

## ***A szkizofréniában szenvedő, antipszichotikus terápiában részesülő járóbeteg-populáció elemzése gyógyszer- és betegforgalmi adatok alapján a 2005-2008-as időszakban***

Kozma Petra Orsolya, NFGM

Katona Lajos, Dr. Zámboi János, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Dankó Dávid, Dr. Molnár Márk Péter, Corvinus Egyetem

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztályának (OEP ÁTFO) „elődje”, a Gyógyszerügyi Főosztály 2008 márciusában tette közzé azon tanulmányát, amely – az OEP vényszintű adatbázisának gyógyszer- és betegforgalmi adataira alapozva – a szkizofréniában szenvedő betegpopuláció számának és mintázatának, továbbá gyógyszerkiváltási szokásainak alakulását vizsgálta a 2005 és 2007 közötti időszakban. Jelen cikkben ezen tanulmány logikáját követve, az elemzést a 2008-as évre vonatkozó adatokkal kiegészítve végezzük el, és vonunk le következtetéseket a betegek antipszichotikus terápiához való hozzáféréseire vonatkozóan.

*In March 2008, the Department of Reimbursement of the Hungarian National Health Insurance Fund Administration published an analysis on the drug consumption and therapy adherence patterns of schizophrenic outpatients as well as the turnover of antipsychotic medicinal treatments. The survey was based on detailed prescription data and covered years 2005 to 2007. Following the logic of the March 2008 study, this article complements the survey by incorporating data for 2008 and drawing some conclusions concerning patients' access to antipsychotic therapies.*

### **ELŐZMÉNYEK, ELEMZÉSI KÉRDÉS**

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztályának (OEP ÁTFO) „elődje”, a Gyógyszerügyi Főosztály 2008 márciusában tette közzé azon tanulmányát [14], amely – az OEP vényszintű adatbázisának gyógyszer- és betegforgalmi adatait a szkizofréniában szenvedő betegpopuláció számának és mintázatának, továbbá gyógyszerkiváltási szokásainak alakulását vizsgálta a 2005 és 2007 közötti időszakban. Jelen cikkben ezen tanulmány logikáját követve, az elemzést a 2008-as évre vonatkozó adatokkal kiegészítve végezzük el, és vonunk le következtetéseket a betegek antipszichotikus terápiához való hozzáféréseire vonatkozóan.

Célunk azon hipotézis ellenőrzése, miszerint a vizsgált, szkizofréniában szenvedő járóbeteg-populáció folyamatos és rendszeres gyógyszeres ellátása a kórkép sajátosságai-

nak megfelelő mértékben biztosítottak tekinthető a vizsgált időszakban; vagyis az ártámogatási rendszerben bekövetkezett változások mellett sem mutatkozik jelentős tendenciaszerű változás a betegek számában, összetételében, illetve a gyógyszerfogyási adatokban. Az elemzési kérdést kétféle megközelítésben vizsgáljuk: egyfelől egy előzetesen azonosított antipszichotikumokból álló gyógyszerkör forgalmi adatai (támogatáskiáramlás terápiás napok száma alapján számított ún. DOT-forgalom, dobozforgalom) alapján, másfelől az ezen gyógyszerkörből kiváltó, gyógyszereszedési mintázatukat tekintve különböző klaszterekbe sorolható betegek fogyasztásán keresztül.

Az adatok körültekintő szűrésére volt szükség amiatt, hogy az antipszichotikumok alkalmazása nem korlátozódik a szkizofréniára, továbbá alkalmazásuk egyes indikációkban csak átmenetileg javallott. Az érintett kórkép sajátossága, hogy optimális és változatlan körülmények között is lemorzsolódik a kezelt betegek egy része, a populáció jelentős részét tekintve alacsony terápiahűsre (adherencia, perzisztencia) lehet számítani, gyakori a készítmények közötti váltás, valamint a párhuzamos felírás. Az elemzés elsősorban a beteganyag szerkezetének változásaira fókuszált, az érintett populációt a gyógyszerkiváltás rendszeressége alapján kategorizálva, hiszen elsősorban a folyamatos terápiában részesülő betegek követéséből lehet érdemi következtetéseket levonni szkizofréniára indikációjában.

### **NÉHÁNY MEGFONTOLÁS A SZKIZOFRÉNIÁ KLINIKAI HÁTTERÉRŐL**

A szkizofréniát az elmeműködés zavarának súlyos formájának, melyet a különböző pszichés működések zavarai jellemeznek, változatos munkahelyi és szociális működési diszfunkciók kíséretében [1]. A szkizofréniát gyűjtő kategória, nem homogén betegség. Többféle formában megjelenhet, különböző tünetekkel és lefolyással; a betegség azonosítása a jelenlegi társadalombiztosítási rendszerben nyolc különböző BNO-kód révén lehetséges. A betegség súlyossága nagymértékben különbözhet az enyhébb formától kezdve a súlyos pszichotikus állapotokkal járó, rokkantsághoz vezető formáig. A betegség hosszú távú kimenetele nagy változatosságot mutat: az esetek 10-15%-ban nem alakul ki újabb pszichotikus epizód, de a betegek nagyobb részénél visszatérő epizódokkal, relapszusokkal kell számolni az első epizódot követően.

A kórkép epidemiológiáját tekintve a szakirodalom incidenciaként általában 0,20-0,22%-os értéket jelöl meg, ami a hazai populációra vetítve évi kb. 2-3 ezer új esetet jelent. A prevalencia 1% körül mozog; 0,4%-tól 1,4%-ig terjedően találunk adatokat a nemzetközi irodalomban [2-6]. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium protokollja szintén a népesség 1%-át tüneti fel érintettként, hazai viszonylatban becsléseink alapján 70 000-100 000 beteggel számolhatunk. A szkizofrénia előfordulási gyakorisága magasabb az idősök körében, és kiemelkedő prevalencia adatokat találtak a szociális otthonokban élők esetében is [7]. Bár Magyarországon e témában átfogó epidemiológiai vizsgálat nem készült, a kórkép előfordulása valószínűsíthetően megfelel a nemzetközi adatoknak. A betegek azonosítását nehezíti, hogy egy részük nem kerül diagnosztizálásra, esetleg más diagnózist kap (itt fontos szerepet játszhat a stigmatizáció elkerülésére irányuló kezelőorvosi törekvés), vagy egyszerűen nem kér orvosi segítséget. A szkizofréniaiban szenvedő betegek esetében szakszerű terápia mellett is igen gyakori halálok a befejezett öngyilkosság: 5-10%-uk öngyilkossággal vet véget életének [7-8]. Az első pszichotikus epizódok esetén ráadásul gyakran nem diagnosztizálnak szkizofrénia, mert a diagnosztikai kritériumokat – melyek teljesüléséhez a betegség egyes jegyeinek legalább hat hónapon át fenn kell állniuk – még nem merítette ki a beteg. A fenti megfontolások okán, továbbá tekintve hogy a BNO kód feltüntetése a vényen csupán 2006 utolsó harmadától kötelező (azaz nem áll rendelkezésre BNO-adat a teljes vizsgált időszakra), a diagnózis szerinti szűrés eredményét feltüntetjük ugyan, de nem tekintettük valid adatforrásnak.

A szkizofrénia terápiájának célja az akut pszichotikus tünetek csökkentése, illetve megszüntetése, a pszichotikus állapot kezelése után pedig újabb epizód kialakulásának megakadályozása. A terápia komplex, hazai és nemzetközi irányelvek [1,4,5,6,10,11] egybehangzó ajánlása szerinti alappillére az antipszichotikumokkal történő gyógyszeres kezelés, emellett azonban hangsúlyt kell fektetni a szociális gondozásra, a pszichoterápiára és családterápiára. A különféle pszichoszociális intervenciós eszközök egyre nagyobb számban segítik az egyének közösségi adaptációját, sikerükhöz a megfelelő gyógyszeres kezelés nagyban hozzájárul.

A gyógyszeres terápia alapját képező antipszichotikumok hatásosan csökkentik a pszichotikus tüneteket az akut fázisban, és jelentősen mérséklék az újabb relapszusok rizikóját. Az antipszichotikumoknak két nagy osztályát különböztetjük el. Mindkettő heterogén csoport, különböző kémiai szerkezetű, hatásmechanizmusú és mellékhatás-profilú készítményeket tartalmaz. Az első generációs antipszichotikumok (típusos szerek) között találunk kis potenciálúakat (pl. chlorprotixen), közepes potenciálúakat (pl. flupentixol, zuclopentixol), illetve nagy potenciálúakat (pl. haloperidol, flufenazin). A második generációs antipszichotikumok (atípusos szerek) közé tartoznak többek között a clozapin, amisulpirid, aripiprazol, olanzapin, quetiapin, risperidon, sertindol, ziprasidon, paliperidon hatóanyagok.

Mindkét csoportban forgalomban vannak tartós hatású (depot) készítmények, melyek intramuszkuláris injekció formájában 2-4 hét időtartamig biztosítják az antipszichotikus hatást, olyan esetekben, ahol ez per os kezeléssel nem elérhető. Ezek a depot-készítmények egyre nagyobb teret nyernek a kezelésben a betegcsoportot jellemző alacsony terápiahűség miatt. A második generációs antipszichotikumok kedvezőbb mellékhatás-profilal rendelkeznek, és az ún. negatív tünetek – pl. érzelmi elsivárosodás, apátia – is mérsékeltebbek, mint a klasszikus szerek esetében.

Gyógyszeres kezelés nélkül a visszaesés rizikója hozzávetőleg 70% egy éven belül, azonban a relapszus gyógyszeres kezelés mellett is 30%-ban bekövetkezik, így az esetek túlnyomó többségében krónikus – évekig vagy akár élet-hosszig tartó – antipszichotikus kezelésre van szükség. Az ajánlások nyomatékosítják, hogy a választandó terápia igen jelentős mértékben függ az egyéni sajátosságoktól. Amennyiben a készítmények adagolása mellett egy-két éven keresztül legfeljebb egy akut pszichotikus epizód alakul ki, vagyis a beteg jól reagál a gyógyszeres kezelésre (remisszióba kerül), meg lehet kísérelni a dózis csökkentését vagy a terápia felfüggesztését. Ez az időszak mindenképpen szoros monitorozást igényel. Amennyiben évente több pszichotikus epizód következik be, a gyógyszerek adagolása fenntartandó öt évig vagy ennél hosszabb ideig is [3]. A jelenlegi klinikai gyakorlat elsősorban a második generációs antipszichotikumokat használja a szkizofrénia terápiájában, a hagyományos szerek csak speciális esetekben kerülnek előtérbe a szakmai protollokban. Tekintettel a gyógyszeres kezelés – különösen a második generációs készítmények – igen jelentős költségeire, az ajánlások felhívják a figyelmet a költségeket is mérlegelő gyógyszerválasztás szükségességére.

Fontos megjegyezni, hogy antipszichotikus kezelést nemcsak szkizofrénia diagnózisa esetén indokolt adni, a terápiás javallatok között megtalálható a bipoláris mánia, egyéb pszichotikus állapotok (pl. organikus, trauma utáni, droghatás stb.), időskori zavartsági állapotok és átmeneti pszichotikus állapotok is. Átmeneti pszichotikus állapotok, illetve bipoláris mánia esetén rendszerint nincs szükség krónikus, évekig tartó szedésre, ilyenkor a terápia csak a pszichotikus állapot vagy mániás tünetek tartama alatt szükséges [12]. Ilyenkor ideális esetben a beteg kezelésének második-negyedik hónapjában az antipszichotikus kezelés megszüntethető [13].

A jelenlegi ártámogatási rendszerben az antipszichotikumok kiemelt, indikációhoz kötött támogatással (Eü100, 10/a1-d2 pontok), szakorvosi javaslatra rendelhetők néhány, cikkünk szempontjából nem releváns kivételtől eltekintve. A 2008. decemberi gyógyszer törzsben az N05A négyjegyű ATC-csoport (antipszichotikumok) 22 hatóanyag 65 brandjének 838 TTT-jét (különböző készítmény) tartalmazta, amiből 18 hatóanyag 42 brandjének 147 készítménye volt támogatással rendelhető.

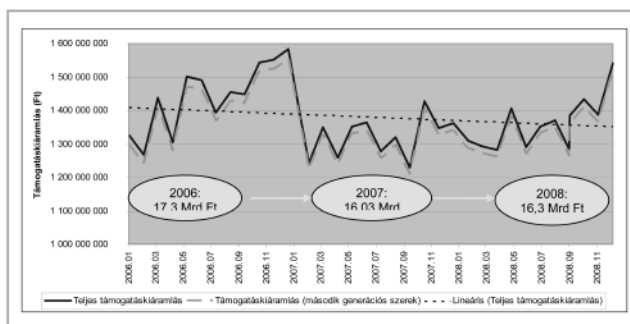
## AZ ELEMZÉS MÓDSZERTANA

**Gyógyszerkör:** Első lépésben – a szkizofrénia terápiájában szokásosan alkalmazott kezelési séma azonosítása céljából – a támogatással rendelhető antipszichotikumok köréből kiszűrtünk bizonyos termék- vagy hatóanyag-csoportokat. Ezek: időskori zavartsági állapotokban használatos alacsony és közepes potenciálú antipszichotikumok (pl. egyes haloperidol és chlorprothixen, valamint tiaprid hatóanyagú készítmények); nem kifejezetten a szkizofrénia terápiájában használatos hatóanyagok (pl. lítium); elsősorban sürgősségi ellátásban, alkalomszerűen alkalmazott készítmények (főként injekció kiszerezésű, nem depot készítmények, pl. Zyprexa és Cisordinol-acutard injekciók). A szűkítés után 14 hatóanyag 41 brandjének 176 készítményére (ebből második generációs: 9 hatóanyag, 30 brand, 160 készítmény) végeztük el az adatlekérdezéseket. A forgalmi adatokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adattárházából nyertük, és 2006 januárjától 2008 decemberéig havi bontásban tüntettük fel. Felhívjuk a figyelmet arra, hogy ez a halmaz tartalmaz olyan fogyást is, mely nem szkizofrénia indikációban realizálódott.

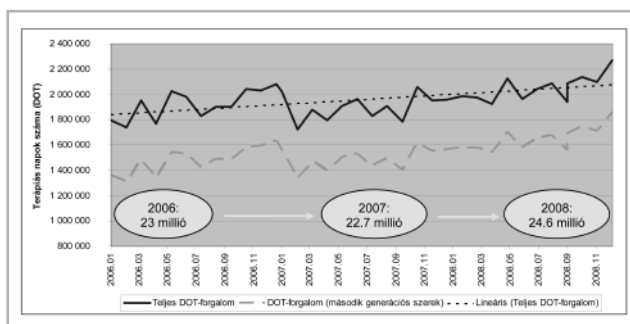
**Betegkör:** Második lépésben a fenti gyógyszerkört érintő kiváltásokat a betegforgalmi adatokon keresztül szűrtük tovább, ezzel próbálva azonosítani a folyamatos terápián lévő – így valószínűsíthetően szkizofréniaiban szenvedő – populációt. A betegeket a kiváltás rendszeressége alapján összesen 8 csoportba (klaszterbe) soroltuk, és 2005-től 2008-ig összesen három évpárra (2005-2006, 2006-2007, 2007-2008) vonatkozóan kategorizáltuk a bármely készítményt kiváltó TAJ-okat. Rendszeres szedőként azonosítottuk mindazokat, akik az adott év során legalább hat különböző időpontban jártak patikában, és alkalmanként legalább egy doboz – meghatározott – antipszichotikumot kiváltottak. Ez átlagosan kéthavonkénti orvos-beteg találkozást jelent, ami a három hónapra szóló vényírás elvi lehetősége ellenére is konzervatív megközelítés, tekintve hogy még a betegség kompenzált stádiumában sem ajánlatos, hogy az állapotfelmérések közötti időszak egy hónapnál hosszabb legyen [1]. Rendszeresen szedőként azokat definiáltuk, akiknél az évi hatszori kiváltás nem teljesül. Azért döntöttünk két éves periódusok (évpárok) vizsgálata mellett, mert így információt nyerhettünk a terápiából kiesők és újonnan terápiára kerülők, továbbá a folyamatos szedők szokásairól egyaránt.

## A GYÓGYSZERFORGALMI ADATOK ELEMZÉSE

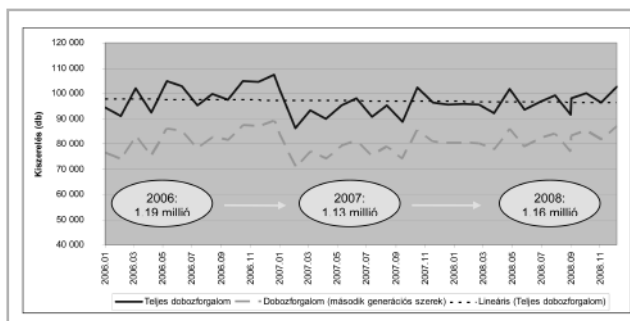
Az érintett gyógyszerek forgalmát összesítő ábrákon a teljes vizsgált gyógyszerkör (első és második generációs antipszichotikumok), valamint külön a második generációs antipszichotikumok forgalmi adatai szerepelnek a támogatási kiáramlás, a terápiás napok száma (DOT) és a dobozforgalom tekintetében (1-3. ábrák) a 2006. január és 2008. december közötti időszakokra vonatkozóan. A könnyebb értelmezhetőség kedvéért az egyes évek közötti változásokat külön is feltüntettük.



**1. ábra**  
Támogatási kiáramlás a vizsgált antipszichotikumok körében (2006. január – 2008. december)



**2. ábra**  
DOT-forgalom a vizsgált antipszichotikumok körében (2006. január – 2008. december)



**3. ábra**  
Dobozforgalom a vizsgált antipszichotikumok körében (2006. január – 2008. december)

A trendeket vizsgálva megállapítható, hogy a támogatás csökkenő tendenciát mutat a vizsgált időszakban, aminek a háttérben két tényező áll. Egyik a 2007. január 16-tól bevezetett 300 forintos dobozdíj, ennél jelentősebb kiáramlást mérséklő tényező azonban a negyedéves hatóanyag-alapú fixesítés (generikus program) intenzitásának növekedése, szintén 2007 elejétől. Kiemelendő, hogy a kiáramlott támogatás több mint 98%-a második generációs készítményekhez kapcsolódik, azaz a fixesítés megtakarító hatása szinte kizárólag a lejárt szabadalmú atípusos antipszichotikumokon realizálódott. A fixcsoportok napi terápiás költségének (NTK) így bekövetkező csökkenésére, valamint a generikus készítmények párhuzamos előtérbe kerülésére a risperidon hatóanyag kapcsán a 4. és 5. ábra ad példát. A 4.

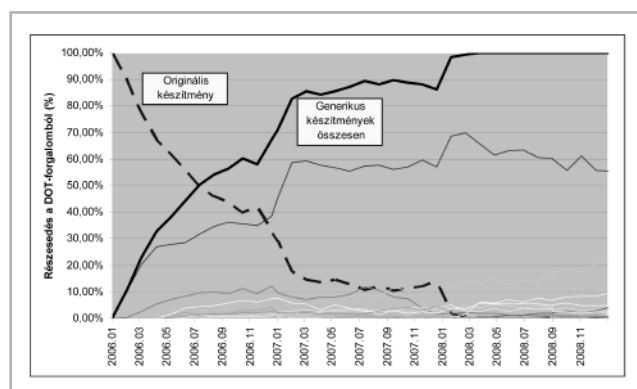
ábra a mindenkori risperidon referenciakészítmények napi terápiás költségének (REFNTK) csökkenését mutatja a 2007. január és 2008. december közötti időszakban:

Fixcsoport megnevezése	REFNTK a vizsgált időszak elején (2007. január)	REFNTK a vizsgált időszak végén (2008. december)	REFNTK-csökkenés mértéke	
risperidon	1 mg	563.58	225.17	60.05%
	4 mg	525.13	214.90	59.08%
	3 mg	531.36	220.36	58.53%
	2 mg	542.75	227.00	58.18%

#### 4. ábra

A risperidon hatóanyag különböző hatáserősségei szerint megképzett hatóanyagfix-csoportok REFNTK-csökkenése (2007. január – 2008. december)

Az 5. ábra a risperidon hatóanyag 4 milligrammos hatáserősségére kiemelten mutatja a DOT-forgalom szerkezetének változását egy 2006. januári bázishoz (100%) képest. Az ábrán nyomon követhető az originális készítmény piaci részesedésének igen meredek visszaesése (illetve ennek tökéletes tükörképeként a generikus risperidon készítmények előretörése), ami 2007 tavaszán – a fixesítés intenzitásának növekedésével – még drasztikusabbá vált.



#### 5. ábra

A risperidon hatóanyag (4mg hatáserősség) DOT-forgalmának szerkezte (2006. március – 2008. december, a vékony vonalak az egyes generikus készítmények külön-külön vett forgalmi részarányát mutatják)

A dobozforgalom, valamint a DOT-forgalom alakulását vizsgálva megállapítható, hogy 2007 elején jelentős visszaesés következett be, aminek hátterében vélhetően az áll, hogy a betegek a 2006. év második felében felhalmoztak gyógyszereket. Az otthoni készletek felhasználását követően 2007. év ősztől normalizálódott a forgalom, amikor is a visszaeséshez hasonló meredekséggel emelkedik a gyógyszerfogyás. Bár a betegek otthoni készleteiről csupán becsléseket lehet megfogalmazni, megalapozottnak tűnik a feltételezés, miszerint az érintett betegkör az alacsonyabb forgalmú időszakban is gyógyszeres terápián volt. Míg a dobozfogyás trendje a vizsgált időszakban stabilnak mutatkozik, a DOT enyhén emelkedő tendenciát mutat. Utóbbi hátterében a fogyasztás struktúrájában bekövetkezett változás áll, melynek során előtérbe kerültek a magasabb fajlagos DOT-tal rendelkező, hosszú hatású készítmények.

A forgalmi adatok alapján összességében tehát a lakosság patikai forgalomban realizálódó – a szkizofrénia kezelési sémájába illeszkedő – antipszichotikum-felhasználása (minimális emelkedést is mutatva) stabilnak tekinthető a vizsgált három éves periódusban, ami alapján nem valószínűsíthető betegek nagyobb számban történő kikerülése a szakorvos által indikált antipszichotikus gyógyszeres terápiáról. Cikkünk további részében a fogyasztási mintázatokat vizsgáljuk meg közelebbről, a kiváltásokat évpárok mentén, betegklaszterek szerint elemezve.

## AZ EGYES BETEGKLASZTEREK GYÓGYSZER-FOGYASZTÁSI MINTÁZATAINAK VIZSGÁLATA

Az antipszichotikum terápiahoz való hozzáférés, valamint az antipszichotikumok kapcsán megfigyelhető terápiahűség (adherencia, perzisztencia) részletesebb elemzése céljából célszerűnek tűnik az ezen gyógyszerkörből kiváltó betegek gyógyszerfogyasztási mintázatait betegklaszterek szerint is elemezni. Ennek érdekében az antipszichotikumokat kiváltó betegeket nyolc klaszterbe soroltuk aszerint, hogy a módszertan ismertetésénél leírt évpárok (2005-2006, 2006-2007, 2007-2008) első, illetve második évében milyen gyógyszereszedési mintázatot követtek. A nyolc betegklaszter az alábbi:

- Elhunytak és külföldre távoztak, akik az évpár első évében váltottak ki antipszichotikumot, ezt követően azonban TAJ-számuk elhalálozásuk vagy külföldre távozásuk miatt passzívvá vált.
- Kilépő rendszeres szedők, akik az évpár első évében a korábban definiáltak szerint rendszeres szedőnek minősültek, az évpár második évében azonban már nem volt kiváltásuk.
- Kilépő rendszertelen szedők, akik az évpár első évében a korábban definiáltak szerint rendszertelen szedőnek minősültek, az évpár második évében azonban már nem volt kiváltásuk.
- Folyamatos rendszeres szedők, akik az évpár mindkét évében a korábban definiáltak szerint rendszeres szedőnek minősültek.
- Folyamatos rendszertelen szedők, akik az évpár mindkét évében a korábban definiáltak szerint rendszertelen szedőnek minősültek.
- Folyamatos „vegyes” szedők, akik az évpár egyik évében rendszeres szedőnek, az évpár másik évében azonban rendszertelen szedőnek minősültek. E klaszteren belül megkülönböztethető a „rendszeres-rendszertelen szedők” csoportja (akik az évpár első évében rendszeres szedők voltak, utána azonban rendszertelen szedővé váltak), illetve a „rendszertelen-rendszeres szedők” (akik épp ellentétes mintázatot követtek).
- Belépő rendszeres szedők, akik az évpár második évében a korábban definiáltak szerint rendszeres szedőnek minősültek, az évpár első évében azonban nem volt kiváltásuk.

Betegklasztér		1. évpár (2005-2006)				2. évpár (2006-2007)				3. évpár (2007-2008)					
<b>Kilépők</b>	1. Elhunytak és külföldre távozottak	6 414	22 928	Összes kiváltó (2005)	X	6 970	25 285	Összes kiváltó (2006)	X	7 349	22 406	Összes kiváltó (2007)	X		
	2. Kilépő rendszeres szedők	1 483				1 899				1 195					
	3. Kilépő rendszertelen szedők	15 031				16 416				13 862					
<b>Folyamatos szedők</b>	4. Folyamatos rendszeres szedők	40 323	74 061	96 989	Összes kiváltó (2006)	40 247	123 848	101 226	Összes kiváltó (2007)	40 783	76 157	123 936	98 563		
	5. Folyamatos rendszertelen szedők	17 426												17 006	18 194
	6a. Rendszeres-rendszertelen szedők	6 883												10 617	8 354
	6b. Rendszertelen-rendszertelen szedők	9 429												8 071	8 826
<b>Belépők</b>	7. Belépő rendszeres szedők	4 304	27 165	X	X	3 362	22 622	X	X	3 711	25 373	X	X		
	8. Belépő rendszertelen szedők	22 861				19 260				21 662					
<b>Kilépők</b>	1. Elhunytak és külföldre távozottak	5,2%	18,5%	Összes kiváltó (2005)	X	5,6%	20,4%	Összes kiváltó (2006)	X	5,9%	18,0%	Összes kiváltó (2007)	X		
	2. Kilépő rendszeres szedők	1,2%				1,5%				1,0%					
	3. Kilépő rendszertelen szedők	12,1%				13,2%				11,2%					
<b>Folyamatos szedők</b>	4. Folyamatos rendszeres szedők	32,5%	59,7%	78,1%	Összes kiváltó (2006)	32,4%	61,2%	81,5%	Összes kiváltó (2007)	32,8%	61,3%	79,4%	Összes kiváltó (2008)		
	5. Folyamatos rendszertelen szedők	14,0%												13,7%	14,7%
	6a. Rendszeres-rendszertelen szedők	5,5%												8,6%	6,7%
	6b. Rendszertelen-rendszertelen szedők	7,6%												6,5%	7,1%
<b>Belépők</b>	7. Belépő rendszeres szedők	3,5%	21,9%	X	X	2,7%	18,2%	X	X	3,0%	20,4%	X	X		
	8. Belépő rendszertelen szedők	18,4%				15,5%				17,4%					

**6. ábra**  
Az egyes betegklaszterekbe sorolt, antipszichotikumot kiváltó betegek számának alakulása évpárok szerint, valamint arányuk az adott évpárban regisztrált összes kiváltó beteghez viszonyítva

- Belépő rendszertelen szedők, akik az évpár második évében a korábban definiáltak szerint rendszertelen szedőnek minősültek, az évpár első évében azonban nem volt kiváltásuk.

A 6. ábra az egyes betegklaszterekbe sorolható betegek (ún. disztinkt TAJ-ok) számát mutatja évpárok szerint rendezve:

A táblázatból kiolvasható, hogy az adott évpárokban kezelésben részesülő betegek száma (kb. 124 ezer fő) hozzávetőleg állandónak tekinthető a három periódusban: a változás 0,1% alatti. Az egyes éveken antipszichotikumot kiváltó betegek száma (hozzávetőleg 100 ezer fő) természetes arányon belül (± 5% alatt) mutat fluktuációt, tendenciózus változás nem fedezhető fel. Megállapítható továbbá, hogy bármely évpárt tekintve a gyógyszeres terápiában részesülő páciensek 5,2-5,9%-a morzsolódik le elhalálozás vagy külföldre távozás következtében (1. klaszter), 12,1-14,8%-uk pedig elhagyja a kezelést („kilép”) legkésőbb az évpár első évének végéig (2. és 3. klaszterek). A kilépők túlnyomó többsége (kb. 90%-a) úgy hagyja abba a terápiát, hogy már az évpár első évében is csupán elvétve váltott ki vényt, korábban sem volt tehát rendszeres gyógyszereszedő (3. klaszter). A kezelést elhagyók csupán kb. egytizede hagyja úgy el a kezelést, hogy megelőzően rendszeres gyógyszereszedő volt, ez a teljes beteganyag 1,0-1,5%-a (2. klaszter). Utóbbi betegek többségéről feltételezhető, hogy nem kerül-

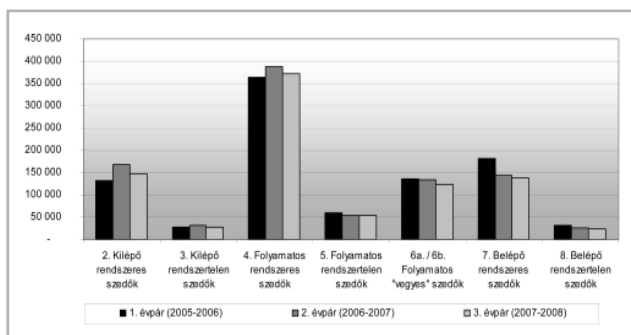
tek ki a szakemberek látóköréből, a terápia felfüggesztése mögött szakmai okok keresendők, így például rövid pszichotikus zavar, bipoláris mánia, szkizoaffektív zavar, szkizotípiás zavar átmeneti kezelése, terhesség vagy szoptatás miatti terápiafelfüggesztés, vagy stabilan relapszusmentes beteg gyógyszeres kezelésének felfüggesztése a protokollok szerint. A kilépők tehát összességében a beteganyag 18,0-20,4%-át teszik ki.

Az adott évpárban gyógyszerrel kezelt páciensek kb. 47,2-48,9%-a – 54 ezer fő körüli számosságú beteg – rendszeres vagy „rendszeressé váló” gyógyszereszedőnek tekinthető (2., 4., 6b. és 7. klaszterek együttesen). A betegek 59,7-61,3%-a az adott évpár második évében is kap gyógyszeres kezelést, terápiája tehát folyamatos (4., 5., 6a és 6b. klaszterek együttesen). Figyelembe véve azt a tényt, hogy bármely adott évpár vonatkozásában a beteganyag 18,2-20,6%-a újonnan kerül a rendszerbe (7. és 8. klaszterek), a ki- és belépők aránya közel állandónak adódik. Megfigyelhető ugyanakkor, hogy az újonnan belépők magasabb arányban kerülnek a rendszeres gyógyszereszedő kategóriába (7. klaszter a 7. és 8. klaszterek teljes populációjához viszonyítva: 14,6-15,8%), mint a kezelést elhagyók esetében (2. klaszter a 2. és 3. klaszterek teljes populációjához viszonyítva 7,9-10,4%), azaz a kilépő és a belépő rendszeres szedők egyenlege rendre pozitív. Végezetül megállapítható, hogy miközben a kilépők és az újonnan belépők között túlsúlyban vannak a rendszertelen szedők, addig a folyamatosan terá-

pián lévő betegek körében a rendszeres, illetve „rendszeressé váló” szedők (4. és 6b. klaszterek) egyértelműen dominálnak (63,6%-67,2%).

Az első és második generációs antipszichotikumok kiváltását külön-külön vizsgálva megállapítható, hogy az évek előrehaladtával a bármely antipszichotikumot kiváltó betegek csökkenő arányban (16% ± 11%) váltanak ki első és második generációs készítményt egyaránt. Ez az első generációs szerek visszaszorulására utal. A második generációs készítményeket kiváltók száma – enyhén növekedve – nagyjából az antipszichotikumot szedők teljes számának alakulását követi, évente kb. 85%-ot kitevé. A betegklaszttereket vizsgálva kitűnik, hogy a folyamatos rendszeres szedők klaszterében (4. klaszter) a második generációs készítmények fokozatosan előtérbe kerülnek, illetve az első generációs antipszichotikumot szedők között nagyobb a kilépők (2. és 3. klaszterek) és a folyamatos rendszertelen szedők (5. klaszter) aránya. Az első generációs készítményeket kiváltók esetében a belépő rendszeres szedők (7. klaszter) aránya szignifikánsan alacsonyabb (közel fele a második generációs szerek esetében megfigyelhető aránynak), és hasonló aránykülönbség tapasztalható a rendszertelenből rendszeres szedővé váló páciensek (6b. klaszter) tekintetében is. Ezek az empirikus eredmények az első generációs készítményt kiváltók csoportjában számottevően alacsonyabb terápiahűségre engednek következtetni. Érdekes, hogy a folyamatos rendszeres szedők (4. klaszter) aránya hasonló a két készítménycsoportban, amiből arra következtethetünk, hogy létezik egy olyan szűk betegcsoport (kb. 8-9 ezer fő), akiknél a második generációs kezeléshez hasonló terápiahűség érhető el megfelelően beállított első generációs antipszichotikus terápiával.

Elemzésünk kiegészítéseképpen betegklasztterek szerint megvizsgáltuk a második generációs terápián lévő betegekre jutó éves támogatásiáramlást is (7. ábra). Az 1. klasztert nem elemeztük, a 6a. és 6b. klaszttereket összevontan vettük figyelembe. Jelentős – a már említett tényezővel nem magyarázható – ingadozást ez a megközelítés mutat, összességében tehát a „nyers” gyógyszerforgalmi adatok kapcsán tett megállapításokat a betegklasztterek szerint differenciált gyógyszereszedési mintázatok is alátámasztani látszanak.



**7. ábra**  
Második generációs (atípusos) antipszichotikumot szedő betegek-re jutó átlagos támogatásiáramlás összege az egyes betegklasztterekben (évpárok szerint, Ft/fő/év)

## KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink alapján évente hozzávetőleg 50 ezer olyan szkizofréniában szenvedő beteg azonosítható, aki rendszeres és folyamatos antipszichotikus terápiában részesül. Az OEP felé lejelentett BNO-kódok szerinti szűrés eredménye egybeesik ezekkel az adatokkal: 2007-ben 50 526, 2008-ban 50 908 beteg (TAJ) esetében jelentették a szkizofréniát valamely BNO kódját. (Ez az összes kezelt 50%-a.) Egy közel 50 ezer fős populációról tehát kijelenthető, hogy szkizofréniában szenvedő, terápiahű gyógyszereszedő betegeket takar. Bizonyosnak tűnik ugyanakkor, hogy a valóságban ennél valamivel több szkizofrén járóbeteg részesül kielégítő antipszichotikus gyógyszeres kezelésben. Amennyiben a rendszeres kiváltás igen szigorú kritériumain lazítunk, és azokat is beemljük, akik a terápiában töltött két éves periódus legalább egy időszakában rendszeres szedők voltak, egy kb. 60 ezer fős populációhoz jutunk, amelynek jelentős hányadáról feltételezhető, hogy folyamatos és javarészt rendszeres ellátásban részesül. A mindkét időszakban kezelt kb. 75 ezer fős populáció pedig valószínűsíthetően a folyamatosan szakorvosok látókörében lévő szkizofréniában szenvedő betegeket takarja. A nemzetközi adatok alapján becsült 70-100 ezer fős prevalencia tükrében igazoltnak tűnik, hogy a szkizofréniában szenvedő magyarországi betegek járóbeteg-ellátása biztosított, a vizsgált időszakban anomáliára utaló jel, illetve tendenciózus változás nem azonosítható.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Pszichiátriai Szakmai Kollégium: Szkizofréniát (az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, érvényes: 2008. december 31.)
- [2] Martindale (2009): The Complete Drug Reference. Pharmaceutical Press, London.
- [3] Awad, A.G. – Voruganti, N.P. (2004): Impact of Atypical Antipsychotics on Quality of Life in Patients with Schizophrenia, CNS Drugs, 18. évf., 13. szám, 877-893. o.
- [4] NICE (2003): Schizophrenia – Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care, NICE, London.
- [5] SIGN (2005): Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia, SIGN, Edinburgh.
- [6] Freedman, R. (2003): Schizophrenia, New England Journal of Medicine, 349. szám, 1738-1749. o.

- [7] Marriott R.G. – Neil, W. – Waddingham, S. (2006): Antipsychotic medication for elderly people with schizophrenia, Cochrane Database of Systematic Reviews, 1. kiadás.
- [8] Kaplan H.I. – Saddock, B.M. – Grebb, J.A. (1994): Synopsis of Psychiatry, LWW, Philadelphia.
- [9] Palmer, B.A. – Pankratz, V.S. – Bostwick, J.M. (2005): The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination, Archives of General Psychiatry, 62. szám, 247-253. o.
- [10] American Psychiatric Association (2004): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, 2. kiadás. APA, Arlington.
- [11] McGrath, J. – Emmerson, W.B. (1999): Treatment of Schizophrenia, British Medical Journal, 319. szám, 1045-1048. o.
- [12] Department of Veterans Affairs PBM (2002): Guideline for Atypical Antipsychotic Use, DVA PBM, Washington.
- [13] Pszichiátriai Szakmai Kollégium: Bipoláris betegségek (az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, érvényes: 2008. december 31.)
- [14] Dr. Molnár Márk Péter – Katona Lajos – Dr. Zámboi János (2008): Rendszeres antipszichotikus terápiában részesülő betegek számának alakulása az elmúlt három évben (gyógyszerforgalmi adatok elemzése). OEP Gyógyszerügyi Főosztály, Budapest.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Kozma Petra** 2005-ben szerezte diplomáját a Budapesti Corvinus Egyetem Közszoigalati szakirányán. 2005 ősztől az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Technológia-értékelő Irodájában

dolgozott tudományos munkatársként, ahol a gyógyszerátogatási kérelmek egészség-gazdaságtani értékelését végezte. 2007-ben részt vett az induló ELTE TáTK Gyógyszerpolitika és gyógyszergazdaságtan szakirányú posztgraduális továbbképzésén.



**Katona Lajos** 1995 és 2000 között folytatta tanulmányait az ELTE szociológia szakán, ahol elvégezte a survey statisztika szakirányt. Szakmaiságát dominánsan a statisztika és biostatisztika, illetve a szociológiai kutatások világából meg-

ismert különböző módszertani technikák egészségügyi területre történő alkalmazása, majd fejlesztése határozta meg. Korábban Planiméter, NIB Research és Healthware Kft. kezein belül dolgozott, jelenleg az OEP Ártámogatási Főosztályán elemző statisztikus. Az adatbázis oldali elemzések és statisztikai modellezések képezik főbb kutatási területeit.



**Dr. Zámboi János** orvos, pszichiáter. Orvostudományi diplomáját 1995-ben szerezte a Semmelweis Ignác Orvostudományi Egyetemen. 1995 és 2008 között az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben dolgozott pszichiá-

terként. 2008-ban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Gyógyszerügyi Főosztályán végzett szakértői munkát ártámogatási kérdésekben. 2008 végétől a PAREXEL International nemzetközi klinikai kutatásszervező cég budapesti irodájának orvostanácsadó munkatársa.

**Dr. Molnár Márk Péter** és **Dankó Dávid** bemutatása lapunk IX. évfolyamának 1. számában olvasható.

**IME.**

## XI. Outsourcing Konferencia

Időpont: 2010. november 3. (szerda)

Helyszín: Best Western Hotel Hungaria (1074 Budapest, Rákóczi út 90.)