

Beszámoló az V. Országos Egészség-gazdaságtani Konferenciáról – II. rész

Jelen cikkünk első részét 2011. szeptemberi számunkban találják meg Tisztelt Olvasóink.

A konferencia második napja a META ifjúsági tagozatának előadásával kezdődött, az „Egészség-gazdaságtan a jövő generációja szemével” mottóval.

Nagy Z. Bence és **Borsi András** előadása volt az első a sorban, „Költséghatékonysági küszöbérték – lehetséges alternatívák” címmel. A szerzők felhívták a figyelmet arra, hogy a hazai egészségpolitikát meghatározó irányelvek és a kapcsolódó jogszabályok több helyen is megállapítják: a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásáról hozott döntésekben a költséghatékonyságnak központi szerepet kell kapnia, az azonban mindmáig nincs definiálva, mikor is tekinthető egy terápia költséghatékonynak Magyarországon. A szerzők a nemzetközi kitekintés mellett bemutatták a hazai döntéshozatali gyakorlat tapasztalatait, melyek alapján a küszöbérték koncepcióval kapcsolatos, elgondolkodtató problémákat is felvetettek. Az egyik, hogy egy küszöbérték meghatározása önkényes, valamilyen szempont alapján történik. Egy értékkel nem lehet kezelni minden terápiát, pl. orphan gyógyszerek, vagy az end-of-life terápiák specifitási miatt. Az egészségnyereség mérésének módszertana nincs standardizálva, annak társadalmi megoszlását nem vesz figyelembe. Következtetésként megállapítják, hogy a döntéshozatal során számos egyéb szempont is érvényesül, ezért nem igazán lehet és szerencsés kizárólagosságot adni az ICER-nek. Felvetődik a kérdés: van-e egyáltalán szükség explicite meghatározott küszöbértékre? Következtetésként az előadók megállapították, hogy ettől függetlenül szükség volna olyan módszertani standardok kidolgozására, amelyek az egészségnyereség mértékét a megfelelő súllyal képesek figyelembe venni.

Viczincki Áron Zoltán előadásában az orvostechikai eszközök gazdasági elemzésének kérdésköreit ismertette, amelyeknek sajátosságai a következők: egyrészt a tudományos bizonyítékok korlátozottan érhetőek el, több eltérő tulajdonságú alkalmazási területük is lehet, gyakori módosítások megváltoztathatják az eszköz tulajdonságait, a költséghatékonysági ráta is változhat időben a körülményektől függően. A szerzők megállapították, hogy az értékeléssel kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok is hiányosak, a technológiákat általában értékelik csak, vagy utólagosan a bevezetés után szerzett tapasztalatok és adatok alapján elemzik. Javasolják a területenként eltérő elemzések készítését, azokban az adherencián keresztül mért betegpreferenciák figyelembe vételét, illetve a társadalmi nézőpont alkalmazását.

Nagyjánosi László, Vokó Zoltán, Kaló Zoltán a HPV elleni védőoltás egészség-gazdaságtani elemzését ismertették, a népegészségügyi szűrőprogramok kiegészítéseként. Az elemzéshez betegségprogresszió alapuló kohorsz

szimulációs Markov modellt építettek, amellyel a szűrőprogramokhoz kapcsolt oltási stratégiák modellezhetőek. A szerzők következtetése, hogy a HPV védőoltás szűrési programhoz való hozzáadása költséghatékonny, valamint, hogy döntéshozatal során a szűrés-védőoltás kombinációs stratégiákat érdemes összehasonlítani.

Sinkovits Balázs, Kozma Petra Orsolya a hazai gyógyszerár-támogatási rendszer racionalizálásának egy lehetséges lépését ismertette. Vizsgálódásuk célja az alacsony árú készítményekre kifizetett támogatásban rejlő tartalékok mértékének felmérése, és javaslatétel azok kiaknázására. A szerzők elemezték a 2010. évi OEP gyógyszerforgalmi adatokat. Két hipotézist vizsgáltak, egyrészt a 300 Ft-os minimális térítési díj kiterjesztésének lehetőségét, másrészt a minimális térítési díjak támogatási kategóriáknként történő meghatározásának lehetőségét. Azt tapasztalták, hogy csupán a 300 Ft-os térítési díj kiterjesztése más támogatási kategóriákra mintegy 6,5 milliárd forint többletbevételt jelentene a gyógyszerkasszában. Amennyiben az átlagnál alacsonyabb térítési díjú készítményekre differenciált térítési díj minimumot vezetnének be, akkor potenciálisan 20 milliárd forintot lehetne felszabadítani a gyógyszerkasszában. A szerzők megállapítják, hogy bár a javasolt intézkedések a betegterhet növelik, bevezetésük azonban mindenképpen a gyógyszer-támogatási rendszer és ezen ekeresztül a gyógyszerfelhasználás racionalizálásának irányába hatna.

A konferencia következő blokkja az életminőséggel illetve annak mérésével kapcsolatos előadásokat fogta össze, melynek első előadója **Vokó Zoltán** volt, aki szerzőtársival, **Németh Renátával, Kalotai Zoltánnal** és **Kaló Zoltánnal** a hasznossági érték becslését végezte életminőség kérdőívek révén cukorbetegségben, emlőrákban és csontritkulásban szenvedő betegek körében. A szerzők az „Együtt az egészségért program” keretében végzett keresztmetszeti kérdőíves felmérés tanulságait ismertették. A felmérésben a hasznossági index meghatározására alkalmas EQ5D általános kérdőívet használtak, valamint emellett egy a betegségekre jellemző kérdőívet is. A szerzők arra keresték a választ, hogy az EQ5D és a másik három kérdőív (Nottingham Health Profile, EORTC QLQ-BR23, Qualeffo-41) eredményei mennyire konzisztensek. Az eredmények azt mutatták, hogy az életminőség mércék eredményei alapján a betegpopulációkban becsülhető az EQ5D-index várható értéke, így az alkalmazott életminőség mérő eszközökkel mért értékek hasznossági értékké konvertálhatók.

A következő előadás **Inotai András, Rojkovich Bernadette** és **Mészáros Ágnes** munkája volt, ahol a biológiai terápiás és hagyományos antireumatikus kezelésben lévő

reumatoid arthritises betegek körében életminőséget és hasznosságot vizsgáltak. A vizsgálatban többféle életminőség mérő eszközt alkalmaztak, általános életminőség kérdőív volt az EQ5D-VAS, betegség-specifikus a RAQoL, a hasznosság mérésére pedig TTO (Time Trade Off) módszert és EQ5D indexet használtak. A szerzők megállapítása, hogy a biológiai terápiával kezelt betegeknek magasabb hasznossági és jobb betegségaktivitási értékeket kaptak a hagyományos DMARD terápiával kezelt betegekhez képest, mindezt úgy, hogy a kontrollcsoportban jobb egészségi állapotú betegek voltak. A korábbi életminőség tanulmányok DMARD terápiával elért eredményeihez képest jobb életminőséget és alacsonyabb betegségaktivitási értékeket mértek. Nem sikerült igazolni a biológiai terápiák előnyét az RAQoL betegség-specifikus életminőség kérdőív tekintetében.

Végül **Borsi András** előadása következett a „Magyar életminőség értékek felmérése EQ5D módszer segítségével” címmel, ahol az előadó egyrészt ismertette magát az EQ5D módszert bevezetéként ahhoz a nagyszabású munkához, amelynek előkészületeit megtették, hogy felmérjék magyar társadalom preferenciáit tükröző EQ5D állapotokhoz tartozó magyar életminőség értékeket. A világ 17 országából állnak rendelkezésre adatok, és ha Magyarországon is megtörténne, akkor az első lépést jelentené afelé a végső távlati cél felé, hogy a befogadás-politikai döntéshozatal tisztán magyar életminőség-értékek alapján történjen.

A fejlesztés- és befogadás-politikai blokk első előadásában **Benedek Zsófia, Krenyác Éva, Dózsa Csaba** a sürgősségi ellátás hazai gazdálkodási lehetőségeit ismertette. Az előadó historikus áttekintést adott a sürgősségi betegellátás fejlesztésének egyes szakmapolitikai lépéseiről, majd a jelen állapotot ismertette, a most működő struktúrát, annak előnyeivel, elért eredményeivel, és kitért a hiányosságokra is, amelyek mintegy kijelölik a jövőbeni tennivalókat. Konklúzióként fogalmazta meg, hogy további célzott fejlesztésekre van szükség, a sürgősségi hálózatot teljessé kell tenni, betegút elemzésekre van szükség, minőségi indikátorok és egységes szakmai protokollok bevezetésére, valamint a párhuzamos betegutak kiszűrésére és a kommunikáció, a diszpécser szolgálat fejlesztésére.

Turcsányi Katalin, Juhász Ildikó, Nagy Zsolt, Varsányi Attila és Tóth Árpád előadásában a kistérségi járóbeteg szakellátás EU-s forrásból történő fejlesztését, és annak fenntarthatóságát elemezte. Példaként a Zirc Városi Erzsébet Kórház- Rendelőintézet számadatait elemezte a TIOP-2.1.3 fejlesztés előtti állapot és a fejlesztés után vállalt állapot összehasonlításával. Összefoglalásként elmondta, hogy a kistérségi járóbeteg szakellátás a pályázatban támogatott óraszám, esetszám és teljesítmény mellett az utóbbi évek finanszírozási változásai mellett negatív egyenleget mutat még a sok évtizedes szakmai múlttal rendelkező egységekben is. Várhatóan a projektek fenntarthatósága csak jelentős külső (tulajdonosi) források, – vagy ahol lehetséges – belső (intézményi) átcsoportosítások révén biztosítható, még akkor is, ha nem számolunk a várható munkaerő ellátási problémákkal.

A szekciót **Babos János** előadása zárta, aki előadásában az ellátórendszer megújításával és integrációjával kapcsolatos kihívásokat, feladatokat, módszereket és kockázatokat ismertette.

Az egészségpolitikai blokkot **Kövi Rita** előadása vezette be „Egyenlőtlenségek a szürkehályog műtétek elérhetőségében” címmel. Az előadó munkatársaival megvizsgálta egyrészt a fennálló egyenlőtlenségeket, illetve azt, hogy a betegek milyen arányban lépik át a közigazgatási határokat a műtét miatt. Bemutatta továbbá a Fonyódi és Dunakeszi kistérségek példáján, hogy milyen arányban veszik igénybe a legközelebbi ellátót. Azt tapasztalták, hogy a szürkehályog műtétek sem regionális, sem kistérségi eloszlásban nem mutattak jelentős egyenlőtlenséget. A beavatkozás elvégzéséhez viszont a régióhatárokat átlagosan a betegek 7,5%-a, a megyehatárokat már a betegek átlagosan 18%-a lépte át, és a megyék között e mutató tekintetében jelentős eltérések mutatkoztak (2-63%). A kistérségi határokat pedig még többen, mintegy a betegek 46%-a lépte át. Jelentős különbségek mutatkoztak a légvonalban számított távolságban régióként, a Fonyódi kistérségben a betegek 80%-át, a Dunakeszi kistérségben a betegek 92%-át nem a legközelebbi intézményben látták el. A szerzők megállapítása, hogy az adatok alapján egyértelműen van társadalmi igény a szabad intézményválasztásra. A felesleges utazások viszont többletköltséget okoznak, amelyre megoldást jelenthetne az egynapos ellátás arányának növelése, ami pedig a fekvőbeteg osztályok ágykihasználtságának csökkenéséhez vezetne, ami a kapacitások elosztásának és finanszírozásának újragondolását tenné szükségessé. A betegutak optimalizálása, a hatékony betegellátás megvalósítása, vagy az egészségipari fejlesztések elképzelhetetlenek a területet érintő tudományos alaposágú elemzések elvégzése és a tervezett változtatások modellezése nélkül.

Józsa Zsolt, Kása Melinda, Bacskai Miklós, Ferenczik Anikó előadása a Changing Diabetes Program hazai tapasztalatait ismertette. Nemzetközi kezdeményezésről van szó, amelynek célja, hogy a helyi adatok és viszonyok felmérésével olyan ajánlásokat fogalmazzon meg, amelyek elterjesztésével tovább javítható a diabéteszes betegek ellátása. A program eredménye, hogy már rövidtávú vizsgálat során is javult a betegek gondozása (több vizsgálat, jobb eredmények) az együttműködő centrumokban, a változás szignifikáns javulást jelentett a HbA1c értékek százalékos változásában. A szerzők megállapítása, hogy a jobb betegkövetés és edukáció fenntartása szükséges a hosszú távú pozitív hatások eléréséhez, melyek hatásossága a háziorvosok és a diabétesz centrumok munkájának további összehangolásával növelhető. Az alap- és a járóbeteg ellátások összehangolására pedig egy megfelelően finanszírozott, betegközpontú, információs és telemedicina rendszereket is tartalmazó egészségügy fenntartása lehet hosszabb távon a megoldás. *(Az előadásból készült publikációt jelen lapszámunkban olvashatják.)*

Nagy Balázs a cukorbetegség szűrési, kezelési és gondozási stratégiáit vizsgáló egészség-gazdaságtani modell

fejlesztését végezte munkatársaival. A cél egy olyan egészségpolitikai döntéstámogató „szupermodell” kialakítása, amely a szűrések hatékonyságától kezdve a progresszió keresztül a kezelési stratégiáig komplexen képes kezelni a cukorbetegséget. Az előadó beszámolt a modellkészítés jelenlegi állapotáról és a fejlesztés folyamatának ismertetésén keresztül bemutatta a még hátra lévő feladatokat is.

Lang Zsolt, Rakonczi Pál, Bacskai Miklós az eseményt követő kiadások eloszlásának és várható értékének Cox-modellezését ismertette. A soron következő előadásban **Kaló Zoltán** osztotta meg gondolatait az új típusú partnerségről a fenntartható támogatáspolitiká érdekében. Az egészségügyi forráskivonás időszakában, amikor az elérhető forrásokhoz történő hozzáférés csökken, akkor szemléletes attitűdváltás várható el az egészségügy minden szereplőjétől, a gyógyszergyártók és –forgalmazók, a politikai döntéshozók és finanszírozók részéről csakúgy, mint a betegek és az őket ellátó orvosok részéről. Megoldásként kiemelte a szereplők kompromisszumképességének fokozását a másik oldal pozitív szándékának elismerésével, a hosszú távú célkitűzések fontosságát a rövidtávú opportunistá szemlélet helyett, és a procedurális racionalitás alkalmazása helyett a mérhető és monitorozható bizonyítékokon alapuló egészségpolitika megerősítését.

A szekciót **Vokó Zoltán** előadása zárta, aki a népegészségügyi kihívásokról és a hazai népegészségügyi program

jövőjéről beszélt. Előadásában ismertette a hazai népegészségügyi helyzetet főbb mutatóit nemzetközi összehasonlításban, illetve a népesség egészségi állapotának háttérben álló főbb problémákat. Kitért a népegészségügyi programmal kapcsolatos problémákra és az elmúlt 25 évben elért eredményekre. Legfontosabb teendők között emelte ki a népegészségügyi stratégia megújítását, a hosszú távú szisztematikus népegészségügyi cselekvés feltételrendszerének kialakítását és az azonnal szükséges beavatkozásokat, mint az egészség-ség-műveltség fejlesztését vagy a preventív kapacitások fejlesztését. Végezetül jövőbe mutató pozitív példaként említette a dohányzás visszaszorítása terén tett lépéseket és az elért eredményeket.

A konferenciát kerekasztal-vita zárta, melynek témája a hazai egészségügyi innovációs politika volt. A résztvevőknek alkalmuk nyílt a kétnapos konferencián szerzett tapasztalataik és az igen gazdag program során felmerült gondolataik megvitatására. Az V. IME-META Országos Egészség-gazdaságtani Konferencia mind a részt vevők számát, mind a szakmai programot tekintve az eddigi legsikeresebb rendezvény volt. Az IME stábjának és a META szervezőbizottságának már csak egy dolga maradt: a pozitív tapasztalatok alapján mindezt tovább fejleszteni 2012-ben is!

Munkatársunktól

(Folytatás a 38. oldalról)

A szív- és érrendszeri betegség (elsősorban a lezajlott szívinfarktus, a szívbillentyű-betegségek, egy bizonyos típusú szívritmuszavar – a pitvarfibrilláció) fokozza a stroke kockázatát. Közülük a legfontosabb a pitvarfibrilláció, mely hazánkban mintegy 200 000 embert érint. Ez a ritmuszavar gyakran vezet trombusok keletkezéséhez, melyekből kis vérrögök szakadhatnak le és a vérárammal az agyi erekbe jutnak.

A befolyásolható kockázati tényezők korai felismerése és megfelelő kezelése nagymértékben csökkenti a stroke kialakulásának valószínűségét.

A magas vérnyomás megfelelő kezelése az egyik legfontosabb kockázatcsökkentési lehetőség, amely akár 40 százalékkal is mérsékelheti a stroke kialakulását. A krónikus vesebetegeknél kiemelten fontos a vérnyomás szoros ellenőrzése és a célvérnyomás elérése. A rendszeres testmozgás, a megfelelő testsúly elérése, a stressz-szituációk kerülése, a koleszterin- és a vérszintek normalizálása, a sófogyasztás minimalizálása mind fontos tényezők a stroke kialakulásának megelőzésében. A pitvarfibrilláció esetén a véralvadást gátló kezelés kiemelt fontosságú a stroke megelőzésében, melyre ma már korszerű gyógyszeres terápia áll rendelkezésre.

Ha már bekövetkezett a stroke...

A stroke bekövetkezése után a mozgásteljesítmény visszanyerésénél a legfontosabb a rehabilitáció, amit a beteg végezhet a kórházban, illetve gyógytornász segítségével otthon is. Az első hat hónapban várható a legnagyobb javulás, de utána sem szabad feladni a reményt a gyógyulásra, mert apró javulásokra folyamatosan lehet számítani. Ha stroke folyamán a beszédért felelős agyrész is sérült, akkor a hangképzési és artikulációs problémák nehezíthetik a beteg beszédképességét. Ha a betegnek van rá lehetősége, forduljon logopédushoz, mert újra megtanulhatja a beszédtechnikákat. A gyógyulás nagymértékben függ a beteg kitartásától, ezért a családjától biztatásra és türelemre van szüksége.

Szerk.