervezett emlőszűrés részvételi mutatói

Az OGY határozat⁴³ célként rögzítette, hogy „A 45-65 év közötti asszonyok 70%-a vegyen részt a kétévenként megismételt mammográfiás emlőszűrésen”, mert „Egy költséghatékony és költség-hatékony szűrési program az egyes területek lakosságlistáján szereplő céllakosság legalább 60%-os, ideálisan pedig 75-80%-os részvételét tételezi fel”.⁴⁴ A részvételi arány 43 és 35 % között mozgott.⁴⁵

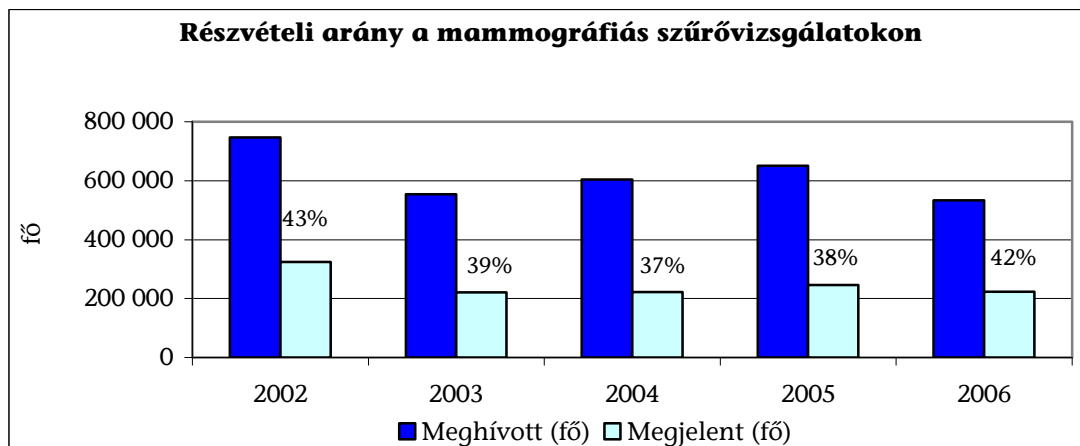
⁴² Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során ionizáló sugárzásnak kitett személyek egészségének védelméről szóló 31/2001. (X. 3.) EüM rendelet 13. § (2) bek.

⁴³ Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.

⁴⁴ Népegészségügyi onkológiai szűrések; Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató (ÁNTSZ, 2005).

⁴⁵ Ezek az adatok a szervezett szűrés részvételi arányait mutatják. Emellett még kb. a célpopuláció 20%-a vesz részt nem szervezett emlővizsgálaton.

Az évenkénti adatokat az alábbi grafikon mutatja be:



A megjelenési arányokban megyénként nagy különbségek figyelhetők meg (1., 2. sz. tanúsítvány). A megjelenési arányokat tekintve (behívott-megjelent) 2003-2006. évek között a legjobb eredményeket Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (61-76%) és Vas megye (60-70%), a legrosszabbat Budapest (36,69%) érte el. A vizsgált időszakban a megjelenési arány tág határok között – 25-76% – mozgott.

Jó gyakorlatnak minősül a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei szervezés, ahol a magas részvételi arányt a szervezők hatékony munkájával érték el a házi orvosokon és az önkormányzatokon segítségével.

A szűrésen való részvétel egyéni költségeinek csökkentésére három intézkedést is hozott a tárca, egyrészt 2003. január 1-je óta van lehetőség a lakóhelyről a szűrőközpontba jutás útiköltségének megtérítésére, másrészt 2006. január 1-je óta a mammográfiás vizsgálatra csoportosan érkező nők számára szervezett buszok költségeihez a biztosító 60%-os támogatást nyújt a települési önkormányzatoknak. Megyei szinten jelentős különbség van abban, hogy a fenti szervezési módszert milyen mértékben alkalmazzák, 2006-ban az összes így szállított nő 95%-a, 2007-ben 61%-a Szabolcs-Szatmár megyéből került ki. A harmadik költségcsökkentő tényező 2007-ben **a szervezett szűrésre érkezők vizitdíj-mentesítése.**

Az ANOVA Szolgáltató és Oktató Betéti Társaság – az ÁNTSZ megbízásából – 2003-ban felmérést végzett a szűréseken történő részvételéről, motivációjáról.

A kutatás célja a szervezett, célzott lakossági emlőszűrés hatékonyságának fokozása, a szűrendő célpopuláció egyes rétegei eltérő részvételének javítása, az esélyegyenlőtlenség csökkentése volt. A jelentés többek között az alábbi tapasztalatokat tartalmazta: Mind az egyén demográfiai jellemzői, mind a társadalmi jellemzői szerint kimutathatók a különbségek a mammográfiás emlőszűrésen részt vett és részt nem vett nők csoportja között. A szűrőprogramban való részvételi arány növelésében, a szűrőprogram hatékonyságának emelésében döntő szerepet játszik a nők mellrákkal, mammográfiás szűréssel, a szűrés menetével, lehetséges kimeneteivel, saját lehetőségeikkel kapcsolatos ismereteinek bővítése. Döntően hat a részvételi szándékra a házi orvosok hozzáállása, javaslatai, segítőkészsége.

A felmérés tapasztalatait és a tanulmányban megfogalmazottakat nem hasznosították. Egységes, közös kommunikációs stratégiát a programokhoz nem rendelt az ágazat irányító. A regionálisan bevált szűrőszervezési gyakorlatot nem alkalmazzák országosan. A szakemberek szerint a regionális jó gyakorlatok országos elterjesztése és az egységes kommunikációs stratégia szükséges a népegészségügyi szűrőprogram céljaként kitűzött 70%-os részvételi arány eléréséhez.

2.4. A szűrés és a diagnosztika aránya

Az OEP-nek 105 mammográfiás egységgel van finanszírozási szerződése, ebből 38 szerződés alapján 45 helyen végeznek emlőszűrést. (A Radiológiai Szakmai Kollégium Emlődiagnosztikai Szekciójának ajánlása szerint a lakosság szám figyelembe vételével elegendő lenne 27 szűrőcentrum.)⁴⁶

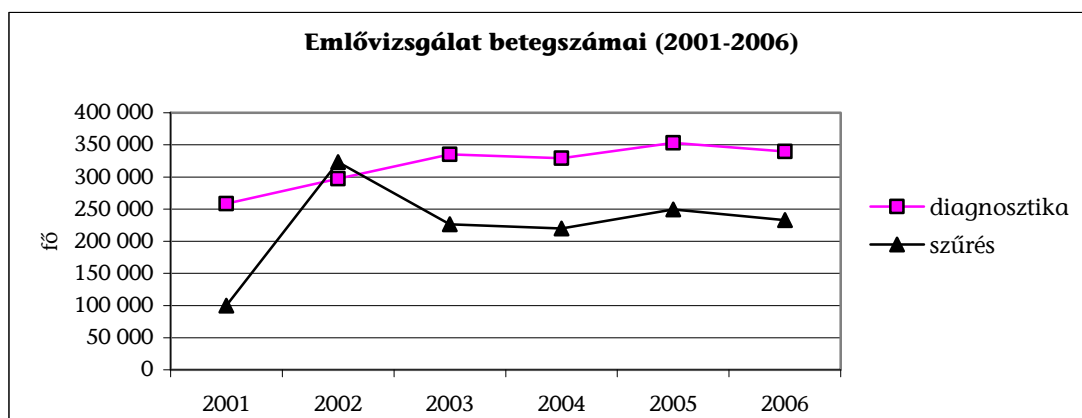
A többletkapacitással kapcsolatban azonban nemcsak mennyiségi, hanem minőségi problémák is vannak: további 60 olyan mammográfiás munkahely működik, ahol nem tanúsították, hogy megfelelnek a szűrésre előírt szakmai és technikai minimum feltételeknek. Ezekben a helyeken **diagnosztikus** vizsgálatokat végeznek, amelyeket az OEP ugyanúgy finanszíroz, mint a szűréseket, de a **vizsgálatok eredményének megbízhatósága nem éri el az akkreditált szűrőközpontokét.**

A hazai gyakorlatban összekeveredik a szűrési és diagnosztikus mammográfiás tevékenység. Szűrési mammográfiát két évente (szűrési ciklusonként) egyszer, akkor számolhat el egy intézmény, ha erre az ÁNTSZ által kiírt pályázat során szerződést kötött, és a behívólevélben megszólított nő jelenik meg akkreditált mammográfiás centrum egyikében vizsgálatra. Ha a vizsgálatra nem szűrőcentrumban kerül sor vagy a szűrőcentrumban vizsgálatra jelentkező nem rendelkezik behívólevéllel, akkor a vizsgálat – finanszírozás-technikai szempontból – diagnosztikus célú mammográfiának minősül.

Nem negatív mammográfiái vizsgálati eredményt követően, a talált elváltozás vizsgálatához további diagnosztikus célú mammográfiás felvételeket, intervenciós beavatkozást, UH vizsgálatot végeznek. **A diagnosztikus célú mammográfiái vizsgálatok ezért együtt tartalmazzák a „tisztázó” mammográfiás tevékenységet és a panaszmentes betegek eseteit.** Ezért **nem állapítható meg egyértelműen,** hogy mennyi a célpopulációból – panaszmentesen – mammográfiái vizsgálaton megjelent személyek száma, az **akkora a valódi átszűrtség.**

⁴⁶ Nemzeti Rákellenes Program Daganatos Betegségek Megelőzése Alprogram (OTH, 2007. január) 12. oldala.

A szűrő- és a diagnosztikus emlővizsgálat betegszámaikat az OEP adatai alapján az ábra mutatja be:



A részletezett adatok alapján a folyamatosan növekvő, diagnosztikán megjelent betegszám mellett a szűrővizsgálatok betegszáma 2004-ig csökkenő majd enyhén emelkedő tendenciát mutat. A szűrés 2001. év végén indult, az első év alacsony betegszámát ez indokolja.

A szerződéssel rendelkező szűrőállomások – a jó kapacitáskihasználtság érdekében – a szűrővizsgálatok mellett nagyszámú diagnosztikus vizsgálatot végeznek, amelyből nem különíthetők el a panaszmentesen vizsgált esetek (valójában szintén szűrtek).

Hazai viszonylatban a szűrési és diagnosztikai vizsgálatok párhuzamos jelenléte miatt az átszűrtség négy mutatója különböztethető meg: részvételi/megjelenési arány, átszűrtség, átvizsgáltság, lefedettség, amelyek folyamatos szakmai elemzés tárgyát képezik, azokról rendszeresen cikkek jelennek meg.⁴⁷

⁴⁷ A szervezett emlőszűrési program 2002-2003. évi részvételi arányai és a program hatása a diagnosztikus és szűrési célú mammográfiák számára: Dr. Boncz Imre, Péntek Z. Kovács A, Dózsa Cs., Budai A., Ember I. – Orvosi Hetilap 2005, 146(38): 1963-2970.

A szervezett emlőszűrési program 2004-2005. évi részvételi arányai: Boncz Imre dr, Sebestyén Andor dr., Döbrössy Lajos dr., Péntek Zoltán dr., Kovács Attila dr., Budai András dr., Kövi Rita dr. és Ember István dr.

A vizsgált időszakról publikált adatokat az alábbi táblázat tartalmazza:

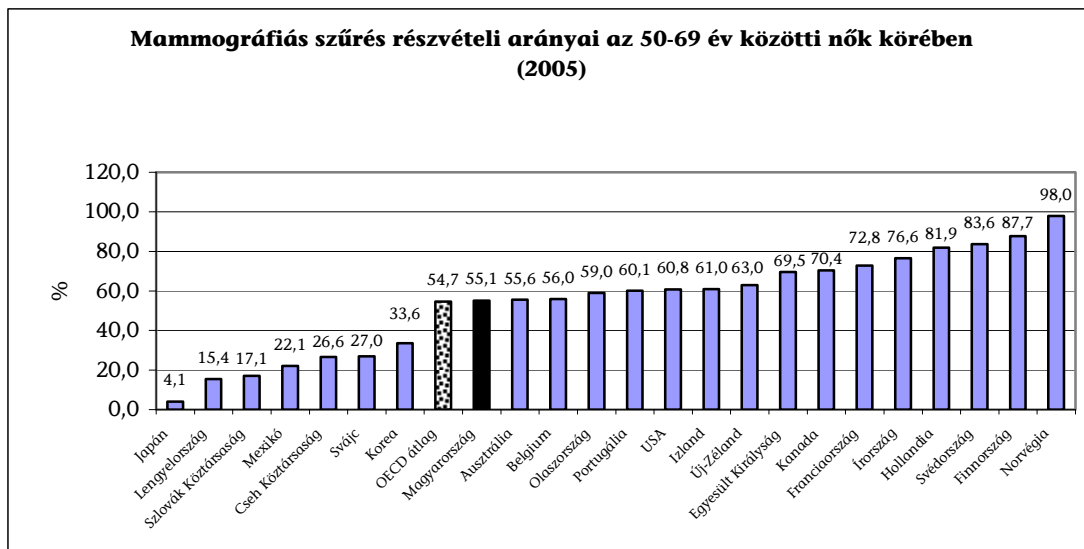
Szűrési ciklus	2000-2001	2002-2003	2004-2005
1. célpopuláció	nincs adat	1 178 112	1 284 400
2. részvételi arány	nem értékelhető	45,1%	37,2%
3. átszűrtség	7,26%	33,95%	29,6%
4. átvizsgáltság	19,67%	22,05%	23,2%
5. lefedettség	25,85%	53,46%	50,8%
6. hány nőnek végeztek vizsgálatot (fő)	393 924	820 057	nincs adat
7. mindkét ciklusban részt vettek száma	220 528 (55,98%)		nincs adat

A népegészségügyi célú szervezett szűrés eredményessége jól látható pl. az átszűrtségen, miszerint a program indulása előtti 7,3%-os arányhoz képest az első kétéves szűrési ciklussal közel 34%-ra emelkedett az átszűrtség és a következő két évben visszaesett közel 30%-ra. Ugyanezt a változást mutatja a lefedettségi mutató is, így az a következtetés adódik, hogy **a részvétel növelése érdekében beavatkozásra van szükség.**

A hazai helyzetet az jellemzi, hogy a céllakosság 30% körüli (népegészségügyi) átszűrtsége mellett az érintett asszonyok további 20%-a vesz részt (diagnosztikai célú) mammográfiás vizsgálaton szűrőciklusonként, ezzel **a céllakosság 50%-a lefedett mammográfiás vizsgálatlaltal.**

A **népegészségügyi célú 30% körüli „átszűrtség”** és „megjelenési arány” adatok **alapján nemzetközi viszonylatban Magyarország a sereghajtók közé, míg az 50% körüli „lefedettségi” arány alapján** a hasonló szervezett vizsgálatok között a középmezőnybe, **az OECD átlagnak⁴⁸ megfelelő körbe tartozik.** Ez a mutató Norvégiában 98%, Finnországban 87,7% és Svédországban 83,6%.

⁴⁸ Health at a Glance 2007, OECD Indicators 111. p.



Forrás: HEALTH AT A GLANCE 2007; OECD INDICATORS

A finanszírozó nem tesz különbséget az akkreditált és nem akkreditált mammográfiai munkahelyen végzett diagnosztikus vizsgálat finanszírozása között. 2006-ban az összes diagnosztikai beavatkozásszám 40%-át, összesen 554 315 beavatkozást végeztek 60, nem szűrőközpontokhoz kapcsolódó diagnosztikus emlővizsgálati munkahelyen. A mammográfiai felvétel értékelése szakmai jártasságot feltételez, amelyet megfelelő esetszámú mammográfiai vizsgálattal és megfelelő technikai feltételekkel lehet elérni.

A szűrési és a diagnosztikai vizsgálatok megbízhatóságának javítását az OTH, – Radiológiai Szakmai Kollégiummal együtt – a mammográfiai szolgáltatások egységesítésében, a minimumfeltételek megszigorításában és a nem megfelelő, felesleges egységek OEP finanszírozási szerződésének felbontásában látják.

A javaslatot benyújtották a minisztériumnak. A módosítási javaslat egyrészt tartalmazza az egyes ellátóhelyeken végzendő minimális vizsgálatszámot. A 2006-os vizsgálati számok alapján a klinikai emlődiagnosztikát végző 60 ellátóhely közül 11 nem éri el a rendelettervezetben meghatározott minimális beavatkozásszámot, míg 45 emlőszűrést végző intézményből 12 nem éri el a tervezett minimális szűrőszámot. A rendelettervezet ezen felül az emlődiagnosztika végzését szakmai jártassághoz köti, a jártassági igazolás megszerzésére vonatkozó első vizsgát 2008 januárjában tervezi lebonyolítani a szakmai kollégium.

A szűrőközpontokra vonatkozó magas szintű „akkreditációs” feltételek teljesülését az ÁNTSZ a vizsgált időszakban nem ellenőrizte teljes körűen. A szűréssel nem foglalkozó diagnosztikus központokra nem vonatkoznak a szűrőhelyek akkreditációs kritériumai.

3. A SZERVEZETT MÉHNYAK SZŪRÉS HATÉKONYSÁGA

Magyarországon a méhnyak szűrésre fél évszázada tesznek erőfeszítéseket. Míg Európában és számos fejlett országban sikerült a betegség halálozási adatainak csökkentése, addig nálunk nincs elmozdulás. Közel azonos számban évente át-

lagosan 500-an hálnak meg ebben a betegségben. 2004-ben 493 halott volt, kb. annyi, mint 1971-ben. A fentieket támasztja alá a következő grafikon.



Az életkorhoz kötött opportunisztikus méhnyak szűrését már az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet lehetővé tette a **25–55 éves nőknek évente, 55–65 év közöttieknek pedig két évente**. A szűrési eljárást „nőgyógyászati onkológiai szűrés, különös figyelemmel a méhnyak-elváltozások szűrésére” formában határozta meg a jogalkotó, a szűrés végzésére pedig a nőgyógyászati szakrendelést jogosította fel. **Népegészségügyi célú szervezett szűréssé 2003. július 24-től minősítette át a jogszabály. A szűrés gyakorisága változott** – az éves gyakoriságról háromévenkéntire – **a szűrési eljárás változatlan maradt**, nevezetesen: „egyszeri negatív eredményű szűrővizsgálatot követően háromévenként, nőgyógyászati onkológiai méhnyakszűrés, különös figyelemmel a méhnyakelváltozások sejtvizsgálatára (citológia) és kolposzkópos vizsgálatára”.

A Népegészségügyi Programban a daganatos halálozás 10%-os csökkentését tűzték ki célul, ezen belül **a méhnyakrák miatti halálozás 50%-os (250 fő) csökkentése volt a cél 2010-ig**. A cél eléréséhez nem készült olyan stratégia, akcióterv, amiben lépésről lépésre, évenkénti lebontásban kidolgozta volna az egészségügyi tárca, hogy **időbeli ütemezés** szerint mikor, milyen intézkedésekre van szükség **az eredmények eléréséhez**.

A szervezett méhnyak-szűrés vizsgálati módszere részben követi a nemzetközi szakmai szervezetek által ajánlott protokollt. Az alkalmazott szűrési eljárás a hazai hagyományokra épül, amely nem felel meg a nemzetközi gyakorlatnak, mert Magyarországon a szűrését nőgyógyász szakorvosok végzik komplex nőgyógyászati vizsgálat keretében. Ez a módszer nem költség-hatékony, mert a vizsgálat drá-

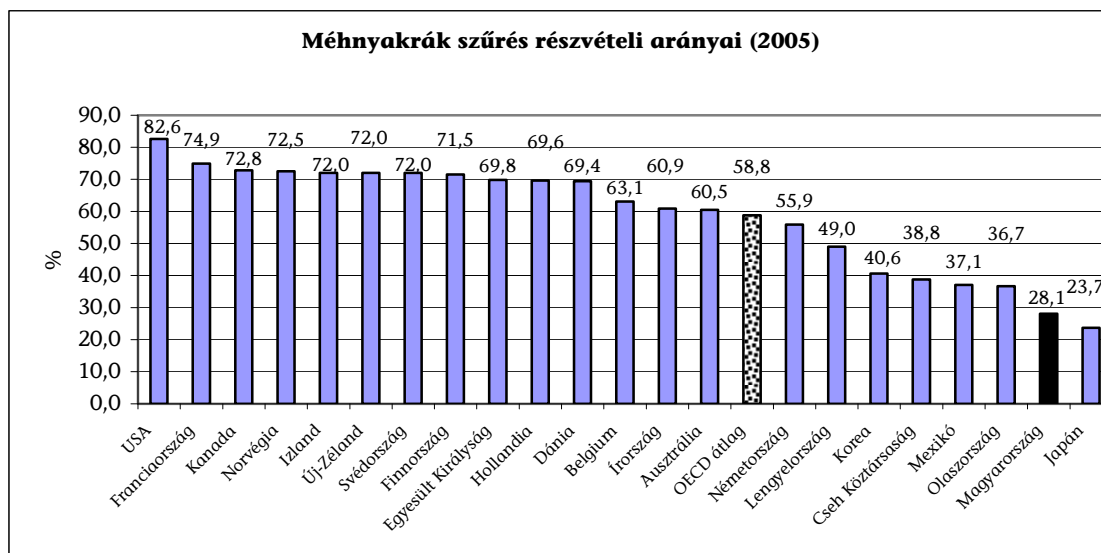
gább mintha egy erre a feladatra kiképzett szakasszisztens végezné el.

A nemzetközi szervezetek szakmai ajánlása és az európai országok gyakorlata szerint **a mintavételt képzett asszisztensek végzik.** A kenetet patológiai laborban értékelik és, ha ebben eltérés mutatkozik a negatív állapottól, akkor kerül a beteg a nőgyógyászhoz. **Ez a szűrési típus felel meg a szűréssel szemben támasztott követelményeknek: olcsó, gyors és hatékony a betegség felismerésében. A szűrés az epidemiológiai bizonyítékon alapuló méhnyakszűrést célozza. Egyéb szervek szűrővizsgálatának (méhtest, petefészek) hatásossága nem bizonyított.** A hazai módszertan nemzetközi gyakorlathoz való igazítását az ÁNTSZ többször javasolta az ágazatirányítónak, de ebben nem született döntés.

A méhnyakszűrés, az országos részvételi arányok – 4,02% és 6,57% – ismeretében, mint szervezett népegészségügyi szűrés nem eredményes, nem hatékony, beavatkozást igényel.

3.1. Elérhetőség, területi eloszlás, egyenlő hozzáférés

Nőgyógyászati szűrőtevékenység csak olyan szakrendelésen végezhető el, amelynek az OEP-pel finanszírozási szerződése van és a Nőgyógyászati Szakmai Kollégium szerint e tevékenységre alkalmas. A rendszerben a magán nőgyógyászok – minthogy OEP szerződéssel nem rendelkeznek – nem vehetnek részt, bár az OTH ismeretei szerint⁴⁹ „a szűrendő célcsoport mintegy 30%-át rendszeresen szűrik”.



Forrás: HEALTH AT A GLANCE 2007; OECD INDICATORS

⁴⁹ Nemzeti Rákellenes Program/ Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok 2007. január (15. o.)

A kenetvételekre gyakorlatilag valamennyi járóbeteg-ellátást végző intézetben lehetőség van. A női lakosság jelentős része nem jelenik meg a szervezett szűrésen, hanem saját orvosát magánrendelésen keresi fel. Az itt végzett vizsgálatok és vizsgálati eredmények nem kerülnek rögzítésre sem az OEP, sem az ÁNTSZ rendszerében, mivel sem a nőgyógyásznak, sem az általa foglalkoztatott patológusnak nincs jogszabályi kötelezettsége, nincs anyagi érdekeltsége a megjelenés, illetve a vizsgálati eredmény jelentésében.

A magánrendelésen végzett vizsgálatok jelentési kötelezettségének hiánya okozza, hogy **az átszűrési adatokban nincs tisztánlátás.**

Országosan 336 kenetvételi hely, nőgyógyászati szakrendelés van. A kiadott működési engedélyek alapján 1710 a magán nőgyógyászati rendelések száma.⁵⁰ A behívottak számát és a megyénkénti rendelések, illetve nőgyógyászok számát a 3. számú táblázat mutatja. A tábla képzett mutatói arra a feltételezésre épülnek, hogy valamennyi behívott megjelenik a szűrésen, vagyis 100%-os a részvétel. Budapesten 61 kenetvételi munkahely van (6. sz. melléklet), 2006-ban 90,2 ezer nő kapott meghívót, ha mindenki elmenne, 1475 vizsgálat jutna átlagosan egy munkahelyre évente, ami napi 6-7 vizsgálatot jelenthet. Ténylegesen a behívottakból 3439-en jelentek meg, ez 3,8%-os megjelenési arány (2006).

A fenti adatok alapján az elérhetőség nem akadály a szűrésen való megjelenésnek.⁵¹

3.2. Citopatológiai laboratóriumok kiválasztása

Az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatala, citodiagnosztikai kapacitás lekötésére meghirdetett pályázatára 86 db pályázat érkezett ebből, 44 intézet, illetve 1 vállalkozó felelt meg a kiírás feltételeinek. A nyertesekkel az OEP szerződés kiegészítést kötött a népegészségügyi célú nőgyógyászati citológiai szűrő vizsgálatokra.

Az ÁNTSZ a kiválasztott laborokkal határozatlan idejű szerződést kötött, ami közös megegyezéssel bármikor felbontható, a rendes felmondás szabályai szerint. Ebben kikötötte a szervezési és szakmai protokoll alkalmazását, a módszertan és minőségbiztosítás alkalmazásának követelményét. **Az ÁNTSZ szerződésbe foglalt megbízói kötelezettsége volt a protokollok hathavonkénti ellenőrzése, ezzel nem éltek.**

Az akkreditált laborokból 2006-ban 42 jelentett a finanszírozónak 58 026 db szűrést. A működő laborokban az összes diagnosztikai célú citológiai vizsgálat-szám pedig 918 268 db volt. **Az OEP-nek jelentett citológiáknak mindössze 5,9%-a kapcsolódik a szervezett szűréshez** (4. sz. táblázat).

⁵⁰ ÁNTSZ 2007. évi adata.

⁵¹ Az OGY Egészségügyi Bizottság 2008. március 12-i ülésén szorgalmazta az európai gyakorlatnak jobban megfelelő szakdolgozói cervix szűréseket, azaz a hozzáférést bővítené.

Annak az akkreditációs feltételnek, hogy legalább évi 6000-10 000 közötti minta vizsgálatát kell ellátni számos patológiai labor nem felelt meg (4. sz. táblázat).

Vannak laborok, amelyeknek **minimális az éves szűrési**, illetve **diagnosztikus** kódon jelentett citológiai **vizsgálatszám**a. Az itt ellátott betegek mintáinak megítéléséhez rendelkezésre álló feltételek és szakértelem nem egyenértékű az akkreditált laborokéval. **Ez kétségessé teszi az adott vizsgálati eredmény helyességét, illetve tévedésben tarthatja a beteget.** A citopatológiai laboratóriumokban, a vizsgálati eredmények korrektségének biztosítása érdekében **azonos követelmények szerinti működést kell biztosítani.** Van olyan akkreditációval rendelkező labor ahonnan egyáltalán nem jelentettek szűrési kenet vizsgálatot 2006-ban (**pl. Szent István, Szent János Kórházak**) **patológiai laborok centralizálására, ismételt akkreditálása szükséges a kapacitások optimalizálása és a minőségbiztosítás érdekében.** Az OEP nyilvántartása szerint 2007-ben 91 laboratóriumban 153 citopatológus működik országosan.

3.3. A méhnyakszűrés részvételi, megbetegedési mutatói

A szűrés hatékonyságát a részvételi arányok mutatják. A vizsgált időszakban az országos részvételi arány 4,02% és 6,57% közötti volt, ami rendkívül alacsony és **a program kudarcát jelenti az ÁNTSZ adatok alapján.**

Az OEP finanszírozási adatai alapján, a jelentett esetszám a diagnosztikánál és a szűrésnél egyformán 2003-ban, a szűrés induló évében volt a legmagasabb, vagy a szűrés esetszáma a 2002. évének tízszerese volt, ami a további években felére esett vissza. A diagnosztika esetszáma 2003-ban 37%-kal volt magasabb, mint 2002-ben, 40%-kal, mint 2004-ben, 45,2%-kal, mint 2005-ben, 45,3%-kal, mint 2006-ban. A diagnosztikai esetszámának csökkenése 259-288 ezerrel, 2003-hoz képest. Az okok vizsgálatáról nem készültek elemzések.

A diagnosztika esetszáma valamennyi vizsgált évben sokszorosa a szűrésének, ami az átszűrtség megítélésében lényeges szempont.

A részvételi arány megyénként és évenként jelentős különbséget mutat (4. 5. sz. tanúsítvány). A megyei beszámolók alapján ott volt **nagyobb a részvétel**, ahol időlegesen **extra szervezési** intézkedések történtek.

A részvétel fokozására több megye élt a mozgó szakorvosi szolgálat (MSZSZ) igénybevételeivel. Jelenleg az OEP adatszolgáltatása alapján 13 megyében 62 MSZSZ működik. Az MSZSZ – egy község, egy nőgyógyász – elvére alapozott szűrés lakossági igényként is felmerült, ez a forma azokat a nőket éri el, akik kis településeken élnek és egyébként nem mennének el a szűrésre. A MSZSZ pozitív tapasztalatainak figyelembevételével, a Szakmai Kollégium véleménye szerint szükség volna feladatai és a meglévő kapacitás bővítésére és szűrési feladatokba való bevonására. Ehhez **a finanszírozás tényleges költségekre támaszkodó változtatása is szükséges.**

Az alacsony részvételi adatokat indokolják még az adatgyűjtés hiányosságai.

Hibaforrások:

- a céllakosság meghívólevél nélkül keresi fel a nőgyógyászt, aki így diagnosztikus citológiai vizsgálatként számolja el a vizsgálatot;
- a nőgyógyász figyelmen kívül hagyja a meghívó vizsgálat kérő szelvényének laborba küldését;

A nőgyógyász a levett mintát az OEP-pel szűrővizsgálatra szerződött citológiai laboratórium valamelyikébe küldi. A vizsgálat eredményéről a laboratórium a beküldő nőgyógyászt értesíti, aki közli a pácienssel az eredményt. Nem-negatív eredmény esetén a nőgyógyász gondoskodik a további vizsgálatokról, teendőkről.

- a kenetet az orvos nem az akkreditált citológiai laborba küldi, így az nem szűrőkóddal jelenik meg.

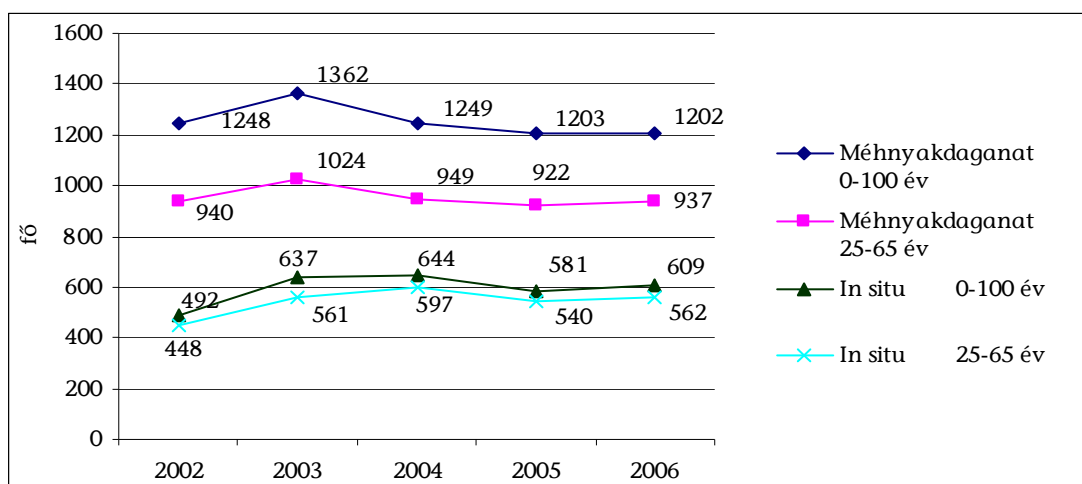
A jelenleg működő informatikai rendszer nem alkalmas a betegkövetési adatok gyűjtésére, így a betegkövetés **a kezelőorvos felelőssége, illetve a szükséges vizsgálatokon való további megjelenés a betegek felelőssége.** A citológiai lelet tartalmazza a vizsgált kenet általános minősítését. Ha a kenet technikai fogyatékoságai miatt értékelhetetlen, a kenetvételt és a sejtvizsgálatot meg kell ismételni, a visszahívást az informatikai rendszer nem tudja kezelni.

A nyilvántartás hiányossága miatt nincs adat arról, hogy a **nem negatív eredmény miatt visszahívottak mekkora hányada vész el a követés** számára. A tévesen negatív eredményeket sem tudják nyilvántartani, mivel az ÁNTSZ nem jogosult az egészségi állapotra vonatkozó adatok személyhez kötött kezelésére, a szűrővizsgálati adatok és a klinikai, patológiai diagnózisok adatkapcsolásának jogszabályi feltételei nem adottak.

Újdonságként került meghirdetésre a **védőnői Modell Program**, amelynek célja, a védőnők kenetvételtelbe történő bevonása volt – az **európai gyakorlat szerint.** A védőnők bevonására előkészületek voltak Nógrád, Zala megyében és a Dél-Dunántúlon, Baranya, Tolna, Somogy megyében. Győrben citopatológus által tartott 2 napos elméleti képzésen 29 védőnő, részletes gyakorlati képzésben pedig 20 védőnő vett részt. A védőnői Modell Program azonban a gyakorlatban nem indult el.⁵²

Az alábbi tábla mutatja a C53-as kóddal regisztrált új betegek számát valamennyi korosztály figyelembe vételével. A 25-65 év közöttiek száma az összes megbetegedettnek átlagosan 76%-a volt. Az in situ méhnyak rákban megbetegedettek száma az induló évhez képest nőtt az összes korcsoportban. Ebből a 25-65 év közötti korosztály a vizsgált időszakban körülbelül 90%-ot képviselt.

⁵² Hivatkozás az országos vezető védőnő 154-56/2007. sz. (2007. 07. 17.) levele az Országos Szűrési Koordinátorhoz írt feljegyzése.



Az OEP adatszolgáltatása alapján elemeztük a 70 év felettieket abból a szempontból, hogy a Rákregiszterbe való bekerülésüket megelőző 10 évben vettek-e részt szűrésen vagy diagnosztikus vizsgálaton. Ezt az alábbi tábla mutatja:

fő

70 év felettek adatai, 2002-2006						
Megnevezés	Új beteg	Szűrésen		Diagnosztikán		Nincs adat
		42 700	42 600	14 720	29 602	
C53	2 067	11	105	509	562	880
In situ	382	3	24	146	175	34
Összesen	2 449	14	129	655	737	914

Az elemzés azt mutatja, hogy a C 53-as kóddal regisztrált 2067 főből szűrésen 11 fő vett részt, az in situval regisztráltak közül pedig 3 fő. A 42 600-as kóddal, amin a járóbeteg-ellátás jelenti a nőgyógyászati szűrővizsgálatot 105, illetve 24 fő vett részt.

A Rákregiszterben méhnyakrák diagnózissal szereplő 70 év feletti nők 37,32%-ának nem volt méhnyak kenetvétele. A betegek diagnózisáról teljes körű és szövettanon alapuló orvos által ellenőrzött jelentések adhatnak valós adatot. **A hazai megbetegedési és halálozási adatok pontossága a folyamatos korrekciók mellett is kétséges.** A Rákregiszter az intézeteket folyamatos ellenőrzésre kéri és szólítja fel az ellenőrizetlen, hiányzó szövettani kódú betegek adatainak pótlására, pontosítására. A Rákregiszterben gyűjtött adatok validitásának kiemelkedő szerepe van a KSH éves jelentései szempontjából, hiszen a megbetegedési adatokat a Rákregiszter szolgáltatja, a vonatkozó Országos Statisztikai Adatgyűjtésről szóló Kormányrendeletek alapján. Ezen túl számos kutatáshoz, nemzetközi és hazai publikáláshoz szolgáltat adatot a Rákregiszter.

3.4. A kenetvétel gyakorisága

A méhnyak vizsgálatának gyakoriságát az OEP annak igazolására mérte fel, hogy bemutassa, hogy minden évben szinte ugyanaz a női sokaság jár vizsgálatra. Ez azokra a szűrési és diagnosztikai adatokra vonatkozik, amit a finanszírozás mutat. Ez nem tartalmaz adatokat a magán praxisban vizsgált asszonyokról.

A méhnyak citológiai vizsgálata kb. 1 millió vizsgálat évente, ami kb. 850 000 nő vizsgálatát jelenti. Szűrővizsgálatot 3 évente vehet igénybe az, akinek nem volt diagnosztikus vizsgálata a három éves periódusban. A diagnosztikus vizsgálatnak nincs időbeli korlátja, vagyis bármikor elvégzi az ellátórendszer, ha panasszal fordul a beteg a rendeléshez és ezt akár több, földrajzilag is egymástól független helyen kérheti.

A táblázat szűrési adatait úgy állították össze, hogy minden 3 éves periódusban egy TAJ-szám csak egyszer szerepeljen. Ezt a következő tábla foglalja össze.⁵³

A kenetvételen részt vett nők vizsgálati gyakorisága⁵⁴

	WHO	DB1	DB2	DB3	DB4	DB5	5 Felett	
2004-2006	Diagnosztika 29 602	411 897	322 293	82 254	22 853	6 723	4 810	
	Szűrés 42 700	21 582	334	12	0	0	0	
	Összesen	414 003	325 692	85 312	23 538	6 886	4 908	860 339
2003-2005	Diagnosztika 29 602	285 679	290 766	187 977	55 268	16 944	14 446	
	Szűrés 42 700	47 853	303	12	0	0	0	
	Összesen	304 163	293 443	192 009	56 983	17 373	14 696	878 667
2002-2004	Diagnosztika 29 602	264 836	273 828	206 480	66 751	19 663	16 694	
	Szűrés 42 700	75 683	276	11	0	0	1	
	Összesen	284 488	280 975	211 241	68 092	20 007	16 840	881 643

Látható, hogy több mint 120 644 nő háromszor vagy annál többször vett részt vizsgálaton 2004-2006 között, 2003-2005 között 281 061 és 2002-2004 között 316 180. Feltételezve, hogy 2 millió fő az átvizsgálendő célpopuláció háromévente, az a következtetés vonható le, hogy 1,1 millióan közülük sem diagnosztikán, sem szűrésen nem vettek részt.

Mivel a szakmai ajánlásokra alapozott szűrési periódus 3 év, az ennél gyakrabban végzett vizsgálatok az OEP-nél felesleges kifizetést gerjesztenek.

A kenetvételen részt nem vett nők megbetegedési mutatóit a jelentés az OEP adatszolgáltatásának hiányában nem mutatja be.

⁵³ Dr. Kövi Rita OEP.

⁵⁴ A táblázat nem tartalmazza 14 720 és 42 600 kódokon jelentett eseteket.

4. A VASTAGBÉLSZŰRÉS HATÉKONYSÁGA

Az Országgyűlés és a Kormány vastag-, illetve végbéldaganat-szűrés kiterjesztésre vonatkozó céljai nem teljesültek.

2001-ben a népegészségügyi program⁵⁵ célul tűzte ki a vastagbél-, végbél daganatok miatti halálozás 10%-os csökkentését 2010-ig.

2003-ban OGY határozat⁵⁶ célul tűzte ki a 45-65 év közötti nők és férfiak korosztálya részére a széket vér laboratóriumi kimutatásán alapuló vastag- és végbélszűrés rendszerének megszervezését, valamint a vastagbél-, végbélrák okozta halálozás 20%-os csökkentését 2012-ig.

A vastagbélszűrés 2005. december 30-ig nem szerepelt a népegészségügyi célú szűrővizsgálatok között a miniszteri rendelet⁵⁷ az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok között szerepeltette. 2005. december 31-én mindössze 1 napra szervezett népegészségügyi célú szűrővizsgálattá minősítette.

2006. január 1-jétől a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok között, **már csak kísérleti programként határozták meg** a gyomor-bélrendszeri eredetű vérzés szűrését.

2008-tól az EüM nem finanszírozza a vastagbélszűrések szervezését, és felfüggesztette a programot. Az Országgyűlésnek a népegészségügyi programban a vastagbél daganatos halálozás csökkentésére megfogalmazott célkitűzései nem változtak, de beszűkített programmal nem érhető el a kitűzött célok. **A vizsgált időszakban nem születettek meg a program országos kiterjesztéséhez szükséges döntések és intézkedések.**

2006-ot megelőzően négy „modell” szűrési projektet bonyolítottak le: Ajkán (és később csatlakozva Lovászpatonán), Balatonfüreden (két, egymást követő ciklusban is), valamint a főváros IX. és XIV. kerületében.

Az eredményeket nem naptári évenként értékelték a modellterületeken, hanem a programonként változó projekt-időtartamok végén. Az egyes modellszűrések folytatását a teljesítmény volumenkorlátozás miatti ellenérdekeltség akadályozta. Az érintett korosztály ismételt meghívására egyedül Balatonfüreden került sor 2005-ben, a többi esetben a kétéves ciklus-időtartamot nem érték el. Nagyatádon és környékén a 2007-ben lefutott projekt 2008-as ismétlését tervezik. Mindezek következtében a bevezető, 2004. évre tervezett 180 000 fős népeség szűréssel történő elérése az azóta eltelt 3,5 év alatt sem sikerült.

⁵⁵ A 2001-2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről szóló 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat.

⁵⁶ Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.

⁵⁷ A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet.

A szűrések módszere – FOBT teszt – összhangban volt a nemzetközi ajánlásokkal, illetve az európai uniós elvárásokkal. A szűrések bevezetésének elhatározása óta változatlan a laboratóriumi alaptechnológia: rejtett székletvér vizsgálat, annak is egy sajátos, kétfázisú formája. **Az Orvosi Laboratóriumi Szakmai Kollégium 2005 ősze óta nem tartja alkalmasnak a vizsgálati eljárást. A Kollégium véleménye miatt a minisztérium elhalasztotta az országos kiterjesztést és helyette 2006-ra a „kísérleti jellegű” folytatás mellett döntött.** A vastagbéliszűrési munkacsoport ezzel szemben a módszert megfelelőnek tartja. **Az ellentmondó szakmai álláspontok, valamint a minisztérium határozott döntésének hiánya miatt a vastagbéliszűrést máig nem terjesztették ki országosan. Az Országgyűlés által 2003-ban kitűzött 20%-os halálozáscsökkenési cél 2012-ig az eddigi gyakorlat alapján nem fog teljesülni.**

A vastag- és végbéliszűrések módszertana a nemzetközi ajánlások szerint a rejtett vérzés székletbeli kimutatása. Egyes szakmai csoportok a szűrés kolonoszkópiás módszerét támogatják, ami szintén alkalmas a vastag- és végbéldaganatok korai stádiumának megállapítására, de a tömegszűréssel szemben támasztott követelményeknek (gyors, olcsó, fájdalommentes) nem felel meg.

Az ÁNTSZ értékelése szerint **a modellterületeken** összesen 110 000 fő részére juttattak el szűrési meghívást. **A megszólított lakosságcsoport részvételi aránya 32%-os volt,** amely nem esik messze a 40%-os állami elvárástól (ez a mutató Finnországban 71% volt).

A vastagbéliszűrésben részt vettek adatait az ÁNTSZ a következő táblázatban mutatta be. A szűrések eredményeként polypot (rák megelőző állapotot) 312 főnél, rosszindulatú daganatot 50 főnél állapítottak meg.

Megnevezés	Világ-banki csoport	Ajka, Lovászpata	Bp. IX. kerület	Bp. XIV. kerület	Békéscsaba 2006.	Balatonfüred	Kecskemét	Nagyatád
Vizsgálandó populáció	21 950	8 686	11 978	25 134	10 753	3 450	25 033	5 000
Kiküldött levelek száma			11 978	25 134	10 753	3 450	3 227	2 507
Kiadott kazetták száma					3 834	2 485	3 089	2 507
Beérkezett székletminták száma	6 805	3 996	4 013	10 216	2 763	2 010	3 089	2 507
Kolonoszkópiára javasolt	377	321	213	475	157	121	401	206
Kolonoszkópiát elutasítók	134	23			25	24	38	112
Folyamatban lévő kolonoszkópia								20
Elvégzett kolonoszkópia	243	298	56	200	108	97	197	74
Negatív kolonoszkópos eredmény	35	90	5	76	31	41	124	18
Nem negatív kolonoszkópia	208	208	51	124		56	38	56
Polyp	59	67	19	50	40	25	36	16
Roszzindulatú daganat	12	13	4	2	8	2	1	8
Egyéb	137	128	28	72	31	29	1	32

A minisztérium 2000-ben készített „megvalósíthatósági tanulmánya” szerint a tömegszűrés klinikai vonzatainak ellátásához szükséges technikai háttér biztosított. A megállapítást évi 25 000 többlet kolonoszkópos kivizsgálási igény kalkulálásával, a rendelkezésre álló ellátóhelyek és eszközpark számbavételével tették. Ezzel szemben a vastagbélszűrési munkacsoport szűrések országos kiterjesztését gátló tényezőként állapította meg, hogy a kolonoszkópos kapacitás „jelentős” bővítésére lenne szükség.

A kísérleti szűrési programok eredményeinek újraértékelésével lehetőség lesz – szükség esetén – a szűrési módszer pontosítására, módosítására és országos megszervezésére.

5. A SZŪRÉSEKRE RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ FORRÁSOK

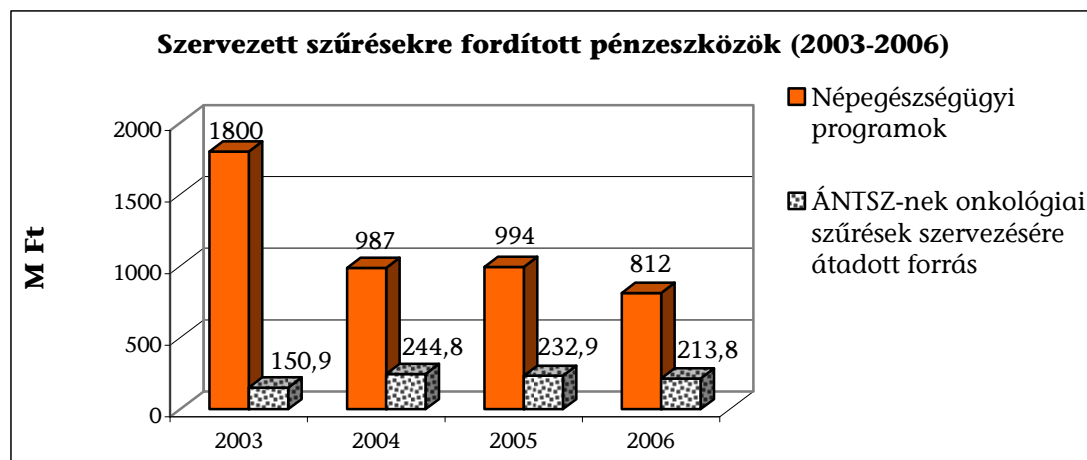
A prevenciók tevékenységeinek megvalósításának feltétele a biztos finanszírozási bázis kialakítása. A szervezett szűrőprogramokat úgy vezették be, hogy finanszírozásuk nem volt előre kidolgozva. A szűrési vizsgálat finanszírozását az E. Alap gyógyító-megelőző ellátások éves keretének terhére vezették be, a szervezés költségeit központi költségvetési támogatásból fedezik.

Az elsődleges és a másodlagos prevenció finanszírozása nem kidolgozott, nincsenek prioritások, s nincsenek előre, a feladatokhoz meghatározott források sem. Az onkológiai szűrések szervezési kiadásait az EüM költségvetésében biztosítják, amit forrás átadással az ÁNTSZ használ fel. A szűrés és a következményes ellátások költségeit az OEP finanszírozás biztosítja. Ezen túlmenően a szűrés infrastruktúráját javították az EU-s forrásból megvalósult beruházások. Elsődleges prevencióra és részben szűrésre is a MeH, valamint egyéb tárcák költségvetése is tartalmaz kiegészítő forrásokat.

5.1. A szűrővizsgálatok szervezésének és kommunikációjának forrásai

Az ÁNTSZ részére fejezeti kezelésű előirányzatból az onkológiai szervezett szűrések lebonyolítására átadott pénzeszköz **2002-2007 között évi 200-244 M Ft.** Ezek a források szolgálták a szakértők, szűrési munkacsoportok, posta költség, informatikai beszerzések, szolgáltatások finanszírozásának forrásaként. Az ÁNTSZ-en belül a szűrést szervező szervezeti háttér az ÁNTSZ költségvetése biztosította.

Az alábbi diagram a népegészségügyi szűrés és az ÁNTSZ-nek az onkológiai szűrések szervezésére átadott forrásokat mutatja.



A Népegészségügyi Program megvalósítása a „21 lépés az egészségügy megújításáért” előirányzatban belüli előirányzatból a népegészségügyi szűrővizsgálatok alprogramra 2006-ban 346,5 M Ft-ot költöttek (pl. rizikó és cardiovascularis prevenció, dohányzás, AIDS Világnap stb.). Az előirányzatból eredetileg 150 M Ft-ot az ÁNTSZ kapott az onkológiai szűrések szervezésére, majd ezt az összeget később a 213,8 M Ft-ra egészítették ki. A 213,8 M Ft-ot a minisztérium 2007 márciusában utalta az ÁNTSZ-nek, és a beszámolási határidő július 31. volt. A 2006-ban felmerült szűrési költségeket az ÁNTSZ finanszírozta.

A 2007-re előirányzott összegről (237 M Ft) a megállapodást a minisztériummal 2007. november 15-én írták alá. 2007. szeptember 25-i feljegyzés szerint a minisztérium döntött a vastagbélvizsgálat finanszírozásának megszüntetéséről és helyette 2008. januártól a szájúregi szűrés bevezetéséről. Döntést megalapozó

dokumentum nem készült. Az ÁNTSZ-nek a 2007 folyamán felmerült, vastagbelsőszűréssel kapcsolatos költségei 15 M Ft értékben megtérítette a minisztérium.

Az ÁNTSZ-nál informatikai beruházásra fordított forrás 2002-ben 57 M Ft volt, amelyből számítógépeket, fénymásolókat és a mammográfiás szűrőállomásokon használt szoftvert vásárolták meg. 2006-ban 6,2 M Ft és 2007-ben 4,8 M Ft informatikai célú kifizetés történt a szűrési célú támogatás terhére, ezeket az eszközöket azonban nem a szűrési koordinációs osztály használta fel.

2002 áprilisában írták ki az Országos Szűrési Rendszerre a pályázatot. A projekt keretében 2003-ban 23,4 M Ft-ot, 2004 novemberében 43,6 M Ft-ot támogatásból és 11 M Ft-ot az ÁNTSZ saját költségvetéséből fizettek ki a közbeszerzési pályázaton nyertes International System House Kft.-nek, összesen 78 M Ft értékben. A támogatás forrása a 2002. évi Egészségfejlesztés és mentálhigiénés célok elnevezésű fejezeti kezelésű előirányzat, onkológiai szűrővizsgálatok alprogram 56 M Ft-ja és a tartalékalap alprogram 11 M Ft-ja volt.

A szűrőprogramok kommunikációját a népegészségügyi program fejezeti kezelésű előirányzatában tervezték meg, az egyes években eltérő nagyságú és nem rendszeres forrásokkal. A szűrési programok népszerűsítésébe bevonható szponzorok, támogatók lehetséges szerepére terv nem készült.

2004-ben a McCann-Erickson cég bevonásával a népegészségügyi program kommunikációjára indult kampány 150 M Ft értékben. Ennek keretében dohányzás ellenes program, egészséges ifjúság program és a méhnyakrákkal kapcsolatos szűrőprogram népszerűsítése volt a cél. A teljes összegből a méhnyakrák elleni kampány 31,5 M Ft + áfa összegben valósult meg. A kampány keretében televízió reklámfilm, rádiószpot, sajtóhirdetésre alkalmas fotó készült, valamint a média megjelenés díjait és a jogdíjakat is tartalmazta az összeg. Még ugyanebben az évben 1,7 M Ft-ot sajtófigyelésre költöttek.

A méhnyak szűrésen történő megjelenési arány javítására indította el a Népegészségügyi Kormány megbízotti Hivatal és külső támogatók 2004-ben a Liliom programot, amelynek során összetett kommunikációval és nyereményjátékkal tették vonzóbbá a szűrővizsgálaton történő megjelenést. A szponzorok által finanszírozott kampányhoz a minisztérium 4 M Ft-tal járult hozzá. A Liliom program minden évben folytatódott.

A megállapodás a Lilly Hungária Kft. által felajánlott 20 M Ft közvetlen anyagi támogatáson túl magában foglalja a kommunikáció szervezését és megvalósítását. A részvétel fokozására szponzori felajánlásból nyeremény autót is sorsoltak a résztvevők között. A kommunikációs kampány első üteme 2005 őszén indult, és 2006 februárjában a nyeremény autó TV show-n történő sorsolásával zárult, majd 2006 májusától folytatódott.

A 2006-ban sorsolt autó a Renault Hungária felajánlása volt, amelyről 3 122 842 Ft értékű számlát nyújtott be az ÁNTSZ-nek. Az ellentételezést a Renault cég kampányban való reklámozása adta. A nyereményautó szponzori szerződésébe foglalt feltételeinek számviteli bonyolítása az ÁNTSZ-nek többletkiadást okozott, ugyanis az autó ellenértékének megfelelő, a Renault Hungária reklámozásáról kibocsátott számla áfa tartalmát be kellett fizetni az APEH részére (624 568 Ft).

2006 és 2007 augusztusában újabb együttműködési megállapodások születtek a Liliom Program folytatásáról, újabb 20-20 M Ft-os támogatással az országos programok megvalósításának érdekében. A Lilly Hungária Kft. a programok közvetlen finanszírozását vállalta.

A méhnyak szűrés eredményesebbé tétele érdekében 2005-ben a Szerencsejáték Rt. 45,9 M Ft-ot adott át 20 db gépkocsi beszerzésére, amit a megyei szűrési koordinátorok használatába adtak. Az autók kihasználtságáról, az eredményesség javulásáról a megyei beszámolók nem szólnak, **cél-nak megfelelő használatot nem ellenőrizték.**

2007-ben a Miniszterelnökség költségvetésében 300 M Ft állt rendelkezésre a SZÉP – Szűréssel az Életért Program – lebonyolítására. 2008 februárjában a programot a MeH folytatja. A rendezvénysorozat célja, hogy felhívja a lakosság figyelmét a szűrővizsgálatokra és az egészségmegőrzés fontosságára, ugyanakkor rendezvényein keveredik az alkalomszerű és a szervezett (népegészségügyi stratégia részeként) szűrés, ami rontja a szervezett onkológiai szűrések – behívás, betegkövetés – hatékonyságát. A SZÉP program alprogramja a daganatos megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenységek támogatása, ezen belül a szervezett szűrő programokra való figyelem felhívása, illetve a Liliom program népszerűsítése. A MeH felvette a kapcsolatot az ÁNTSZ-szel a program rendezvényein való közreműködésre.

A 2004-től működik az ÁNTSZ honlapján lakossági szűrések fejezet. A nyomtatott sajtóban cikkek országos és helyi megjelenésével támogatták a szűrésen való részvételt. Az ÁNTSZ közreműködésével az elektronikus médiában (pl. RTL Klub, TV2, Hír TV,) ingyenesen népszerűsítették a szűréseket. Ezen túlmenően az ÁNTSZ szórólapokat készített, 2004-ben 7,3 M Ft értékben, 2006-ban a források szűkössége miatt erre nem volt lehetősége.

5.2. A népegészségügyi célú szervezett onkológiai szűrések OEP forrásai

A népegészségügyi szűrések minél szélesebb körű végzése érdekében – finanszírozási szinten – nem teremtették meg a szűrési tevékenység végzésében a szolgáltatói érdekeltséget.

A TVK bevezetését követően, 2004 óta közvetítették a tárca felé a szűrési munkacsoportok a szűrővizsgálatok teljesítmény növelő hatása és a TVK közötti el-lentmondást.

A teljesítményt növelik a nem negatív szűrési eredményeket követő további diagnosztikai vizsgálatok, a rákmegelőző állapotok kezelése, a műtéti beavatkozások, a rehabilitáció költségei.

Az emlő és a méhnyak szűrővizsgálatok kikerültek⁵⁸ a teljesítmény volumen korlát alól. Az intézkedéssel javult a szűrőcentrumok helyzete, de a centrumok-

⁵⁸ 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2006. decemberi módosítása.

hoz kapcsolódó ellátó egységeké nem. A Kormányrendelet⁵⁹ további módosítása ad lehetőséget arra, hogy azoknál, akik a szervezett szűrés keretében behívólevéllel jelentkezők közül kerülnek kiemelésre, a további kivizsgálás, műtét költsége ne essen a TVK korlát alá. Ez egyszerű TAJ azonosítással megoldható lenne, amihez valamennyi információ az OEP-nél rendelkezésre áll. **A szűrést szervezők véleménye szerint a TVK a vastagbéliszűrés esetében az országos kiterjesztés egyik legfőbb akadálya.**

A szervezett emlő- és méhnyak szűrésen való részvétel ingyenes. A térítésmentes vastagbéliszűréshez való hozzáférés a vizsgált időszakban jelentősen korlátozódott.

A térítésmentesen igénybe vehető vastagbéliszűrési ellátást a minisztérium fokozatosan szűkítette. 2006-ig a 45-65 évesek kétfévente jogosultak voltak rá, majd 2006. január 1-je óta szabályosan csak a néhány modellterület székletvér szűrései voltak igénybe vehetők hazánkban térítésmentesen. Vagyis a „kísérlet” azzal, hogy még nem országos kiterjesztésű, mintegy szűkítette az igénybe vehető egészségügyi ellátási kört.

A szűrővizsgálatok igénybevétele vizitdíj mentes.⁶⁰ A társadalombiztosító a szűrővizsgálat helyére jutás útiköltségét kifizeti vagy ahhoz támogatás nyújt, azonban az útiköltség elszámolásában 2006 elején történt módosítás bonyolítja az egyén számára az összeg megtérítését és ezzel negatívan hat a szűrővizsgálatokon való részvételre.

A mammográfiás vizsgálatra szervezeten érkező nők számára 2006. január 1-je óta a buszköltséghez a biztosító 60%-os támogatást nyújt a települési önkormányzatok számára. 2006-ban 3,371 E Ft-ból 5051 fő (667 Ft/fő) 2007-ben 3,339 E Ft-ból 6026 fő (554 Ft/fő) vett részt mammográfiás szűrésen ilyen típusú szervezés és finanszírozás keretében.

Az OEP-nél nem volt biztosított plusz forrás a szűrések következményes kezelésének finanszírozásához. Az OEP forrásain belül a népegészségügyi szűrésre fordított források elkülönítése – a hasonló célú diagnosztikai tevékenységtől – az emlőszűrés és a méhnyak szűrés esetén „szűrőkóddokkal” megoldott. A vastagbéliszűrés esetén ez a megkülönböztetés – szűrési kód hiányában – nem lehetséges.

A finanszírozó a szűréseken való részvétel fokozását 2005-ben pályázat formájában is támogatta – házi orvosokon keresztül – közvetetten.

Az OEP 2005-ben írt ki pályázatot egészségmegőrző, egészségfejlesztő és betegségmegelőző tevékenység végzésére házi orvosok részére (IBR-en kívül) 850 M Ft keretösseggel. Ez a pályázat a primer prevenció területére szólt, kapcsolata az országos, szervezett szűrővizsgálatokkal csak közvetett, 348 szerződésre 210 M Ft-ot fizettek ki. A szakmai beszámolók alapján a szűréssel összefüggő tevékenység

⁵⁹ Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet.

⁶⁰ A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 18/A. § (6) c) bekezdés.

nem mérhető, mivel a pályázati kiírás nem írt elő egységes, összehasonlítható beszámolási struktúrát.

Az emlővizsgálatokra fordított kiadások egy év (2004) kivételével folyamatosan növekedtek, de az emlővizsgálatokon belül a szűrésre fordított pénzeszközök aránya a 2002. évi 40%-ról 2003-ra 33%-ra csökkent, és az ezt követő években ezen a szinten stagnált. Azaz a növekvő kifizetéseken belül a diagnosztikus mammográfiás és egyéb emlővizsgálatokra (UH, MRI, intervenció) fordított források növekedtek erőteljesebben. Ez összefügg a szűrt betegek számának csökkenésével.

A diagram a diagnosztikai és szűrési célú emlővizsgálatokra, intervencióra, UH és MRI vizsgálatokra fordított pénzeszközöket mutatja be (6. sz. tanúsítvány).



Forrás: OEP tanúsítvány

A mammográfiás szűrésre a társadalombiztosító által fordított összeg a 2002. évi 776,5 M Ft-ról 2006-ra 913,4 M Ft-ra növekedett, nem egyenletes ütemben. Az összeg emelkedésében az egy vizsgálatra jutó finanszírozás növekedése nagyobb mértékben játszott szerepet, mint a betegszám emelkedése.

Egy szűrővizsgálattal azonos tartalmú diagnosztikai vizsgálat finanszírozása a vizsgált időszak egy hónapjában – 2003 augusztusában – haladta meg a mammográfiás szűrését. Az ezt követő időszakban egy szűrővizsgálat finanszírozási összege magasabb volt, mint a diagnosztikai vizsgálaté, a megelőző időszakban a két vizsgálat finanszírozása azonos volt (7. sz. melléklet).

A méhnyak szűrés beavatkozásainak kiadásai 1,4 Mrd Ft és 1,3 Mrd Ft közöttiek voltak. A szűrésre fordított kiadás ennek 19,3%/2003, 10,7%/2004, 10,2%/2005, 12,4%-a volt (3. sz. tanúsítvány).

2003-tól 2004. május 1-jéig 1200 ponttal, míg ettől az időponttól 1093 ponttal finanszírozódott mind a szűrési, mind a diagnosztikai célú citológiai vizsgálat. A pont azonosság miatt a szűrésért és a diagnosztikáért közel azonos, 1000 Ft körüli összeget kapnak az intézetek. Tekintve a szűrések alacsony számát az ér-

dekeltség nem számottevő, az elszámolásba ösztönzők beépítésére nem került sor.

A vastagbélszűrések immunkémiai labor vizsgálatához nincs elkülönített szűrési kód, így nem különíthető el az egyéb okból végzett székletrév vizsgálatoktól. Elkülönítés hiányában az OEP nem tudja kimutatni a vastagbélszűrésre fordított kiadásokat.

Az OEP finanszírozási adatai szerint az elvégzett székletrév vizsgálatok száma összességében csökkent 2007-re (7. sz. tanúsítvány). A kevesebb ilyen laborvizsgálat – bármilyen céllal végeztették is – potenciálisan kevesebb daganatos eset felfedezésére nyújt lehetőséget. A még panaszmentes időszak szűréseinek ritkulása az idejekorán fel nem fedezett, illetve súlyosabb stádiumú daganatok gyakoriságát és ezzel együtt a drágább/hosszadalmasabb terápiák, a kisebb túlélési esélyek arányát növeli.

A vastagbélszűrés országos kiterjesztése kezdetben költségnövekedéssel járna, amelyhez az E. Alapban nem biztosítottak a szükséges források. Az OEP és a MOK már 2004-ben javasolta a minisztériumnak, a szükséges többletforrások biztosítását. Erre azonban további minisztériumi intézkedést az ellenőrzés csak 2005-ben tapasztalt. A rendelet⁶¹ módosítása keretében kidolgozták a kísérleti mértékű, illetve az országos kiterjesztésű szűrés állami költségigényét, továbbá az E. Alapra gyakorolt költséghatást különböző részvételi arányok mellett, amelyet az alábbi táblázat mutat be.

	Célcsoport/2 évente	2 400 000	
	Megnevezés	Részvételi arány	40%
Szűrési fázis	Vizsgálati módszer	Egység érték	
	Székletrév meghat. immunológiai módszerrel		
	Vizsgálati szám	1 200 000	480 000
	Német pont (716*3 vizsgálat)	2 148	1 031 040 000
	Ft/német pont	1,48	1 505 318 400
	Székletrév albumin meghat. immunológiai módszerrel		
	Vizsgálati szám	1 200 000	480 000
	Német pont (716*3 vizsgálat)	2 148	1 301 040 000
	Ft/német pont	1,46	1 505 318 400
	Éves szűrési költség összesen		3 010 636 800
Diagnosztika+terápia	Kolonoszkópiás vizsgálati szám (a szűrtek 6%-a)	6%	28 800
	Sima kolonoszkópia (75%)	75%	21 600
	Német pont (716*3 vizsgálat)	4 46	67 393 600
	Ft/német pont	1,46	127 594 656
	Kolonoszkópia+polypectomia (25%)	25%	7 200
	Német pont	20 655	148 716 000
	Ft/német pont	1,46	217 125 360
	Műtét		
	Műtétszám (kolonoszkópia 6%-a)	6%	1 728
	HBCS	3	5 376
Ft/HBCS	146 000	784 845 262	
Összesen E. Alapra gyakorolt hatás	Kolonoszkópia		3 138 231 456
	Polipectomia		3 227 762 160
	Műtét		3 923 076 718

⁶¹ A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet.

A számítás szerint 40%-os részvételi arány mellett a vastagbélszűrések országos kiterjesztése hozzávetőleg 4 Mrd Ft többletterhet jelentene. A szűréssel megelőzhetőek lennének viszont az előrehaladott, drága kezelési költségű vastagbél-daganatok, az így keletkező megtakarításokat a becslési eljárás nem tartalmazza.

Ennél kevesebb többletterhet okoznának a szűrések az E. Alapnak, mivel az elvégzett kolonoszkópos beavatkozásoknak csak akkora hányadát okozzák a szűrések, amennyi negatív diagnózist eredményeznek (szűrés nélkül ugyanis nem végeznék el ezeket). A pozitív szűrési eredményt követő beavatkozásokat egy későbbi stádiumban, a panaszok jelentkezésekor amúgy is elvégeznék. Igaz ez a műtéti beavatkozásokra is, a szükséges műtétek később felmerültek volna.

A Pénzügyminisztérium nem támogatta sem a szűrésekkel összefüggő többletkapacitások külön eljárásban történő befogadását, sem pedig a szűrések bevezetését, amelyet a következő módon indokolt: „A nagyobb költségvetési kihatással járó szűrések tervezett 2006. év augusztusi bevezetésével a 2007. évi költségvetésre vállal a szaktárca kötelezettséget, amelyhez nincs Kormányfelhatalmazás”. A hatályos parlamenti határozat⁶² ellenére a Kormány nem intézkedett a feltételek biztosításáról.

A szűrésben elszámolható kódok pontszámértékei jelenleg nagyobbak (4296 pont) annál, mint amit az ÁNTSZ javasolt (1000-1070 pont). A magasabb pontértékekkel számolt eddigi szűrő beavatkozások így (becsülhetően millió forintos nagyságrendben) többszörösükbe kerültek az E. Alapnak, mint amennyit a szűrési szakemberek szükségesnek tartottak.

5.2.1. A szűrések költséghatékonysága

Az szűrővizsgálatok közvetett és közvetlen költségvonzatának bemutatását az ÁSZ a vizsgálati program szerint, már megjelent kutatások és publikációk alapján végezte.

A szervezett szűrő vizsgálatok országos kiterjesztése előtt tanulmány⁶³ vizsgálta a három daganat típus gyógykezelésére költött társadalombiztosítási források értékét, ez az összeg 2001-ben az emlődaganatok esetén 8,6 Mrd Ft, a méhnyakrák esetén 1,043 Mrd Ft a vastagbél-daganatok esetén 9,978 Mrd Ft volt. Hasonló költséggyűjtést a finanszírozó 2001 óta nem végzett.

A 2001. évi kezelési költségekbe az OEP kifizetéseiben figyelembe vették a járó, fekvő, krónikus ellátást, a táppénz kifizetést, a gyógyszer kiadásokat.

Kutatás vizsgálta a szűrővizsgálatok egészség-gazdaságtani hatását eltérő részvételi arányok mellett. Nemzetközi összehasonlításban megállapították, hogy az egy megmentett életévre eső magyar költségek mérsékeltek (emlő: 19 876 – 62 047 USD, méhnyak: 21 671 – 44 285 USD, vastagbél: 1074 – 4381 USD kö-

⁶² 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról 2. b) pontja.

⁶³ Az emlő, méhnyak és colorectalis daganatok kezelési költségeinek összehasonlító elemzése – Dr. Boncz Imre – megjelent IME 2006, 4 (10): 16-19.

zöttiek) a külföldi értékekhez képest. Összességében megállapították: „A megfelelő szűrési stratégia és a jó gyakorlati kivitelezés esetén elfogadható költség-hatékonysági értéket érhetünk el, bár hangsúlyozzuk, hogy jelenleg nincs erre vonatkozó küszöbértékünk”. A számításokat végző közlése szerint ezek a kalkulációk, az ilyen szemléletű értékelések Magyarországon még nem honosodtak meg, nem terjedtek el és nincs tudomása arról, hogy az elkészített egészség-gazdaságtani elemzéseket döntéseknél alkalmazták volna.

5.3. A szűrésekre fordított EU források

Az NFT I. kapcsán hazánkban felhasznált Uniós források a szűrési tevékenységet közvetetten, annak infrastrukturális hátterét fejlesztve szolgálták, míg az NFT II.-vel összhangban a jövőben érkező forrásokat a szűrések népszerűsítésére fogják felhasználni a tervek szerint.

A **Nemzeti Fejlesztési Terv I.** Humán Erőforrás Fejlesztés Operatív Programja által támogatott egészségügyi **infrastruktúra fejlesztési** célokat (HEFOP 4.3. és 4.4.) az alábbi tábla mutatja be.

Név	Támogatás (Ft)	Elfogadott számlák összesen 2007. novemberig (Ft)
Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum	10 800 000 000	8 957 928 610
Egészségügyi Kht. - Fonyód	181 870 000	0
Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet	1 151 526 000	589 927 750
Kaposi Mór Oktató Kórház	390 000 000	0
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház-rendelőintézet és Egyetemi Oktató Kórház	1 784 303 580	984 496 005
Pécsi Tudományegyetem	2 046 377 667	2 041 631 213
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza	1 221 499 460	257 670 041
	17 575 576 707	12 831 653 619

Az intézményfejlesztések közvetett módon támogatják az onkológiai szűréseket javítva az ellátás technikai feltételeit. Ezek a beruházások jellemzően épület, illetve eszköz beszerzések voltak nagyobb vidéki ellátó helyekhez kapcsolódóan. (Függelék)

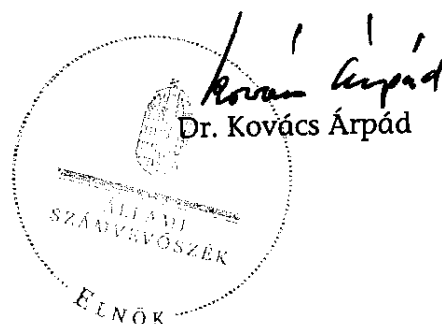
Az Új Magyarország Fejlesztési Tervnek nevezett II. Nemzeti Fejlesztési Terv részeként a Társadalmi Megújulás Operatív Program 6. prioritása az Egészségmegőrzés és egészségügyi humán erőforrás fejlesztése. A program elsődleges célja a lakosság egészségi állapotának javításához való hozzájárulás, melynek révén növekszik az egészségben eltöltött életevek száma.

A prioritáshoz meghatározott indikátorok a jelenlegi három szervezett szűrési program átszűrési mutatói. Kitűzött célok az emlőszűrésben: 70%-os átszűrési

elérése 2013-ig, a méhnyak szűrésben szintén 70%-os átszűrtség 2015-ig, a vastagbél és végbélszűrésben 40% 2015-ig.

A program keretében a TÁMOP 6.1.3. pont a Szűrőprogramok országos kommunikációja címen 3,3 M eurót, azaz 900 M Ft-ot irányoz elő az Országos Tisztifőorvosi Hivatal számára a 2008. I-II. negyedév és a 2010. július közötti időszakra. Ebből 786 M Ft országos kommunikációs kampányt fog szolgálni, 97,6 M Ft-ot pedig „érzékenyítő tréningre” fordítanak a tervek szerint. A projekt keretében országos kommunikációs tervet kell készíteni, amely az egészségügyi magatartás kialakítására, egészséggel kapcsolatos ismeretek, készségek fejlesztésére, valamint a szűréssel kapcsolatos attitűd befolyásolására kell, hogy irányuljon. Az országos kommunikációs kampány részeként olyan standardizált adathordozót kell készíteni, ami egyúttal alkalmas az egyén szűrésen való megjelenésének rögzítésére. Az érzékenyítő tréning pedig kommunikációs és motivációs készségek fejlesztésre szolgál szakemberek részére. A TÁMOP 6.1.2. pont az egészségre nevelő és szemléletformáló életmód programok kistérségi helyi szűrés mobilizálására 1-10 M Ft közötti összeget tervez.

Budapest, 2008. május 14.



Melléklet: 9 db 29 lap
Függelék: 1 db 2 lap

MELLÉKLETEK

3819/2008

V-12-80/2007-2008. F 29/08.
B. hang



EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM
MINISZTER

Ikt.sz.: 1020-14/2008-0003EGP

Dr. Kovács Árpád
elnök

Állami Számvevőszék

Budapest

Kemény Árpád
márc. 09. 05.08.
Kovács
05.08.
R
U. utas Zs
05.

Tisztelt Elnök Úr!

A V-12-78/2007-2008. számú, az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről készített jelentésükben foglaltakat tudomásul veszem, észrevételt nem teszek.

Budapest, 2008. április 30.".

Üdvözlettel:

Dr. Horváth Ágnes



KÉRDÉSEK, KRITÉRIUMOK ÉS ADATFORRÁSOK

Kérdések		Kritériumok, mutatók	Adatforrás
1.	Megvalósultak-e a szervezett onkológiai szűrővizsgálatra tett kormányzati és ágazatirányítói intézkedések?		
1.1.	Megteremtették-e és szabályozták-e a szűrések szervezeti hátterét, a szűrés típusait és az elérni kívánt népességet?	A szűrések szervezeti és jogszabályi feltételeit megteremtették. A szabályozás megfelel a szűréssel szemben támasztott elvárásoknak (panaszmentes állapot, eredményes, olcsó, egyszerűen kivitelezhető)	1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 51/1997.(XII. 18.) NM. rendelet Szakmai anyagok, tanulmányok
1.1.1.	A szűrések szervezésének, lebonyolításának szervezeti és technikai feltételeit megteremtették-e? A szűrési folyamatok szakmai szabályozottsága, ellenőrzése megvalósul-e? A szakmaközi szakértői bizottságok és a szűrési munkacsoportok elősegítik-e, értékelik-e a szűrési tevékenységet?	A szűrések szervezésének, lebonyolításának szervezeti és technikai feltételeit megteremtették. A szűrés folyamata szabályozott. A szakmaközi szakértői bizottságok és a szűrési munkacsoportok elősegítik, értékelik a szűrési tevékenységet. Tevékenységüket dokumentálták.	Népegészségügyi onkológiai szűrések-Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, ÁNTSZ 2005 1063/2005. (VI. 23.) Korm. hat. a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottságról 1066/2001. (VII. 10.) Korm. hat. a 2001-2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről 1063/2005. (VI. 23.) Korm. hat. a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottságról 1142/2004. (XII. 15.) Korm. hat. a népegészségügyi program végre-

			<p>hajtásának koordinálásáért felelős kormány megbízott feladat- és hatásköréről</p> <p>Szakközvetítő szakértői bizottságok és szűrési munkacsoportok elemzése, döntés előkészítő anyagai, bizottsági jegyzőkönyvek</p>
1.1.2.	<p>Biztosítottak-e a szűrések szervezésének, a behívásnak, a visszahívásnak, a betegkövetésnek, az információáramlásnak a személyi és tárgyi feltételei? A szűrés szervezése informatikailag támogatott-e?</p>	<p>A szűrések szervezésének, lebonyolításának személyi, tárgyi feltételeit megteremtették. A szűrések lebonyolítása, adminisztrációja informatikailag támogatott.</p>	<p>ÁNTSZ informatikai rendszerének program leírása, tartalma</p> <p>60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételeiről</p> <p>Népegészségügyi onkológiai szűrések-Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, ÁNTSZ 2005</p>
1.2.	<p>Biztosítottak-e az egyes szűrésekre a szükséges központi források az ágazatirányítónál, az ÁNTSZ-nél és az uniós pályázatokban?</p>	<p>A szűrések központi forrásai biztosítottak.</p>	<p>Beszámolók</p> <p>ÁSZ tanúsítvány</p>
1.2.1.	<p>Különítették-e el a szűrések lebonyolítására, kommunikációjára forrásokat az ágazatirányítónál, valamint az ÁNTSZ-nél?</p>	<p>A szűrések lebonyolítására, kommunikációjára a forrásokat elkülönítették és azok elegendőek a szűrési tevékenység lebonyolítására. Ezek elszámolása ellenőrzött. A kommunikációra átvett pénzeszközök felhasználása gazdaságos.</p>	<p>ÁSZ tanúsítvány</p> <p>ÁNTSZ dokumentumok</p> <p>Kommunikációs célú szerződések</p> <p>Beszámolók a hasznosulásról</p>
1.2.2.	<p>Biztosítottak-e források a szűrések támogatására az uniós pályázatokban?</p>	<p>Rendelkezésre álltak uniós források a szűrésekre és azokat a céloknak megfelelően</p>	<p>EU-s pályázatok dokumentumai</p>

		használták fel.	ÁSZ tanúsítvány
1.2.3.	A célnak megfelelően használták-e fel a házi orvosok a prevenciósi tevékenység végzésére kiírt pályázat onkológiai szűrésekre fordított forrásait?	A pályázati összegek felhasználása nem tér el a céloktól.	A pályázat szempontrendszere, elbírálása, elszámolása, beszámoló, értékelések az OEP-nél
1.3.	Megfelelő-e a szűrővizsgálatok népszerűsítése?	A szűrővizsgálatok népszerűsítése széles körű és növeli a részvételi arányt.	EüM, ÁNTSZ dokumentumai, szerződések, beszámoló
1.3.1.	A kommunikációs módszerek alkalmasak-e a behívottak mozgósítására? Történtek-e intézkedések a régiónkénti részvétel kiegyenlítésére? A költségvetésen belüli és kívüli források hozzájárultak-e a szűrések népszerűsítéséhez?	A kommunikáció hatására növekedett a részvételi arány. Történtek intézkedések az alacsony részvételű régiók részvételi arányának növelésére.	ÁSZ tanúsítványok Kommunikációs szerződések Beszámoló a források felhasználásáról
1.4.	A szűrővizsgálatok és a daganatos betegek nyilvántartási rendszere alkalmas-e a szűrt és a daganatos népesség adatainak kezelésére, nyomon követésére? Van-e adatcsere a különböző adatgyűjtések között?	A szűrővizsgálatok és a daganatos betegek nyilvántartási rendszere alkalmas a szűrt és a daganatos népesség adatainak kezelésére, nyomon követésére. A rendszerek közötti adatcsere rendszeres.	ÁNTSZ, OEP, Nemzeti Rákregiszter rendszer leírásai, beszámolói
1.4.1.	Elemezték-e, és az ágazatirányító döntéseiben felhasználják-e az ÁNTSZ-nél, az OEP-nél, és a Nemzeti Rákregiszterben gyűjtött adatokat?	A gyűjtött adatokat elemzik, a döntéshozatalban felhasználják.	Elemzések, beszámoló
1.5.	Az ÁNTSZ ellenőrzi-e a szűrőközpontok szakmai teljesítményét?	Az ÁNTSZ rendszeresen ellenőrzi a szakmai teljesítményt, az akkreditációs feltételek meglétét.	Ellenőrzési jegyzőkönyvek, jelentések
2.	Eredményes és hatékony-e az emlőszűrési program?		
2.1.	Kialakították-e a mammográfiás szűrővizsgálatok szervezeti feltételeit?	A szervezeti feltételeket kialakították.	Pályázatok értékelésének, a működés feltételeinek ellenőrzési

			dokumentumai, jegyzőkönyvek
2.1.1.	A szűrőközpontok kiválasztását megalapozó pályázat értékelési szempontjainál a szakmai mutatókat figyelembe vették-e? Az akkreditációnak való megfelelést folyamatosan ellenőrzik-e?	A mammográfiás szűrőközpontok tevékenységét folyamatosan ellenőrzik, az akkreditáció szempontjainak figyelembe vételével.	Az akkreditáció dokumentumai Ellenőrzési dokumentumok
2.1.2.	A szűrőközpontok kiválasztásánál figyelembe vették-e a területi lefedettséget és az egyenlő hozzáférést?	A központok kiválasztása során az egyenlő hozzáférés elvét érvényesítették. Az ellátásban érvényesül az egyenlő hozzáférés.	A területi lefedettség számításokkal való megalapozottságának dokumentumai.
2.1.3.	Felkészültek-e a központok a behívottak és a diagnosztikára megjelentek fogadására, ellátására? A nem akkreditált mammográfiás munkahelyek megfelelő számú vizsgálatot végeznek-e?	A központok kapacitása igazodik az elvégzendő vizsgálatok számához. A nem akkreditált helyen végzett vizsgálatokat a finanszírozó ne finanszírozza.	OEP és ÁNTSZ elemzések és ellenőrzések
2.1.4.	A behívásra megjelentek száma növekedett-e? Az ÁNTSZ ellátja-e szervezési és ellenőrzési szerepét a jogszabályban előírt szerint?	A behívásokból a megjelenések aránya növekvő. Az ÁNTSZ szervezi és ellenőrzi a központok tevékenységét.	ÁSZ tanúsítványelemzés
2.2.	Biztosítottak-e a mammográfiás szűrések forrásai?	A források biztosítottak.	ÁSZ tanúsítványelemzés
2.2.1.	Biztosított-e az utazási költségek megtérítése a szűrések eléréséhez?	Az utazási költségeket megtérítik.	ÁSZ tanúsítványelemzés???
2.2.2.	Befolyásolja-e volumenkorlát a szűrések lebonyolítását és a szűrések utáni definitív ellátást?	A volumenkorlát sem a szűrést sem a definitív ellátást nem befolyásolja.	43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
2.3.	Feldolgozzák-e és hasznosítják-e a szűrésből származó adatokat?	Az adatokat feldolgozzák és hasznosítják.	Elemzések, beszámolók
2.3.1.	Elemezték-e a megbetegedésről, halálózásról és átszűrt-	A hazai adatok közelítik a nemzetközi adatokat, és folyamatosan javuló tenden-	Nemzetközi statisztikai kiadványok, adatok (WHO, EU, Nép-

	ségről gyűjtött adatokat nemzetközi összehasonlításban?	ciát mutatnak.	egészségügyi jelentések)
2.3.2.	Informatikailag támogatott-e a szűrőközpontok szűrési nyilvántartása, a központok eleget tesznek-e jelentési kötelezettségüknek az ÁNTSZ felé? Megbízhatóak-e a gyűjtött, tárolt adatok? Hasznosítják-e a nyilvántartásból kinyerhető információkat.	Informatikailag támogatott a szűrőközpontok nyilvántartása. A jelentett, gyűjtött és tárolt adatok megbízhatóak és teljes körűek és hasznosulnak.	Informatikai rendszerleírás, beszámolók, értékelések
2.3.3.	A nem szűrt és a diagnosztikai esetszámban sem szereplő népesség megbetegedési mutatói rosszabbak-e, mint az átszűrt népességé? Az átszűrt korcsoport stádiummutatói javulnak-e a nem szűrt népességhez viszonyítva?	A szűrt népesség körében a daganatos betegek stádiummutatói jobbak, mint a nem szűrték körében.	ÁSZ lekérdezés ÁSZ tanúsítvány
3.	Eredményes és hatékony-e a méhnyak szűrés?		
3.1.	Kialakították-e a méhnyak szűrővizsgálatok szervezeti feltételeit?	A szervezeti feltételeket kialakították.	Kenetvételi helyek és a patológiai laboratóriumok száma A működés feltételeinek ellenőrzési dokumentumai, jegyzőkönyvek
3.1.1.	A szűrőközpontok kiválasztásánál figyelembe vették-e a területi lefedettséget és az egyenlő hozzáférést?	Az ellátásban érvényesül az egyenlő hozzáférés, a vizsgálati helyek száma elegendő.	A területi lefedettség számításokkal való megalapozottságának dokumentumai.
3.1.2.	A citológiai laborok kiválasztását megalapozó pályázat értékelési szempontjainál a szakmai mutatókat figyelembe vették-e és folyamatosan ellenőrzik-e?	A patológiai laborok kiválasztásában megjelentek a szakmai szempontok és azok meglétét folyamatosan ellenőrzik.	Pályázati értékelési szempontok, bizottsági jegyzőkönyvek, ellenőrzés dokumentumai
3.1.3.	A szűrési és diagnosztikai minták száma megfelel-e a nemzetközi átszűrési ajánlásoknak? A személyi és tárgyi feltételek megfelelnek-e a módszertani útmutatóba foglaltaknak?	Az átszűrési szint közelíti a nemzetközi ajánlásokban meghatározottakat. A feltételek megfelelnek az útmutatóban foglaltaknak.	Nemzetközi ajánlások, módszertani útmutatók, ellenőrzési dokumentumok
3.2.	Biztosították-e a méhnyakszűrések forrásai?	A forrásokat biztosították.	Beszámolók

			ÁSZ tanúsítvány
3.2.1.	Biztosított-e az utazási költségek megtérítése a szűrések eléréséhez? Befolyásolja-e volumenkorlát a szűrések lebonyolítását és a szűrések utáni definitív ellátást?	Az utazási költségeket megtérítik. A volumenkorlát sem a szűrést sem a definitív ellátást nem befolyásolja.	ÁSZ tanúsítvány (?) 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
3.3.	Feldolgozzák-e és hasznosítják-e a kenetvételeből származó adatokat?	Az adatokat feldolgozzák és hasznosítják.	Elemzések, szűrési nyilvántartás
3.3.1.	Elemezték-e a megbetegedésről, halálozásról és átszűrt-ségről gyűjtött adatokat nemzetközi összehasonlításban?	A hazai adatok közelítik a nemzetközi adatokat, és folyamatosan javuló tendenciát mutatnak.	Nemzetközi és hazai statisztikák
3.3.2.	Informatikailag támogatott-e a citológiai vizsgálatok nyilvántartása? A laborok eleget tesznek-e jelentési kötelezettségüknek az ÁNTSZ felé? Megbízhatóak-e a gyűjtött, tárolt adatok? Hasznosítják-e a nyilvántartásból kinyerhető információkat?	Informatikailag támogatott a vizsgálatok nyilvántartása. A jelentett, gyűjtött és tárolt adatok megbízhatóak, teljes körűek és hasznosulnak.	Szűrési nyilvántartás, beszámolók, elemzések
3.3.3.	A nem szűrt és a diagnosztikai esetszámban sem szereplő népesség megbetegedési mutatói rosszabbak-e, mint az átszűrt népességé?	A korai stádiumban felismert daganatok száma növekszik.	ÁSZ lekérdezések ÁSZ tanúsítvány
4.	Alkalmasak voltak-e a pilot projektek olyan tapasztalatok szerzésére, amely megalapozza a vastagbéliszűrések kiterjesztését? Adottak-e a laboratóriumi feltételek, vizsgálati módszerek a minták fogadásához? Megfelelően tájékozottak-e a résztvevők?		

4.1.	Megegyezik-e a hazai és nemzetközi módszertan?	A hazai és nemzetközi módszertanok megegyeznek. A hazai szűréseket a nemzetközi ajánlások alapján végzik.	Módszertani ajánlások
4.2.	Feldolgozzák-e és hasznosítják-e a pilot projektből származó adatokat? Az ágazatirányítónál és az ÁNTSZ-nél elemezték-e a megbetegedésről, halálozásról és átszűrésről gyűjtött adatokat?	Az ágazatirányító a projekt adatait feldolgozta és elemezte.	Pilot projekt tapasztalatainak elemzése
4.3.	Adottak-e a laboratóriumi feltételek, vizsgálati módszerek a minták fogadásához?	A laboratóriumi háttér biztosított, a vizsgálati módszertan kidolgozott és elfogadott.	Vizsgálati módszertan, ellenőrzés, megfelelés dokumentumai
4.4.	Biztosítottak-e szűrések forrásai?	A szűrések forrásait biztosították.	Beszámolók ÁSZ tanúsítvány

Program célkitűzései

A 2001. évi „Egészséges Nemzetért” népegészségügyi program a 65 évnél fiatalabb lakosság rosszindulatú daganatok miatti halálozásának 10%-os csökkentését kívánta elérni 2010-ig. (Ezen belül a vastagbél, végbél daganatok miatti halálozás 10%-os, az emlődaganatok miatti halálozás 20%-os, a méhnyak daganatok miatti halálozás 50%-os csökkentését tűzi ki.)

Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2003-ban fogalmazódott meg és 2012-ig a 70 éves kor alatti daganatos betegségek okozta halálozás 5-10%-os mérséklődését célozta meg. (Az emlődaganatok okozta halálozás 30%-kal csökkenjen és a célzott lakosság 70%-a vegyen részt kétévenként megismételt szűrésen. A méhnyakrák okozta halálozás 60%-kal csökkenjen a céllakosság körében és legalább 70%-ára terjedjen ki a szűrővizsgálat. A vastagbél okozta halálozás 20%-kal csökkenjen és a szűrési rendszer megszervezése a cél.

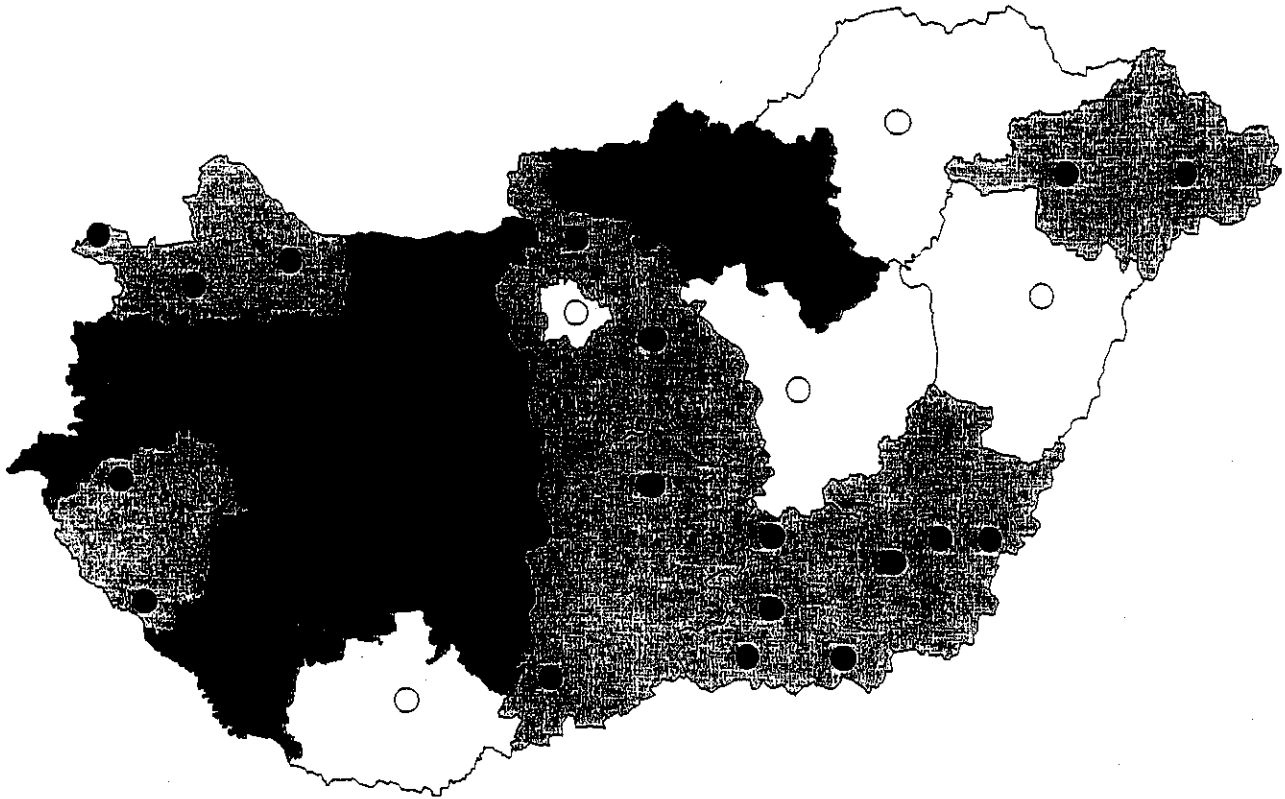
A 2005. évi 21 lépés program tervezete szerint 10 év alatt 15 százalékkal csökkenjen a daganatos betegek száma. („Ennek keretében szűrőbuszokkal, szervezett utazással év végéig 65%-ra növeljük az emlőszűrésen résztvevők arányát. A méhnyak rák szűrés kiterjesztésével, ingyenes szűrő szettek biztosításával, személygépkocsik rendszerbeállításával több száz nő idő előtti halálát akadályozhatjuk meg. A férfiakat fenyegető rákbetegségek időben történő felismerése érdekében kísérleti jelleggel elindítjuk a prosztatatarák szűrést és kiterjesztjük a vastagbélrák szűrési programot.”)

Méhnyak, emlő és kolorektalis szűrés besorolásának változása 1998-2008. között

Szűrés fajtája	Dátum	Életkorhoz kötött önkéntes szűrés			Népegészségügyi célú, célzott szűrés		
		célcsoport korosztály	szűrési gyakoriság	szűrési eljárás	célcsoport korosztály	szűrési gyakoriság	szűrési eljárás
Méhnyak-	1998. I.1-től 2003.VII.23-ig	25-55 évesek	évente	méhnyak elváltozás szűrése, nincs meghat. a citológia és kolposzkóp			
		55-65 évesek	kétévente				
	2003.VII.24-től napjainkig	-	-		25-65 évesek	háromévente (egyszeri neg. eredményű szűrővizsgálat után)	különös figyelemmel a méhnyak sejtvizsgálatára (citológia) és kolposzkópos vizsgálatára
Emlő-	1998.I.1-től 2003.VII.23-ig	45-65 évesek	kétévente	emlő lágyrész röntgenvizsgálatán alapul			
	2003.VII.24-től				45-65 évesek	kétévente	mammográfia
Colorectalis	1998. I.1-től 2005.XII.30-ig	45-65 évesek	kétévente	gyomor-bélrendszeri eredetű vérzés szűrése székletvizsgálattal			
		65 év felett	évente				
	2005.XII.31-én 1 napig hatályos	65 év felett	évente		50-70 évesek	kétévente	népegészségügyi céllal kétévente gyomor-bélrendszeri eredetű, humánspecifikus vérzés laboratóriumi szűrése székletvizsgálattal a házi orvos kezdeményezésére és általa biztosított székletgyűjtő tartállyal
	2006.I.1-től	-	-		50-70 évesek	kétévente	a Nemzeti Rákellenes program keretében kísérleti programként a gyomor-bélrendszeri eredetű vérzés szűrése
	2008-tól	finanszírozása felfüggesztve					

Az 51/1997.(XII:18.) NM rendelet alapján, a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, melléklet II. és III. fejezet

Emlőszűrő munkahelyek elhelyezkedése



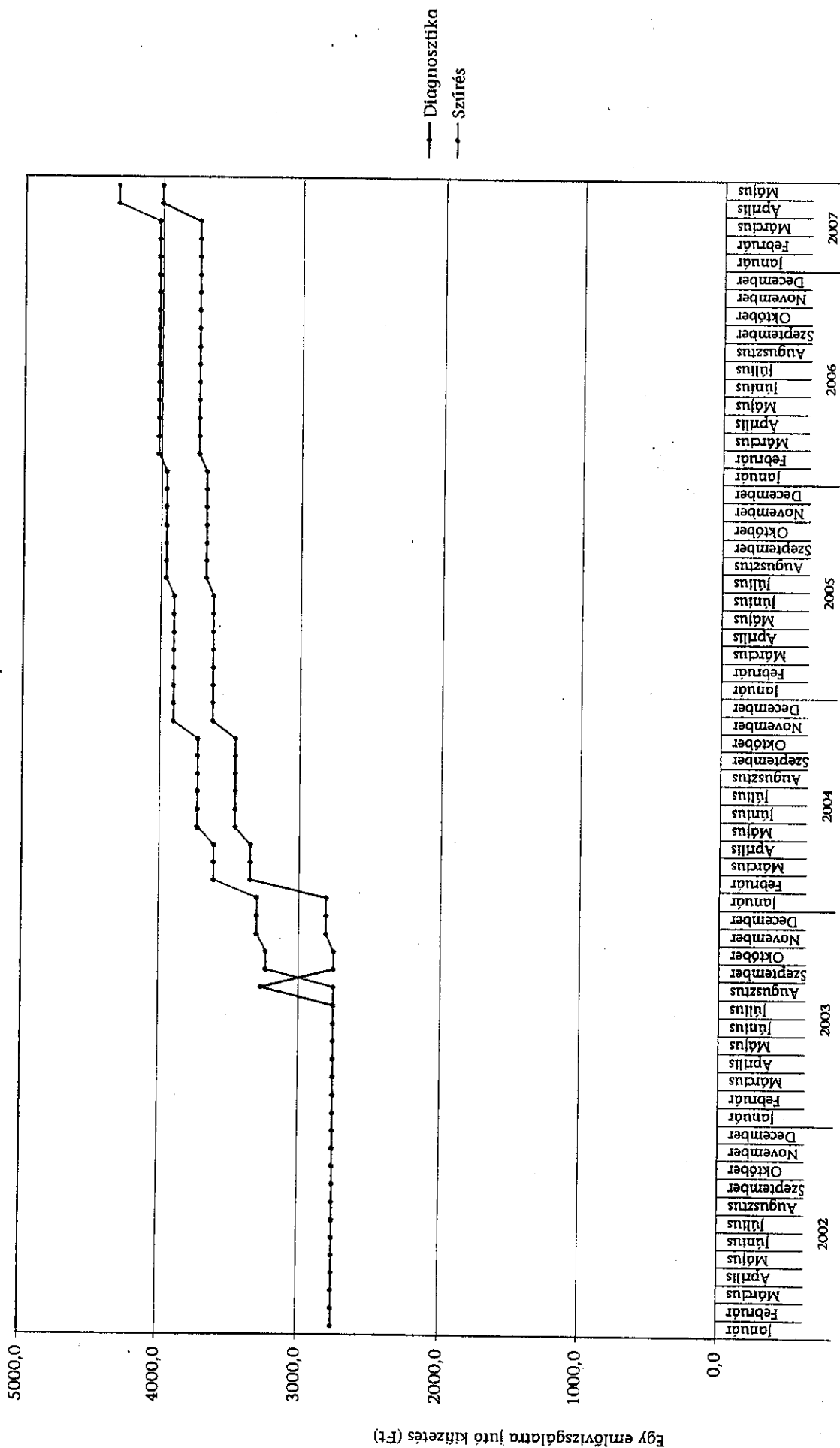
- 1 szűrőközpont 1 megyében
- 2-7 szűrőközpont 1 városban
- ▒ 2-4 szűrőközpont 1 megyében

Méhnyakszűrést végző szakrendelések Budapesten*

- Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet**
☎ **Cím:** 114 Budapest, Ferihegyi út 95.
Egyéb:
Tel: (1) 257-2445
- Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet**
☎ **Cím:** 1101 Budapest, Kőbányai út 45.
Egyéb:
Tel: (1) 261-1699
- Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet**
☎ **Cím:** 1173 Budapest, Egészségház u. 40.
Egyéb:
Tel: (1) 256-9762
- Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet**
☎ **Cím:** 1106 Budapest, Maglódi út 89-91.
Egyéb:
Tel: (1) 432-7722
- Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat**
☎ **Cím:** 1051 Budapest, Hercegprimás u. 14-16.
Egyéb:
Tel: (1) 428-8162
- Béke téri Háziiorvosi Szövetkezet**
☎ **Cím:** 1182 Budapest, Üllői út 761.
Egyéb:
Tel: (1) 294-6339, (1) 294-6342
- BM Központi Kórház és Intézményei**
☎ **Cím:** 1071 Budapest, Városligeti fasor 9-11.
Egyéb:
Tel: (1) 462-5600 / 25238 mellék
- Budai Irgalmasrendi Kórház**
☎ **Cím:** 1023 Budapest, Árpád fejedelem útja 7.
Egyéb:
Tel: (1) 438-8590
- Budapesti Szent Ferenc Kórház**
☎ **Cím:** 1021 Budapest, Széher u. 71-73.
Egyéb:
Tel: (1) 392-8207
- Budavári Önkormányzat Szakrendelő**
☎ **Cím:** 1122 Budapest, Maros u. 16/b.
Egyéb:
Tel: (1) 356-5044
- Csepeli Egészségügyi Szolgálat Szakorvosi Rendelőintézet**
☎ **Cím:** 1212 Budapest, Áruház tér 8.
Egyéb:
Tel: (1) 427-5124
- Dél-Budai Egészségügyi Szolgálat Kht.**
☎ **Cím:** 1221 Budapest, Káldor A. u. 5-9.
Egyéb:
Tel: (1) 229-1777 / 181 mellék
- Észak-Pesti Kórház-Rendelőintézet**
☎ **Cím:** 1152 Budapest, Rákos út 58.
Egyéb:
Tel: (1) 307-2222
- Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat**
☎ **Cím:** 1095 Budapest, Mester u. 45-49.
Egyéb:
Tel: (1) 455-4505, (1) 455-4500
- Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat**
☎ **Cím:** 1091 Budapest, Üllői út 105.
Egyéb:
Tel: (1) 219-55220
- Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat**
☎ **Cím:** 1088 Budapest, Trefort u. 3.
Egyéb:
Tel: (1) 318-0544
- Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat**
☎ **Cím:** 1089 Budapest, Korányi Sándor u. 3/b.
Egyéb:
Tel: (1) 314-1210
- Központi Honvéd Kórház**
☎ **Cím:** 1122 Budapest, Királyhágó u. 1-3
Egyéb:
Tel: (1) 356-6522
- Központi Honvéd Kórház**
☎ **Cím:** 1135 Budapest, Róbert K. krt. 44.
Egyéb:
Tel: (1) 350-0611
- MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet**
☎ **Cím:** 1062 Budapest, Rippl-Rónai u. 37.
Egyéb:
Tel: (1) 475-2600
- MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet**
☎ **Cím:** 1062 Budapest, Podmaniczky u. 109.
Egyéb:
Tel: (1) 475-2600
- Országos Gyógyintézeti Központ**
☎ **Cím:** 1135 Budapest, Szabolcs u. 33-35.
Egyéb:
Tel: (1) 350-4760 / 1804 mellék, (1) 350-0305 / 1804 m.
- Országos Onkológiai Intézet**
☎ **Cím:** 1122 Budapest, Ráth György u. 7-9.
Egyéb:
Tel: (1) 224-8600 / 1461 v. 1462 mellék
- Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet (ORFI)**
☎ **Cím:** 1023 Budapest, Frankel Leó út 62.
Egyéb:
Tel: (1) 438-8300 / 1061 mellék
- Országos Sportegészségügyi Intézet**
☎ **Cím:** 1123 Budapest, Alkotmány u. 48.
Egyéb:
Tel: (1) 488-6155
- Óbuda-Békásmegyer Önk. Egészségügyi Szolgálat**
☎ **Cím:** 1039 Budapest, Csobánka tér 6.
Egyéb:
Tel: (1) 454-7500 / 146 mellék
- Óbuda-Békásmegyer Önk. Egészségügyi Szolgálat**
☎ **Cím:** 1032 Budapest, Vörösvári út 88-96.
Egyéb:
Tel: (1) 388-9180
- Schöpf-Mérei Ágoston Kórház és Anyavédelmi Központ**
☎ **Cím:** 1092 Budapest, Bakáts tér 10.
Egyéb:
Tel: (1) 476-4425, (1) 476-4400
- Semmelweis Egyetem II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika**
☎ **Cím:** 1082 Budapest, Üllői u. 78/a.
Egyéb:
Tel: (1) 210-0290 / 3360 mellék
- Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika**
☎ **Cím:** 1088 Budapest, Baross u. 27.
Egyéb:
Tel: (1) 266-0773

- Fővárosi Önk. Károlyi Sándor Kórház-Rendelőintézet**
 ☎ **Cím:** 1043 Budapest, Görgey A. u. 30.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 369-4777 / 1661 mellék
- Fővárosi Önk. Nyíró Gyula Kórház**
 ☎ **Cím:** 1135 Budapest, Lehel u. 59.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 451-2647, (1) 451-2648
- Fővárosi Önk. Nyíró Gyula Kórház**
 ☎ **Cím:** 1134 Budapest, Dévai u. 15/a.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 349-8379, (1) 340-8721
- Fővárosi Önk. Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet**
 ☎ **Cím:** 1076 Budapest, Péterfy S. u. 8.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 461-4700 / 1139 mellék
- Fővárosi Önk. Szent István Kórház**
 ☎ **Cím:** 1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 455-8542
- Fővárosi Önk. Szent István Kórház**
 ☎ **Cím:** 1097 Budapest, Gyáli út 17-19.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 347-3800
- Fővárosi Önk. Szent János Kórház és Rendelőintézet**
 ☎ **Cím:** 1125 Budapest, Diós árok u. 1-3.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 458-4500 / 4118 mellék
- Fővárosi Önk. Szent László Kórház**
 ☎ **Cím:** 1097 Budapest, Gyáli út 5-7.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 455-8100
- Fővárosi Önk. Szent Margit Kórház-Rendelőintézet**
 ☎ **Cím:** 1032 Budapest, Bécsi út 132.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 250-2420 / 277 v. 190 v. 366 v. 324 mellék
- Fővárosi Önk. Uzsoki utcai Kórháza**
 ☎ **Cím:** 1145 Budapest, Uzsoki u. 29.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 251-7333 / 3764
- Fővárosi Önk. Uzsoki utcai Kórháza**
 ☎ **Cím:** 1145 Budapest, Amerikai út 50.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 222-1827
- HT Medical Center**
 ☎ **Cím:** 1173 Budapest, Pesti út 177.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 256-4655, (1) 256-0679
- II. ker. Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat**
 ☎ **Cím:** 1027 Budapest, Kapás u. 22.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 448-7542
- II. ker. Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat**
 ☎ **Cím:** 1028 Budapest, Községház u. 12.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 391-6940
- Jahn Ferenc Kórház Szakorvosi Rendelőintézet**
 ☎ **Cím:** 1201 Budapest, Ady E. u. 1.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 284-4555
- Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat**
 ☎ **Cím:** 1084 Budapest, Auróra u. 22-28.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 333-6730
- Szent Imre Kórház**
 ☎ **Cím:** 1115 Budapest, Tétényi út 12-16.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 464-8776
- Terézvárosi Egészségügyi Szolgálat**
 ☎ **Cím:** 1074 Budapest, Csengery u. 25.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 321-2200 / 114 v. 115 mellék
- Univerzmed Szakorvosi Kft.**
 ☎ **Cím:** 1111 Budapest, Műegyetem rkp. 3.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 463-1104
- XIII. ker. Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat**
 ☎ **Cím:** 1139 Budapest, Szegedi út 17.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 452-4212
- XIII. ker. Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat**
 ☎ **Cím:** 1132 Budapest, Visegrádi u. 47/c.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 452-4233
- XI. ker. Önkormányzat Szakorvosi Rendelő**
 ☎ **Cím:** 1115 Budapest, Tétényi út 18. (Bártfai u. sarok)
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 203-2876
- XI. ker. Önkormányzat Szakorvosi Rendelő**
 ☎ **Cím:** 1117 Budapest, Fehérvári út 12.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 279-2100
- XIX. ker. Önkormányzat Kispesti Egészségügyi Intézet**
 ☎ **Cím:** 1195 Budapest, Ady E. u. 1.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 347-5900
- XVIII. ker. Önkormányzat Egészségügyi Szolg.**
 ☎ **Cím:** 1183 Budapest, Thököly u. 3.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 297-1210
- XVI. ker. Önkormányzat Szakrendelő**
 ☎ **Cím:** 1163 Budapest, Jókai u. 3.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 407-0001
- XVI. ker. Önkormányzat Szakrendelő**
 ☎ **Cím:** 1165 Budapest, Hunyadvár u. 43/b.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 402-4564
- XV. ker. Önkormányzat Egészségügyi Intézménye**
 ☎ **Cím:** 1152 Budapest, Rákos út 77/a.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 307-6262 / 134 v. 135 mellék
- XXIII. ker. Önkormányzat Szakorvosi rendelő**
 ☎ **Cím:** 1238 Budapest, Tánácsics M. u. 104.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 286-0113 / 146 mellék
- Zuglói Egészségügyi Szolgálat**
 ☎ **Cím:** 1146 Budapest, Hermína út 7.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 469-3800
- Zuglói Egészségügyi Szolgálat**
 ☎ **Cím:** 1148 Budapest, Örs vezér tér 23.
 # **Egyéb:**
 Tel: (1) 469-4626

Szűrő- és diagnosztikai vizsgálatok finanszírozása



Egy emlővizsgálatra jutó kiadás (Ft)

—■— Diagnosztika
—●— Szűrés

Tanúsítványok jegyzéke

1. sz. tanúsítvány	Emlőszűrésre behívottak adatai
2. sz. tanúsítvány	Megyéenkénti bontás a behívottakról (emlőszűrés)
3. sz. tanúsítvány	Méhnyakszűrés és diagnosztika adatai
4. sz. tanúsítvány	Méhnyakszűrésre behívottak adatai
5. sz. tanúsítvány	Megyéenkénti bontás a behívottakról (méhnyakszűrés)
6. sz. tanúsítvány	Emlőszűrés adatai
7. sz. tanúsítvány	Vastagbélvizsgálat adatai

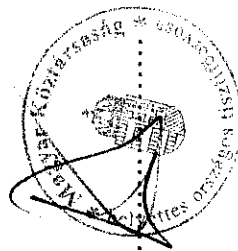
Emlőszűrésre behívottak adatai

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Meghívott (fő)	747163	553537	603811	650814	533693	262370
Megjelent (fő)	323858	220552	221561	245654	222734	91852
Megjelent aránya	43,35	39,84	36,69	37,75	41,73	35,01
Visszahívott (fő)	21733	16608	16228	15347	13241	5012
Visszahívott aránya (megjelenthez)	6,71	7,53	7,32	6,25	5,94	5,46
Szűrőből műtétre (megjelenthez) (fő)	2411	1643	1180	1238	1115	397
Műtétes arány	0,74	0,74	0,53	0,5	0,5	0,43
1-9 mm (fő)	290	157	134	136	126	35
1-9 mm aránya*	12,03	9,56	11,36	10,99	11,3	8,82
10-14 mm (fő)	264	197	142	193	166	58
10-14 mm aránya*	10,95	11,99	12,03	15,59	14,89	14,61
15-20 mm (fő)	253	180	147	170	120	48
15-20 mm aránya*	10,49	10,96	12,46	13,73	10,76	12,09
20 mm felett (fő)	96	176	107	124	108	30
20 mm aránya*	3,98	10,71	9,07	10,02	9,69	7,56

* Összes műtéthez

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2007. 11. 12.

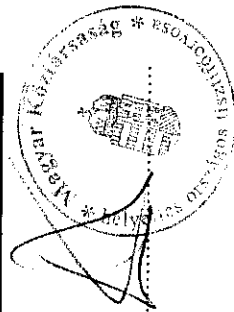


Megyéenkénti bontás a behívottakról
(emlőszűrés)

Megye	2003			2004			2005			2006		
	Behívott létszám	Megjelent létszám	Részvételi arány %	Behívott létszám	Megjelent létszám	Részvételi arány %	Behívott létszám	Megjelent létszám	Részvételi arány %	Behívott létszám	Megjelent létszám	Részvételi arány %
Budapest	105 708	27 407	25,93	127 520	32 943	25,83	98 955	29 773	30,09	99 762	30 247	30,32
Baranya megye	17 278	6 559	37,96	22 433	7 636	34,04	22 596	9 240	40,89	18 391	8 334	45,32
Bács-kiskun megye	31 472	7 464	23,72	37 440	13 627	36,40	38 025	12 401	32,61	27 673	13 472	48,68
Békés megye	11 137	2 831	25,42	14 905	5 917	39,70	29 966	13 671	45,62	28 531	14 323	50,20
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	30 111	9 018	29,95	30 870	14 690	47,59	56 295	24 348	43,25	32 948	18 642	56,58
Csongrád megye	28 620	12 655	44,22	37 794	12 722	33,66	23 668	9 614	40,62	19 133	8 031	41,97
Fejér megye	27 600	14 301	51,82	17 378	6 730	38,73	19 680	9 476	48,15	23 950	12 567	52,47
Győr-Moson-Sopron megye	21 085	9 192	43,59	42 083	11 218	26,66	50 660	15 612	30,82	32 622	11 696	35,85
Hajdú-Bihar megye	20 444	14 958	73,17	36 930	13 119	35,52	40 992	15 549	37,93	43 702	16 298	37,29
Heves megye	35 965	15 451	42,96	23 516	7 576	32,22	14 501	7 854	54,16	18 843	6 467	34,32
Komárom-Esztergom megye	0	0	0,00	3 792	1 278	33,70	11 577	4 493	38,81	10 341	3 677	35,56
Nógrád megye	5 164	3 119	60,40	8 660	4 412	50,95	17 063	5 954	34,89	10 800	4 438	41,09
Pest megye	79 352	23 831	30,03	65 262	23 546	36,08	79 836	17 552	21,99	49 100	12 802	26,07
Somogy megye	16 766	9 241	55,12	24 648	9 309	37,77	15 550	5 997	38,57	13 223	6 196	46,86
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	26 445	20 097	76,00	23 101	14 117	61,11	24 112	15 603	64,71	23 010	14 171	61,59
Jász-Nagykun-Szolnok megye	26 402	6 655	25,21	22 834	9 236	40,45	17 028	5 227	30,70	17 703	6 881	38,87
Tolna megye	10 378	4 613	44,45	13 482	6 736	49,96	13 684	6 754	49,36	15 939	8 695	54,55
Vas megye	16 883	11 877	70,35	17 473	10 452	59,82	16 650	10 125	60,81	14 689	9 218	62,75
Veszprém megye	22 054	12 009	54,45	21 835	10 887	49,86	19 951	9 868	49,46	19 975	8 231	41,21
Zala megye	20 673	9 274	44,86	11 855	5 410	45,63	24 253	10 760	44,37	13 358	8 348	62,49
Összesen:	553 537	220 552	39,84	603 811	221 561	36,69	635 042	239 871	37,77	533 693	222 734	41,73

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2007. 11. 12.



Méhnyakszűrés és diagnosztika adatai

	2002	2003	2004	2005	2006	2007**
Beavatkozások száma összesen	1 144 859	1 569 071	1 114 272	1 080 098	1 079 218	708 360
Jelentett esetszám diagnosztika (db)	1 109 891	1 219 161	959 924	952 231	930 687	619 094
Jelentett esetszám szűrés (db)	34 968	349 910	154 348	127 867	148 531	89 266
Beavatkozások kiadása (M Ft)	373,3	1 420,9	1 359,6	1 431,1	1 439,8	975,2
Méhnyakszűrés kiadásai (M Ft)	34,5	275,1	145,5	146,6	179,3	111,1
Méhnyak diagnosztika kiadásai (M Ft)	338,8	1 145,8	1 214,1	1 284,5	1 260,5	864,1

** A 2007 évi adatok a szeptemberi kifizetéssel utalandóig, 9 havi adat.

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: ...2007. november 14.



[Handwritten signature]

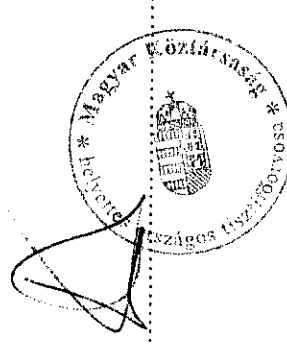
Méhnyakszűrésre behívottak adatai

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Meghívott (fő)				602806	805852	689781	177070
Megjelent (fő)				24217	40520	45314	9100
Megjelent aránya %				4,02	5,03	6,57	5,14
Visszahívott (fő)				695	2746	2431	592
Visszahívott aránya (megjelenthez) %				2,87	6,78	5,36	6,51
Szűrésből mütetre (megjelenthez) (fő)							
Mütetes arány (visszahívotthoz) %							
In situ (fő)							
Nem in situ (fő)							

10.11.
12 ho napok
adatai a
2004-es
adatok-ban
vannak

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

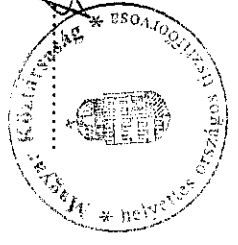
Dátum: 2007. 11. 12



**Megyéenkénti bontás a behívottakról
(méhnyakszűrés)**

Megye	2003			2004			2005			2006		
	Behívott létszám	Megjelent létszám	Részvételi arány %	Behívott létszám	Megjelent létszám	Részvételi arány %	Behívott létszám	Megjelent létszám	Részvételi arány %	Behívott létszám	Megjelent létszám	Részvételi arány %
Budapest	116 695	1 928	1,65	120 350	3 319	2,76	90 216	3 439	3,81	33 545	1 870	5,57
Baranya megye	11 521	440	3,82	18 816	724	3,85	38 335	3 036	7,92	38 605	7 773	20,13
Bács-kiskun megye	28 966	1 207	4,17	44 574	1 248	2,80	30 112	2 307	7,66	32 105	1 172	3,65
Békés megye	20 660	1 244	6,02	58 727	4 800	8,17	37 685	2 758	7,32	31 269	1 426	4,56
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	27 123	678	2,50	81 710	3 556	4,35	35 940	2 747	7,64	8 894	1 422	15,99
Csongrád megye	64 891	1 268	1,95	16 521	1 819	11,01	13 276	397	2,99	12 268	655	5,34
Fejér megye	17 511	1 618	9,24	19 849	923	4,65	77 242	2 950	3,82	33 106	3 010	9,09
Győr-Moson-Sopron megye	11 429	1 343	11,75	25 683	377	1,47	40 468	519	1,28	19 870	1 298	6,53
Hajdú-Bihar megye	34 300	1 824	5,32	58 423	2 455	4,20	20 336	1 675	8,24	49 913	1 547	3,10
Heves megye	15 720	590	3,75	41 043	962	2,34	8 894	1 422	15,99	18 829	2 058	10,93
Komárom-Esztergom megye	23 067	1 168	5,06	15 536	1 033	6,65	13 276	397	2,99	12 268	655	5,34
Nógrád megye	10 576	561	5,30	12 427	969	7,80	77 242	2 950	3,82	33 106	3 010	9,09
Pest megye	41 668	801	1,92	61 861	2 278	3,68	40 468	519	1,28	19 870	1 298	6,53
Somogy megye	39 065	3 866	9,90	45 626	4 429	9,71	20 336	1 675	8,24	49 913	1 547	3,10
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	26 500	2 043	7,71	58 644	3 773	6,43	27 767	3 255	11,72	40 468	519	1,28
Jász-Nagykun-Szolnok megye	14 457	200	1,38	4 783	92	1,92	19 870	1 298	6,53	12 268	655	5,34
Tolna megye	18 592	517	2,78	29 542	1 294	4,38	19 870	1 298	6,53	12 268	655	5,34
Vas megye	23 258	1 450	6,23	30 616	2 119	6,92	20 336	1 675	8,24	49 913	1 547	3,10
Veszprém megye	25 133	998	3,97	46 617	2 757	5,91	18 829	2 058	10,93	12 268	655	5,34
Zala megye	31 674	473	1,49	14 504	1 593	10,98	689 781	45 314	6,57	689 781	45 314	6,57
Összesen:	602 806	24 217	4,02	805 852	40 520	5,03	689 781	45 314	6,57	689 781	45 314	6,57

2003.09.30-án indítottuk az első adag meghívót, amelyre a laborjelentések a kezdeti események miatt 2004. januárjában érkeztek be, illetve akkoról jelentkezett a hatásuk. Ezért a 2003. október-december hónapok adatait hozzáadtuk a 2004-es adatokhoz, és így alakult ki a 2004. oszlopban feltüntetett adatszór.



Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2007. 11. 12.

Emlőszűrés adatai

	2002	2003	2004	2005	2006	2007**
1 Beavatkozások száma (db)	1 717 758	2 044 145	2 092 202	2 218 492	2 254 066	1 585 143
3 - ebből diagnosztika (db)	1 156 058	1 326 368	1 356 775	1 425 689	1 458 959	1 022 805
2 - ebből szűrés (db)	282 953	242 866	207 748	245 253	234 200	170 572
4 - ebből Intervenció (db)	27 723	47 041	34 954	36 536	34 604	22 842
5 - ebből emlő Ultrahang (db)	251 024	427 870	491 724	508 858	523 973	367 259
6 - ebből emlő MR vizsgálat (db) *			1 001	2 156	2 330	1 665
7 Beavatkozások kiadása (M Ft)	1 898,5	2 289,2	2 272,5	2 672,5	2 768,2	2 040,1
8 - ebből diagnosztika (M Ft)	794,1	1 025,0	1 066,1	1 198,2	1 246,4	896,7
9 - ebből szűrés (M Ft)	776,5	755,9	729,4	901,0	913,4	702,3
10 - ebből intervenció (M Ft)	32,7	45,6	48,6	57,3	58,4	42,2
11 - ebből ultrahang (emlő) (M Ft)	295,3	462,8	395,4	447,7	466,1	334,3
12 - ebből emlő MR vizsgálat kiadása (M Ft)			33,0	68,4	83,9	64,6

* Emlő MR vizsgálatok 2004. júliusi kifizetéstől állnak rendelkezésre, ebben az évben 6 havi adat. A 2007-es évből a szeptemberi utalással fizetendőig, 9 havi adat.

** A 2007 évi adatok a szeptemberi kifizetéssel utalandóig, 9 havi adat.

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum:.....2007. november 14.....



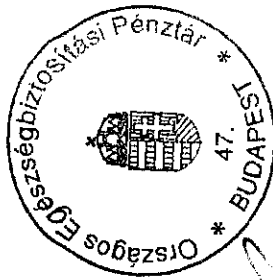
.....
.....

Vastagbélvizsgálat adatai

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Összes széktelvizsgálat (db)	114 554	138 854	162 455	199 490	168 061	134 791
Összes colonoskópia (db)	44 845	49 142	55 569	62 779	63 219	65 930
Összes biopszia (db)	13 363	8 503	9 376	12 420	12 559	12 534
Összes széktelvizsgálat kiadása (M Ft)	28,3	20,5	36,4	61,4	57,7	58,1
Összes colonoskópia kiadása (M Ft)	116,6	172,7	230,5	282,3	291,6	328,9
Összes biopszia kiadása (M Ft)	37,0	11,7	60,6	145,9	200,4	245,4

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2008. márc. 15.



[Handwritten signature]

Vastagbél vizsgálat adatai

Csoport	OENO	Év	Beavatk.	MFT
Széklét vizsgálat	22630	2002	67 001	3,50
Széklét vizsgálat	22630	2003	66 992	1,74
Széklét vizsgálat	22630	2004	79 875	2,84
Széklét vizsgálat	22630	2005	78 837	3,73
Széklét vizsgálat	22630	2006	63 447	3,34
Széklét vizsgálat	22630	2007	45 535	2,86
Széklét vizsgálat	22631	2002	47 553	24,85
Széklét vizsgálat	22631	2003	67 034	17,87
Széklét vizsgálat	22631	2004	76 070	31,02
Széklét vizsgálat	22631	2005	100 696	48,47
Széklét vizsgálat	22631	2006	91 787	49,74
Széklét vizsgálat	22631	2007	76 923	50,55
Széklét vizsgálat	22632	2003	4 167	0,93
Széklét vizsgálat	22632	2004	5 808	2,54
Széklét vizsgálat	22632	2005	19 219	9,08
Széklét vizsgálat	22632	2006	8 393	4,22
Széklét vizsgálat	22632	2007	6 733	4,20
Széklét vizsgálat	42150	2003	661	0,02
Széklét vizsgálat	42150	2004	702	0,05
Széklét vizsgálat	42150	2005	738	0,07
Széklét vizsgálat	42150	2006	4 434	0,41
Széklét vizsgálat	42150	2007	5 600	0,53

Vastagbél vizsgálat adatai

7. sz. tanúsítvány
a V-12-81/2007-2008. sz. jelentéshez

Csoport	OENO	Év*	Bevatk.	MFt
Colonoscopia	16410	2002	36 967	108,89
Colonoscopia	16410	2003	40 089	160,51
Colonoscopia	16410	2004	46 261	215,10
Colonoscopia	16410	2005	53 460	265,42
Colonoscopia	16410	2006	55 054	276,90
Colonoscopia	16410	2007	57 882	313,24
Colonoscopia	16420	2002	7 878	7,73
Colonoscopia	16420	2003	9 053	12,19
Colonoscopia	16420	2004	9 308	15,40
Colonoscopia	16420	2005	9 319	16,85
Colonoscopia	16420	2006	8 165	14,74
Colonoscopia	16420	2007	8 048	15,68
Biopszia	14510	2002	5 586	1,36
Biopszia	14510	2003	3 633	0,86
Biopszia	14510	2004	2 825	0,85
Biopszia	14510	2005	2 878	1,03
Biopszia	14510	2006	2 548	0,94
Biopszia	14510	2007	2 005	0,79

Vastagbél vizsgálat adatai

Csoport	OENO	Év	Beavatk.	MFt
Biopszia	14520	2002	4 184	1,02
Biopszia	14520	2003	2 612	0,61
Biopszia	14520	2004	2 708	0,71
Biopszia	14520	2005	3 005	0,89
Biopszia	14520	2006	2 085	0,64
Biopszia	14520	2007	1 566	0,53
Biopszia	54523	2002	2 928	28,74
Biopszia	54523	2003	1 582	7,89
Biopszia	54523	2004	3 129	58,16
Biopszia	54523	2005	5 877	142,29
Biopszia	54523	2006	7 025	176,88
Biopszia	54523	2007	7 760	211,87
Biopszia	54693	2002	665	5,87
Biopszia	54693	2003	676	2,32
Biopszia	54693	2004	714	0,86
Biopszia	54693	2005	660	1,67
Biopszia	54693	2006	901	21,91
Biopszia	54693	2007	1 203	32,25

Igazolom, hogy a tanúsítványban szereplő adatok nyilvántartásainkkal megegyeznek.

Dátum: 2008. 03. 18.



[Handwritten signature]

Táblázatok jegyzéke

- | | |
|-----------------|--|
| 1. sz. táblázat | Az ÁNTSZ országos és területi, szervezett szűréssel foglalkozó munkatársainak létszáma |
| 2. sz. táblázat | Új megbetegedések és halálozások száma a Rákregiszter adatai alapján |
| 3. sz. táblázat | Méhnyakszűrés képzett mutatói megyénként |
| 4. sz. táblázat | Patológia mátrix |

Az ÁNTSZ országos és területi, szervezett szűrőssel foglalkozó munkatársainak létszáma

Megnevezés	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	fő	Ft	fő	Ft	fő	Ft	fő	Ft	fő	Ft	fő	Ft
Országos	3	7 459 200	3	9 294 000	3	9 294 000	3	9 914 400	3	10 423 200	3	10 423 200
Fővárosi	3	6 376 210	3	8 485 485	3	8 536 198	3	9 790 646	3	11 007 700		
Pest megye	1	4 437 966	1	4 088 847	2	4 688 434	2	5 974 486	2	5 082 955		
KMIRI											4	11 353 776
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	3	5 559 060	3	7 322 600	2	3 278 600	2	3 477 500	1	2 463 500	1	2 803 996
Nógrád megye	4	6 038 200	3	6 285 500	3	6 106 300	3	5 818 800	3	6 829 000	3	4 543 700
Heves megye	4	6 566 800	3	6 564 500	3	7 885 800	3	8 482 500	3	6 689 100	1	2 588 300
Veszprém megye	3	6 942 434	3	7 179 092	3	5 844 137	3	4 858 079	3	9 241 382	2	5 407 225
Komárom-Esztergom megye	2	6 886 100	3	8 184 800	1	3 234 400	1	3 482 700	2	4 784 000	1	3 173 194
Fejér megye	3	3 973 700	3	6 120 928	3	4 594 351	3	4 631 897	3	1 338 003	1	1 314 237
Bács-Kiskun megye	3	6 480 000	3	5 760 000	3	6 072 000	2	6 120 000	2	6 600 000	1	3 000 000
Békés megye	3	6 600 000	3	5 664 000	3	6 024 000	3	7 152 000	2	9 120 000	2	9 204 000
Csongrád megye	3	7 308 000	3	7 392 000	3	7 440 000	2	6 240 000	2	7 344 000	1	3 240 000
Jász-Nagykun-Szolnok megye	2	5 386 800	2	5 269 200	2	6 549 600	1	2 620 800	1	2 928 000	1	4 305 600
Hajdú-Bihar megye	4	8 851 200	4	10 345 200	4	10 345 200	3	8 082 000	3	8 611 200	2	6 487 200
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	3	6 042 024	4	799 236	4	8 811 648	3	7 657 200	3	8 187 672	1	2 371 200
Vas megye	3	6 757 159	3	6 280 182	3	6 597 409	3	7 414 761	3	9 630 194	1	4 718 560
Zala megye	5	4 765 458	3	5 459 205	3	7 270 151	3	9 205 722	3	11 058 693	1	3 272 400
Győr-Moson-Sopron megye	1	1 680 085	1	1 692 551	1	1 726 595	1	1 904 020	1	1 916 410	1	1 159 798
Banát megye	3	3 369 900	2	5 255 900	3	7 529 600	3	7 202 000	2	6 497 400	1	
Somogy megye	2	5 593 038	2	4 572 270	3	6 770 370	3	7 735 894	3	8 544 907	1	8 808 800
Tolna megye	3	6 250 800	2	4 625 800	3	7 151 280	5	13 299 570	3	7 501 044	1	
Összesen:	61	123 324 134	56	126 641 296	57	135 750 073	55	141 064 975	51	145 798 360	30	88 175 186

2004-től a megyékben nem kizárólagosan a szűrőssel foglalkoztak. A szűrősek szervezése csupán részben volt a feladatuk.

Új megbetegedések és halálozások száma a Rákregiszter adatai alapján

S. sz.	Lokalizáció	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
		Új meg- betegedés	Halál	Új meg- betegedés	Halál	Új meg- betegedés	Halál	Új meg- betegedés	Halál	Új meg- betegedés	Halál	Új meg- betegedés	Halál*
1	Emlő összes	7 220	2 342	8 382	2 270	8 360	2 349	7 815	2 285	7 894	2 085	7 710	2 081
2	Emlő korcsoportos	3 771		4 727		4 447		4 095		4 174		3 948	
3	Méhnyak összes	1 996	539	1 703	513	1 800	465	1 777	493	1 617	416	1 686	420
4	Méhnyak korcsoportos	1 587		1 335		1 389		1 435		1 312		1 376	
5	Vastagbél, végbél összes	8 626	4 852	8 439	4 790	8 428	5 098	8 634	4 979	8 858	4 557	8 855	4 681
6	Vastagbél, végbél korcsoportos	3 988		3 949		3 984		4 090		4 291		4 214	
7	Összesen (1+3+5)	17 842	7 733	18 524	7 573	18 588	7 912	18 226	7 757	18 369	7 058	18 251	7 182
8	Összes halálozás		132 183		132 833		135 823		132 330		135 732		131 603
9	ebből daganatos halálozás		33 757		33 537		34 062		34 051		32 057		32 396
10	Összes halálozásból daganatos (%)		25,5%		25,2%		25,1%		25,7%		23,6%		24,6%
11	Összes daganatosból emlő+méhnyak+ vastagbél (%)		22,9%		22,6%		23,2%		22,8%		22,0%		22,2%

* Forrás: KSH

Méhnyakszűrés képzett mutatói megyénként

Megye	2006				
	Behívottak szám	Kenetvétele alkalmas szakrendelések száma*	Naponta egy szakrendelésre jutó behívottak száma	Részvételi arány	Nőgyógyászati magánrendelések száma**
Budapest	90216	61	7	3,81	541
Baranya megye	33545	13	13	5,57	68
Bács-kiskun megye	38335	18	11	7,92	76
Békés megye	38605	12	16	20,13	43
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	30112	32	5	7,66	87
Csongrád megye	32105	19	8	3,65	90
Fejér megye	37685	14	13	7,32	86
Győr-Moson-Sopron megye	31269	13	12	4,56	66
Hajdú-Bihar megye	35940	16	11	7,64	57
Heves megye	8894	16	3	15,99	33
Komárom-Esztergom megye	13276	10	7	2,99	65
Nógrád megye	12268	6	10	5,34	20
Pest megye	77242	26	15	3,82	142
Somogy megye	33106	11	15	9,09	56
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	27767	7	20	11,72	56
Jász-Nagykun-Szolnok megye	40468	18	11	1,28	58
Tolna megye	19870	9	11	6,53	36
Vas megye	20336	11	9	8,24	44
Veszprém megye	49913	13	19	3,1	51
Zala megye	18829	11	9	10,93	34

* ÁNTSZ meghívólevél melléklete alapján

** ÁNTSZ működési engedélyek alapján

Patológia mátrix*

			29602	42700	
Ssz.	Intkód	Intézet megnevezése	Diagnosztikus nőgyógyászati citológiai vizsgálat	Nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat	Összesen
1	1049	Pécs, Baranya megyei Kórház	43 054	1 708	44 762
2	2912	Pécsi Tudományegyetem	6 778	177	6 955
3	1084	Baja, VKh.Ri.	7 890	0	7 890
4	1122	Kecskemét, BKM Önkorm. Kórháza	27 636	2 567	30 203
5	1129	Kalocsa, VKh. Ri.	1 325	0	1 325
6	1136	Kiskörös, V.Szakorv. Ri.	1 340	0	1 340
7	E456	Kiskunhalas, Semmelweis Kh. KHT	5 921	0	5 921
8	1243	Orosháza, V.Egy.Gy.-M. Int.	8 970	2 707	11 677
9	1248	Gyula, Pándy Kálmán MKh.Ri.	10 879	965	11 844
10	1249	Békéscsaba, Réthy Pál VKh.Ri.	6 912	3 260	10 172
11	1335	Kazincbarcika, VKh.	8 275	0	8 275
12	1349	Miskolc, BAZ.M.Kh.Egyetemi Okt	22 737	581	23 318
13	1368	Ózd, Almási Balogh Pál Kh.	7 268	0	7 268
14	1393	Miskolc, Semmelweis Kh.Ri.EOkt	6 443	8 971	15 414
15	1407	Sátoraljaújhely, Erzsébet VKh.	3 535	493	4 028
16	1430	Miskolc, Diósgyöri Kh.	8 085	142	8 227
17	1454	Hódmezővásárhely, Erzsébet KH.R	6 643	0	6 643
18	1460	Makó, Dr.Diósszilágyi S.V.Kh.	3 835	0	3 835
19	2917	SZTE SZAOTE Centrum, Szeged	26 818	836	27 654
20	7489	Szeged MJV.Önk. Szakell.és HSZ	12 383	0	12 383
21	1535	Dunaújv,Szent Pantaleon Kh.KHT	2 880	0	2 880
22	1568	Székesfehérvár, Szt.György MKh	21 063	1 488	22 551
23	H681	Dunaújv,Szent Pantaleon Kh.KHT	8 201	0	8 201
24	1601	Csorna, Margit Kh.	4 315	125	4 440
25	1630	Kapuvár, Lumniczer S. Kh.- Ri.	1 739	0	1 739
26	1640	Győr, Petz A.Megyei Oktató Kh.	22 608	939	23 547
27	1644	Mosonmagyaróvár, Karolina Kh.	4 895	0	4 895
28	1663	Sopron MJV. Erzsébet Kh. DEOEC	9 996	0	9 996
29	8801	Dr. Szalay László	33 112	1	33 113
30	1683	Berettyóújfalu, Területi Kh.	5 598	58	5 656
31	1694	Debrecen, Kenézy Gy. M.Kh.	35 601	2 211	37 812
32	2894	DE OEC, Debrecen	12 055	0	12 055
33	1759	Hatvani Kórház Kft.	5 888	372	6 260
34	1806	Eger, Markhot F. MKh.	16 381	1 072	17 453
35	H538	Gyöngyös, Bugát P.Kh. Eü. KHT.	6 349	330	6 679
36	1865	Esztergom, Vaszary Kolos Kórház	5 195	0	5 195

37	1876	Tatabánya, Szt. Borbála Kórház	32 075	0	32 075
38	1903	Balassagyarmat, Dr.Kenessey Vkh	4 951	0	4 951
39	1928	Salgótarján, Szent Lázár M.Kh.	6 537	647	7 184
40	1945	Pásztó, Margit Kórház	2 406	0	2 406
41	1974	Cegléd, Toldy F.Kh.Ri.	15 556	494	16 050
42	2010	Kerepestarcsa, Flór F. Kh.	22 099	1 792	23 891
43	2049	Szent Rókus Kórház, Bp.	20 035	645	20 680
44	2095	Vác, Jávorszky Ödön Városi Kh.	7 048	185	7 233
45	2137	Kaposvár, Kaposi Mór Oktató Kh	7 691	2 655	10 346
46	2146	Marcali, VKh.	4 925	0	4 925
47	2152	Nagyatád, VKh.	3 130	0	3 130
48	E115	Mosdós, MRE Tüdő- és Szívkh.	39	0	39
49	2224	Nyíregyháza, Jósa A. Megyei Kh	28 221	3 971	32 192
50	2230	Kisvárd, Felső-Szabolcsi Kh.	3 710	0	3 710
51	2242	Mátészalka, Területi Kórház	12 487	0	12 487
52	2324	Szolnok, Hetényi G. MKh.	21 078	364	21 442
53	2377	Jászberény, Erzsébet Kh.Ri.	4 481	0	4 481
54	2378	Karcag, Kátai Gábor Kh.-Ri.	2 586	0	2 586
55	2425	Szekszárd, Balassa J. M.-i Kh.	14 460	570	15 030
56	4712	Dombóvári Szent Lukács Eü. KHT	4 148	435	4 583
57	2493	Szombathely, Markusovszky M.Kh	17 382	1 457	18 839
58	E966	Körmend, Dr.Batthyányi Kh. KFT	598	0	598
59	2535	Ajka, Magyar Imre Kórház	4 549	0	4 549
60	2572	Veszprém, Csolnoki F.M.Kh.Ri.	11 368	1 997	13 365
61	2586	Pápa, Gr.Esterházy Kh.-Szakamb	2 904	0	2 904
62	2599	Dr. Deák J.Kh.Gyógybarlang KHT	6 123	0	6 123
63	H920	Dr. Deák J.Kh.Gyógybarlang KHT	1 371	0	1 371
64	2703	Keszthely, V.Kh.Ri.	4 405	0	4 405
65	2734	Zalaegerszeg, M-i jogú Kórház	4 827	6 380	11 207
66	2747	Nagykanizsa, V.Kh.Ri.	9 991	0	9 991
67	0765	HT MEDICAL CENTER KFT.	2 158	0	2 158
68	2873	Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Bp.	13 763	0	13 763
69	2877	Heim Pál Gyermekórház-Rend.I.	616	0	616
70	2878	Szent István Kh.-Ri., Bp.	4 195	13	4 208
71	2879	Jáhn Ferenc Dél-Pesti Kh., Bp.	23 127	0	23 127
72	2880	Szent János Kórház Ri., Bp.	10 732	0	10 732
73	2883	Szent László Kórház, Bp.	122	0	122
74	2886	Péterfy Sándor u. Kórház, Bp.	6 066	88	6 154
75	2887	Nyíró Gyula Kórház, Bp.	5 756	3 848	9 604
76	2889	Szent Imre Kórház, Fővárosi Önk	12 668	0	12 668
77	2890	Károlyi Sándor Kórház, Bp.	12 077	1 893	13 970
78	2891	Uzsoki u. Kórház, Bp.	9 838	469	10 307
79	2901	Országos Gyógyintézeti Központ	8 042	0	8 042
80	2906	ONKI	11 586	245	11 831
81	2915	Semmelweis Egyetem	37 132	9	37 141
82	4810	MH KHK	2 802	0	2 802
83	5004	BM.KKI.	6 231	0	6 231
84	6107	BP. XIX. Kispesti Eü. Intézet	4 733	0	4 733
85	8001	MÁV Kórház és Közp.Rendelőint.	7 725	76	7 801
86	8800	Sejtdiagnosztika KFT.	19 229	790	20 019
87	B439	Vasútegészségügyi KHT	6 545	0	6 545
88	C069	Budai Irgalmas Rend Kórház KHT	662	0	662
89	H420	Schöpf-M.Kh.és Anyavéd.Kp. KHT	8 679	0	8 679
Összesen:			918 268	58 026	976 294

FÜGGELÉK

A szűrések infrastruktúrájára fordított EU források

A Nemzeti Fejlesztési Terv I. Humán Erőforrás Fejlesztés Operatív Programja támogat egészségügyi infrastruktúra fejlesztési célokat (HEFOP 4.3. és 4.4.). A 4.3. intézkedésen belül két komponens volt. Az első komponens központi projektként valósult meg, azaz nem pályázati úton nyerte el a támogatást a regionális egészségcentrum modellintézmény létrehozására a Debreceni Orvos- és Egészségtudományi Centrum (DEOEC). Az intézmény két régió lakosságát egyetemi szinten látja el, szív és érrendszeri, daganatos megbetegedések teljes vertikumát és az egyes betegségek kezelésének minden fázisát felölelve, beleértve a szűrést is. A kitűzött feladatok között szerepelt, hogy az intézmény célzott programot indít a hátrányos helyzetű lakosság egészségtudatos magatartásra való nevelésére. A projekt keretében több épület rekonstrukciója és új épület valósult meg, amelyek többek között helyet adnak onkológiai sebészetnek, az Onkológia Tanszéknek és a sugárterápiás fektetőnek. Az intézményt 2007 decemberében adták át.

A második komponens tartalmazta rehabilitációs központok, valamint diagnosztikai és szűrőközpontok kialakítását az ország három, gazdaságilag leghátrányosabb régiójában (Észak- Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Dunántúl). A minimum-maximum támogatás mértéke 900 M Ft és 2164 M Ft között volt meghatározva, a pályázóknak önerőt kellett biztosítani (6,38%). A projektek összköltségét 75% uniós támogatás és 25% hazai forrás (hazai költségvetés + önerő) tette ki.

A nyertes pályázók a következők: a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet, 1152 M Ft-tal, amelynek célja térségi diagnosztikai és szűrő központ kialakítása volt. A projekt tervezett zárása 2007. október 31. volt, de határidőt kellett módosítani.

A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Jóna András Kórház 1221 M Ft támogatást nyert és célja egy Térségi diagnosztikai és szűrőközpont létrehozása volt. Ennek keretében épületrekonstrukció valósul meg és eszközök beszerzése folyik. A szakmai program keretében módszertani központ jön létre a térség betegeinek az egészségügyi adatai feldolgozására, valamint egy szűrőbusz beszerzésével kardiológiai ultrahang és tüdőszűrésre vállalkoznak. Az épület műszaki átadása megtörtént.

A Pécsi Tudományegyetemen egyik szakambulancia épületének felújítása valósult meg. A projektre eredetileg tervezett összeg 2046 M Ft volt. A projekt a helyszíni vizsgálat idejéig lezárult, az épület műszaki átadása megtörtént, a zárójelentést bemutatták. Kiemelt jelentőségű a betegségcsoportokra és hátrányos helyzetű népesség csoportokra koncentráló járóbeteg szűrő és diagnosztikus központ. Mobilszűrést 2007 közepén kezdték.

Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház Rendelőintézet a tervezett felújításra 1,8 Mrd Ft támogatást nyert. A megvalósult célok: Központi Diagnosztikai Centrum és szűrő decentrumok felszerelése történt. A funkciók között kiemelték a méhnyakrákszűrés, vastagbél daganatszűrés, valamint mozgó szűrő decentrumok kialakítását, ahol a képek továbbítására PACS rendszert hoztak létre, így a leletezés egy központban megtörténhet. A szűrőbuszban a mellkas szűrés mellett a méhnyakrák szűrésre al-

kalmas eszközök vannak. A projekt fizikailag lezárult, a tervezett célkitűzéseket teljesítették. A mozgó decentrumok is működnek.

Az Egészségügyi Ellátást Szervező és Működtető Kht. Fonyód 2007-ben kötött szerződést, térségi feladatokat ellátó diagnosztikai és szűrőközpont kialakítására, erre 181 M Ft összegű támogatást nyert. Az intézmény primer és szekunder prevenciós programok beindítását tervezi. A projekt zárójelentésének beadási határideje 2008. május 30.

Kaposi Mór Oktató Kórház szintén 2007 októberében kötött szerződést a kórház eszköz- és műszer infrastruktúrájának fejlesztésére, ezen belül telepített szűrési-diagnosztikai eszközök fejlesztésére, ehhez 390 M Ft támogatást nyert. A projekt zárójelentésének beadási határideje 2008. május 30.