

Rendszerszemléletű ellátásszervezési és finanszírozási gyakorlat lehetőségei a hematológiában – esettanulmány a CLL (krónikus limfoid leukémia) területén – a program eddigi eredményeinek bemutatása

Dr. Dózsa Csaba^{1,2}, Borcsek Barbara², Borsi András³, Dr. Malárik Edit⁴, Dr. Dankó Dávid⁵, Páll Nóra⁵, Prof. Dr. Illés Árpád⁶, Dr. Mátrai Zoltán⁷ és Prof. Dr. Vályi-Nagy István⁷

¹ Miskolci Egyetem, ² Med-Econ Kft., ³ Janssen-Cilag Kft., ⁴ Meduson Bt.,

⁵ Ideas & Solutions Kft., ⁶ Debreceni Egyetem, ⁷ ESZSZK

A krónikus limfoid leukémiában (CLL) szenvedő betegek számára ezekben az években számos új gyógyszer jelent meg, miközben folyamatosan fejlődik a betegség diagnosztikája is, melyek együttesen új terápiás stratégiák alkalmazását igénylik. Magyarországon a hematológiai ellátás részeként a CLL betegség kezelése is igen összetett folyamat, és ezzel együtt a jelenlegi hazai ellátórendszerben számos szervezési és finanszírozási probléma merül fel. Ebben a tanulmányban ezeket a kérdésköröket vizsgáljuk meg első körben bemutatva a CLL ellátás részletes problématerképét. Ezt követően pedig a rövid- és középtávra kidolgozott Megvalósítási Terv egyes elemeit vázoljuk fel, melyek célja összességében, hogy javuljon a CLL-ben szenvedő betegek ellátásának hatékonysága és esélyegyenlősége.

In the recent years several new medications became available for the treatment of chronic lymphocytic leukemia (CLL) and in parallel the diagnosis of the disease has been developing continuously as well, which both trigger the need for new therapeutic treatment strategies. In Hungary the treatment of CLL is a complex process and as such some system-wide deficiencies could be observed in the financing mechanisms and in the organization of care. In the current study we analyze the treatment structure of CLL, present a problem-map and draw up the short and medium-term points of intervention of an implementation strategy which was developed in order to move forward the improvement of efficiency and equity of CLL treatment in Hungary.

BEVEZETÉS

Általánosságban az onko-hematológia jelentős fejlődésen ment keresztül az elmúlt évtizedben, elsősorban a célzott terápiák megjelenésének köszönhetően. Szakirodalmi adatok alapján 1975 előtt a krónikus mieloid leukémiában (CML) szenvedők mindössze 6%-a élte túl 8 évvel a betegséget, míg ez a túlélési ráta 2001-re 87%-ra emelkedett [1]. Várhatóan hasonló átalakulás előtt áll a krónikus limfoid leukémia (CLL) is, jórészt új hatóanyagok és kezelési stratégiák megjelenésének köszönhetően [2]. A hematológiai ellátásban

számos probléma jelenik meg, így a kitörési pontok és megoldások is összetettek, és átfogó szakmai program kidolgozását és megvalósítását igénylik. Ebben a tanulmányban ezeket a kérdésköröket vizsgáljuk meg a célból, hogyan lehet javítani a CLL-ben szenvedő betegek ellátásának hatékonyságát és esélyegyenlőségét.

PROBLÉMAELEMZÉS

CLL betegcsoport epidemiológiai jellemzése (incidencia, prevalencia, halálozás)

A krónikus limfoid leukémia egy életet veszélyeztető betegség, a leggyakoribb leukémia típus a nyugati világban. Incidenciája 4,2:100 000 fő/év-re becsülhető. Ez az incidencia érték >30:100 000 fő/év arányra növekszik a 80 év feletti korcsoportban. A medián életkor a diagnózis során 72 év, a CLL betegek csupán 10%-a fiatalabb 55 évnél. A betegség kialakulásában egy öröklött genetikai hajlam is közrejátszik, amely 6-9-szeresére növeli a CLL betegek családtagjainál a kórkép kialakulásának kockázatát [3].

A CLL becsült előfordulása 27/100 000 fő Európában, amivel a ritka betegségek közé tartozik [4]. OEP adatelemzés alapján a magyarországi ellátórendszerben a betegség prevalenciája 3000-4500 beteg, az újonnan felfedezett (incidens) CLL-es betegek száma pedig évi 450 főre tehető.

A CLL alapvetően gyógyíthatatlan kórkép, egyes altípusaiban kifejezetten korlátozott terápiás lehetőségekkel. A 70 évnél fiatalabb betegek 10 éves relatív túlélési rátája 65%, 70-79 éves kor között pedig 55% [5, 6]. A citogenetikai abnormalitással bíró alcsoportokon belül a del(17p) eltéréssel rendelkező – rossz prognózisú – betegek medián várható teljes túlélése 2-3 év diagnózistól számítva. Ők a CLL-ben szenvedő populáció kb. 3-10%-át adják, azonban csak a relabáló vagy refrakter eseteket tekintve a del (17p) és p53 mutáció előfordulása már 30-50%-ra tehető [7, 8].

A CLL ellátás jellemzése – OEP finanszírozási adatok alapján

Bár tanulmányunk a CLL indikációra fókuszál, a CLL ellátások a hematológiai ellátórendszerbe tagozódnak mind az ellátási szinteket és betegutakat, mind a kezelő-

intézményeket és a rendelkezésre álló kapacitásokat tekintve.

Magyarországon a hematológiai ellátás három progresszivitási szint (2a, 2b és 3) szerint került besorolásra. A besorolási kritériumokat a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről rögzíti. Legmagasabb progresszivitási szintű (3-as szint) ellátást 7 intézmény végez a hematológia területén: Budapesten két intézmény (Egyesített Szent István és Szent László Kórház, illetve a Semmelweis Egyetem), míg vidéken 5 intézmény (a debreceni DEKK, a Kaposi Mór Oktató Kórház Kaposváron, a miskolci Semmelweis Egyetemi Oktató Kórház, a Pécsi Tudományegyetem, illetve Szegeden az SZTE Klinikai Központja) minősül felső ellátási szintű hematológiai központnak. A 2b szintű (közép szintű ellátást nyújtó) kórházak száma 2016-ban 16 volt, míg alapszintű (2a) ellátást 22 osztályon/részlegesen végeztek.

A 2015. évi OEP kimutatás alapján a teljes hazai hematológiai ágykapacitás (0102 szakmakód szerint) 566 ágy volt. Mindez 22 intézményben 26 hematológiai osztály/részleg között oszlik meg (mindezen túl lehetnek olyan osztályok/részlegek – pl.: ONKI – ahol hematológiai ellátást végeznek, azonban az osztályon az ellátás a szakmakódban nem nevesített). Az utóbbi 10 év ágykapacitásait vizsgálva látható, hogy a hematológiai szakmacsoportban az ágyak száma mára a 2007 előtti kapacitásnál 15%-kal alacsonyabbak, a jelenlegi hematológiai szakmakódon működő ágyszám pedig a 2007-es struktúraváltást követő kapacitások is magasabbak voltak (2007. április 1-jét megelőzően 666 ágy, 2007. április 1-jét követően viszont 592 aktív ágy működött.) [9].

A hematológia eset-összetételi mutatója (case-mix index, CMI) 2015-ben átlagosan 2,67 volt (vö. klinikai onkológia országos átlaga 2014-2015-ben 1,15-1,2), így a hematológia az ellátott finanszírozási esetek összetételének költségigényessége szempontjából az orvosi szakterületek között kiemelkedő. A hematológiával közel azonos szintű CMI-vel az idegsebészet, szerv-transzplantációs sebészet, fejlődésneurológia, csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia, kardiológia szakterületek rendelkeznek.

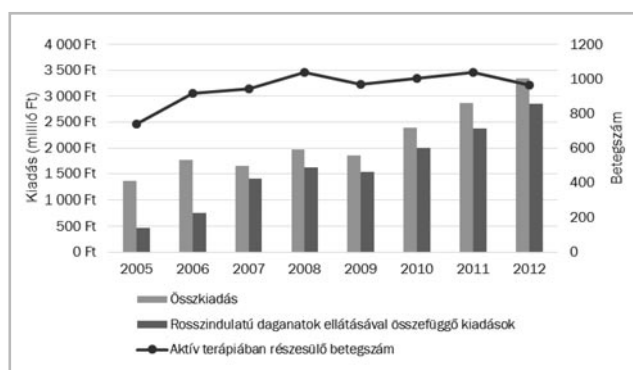
Intézménytípusonként nagymértékben eltér a hematológiai osztállyal/részleggel rendelkező intézmények eset-összetétel mutatója. A fővárosi intézetek indexe jellemzően 4,5-5 értékű, az egyetemeken jellemző indexérték 3,5-4,5, míg a megyei és városi intézmények CMI mutatója 1,1-2,2 között változik. Mindezek alapján látható, a progresszivitási szinteknek megfelelően a legnagyobb költségigényű esetek ellátása Budapesten és az egyetemi centrumokban történik, azonban felülvizsgálandónak látszik olyan intézmények működése, melyeknél a jellemző index 1,1-1,3 közötti. Ez a mutató megfelel egy általános belgyógyászati osztály eset-összetételi mutatójának.

Konklúzióként megfogalmazható, hogy a hematológiai fekvőbeteg-szakellátás ágykapacitásai az utóbbi 10 évben csökkentek az elszámtelt teljesítmények növekedése mellett. Ennek köszönhetően is a hematológiai osztályok kihasználtsága magas.

A CLL betegségterhe

A CLL kezelésével együtt járó direkt egészségügyi költségeket és betegségterhet Magyarországra vonatkoztatva egy OEP finanszírozási adatbázison alapuló adatelemzésen keresztül mutatjuk be. Az elemzésbe olyan 18 évnél idősebb betegek kerültek bevonásra, akiknél legalább 2 db C9110-es BNO kód előfordult a vizsgált időszakban (2001-2013), fekvő-, vagy járóbeteg szakellátásban, hogy elkerüljük a hibás kódolásból eredő téves besorolást.

Az eredmények alapján évente kb. 3.500-3.800 fő jelenik meg az ellátórendszerben CLL diagnózissal. Ezen betegcsoport jelentős része adott évben azonban nem igényel aktív terápiát (kemoterápiás/hematológiai protokoll, daganatellenes gyógyszerkészítmény kiváltás) a körlefolysis sajátosságai következtében (remissziós fázisok ill. watch-and-wait fázis), fekvőbeteg-ellátásban pedig kb. mindössze egynegyedük részesül. Az eredményeket az 1. ábra illusztrálja:



1. ábra

Aktív kezelésben részesülő betegek ellátásával összefüggő direkt egészségügyi költségek. Forrás: OEP adatelemzés
Összkiadás alatt értjük bármely regisztrált BNO kód mellett előforduló ellátás költségét, míg a rosszindulatú daganatok ellátásával összefüggő kiadások alatt értjük a "C" kezdetű BNO kódokkal együtt járó ellátások költségét.

Az ábra alapján látható, hogy évente kb. 1000 fő részesül bármely, rosszindulatú daganat kezelésére irányuló fekvő- illetve járóbeteg ellátásban. Ennek a populációnak a költségigénye adja a teljes populáció költségigényének kb. 90%-át. 2012-ben ezen populáció daganatellenes terápiája kb. 2,9 Mrd Ft-jába került a finanszírozónak, míg a teljes kiadás esetükben 3,35 Mrd Ft-ra volt tehető. A kiadások tendenciáját és arányait szem előtt tartva napjainkban a CLL-es populáció diagnózis-specifikus kiadása kb. 4 Mrd Ft-jába kerül az egészségbiztosítónak.

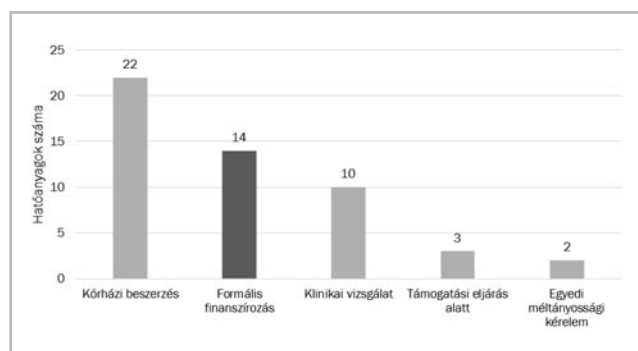
A CLL ellátás finanszírozása

A CLL indikációra vonatkozóan az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és a szakminisztérium egyelőre nem dolgozott ki finanszírozási protokollt, ellentétben a CML (krónikus mieloid leukémia) vagy MM (myeloma multiplex) indikációkkal. A CLL kezelésére vonatkozó finanszírozási szabályok széttagoltan, az egyes finanszírozási módokhoz tartozó szabálygyűjteményekben vannak lefektetve, és

közöttük nem szükségképpen van összhang. A finanszírozási szabályok kuszasága azzal illusztrálható legjobban, ha bemutatjuk, hogy a CLL kezelésében használható hatóanyagok közül melyik milyen finanszírozási formában hozzáférhető, és milyen megszorító feltételekkel. A lista összeállítása során az alábbi forrásokat használtuk fel a Magyarországon jelenleg forgalomban lévő, CLL-ben alkalmazott hatóanyagok tételes listájának meghatározásához:

- hazai és nemzetközi szakmai protokollok,
- hazai hematológiai protokollok,
- publikus OEP finanszírozási adatok,
- szakorvosoktól származó információ (egyéb kórházi beszerzések esetén)
- klinikai vizsgálatokban szereplő új hatóanyagok.

Mindezek alapján összesen 44 hatóanyag került azonosításra, melyek finanszírozási formák szerinti megoszlását a 2. ábra összegzi:



2. ábra
A CLL protokollokban szereplő hatóanyagok hozzáférhetősége.
 Forrás: saját összeállítás
 *Egy hatóanyag több kategóriában is előfordulhat (pl. Klinikai vizsgálat és támogatási eljárás alatt álló gyógyszer). Kórházi beszerzés alatt azokat a gyógyszereket értjük, amelyek a publikus gyógyszer-törzs alapján nem támogatottak, azonban a hematológiai protokollokban szerepelnek. Formális finanszírozás alatt értendő az indikációs pont, tételes finanszírozás és HBCs finanszírozás.

Össességében tehát a teljes, CLL indikációban alkalmazható hatóanyagkör csupán 32%-a férhető hozzá a betegek számára formális finanszírozáson keresztül, 10 hatóanyag (23%) tulajdonképpen csak ideiglenes megoldások segítségével érhető el (egyedi méltányosság vagy klinikai vizsgálatok vagy mindkettő keretében), míg a terápiák jelentős részének (50%) finanszírozása nem megoldott, azok beszerzése feltételezhetően a kórház saját költségvetéséből történik.

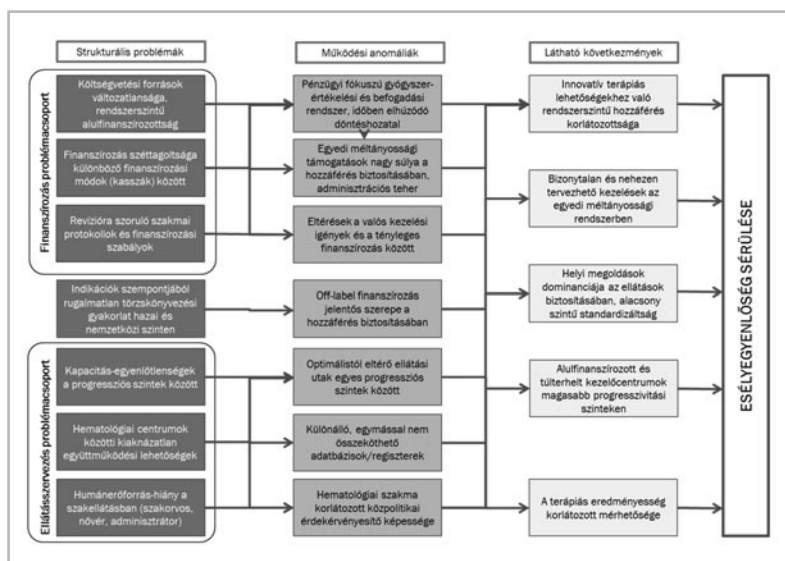
Fontos kiemelni továbbá, hogy 27 hatóanyag (61%) úgy szerepel vagy a hematológiai, vagy a szakmai protokollokban, hogy törzskönyve nem vonatkozik a CLL-re, vagy pedig egyáltalán nincs is törzskönyvezve Magyarországon.

A PROBLÉMATERKÉP BEMUTATÁSA

Mindezek alapján a problémák áttekintéséhez összeállított problématerkép keretében az alábbi főbb hiányosságokat, problémacsoportokat azonosítottuk:

Finanszírozás technika és költségvetés problémacsoport

- **Költségvetési források változatlansága, rendszerintű alulfinanszírozottság:** a magyar egészségügy általános problémája, hogy a GDP arányos, egészségügyre fordított közkiadások mértéke évről évre csökken – az európai trendekkel ellentétben [10, 11]. Ezzel egyidejűleg pedig az E. Alap egyes kasszáinak (2015-ben különösen a tételes elszámolás és az egyedi méltányosság) folyamatos túlköltekezése figyelhető meg, az éves előirányzott értékhez képest. A probléma elsődleges következménye a pénzügyi fókuszú gyógyszer-értékelési és befogadási rendszer, valamint a minisztériumi szintű határidők hiánya miatt is elhúzódó döntéshozatal.
- **Finanszírozás széttagoltsága különböző finanszírozási módok (kasszák) között:** a terápiás terület standar-



3. ábra
A CLL ellátás és finanszírozás magyarországi problématerképe

dizálhatóságát jelentős mértékben megnehezíti az alkalmazott finanszírozási technikák változatossága (indikációs pont, tételes, kórházi finanszírozás, HBCs, egyedi méltányosság). Mivel az új, innovatív hatóanyagok jelenleg nem részesülnek támogatásban, ezért az egyedi méltányossági támogatások nagy súllyal szerepelnek a hozzáférés biztosításában, amely hosszú távon a beteget, a kezelőorvost és a finanszírozót is negatívan érinti.

- **Revízióra szoruló szakmai protokollok és finanszírozási szabályok:** az elavult irányelvek és szabályrendszerrel problémája több rétegű kérdéskör. Egyfelől Magyarország elmaradása a klinikai szakmai protokollok terén jelentős a nemzetközi ajánlásokhoz képest. Másfelől ehhez közvetlenül kapcsolódó probléma, hogy a már támogatásban részesülő készítmények finanszírozása jellemzően régi elvek és súlyértékek szerint történik. Következésképp a rendelkezésre álló korlátozott lehetőségek miatt az intézmények saját lehetőségeikhez mérten igyekeznek biztosítani a beteg számára a legmegfelelőbb ellátást.
- A problémacsoport leginkább látható következménye az innovatív terápiás lehetőségekhez való rendszerszintű hozzáférés korlátozottsága, valamint a bizonytalan és nehezen tervezhető kezelések az egyedi méltányossági rendszerben.

Törzskönyvezéssel kapcsolatos problémák

- **Indikációk szempontjából rugalmatlan törzskönyvezési gyakorlat hazai és nemzetközi szinten:** a törzskönyvezés a hematológiai ellátás egy sajátos problémája, mivel nagyon szűk a törzskönyvezett indikációs kör, és ez a mindennapokban nehezen működtethető. Ugyanakkor egy-egy hematológiai készítménynek számos más alkalmazási lehetősége is lehet (pl. monoterápia helyett kombinációs terápia), amelyre vonatkozóan viszont definíció szerint nincs engedélyezve a kezelés. Ebben az esetben pedig jogszabály alapján a terápia alkalmazása csak az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) felé benyújtott kérelem alapján valósulhat meg.
- Következésképp az off-label finanszírozás jelentős szerepet kap a hozzáférés biztosításában, ami betegszintű, esetenkénti kérvényezést igényel – tovább növelve a kezelőorvosok adminisztrációs terhét. Mindezt tovább nehezíti, hogy a jelenleg támogatásban nem részesülő, de hematológiai protokollokban szereplő gyógyszerek (pl. chlorambucil) beszerzése nem transzparens és párhuzamosan több forrásból is történhet pl. külföldi beszerzés, intézményi patikán keresztül lebonyolított beszerzés stb.
- A problémacsoport legfőbb következménye, hogy az ellátás biztosításában döntően helyi megoldások dominálnak (például igen eltérő méltányossági gyógyszer felhasználás), amely alacsony szintű standardizáltsághoz vezet.

Ellátásszervezés problémacsoport

- **Kapacitás-egyenlőtlenségek a progressziós szintek között.** Tekintettel arra, hogy az onko-hematológiai betegeket centrumokban javasolt kezelni, mivel itt áll rendelkezésre a megfelelő kapacitás és szaktudás, mindez előidézi a magas progresszivitási szintű centrumok túlterheltségét, míg az alacsonyabb szintű ellátóhelyek egyfajta továbbküldő szerepet töltenek be.
- **Hematológiai centrumok közötti kiaknázatlan együttműködési lehetőségek.** A centrumokhoz kötött kezelés ellenére a centrumok működése nem összehangolt, a szakmában megfigyelhető egyfajta töredezettség, amely a szakma korlátozott közpolitikai érdekérvényesítő képességét vonja maga után.
- **Humán erőforrás-hiány a szakellátásban (szakorvos, nővér, adminisztrátor).** Ahogy más egészségügyi területeken, úgy a hematológiában is problémát jelent a szakorvosok hiánya. Különösen nagy volna az igény kettős vagy többszörös képesítéssel rendelkező szakorvosok iránt, pl. hematológus-onkológus, hematológus-infektológus. Ezen kívül, bár nagy igény mutatkozik egy központi regiszter létrehozására, szükség volna olyan munkaerőre is, amely önállóan képes elvégezni a regiszterek működtetésével kapcsolatos feladatokat, ezáltal könnyítve a kezelőorvosok munkáját.
- A problémacsoport legláthatóbb következményei közé sorolható a magas progresszivitási szintű kezelőcentrumok alulfinanszírozottsága és túlterheltsége, valamint egységes központi regiszter hiján a terápiás eredményesség korlátozott mérhetősége.

Végül minden eddigi problémából levezethető legfőbb rendszerszintű következmény, hogy az egyenlő betegellátás elve és az esélyegyenlőség sérül, elsősorban az alulfinanszírozottságból és az egymás mellett párhuzamosan alkalmazott, inkonzisztens szabályrendszerekből adódóan.

MEGVALÓSÍTÁSI TERV – KÖZPOLITIKAI JAVASLATOK RÖVID- ÉS KÖZÉPTÁVON

A részletes problémafeltárás és problématerkép elkészítését követően fontosnak tartjuk, hogy a munka ezen a szinten ne álljon meg, hanem célul tűzzük ki az ellátás hatékonyságának valódi javítását. Az előző fejezetben felvázolt problémaelemzésből kiindulva az elmúlt félévben egy komplex intézkedéscsomagot dolgoztunk ki rövidtávú (1-2 éves) és középtávú (3-5 éves) feladatokkal. Ez a problémaelemzésre épülő komplex Megvalósítási Terv egymással összefüggő orvosszakmai jellegű, a betegút-szervezéssel és végül a finanszírozással kapcsolatos feladatokat is tartalmaz. A következő fejezetben ebből néhány fontosabb elemet mutatunk be részletesebben, mint a gyógyszer-támogatás kérdéseit, az esedékes kódkarbantartási feladatokat, egy lehetséges finanszírozási protokoll elkészítésének lépéseit, a betegút-szervezést támogató informatikai alkalmazás kidolgozását, a beteg-

ségeregiszter kialakításának koncepcionális elemeit, valamint a program megvalósításának monitoring rendszerét.

Korszerű gyógyszerek a méltányossági és off-label alkalmazásból a formális támogatás felé

A CLL-ben szenvedő betegek kezelésében kiemelt helyet foglalnak el a gyógyszeres terápiák. Ebből eredően a Megvalósítási Tervben is első helyre tettük a terápiákat szolgáló korszerű hatóanyagok támogatási – finanszírozási státuszának és elérhetőségének vizsgálatát, a normatív támogatások felülvizsgálatát, egyes daganat ellenes hatóanyagok gyorsított ütemű befogadását. A jelenlegi terápiában betöltött jelentősége miatt a 44 azonosításra került hatóanyag közül 8 hatóanyagot további hatáselemzésnek vetettünk alá, amelyeknek a helyét az elkészítésre kerülő finanszírozási protokollban mindenképpen szükséges rendezni. Ezen hatóanyagok felhasználását a legújabb nemzetközi irányelvek [22] ajánlják a különböző korú és állapotú betegeknél mind az első-, mind a másod-, illetve többed vonalbeli kezelések során.

A CML területén a hivatkozott tanulmány, Kantarjian imatinib-témájú cikke drámai javulásról számol be [13]. Ehhez hasonló nagymértékű javulást várunk a CLL kezelésében az új hatóanyagok és kezelési stratégiák megjelenésének köszönhetően. A CLL-re vonatkozó hivatkozott tanulmány a barcelonai csoportnak az 1980-1994 és 1995-2004 időszakot összevető túlélési elemzéséről számol be [14]. Ez utóbbi üzenete az, hogy a 70 évnél fiatalabb betegekben a második időszakban – elsősorban a purin analógok (fludarabin) megjelenése miatt – javult a túlélés (az első időszakban csaknem kizárólag alkiláló szereket kaptak a betegek). Rituximabot a második csoportban is még csak alacsony (10%) arányban kaptak a betegek. A közlemény a rituximab illetve a Bruton-féle tirozin-kináz (BTK) molekula gátlása ibrutinibbel relapszusban levő, krónikus limfocitás leukémiában markáns hatását dokumentálják, mint a modern CLL terápia lehetőségét [15].

Egyes hatóanyagok (lista)ára éves viszonylatban betegenként akár a több 10 millió forintot is elérheti. A finanszírozási protokollban a pontos indikációval összhangban történő elhelyezésük esetén a várható éves esetszámok alapján meghatározott formális finanszírozásuk és országos közbeszerzésük következtében várható az árak jelentős mérséklődése. A későbbiekben fontosnak tartjuk átfogó költségvetési hatáselemzés elvégzését ezen hatóanyagok terápiába való protokollszerű bevezetésével egyidejűleg az ellentétes (kiadásnövelő és kiadáscsökkentő) költségvetési hatások együttes figyelembe vétele érdekében. A fentiekben áttekintett gyógyszeres terápiás hatóanyag befogadási-rendezési csomag várható nettó többlet kiadási terhe 400-450 millió Ft éves szinten, mellyel szembe lehet állítani a kórházi fekvőbetegek és a szövődményes esetek számának csökkenéséből eredő költségcsökkenést, ezzel párhuzamosan az egyéb gyógyszeres és intenzív terápiák elkerülését, a remissziós fázisok idejének kitolódását, valamint az elvárt minőségi életévnyereséget.

A CLL ellátásban esetleg alkalmazott hatóanyagok jelenlegi státuszára a következő példákat mutatjuk be. Két hatóanyag esetében már sikerült elérni, hogy előreláthatólag a 2016-os év végétől bekerülnek a tételesen finanszírozott gyógyszerek körébe. Egy hatóanyagnál csupán elegendő lenne az indikációs kör rendezése, megteremtve az alkalmazási előírás és a betegtájékoztató közötti összhangot, ezáltal lehetővé téve az indikációs ponton történő felírhatóságot többed-vonalbeli és kombinációs terápiában is. Egy másik hatóanyag problémája az, hogy ugyan korábban törzskönyvezve volt, de ez nem került megújításra, így jelenleg csak kórházi beszerzéssel érhető el. Fentiek okán felmerül, hogy az OGYÉI az egyes hatóanyagok törzskönyvezési státuszát saját hatáskörben felülvizsgálja.

CLL betegek ellátásának finanszírozási protokollja – alapelv, cél és nehézségek

A következő kiemelt terület, mely véleményünk szerint nagyban hozzájárulhat a CLL ellátás országosan egységes és rendezett finanszírozásához, az ún. finanszírozási eljárásrend (más néven finanszírozási protokoll) és a hozzá kapcsolódó finanszírozási algoritmus (folyamatábra) kidolgozása [17]. A terminológia tisztázása érdekében fontos felhívunk a figyelmet arra, hogy a kiindulási állapot minden esetben az orvosszakmai irányelvek és protokollok jelentik. A finanszírozási eljárásrend lényege, hogy egy átlátható döntési algoritmusba foglalja ezen betegcsoport ellátását szolgáló közfinanszírozott gyógyszereket és egyéb természetbeni ellátásokat, mint a diagnosztikai eljárások, a járóbeteg- és fekvőbeteg szakellátás, kúraszerű kezelések. A finanszírozási protokoll kidolgozása több körös iterációt igényel az orvosi szakma, az intézményvezetések és a finanszírozási szakemberek között, mielőtt elfogadásra és kihirdetésre, később pedig alkalmazásra kerülne.

Ennek a dokumentumnak a fő céljai és alapelvei: a hatékonyabb betegellátás a betegek diagnosztikája és orvosi ellátása során, a minőség javítása – a terápiák célzottságát, időbeliségét illetően. Az esélyegyenlőség biztosítása – országosan egységes hozzáférés a standardizált kezelésekhöz, a progresszivitás elvének érvényesítése (hematológiai centrumok – decentrumok közötti feladatmegosztás és betegmozgás rendezése). Nem utolsó sorban pedig az Egészségbiztosítási Alap forrásainak előírászerű felhasználása és az egységes szemléletű finanszírozási ellenőrzés megteremtése.

A finanszírozási protokoll, és különösen az ennek részét képező folyamatábra kidolgozása során számos dilemmával, döntési ponttal szembesültünk. Ezek a teljesség igénye nélkül az alábbiak: a hazai szakmai ajánlások nincsenek összhangban a nemzetközi irányelvekkel, és a gyorsan változó terápiás gyakorlattal. Az orvosszakmai protokoll érvényessége lejárt, nem került megújításra az elmúlt években. Az egészségügyi technológiai és gyógyszerkutató rohamosan fejlődik, dinamikus változó terület, nehézségekbe ütközik a követése, mely megfelelő rugalmasságot követel a finan-

szírozási eljárásrend érvényesítése során. Bizonyos esetekben lehetővé kell tenni az egyénre szabott terápiák alkalmazását is. Fontos választ adni arra a kérdésre is, hogy mely vizsgálatok történjenek kizárólag a magasabb progresszivitási (III.) és melyek az alacsonyabb (II. progresszivitási) szinten. Azzal is tisztában kell lenni, hogy a finanszírozási protokoll kiadásnövekedéssel is járhat a finanszírozó számára, miután rendszerbe építi a most még egyedi méltányosságon, vagy egyedi engedélyen alapuló költséges off-label gyógyszeres terápiákat.

A betegség súlyossági szintjeinek meghatározásánál arra kell törekedni, hogy minél jobban tükrözzék az erőforrás-felhasználás mértékét a komorbiditásokra és a kialakult szövődményekre is figyelemmel. A CLL betegeknél az elmúlt évtizedben kidolgozott és használt ún. „go-go” (kis kockázatú); „slow-go” (közepes kockázatú); „no-go” (nagy kockázatú) besorolás és kategória rendszer már idejét múlt és új osztályozásra van szükség. A kezelések megválasztásánál – hasonlóan az NCCN guideline-hoz [22] – a betegek állapotáról sokkal informatívabb, a kezelés és erőforrás felhasználás szempontjából pedig jobban megközelíthető alábbi három csoportosítást javasoljuk követni:

- jó állapotú (ECOG 0-2), ≤ 65 éves betegek,
- 65 évnél idősebb, vagy < 65 éves, de RFC-re alkalmatlan betegek,
- 70 évnél idősebb, vagy < 70 éves, de társult betegségekben szenvedők.

A CLL betegek kórházi ellátásának elszámolása: problémák felvetése és javaslat a kódok felülvizsgálatára

A kódkarbantartással kapcsolatos problémák feltárását követően meghatároztuk az aktuális kódkarbantartási feladatokat, melyek elősegíthetik a CLL betegek ellátásának egyszerűbb és áttekinthetőbb elszámolását és kedvezőbb finanszírozását. A 2015 őszétől kezdődő munka azonban felülvizsgálatra szorul a legfrissebb jogszabály-módosítások fényében, amelyek a következő változásokat hozták 2016. augusztus 1-től:

- A külön költségvetési soron finanszírozott béremelések beépítése a fekvőbeteg és járóbeteg szakellátási alapdíjakba (150 eFt-ról 180 eFt-ra, valamint 1,5 Ft/pontról 1,8Ft/pontra emelés),
- Egyes HBCs-k visszánormálása (súlyszám csökkentés),
- TVK csökkentések a fekvőbeteg és járóbeteg szakellátásban [18].

A feltárt kódolási és elszámolási problémákról és javaslatokról a következőkben csak röviden írunk.

A hematológiára vonatkozó HBCs-k átalakításánál az elsődleges szempont a 99M-es limfóma gyűjtőcsoport felülvizsgálata, mivel a kód létrehozása óta a limfómák kezelése teljes mértékben átalakult. További kihívást jelent a kórházi ellátásban és finanszírozásban a 14E-nél több vérigény feletti vér elszámolása. Szükséges lenne biztosítani az intenzív

napok és a CLL kezelések elszámolhatóságának együttes lehetőségét. Ebben az esetben már konkrét javaslatunk is van: 17M főcsoportos hematólogiai esetek kerüljenek főcsoport szerinti elszámolásra akkor is, ha az eset súlyossága miatt a beteg 5 napot meghaladó gépi lélegeztetés intenzív kezelésére is kényszerül, ebben az esetben a gépi lélegeztetés kiegészítő HBCs formájában kerülhetne finanszírozásra. A gyógyszeres terápiák változó és inkább növekvő költségéről már a korábbi részben írtunk, ez azonban a fekvőbeteg szakellátásban is problémát okoz: a CLL ellátásban jelenthető HBCs-k általában nem fedezik a kórházi ellátás gyógyszerköltségét. A kódkarbantartás keretében az elszámolási szabályok változtatásával célszerű erősíteni a centrum/decentrum elvet mind a diagnosztikai, mind a terápiás területeken. A kódkarbantartási feladatok közé soroltuk a csontvelő-transzplantáció finanszírozásának és költségszámításának feladatát is. A csontvelő-transzplantáció finanszírozásában az elmúlt 10 évben nem történt változás, nem kerültek aktualizálásra az egyes költségtényezők. Az allogén transzplantáció költségfedezete jelentősen romlott az elmúlt években, így szükségessé vált a költségek teljes körű újabb felmérése, és ez alapján a finanszírozási összeg felülvizsgálata.

Javasoljuk továbbá, hogy a HBCs rendszerben a CLL ellátás finanszírozása a betegség súlyossági fokát vegye figyelembe, fokozott tekintettel a többszörös beavatkozások szükségességére és a többszörös társbetegségek és/vagy szövődmények jelenlétére. Három kategóriába javasolt szűkíteni a HBCS típusokat: alacsony/közepes/magas kockázattal bíró betegek. A fekvőbeteg ellátási eset kockázati besorolásánál az egyik szempont mindenképpen a beadott vér mennyisége kellene, hogy legyen, amely vagy kiegészítő HBCs formájában kerülhetne finanszírozásra, vagy lehetne tételesen elszámolható, mivel a vérkészítmények ára rögzített.

Országosan egységes hematólogiai betegségregiszter kialakítása

A betegségregiszter specifikációjának kialakítása a munkatervünkben a középtávú feladatok között szerepel, miután ennek kidolgozása hosszasan és sokoldalú egyeztetést igényel, és ki kell dolgozni ennek a fenntartható működési formáját. A betegségregiszterek kialakításáról az Egészségügyi törvény 2011-es módosítása rendelkezik, mely szerint a Betegségregisztert az egészségügyi államigazgatási szerv hozza létre, működteti és értékeli a beérkezett adatokat [19].

Magyarországon több betegségregiszter is működik, mint például: az Országos Onkológiai Intézet által vezetett nemzeti rákregiszter [20], transzplantációs betegek regisztere, infarktusz regiszter, ritka betegségek regisztere (cisztás fibrózis regiszter) [21], és az egyes drága gyógyszeres terápiákat igénybevevő betegek regisztere. A betegségregiszterek a megküldött egészségügyi adatokat személyazonosításra alkalmatlan módon tartalmazzák. Véleményünk szerint a

hematológiai és ezen belül a CLL betegek súlyossága, az ellátásuk komplexitása (mennyi féle paramétert kell vizsgálni és követni a betegség diagnosztizálásához és gondozásához) messzemenőig indokolja egy erre specifikált betegség-regiszter kialakítását. Ennek fő célja, hogy országosan egységes adatbázisban a klinikusok és elemzők számára jól hozzáférhető módon álljanak rendelkezésre a részletes klinikai adatok. Ez az adatbázis széleskörű elemzési és visszacsatolási lehetőséget biztosít, mely az ellátás hatékonyságát és minőségét egyaránt szolgálhatja. A betegségregisztert a későbbiekben kombinálni lehetne szövettani bankkal is, amely hosszú távon a klinikai vizsgálatok háttérét is biztosíthatja, de számos információt nyújthat a betegség kiváltásának tényezőiről és progrediálását kiváltó okokról.

Ahhoz, hogy egy adott terápia valós eredményessége beteg- és populációs szinten egyszerre monitorozható legyen, a finanszírozó által egységesen kidolgozott, központi betegségregiszterre van szükség, ahol rögzítésre kerül egyrésztől minden kezelés, amelyben adott beteg részesült, másrésztől lekövethető az a főbb paraméterek, melyek segítségével többek között a terápia hatékonysága is egzakt módon meghatározható. Fontos szempont ugyanakkor, hogy nem elegendő a regiszter létrehozása, annak működtetéséhez is szükség van dedikált erőforrásokra, adminisztrátorokra. A jelenleg lokálisan, intézményi szinten működtetett adatbázisokban a kezelőorvosok rögzítik a betegadatokat, azonban álláspontunk szerint az ellátás hatékonyságát és a folyamat előrejutását nagyban javítaná, ha az adatrögzítésért önálló adminisztrátorok felelnének, akik jogszabályban meghatározott módon, kötelező jelleggel havonta továbbítanák az adatokat a finanszírozó felé.

Összességében tehát az informatikai feltételek kiépítése és a regiszter specifikációjának kidolgozása, valamint a dedikált adminisztratív erőforrások kijelölése az, ami hosszú távon előteremtheti egy jól működő központi regiszter alapjait. Ezt követően kerülhetnek meghatározásra azok a többletfunkciók, amelyeket ez az adatbázis betölthet (pl. terápiás eredményesség mérése, betegutak feltérképezése stb.). Az adatbázis kiszolgálhat direkt ellátási, orvosszakmai célokat, valamint indirekt módon egészségpolitikai, egészség-gazdaságtani, finanszírozói célokat is.

A BETEGSÉGREGISZTER JAVASOLT MINIMÁLIS ADATTARTALMA, SPECIFIKÁCIÓJA

A betegségregiszter adattartalmának kialakítása során alapelvnek kell tekinteni, hogy követhetők legyenek a betegek ellátásának főbb fázisai, mérföldkövei. A regiszter főbb adatkörei a tervek szerint: betegek jellemzői, kórelőzmények, társult betegségek; a diagnosztikai vizsgálatok elvégzésének időpontja és értéke; a fekvőbeteg, kúraszerű és járóbeteg szakellátások igénybevétele; csontvelő transzplantáció jellege és időpontja; szupportív terápiák. Az előbbieket mellett orvos-szakmai – klinikai információkat, értékeket (a tünetmentes és progresszióval terhelt időszakok paraméterei) is tartalmazna a regiszter, valamint a gyógyszeres terápiák

alkalmazásáról (első, másod és harmad vonalbeli kezelések; kemoterápiák, célzott terápiák neve és jellege) is információt szolgáltatathatna.

A regiszter kialakítása során nélkülözhetetlennek tartjuk figyelembe venni a nemzetközi terápiás irányelveket (guideline-okat) [22], valamint a nemzetközi hematológiai betegségregiszterek adattartalmát, hogy biztosítható legyen a széleskörű együttműködés. A betegségregiszter kialakítása során fontos szempont, hogy ne csak egyszerű adatrögzítést tegyen lehetővé, hanem megfelelő szoftveres ráfejlesztés esetén fel tudja tární a regiszter belső logikai rendszerét is, az egyes ellátási események logikai összekapcsolását szervezési, hatékonysági és minőségbiztosítási szempontból.

Az országosan egységes hematológiai betegségregiszter működésének az egyik legnagyobb előnye lesz, hogy lehetővé teszi a betegellátás monitorozását, hozzáférési – esélyegyenlőségi vizsgálatok, de akár egyszerűbb hatékonysági elemzések elvégzését is. Ezáltal érdemi visszacsatolást lehet tenni a betegellátás folyamatára, helyi protokollok módosítására, szűk keresztmetszetek feltárására.

Hematológiai betegek betegút-szervezése informatikai támogatással

A javasolt alprogram lényege, hogy magas szintű, az ellátás folyamatát szervesen – napi szinten követő és támogató informatikai alkalmazás kerüljön kidolgozásra és telepítésre a hematológiai centrumokba. Az onkológiai és hematológiai betegek menedzselése az egyik legbonyolultabb feladat az egészségügyi ágazaton belül.

Az OnkoLogistic szoftver alapvető célja az onkológiai ellátásban résztvevők betegút menedzselési munkájának támogatása, hogy a betegellátásban megjelenő, hematológiai betegségben szenvedő betegek hatékony kezelése minél előbb megkezdődhessen és támogassa a sikeres terápiát követő gondozást, valamint, hogy javuljon a felhasznált erőforrások, diagnosztika, szakorvosi idők, gyógyszerek allokációja, ezáltal átfogóan az egész ellátás hatékonysága. A program kiemelt célja továbbá, hogy elősegítse a hozzáférést, esélyegyenlőséget, a beteg utak pontosítását, és lerövidítse az egyes egymásra épülő diagnosztikai és terápiás fázisok közötti időigényt, kivédje az esetleges késedelmeket, csökkentse a teljes betegellátás időigényét. A program az OnkoLogistic és Onconetwork programból indul ki. Az Oncologic rendszer a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban pilot jelleggel került bevezetésre 2015 novemberétől a Prof. Dr. Repa Imre által vezetett OnkoNetwork Iroda informatikai támogatása céljából.

A számítógépes alkalmazás a letisztított és alkalmazott orvosszakmai protokollokból és eljárásrendekből indul ki. Ez képezi az algoritmus lényegét. Az informatikai alkalmazás folyamatba építve támogatja az orvosszakmai munkát, a medikai dokumentációból az adatok elsődleges forrása, támogatja a betegellátás menetét a kivizsgálástól a terápián át az utókezelésekig és gondozásba vételig. Az orvos szak-

mai tudás adatgyűjtése nem ró külön feladatokat az érdekeltekre, mert a folyamatba épített adatrögzítés automatikusan tudásbázist épít az előre meghatározott klasszifikáció segítségével, amit ún. supervisor orvosok felügyelnek. Az elkészült rendszer egyesíti egy korszerű medikai rendszer betegút áttekintő funkcionalitását, egy hatékony ügymenet-követő alkalmazás határidő kezelését és egy szakértői rendszer adatgyűjtő-rendszerrel együtt.

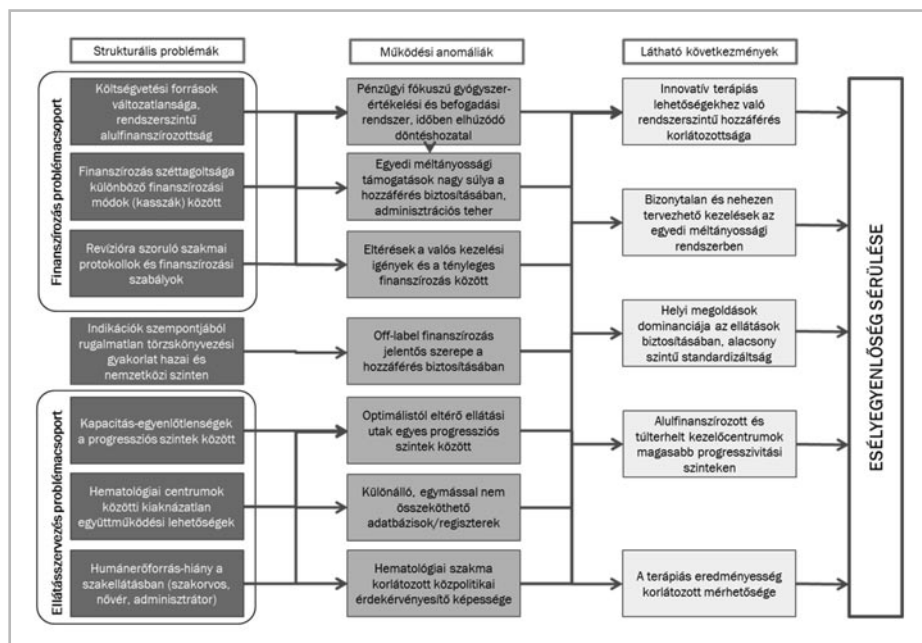
A kivizsgálási protokollok alapján történő diagnózis felállítás megadja azt a szakmaiságot, amely segítségével valamennyi tudományos eredmény azonnal beépülhet az ellátás folyamatába, rövidebbé válik a szakma reakcióideje, a kutatási eredmények hamar és széles körben elérhetővé válnak, hogy bárhol is fordul az ellátó rendszerhez a beteg, mindenhol azonos lehetőségekkel találja magát szemben. A rendszer megteremt a lehetőségét annak is, hogy egyetlen onkológiai gyanúval rendelkező beteg se vesszen el, vagy maradjon ki az adekvát ellátás szempontjából. Már ez az eredmény önmagában is jelentős előrelépést jelent a jelenlegi rendszerhez képest. Ezen felül a kivizsgálási protokoll mentén történő határidő figyelés egyenlő esélyt ad valamennyi betegnek, a sztenderdek alapján történő ellátás pedig minőségbiztosítási szempontok érvényesülését is magával hozza. Már ez a fázis is jól látható, pozitívan kommunikálható, egyértelmű indikátorokkal bizonyítható objektív eredményhez vezetne. Az onkológiai nyomon követés (gondozás) és utánkövetés (follow-up) segítségével sok olyan beteg menthető meg majd, akik elmulasztják a rendszeres kontrollt, és csak akkor kerülnek vissza az ellátó rendszerbe, amikor már nem, vagy csak korlátozott mértékben tudnak segíteni rajtuk. Ezen betegek korai bevonásával a korábbi terápia költségeinek társadalmi megtérülésével is kalkulálhatunk.

A CLL betegút szervezési program megvalósításának monitorozása – tipikus indikátorok bemutatása

A program megvalósulásának a követése, monitorozása alapvető elvárás a program készítői, finanszírozói és a megvalósítást irányítók részéről. A program felépítésének megfelelően az indikátorokat, monitoring szempontokat az alábbi három fő blokkba soroltuk:

- **Klinikai hatékonysági és orvos-szakmai ellenőrzési – monitorozási szempontok**
- **Betegút szervezéssel, hozzáféréssel kapcsolatos monitorozási szempontok**
- **Finanszírozási, elszámolási, adminisztratív monitorozási szempontok.**

A célkitűzésekhez rendelt indikátorok megfelelnek a SMART kritériumoknak, és alkalmasak a célok elérésének nyomon követésére, illetve értékelésére. Ennek értelmében specifikusak (Specific), mérhetőek (Measurable), elérhetőek (Achievable), reálisak (Realistic) és idő alapúak (Time-based). Minden egyes indikátor – monitoring mutató esetében szükséges megadni legalább az alábbi információkat: az indikátor neve (pl. relapszus aránya, terápiás válaszarány, túlélési ráta), leírása (Hogyan számítjuk ki az indikátort? Például relapszus aránya esetén, mi van a nevezőben és mi a számlálóban); a mérés gyakorisága (pl. negyedévente, félévente, évente), mértékegység (pl. esetszám, %-os arányszám; millió forint), kezdőérték – célérték. Továbbá fontos már az induláskor tisztázni az információforrást, hogy az vajon a kórházak, klinikák medikai rendszeréből vagy az országosan egységes finanszírozási adatbázisból származik-e. Szintén nélkülözhetetlen az adatgyűjtés és feldolgozás felelősének kijelölése, akár személyre szólóan is.



1. táblázat
A hematológiai betegút-szervezési program tipikus monitoring mutatói (egyszerűsített táblázat)

ÖSSZEFOGLALÁS – TAPASZTALATOK ÉS KONKLÚZIÓK

A hematológiai ellátás – és ezen belül a CLL betegek ellátása – az egészségügyi rendszer egyik legbonyolultabb és legrágább ellátási területe. Ennek következtében a betegek protokollszerű ellátása, a centrumok és decentrumok rugalmas és szervezett együttműködése, az új technológiák, terápiás lehetőségek jelentős szakmai és finanszírozási hatékonysági lehetőségeket rejtenek magukban.

A tanulmányunk első fejezetében feltárt részletes problématerkép, valamint az illetékes szakemberekkel elvégzett

konzultációk, adatelemzések alapján elkészítettünk egy közeljövőben (rövid- és középtávon) implementálható Megvalósítási Tervet. A problématerkép és a Megvalósítási Terv összetettsége komoly projektszerű szervezést, ütemezést és irányítást tesz szükségessé a sikeres megvalósítás érdekében, továbbá megkívánja az erőforrások optimális felhasználását a programon belüli prioritások megfelelő rendezésével.

A megvalósításban vállaltva kell dolgoznia és szorosan együttműködni az orvos szakma képviselőinek, az intézményvezetőknek, az államigazgatási vezetőknek és munkatársaknak, valamint az egészségügyi közgazdászoknak és szervezőknek.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Kantarjian H et al.: Improved survival in chronic myeloid leukemia since the introduction of imatinib therapy: a single-institution historical experience, *Blood*, 2012, 119(9): p. 1981-1987.
- [2] Abrisqueta P et al: Improving survival in patients with chronic lymphocytic leukemia (1980-2008): the Hospital Clinic of Barcelona experience, *Blood*, 2009, 114(10): p. 2044-2050.
- [3] Eichhorst, BTR, et al.: Chronic lymphocytic leukaemia: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, *Annals of Oncology*, 2015, 26(5): p. v78-v84.
- [4] Orphanet Report Series: Prevalence and incidence of rare diseases: Bibliographic data. Orphanet, 2015.
- [5] Brenner H, Gondos A, and Pulte D: Trends in long-term survival of patients with chronic lymphocytic leukemia from the 1980s to the early 21st century, *Blood*, 2008, 111(10): p. 4916-4921.
- [6] O'Brien S et al.: Ibrutinib as initial therapy for elderly patients with chronic lymphocytic leukaemia or small lymphocytic lymphoma: an open-label, multicentre, phase 1b/2 trial, *Lancet Oncol*, 2014, 15: p. 48-58.
- [7] Schnaiter A, Stilgenbauer S: 17p deletion in chronic lymphocytic leukemia: risk stratification and therapeutic approach, *Hematol Oncol Clin North Am*, 2013, 27(2): p. 289-301.
- [8] Byrd JC, Furman RR, Coutre SE, Burger JA, Blum KA, Coleman M, Wierda WG, Jones JA, Zhao W, Heerema NA, Johnson AJ, Shaw Y, Bilotti E, Zhou C, James DF, O'Brien S: Three-year follow-up of treatment-naïve and previously treated patients with CLL and SLL receiving single-agent ibrutinib, *Clinical Trials and observations*, 2016, Február 23.
- [9] Hallek M: CME Information: Chronic lymphocytic leukemia: 2015 Update on diagnosis, risk stratification, and treatment, *American Journal of Hematology*, 2015, Vol 90. No 5., May
- [8] Brown JR: The Treatment of Relapsed Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia, *ASH Education Book*, 2011. 2011(1): p. 110-118.
- [9] Boncz I és mtsai: Az onkológiai ellátás egészség-gazdaságtani vonatkozásai: kórházi ágykapacitások változása, *Magyar Onkológia*, 2010, 54: p. 29-33.
- [10] OEP. Statisztikai évkönyv, 2014, [cited 2015 12. 14]; Available from: <http://site.oep.hu/statisztika/2014/html/indexhun.html>.
- [11] OECD: Health at a Glance 2015: OECD indicators, 2015.
- [12] Dankó D, Molnár MP, Mór Z, Páll N: A krónikus lymphoid leukémia (CLL) ellátásszervezési és finanszírozási gyakorlata – problématerkép. Előadásanyag, IME-META X. Jubileumi Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia, Budapest, 2016. június 16.
- [13] Delgado J, Ghita G, Baumann T, Santacruz R, Dlouhy I, Aymerich M et al.: Rituximab-based chemoimmunotherapy prolongs survival of patients with chronic lymphocytic leukemia independently of the time of administration, *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*, 2014, 14(1):73-9.
- [14] Burger JA, Tedeschi A, Barr PM et al.: Ibrutinib as Initial Therapy for Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia, *N Engl J Med*, 2015, 373(25):2425.
- [15] Byrd JC, Furman RR, Coutre SE et al.: Three-year follow-up of treatment-naïve and previously treated patients with CLL and SLL receiving single-agent ibrutinib, *Blood*, 2015, 125(16):2497-506.
- [16] Dózsa Cs., Borcsek B., Borsi A., Mátrai Z., Vályi-Nagy I.: Haematológiai Krónikus Lymphoid Leukémiás (CLL) betegek ellátásának szervezése – fejlesztési program. Előadásanyag, IME-META X. Jubileumi Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia, Budapest, 2016. június 16.
- [17] http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/finanszirozasi_protokollok/hatalyos_finanszirozasi_protokollok
- [18] 17/2016. (VII. 22.) EMMI rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet és a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegcsoportok kódolási és besorolási szabályairól szóló 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet módosításáról.
- [19] Az 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről
- [20] http://www.onkol.hu/hu/nemzeti_rakregiszter
- [21] http://demin.hu/files/userfiles/DEMIN_XIII/3-nap/RITKA-4-MSZ-K.pdf
- [22] NCCN Guideline: Chronic Lymphocytic Leukemia, 2016, www.NCCN.org/patients.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász. 2006 júliusától a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. ügyvezetője, európai uniós és egyéb egészségügyi projektek előkészítésével, menedzselésével foglalkozik. Jelenleg főállásban a Miskolci Egyetem egyetemi docense, részállásban az ELTE egészségpolitika MSc képzés külső oktatója. Doktori

értekezését 2011 júniusában védte meg a Corvinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében. 2011-2012-ben, majd 2016-tól – jelenleg is – a META elnöke. 2006-tól az IME Szerkesztőbizottságának a tagja.



Borsi András 2007-ben szerezte közgazdász diplomáját a Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi karán, majd ezt követően a PricewaterhouseCoopers gazdasági tanácsadó cégnél dolgozott. 2009-től az ESKI, majd a GYEMSZI munkatársa. 2012-ben okleveles egészségpolitikai szakértői diplomát szerzett az ELTE mesterképzésén. Jelenleg a Janssen Cilagnál dolgozik Market Access vezetőként.



Dr. Dankó Dávid jelenleg a Corvinus Egyetem, Gazdálkodástudományi Kar, Vezetés és Kontroll Tanszék kutatásvezetője, az Ideas & Solutions Kft., ügyvezetője. Felsőfokú végzettségek: 2003-2012 Gazdálkodástani PhD program, Budapesti Corvinus Egyetem, 1997-2003 BKÁE, Pénzügy szakirány. 2012-ben PhD tudományos címet szerzett, a

Budapesti Corvinus Egyetemen. Munkahelyei: 2010 – Budapesti Corvinus Egyetem Vezetéstudományi Intézet, kutatásvezető, 2010 – Ideas & Solutions Kft., ügyvezető, 2008-2010 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Ártámogatási Főosztály, Stratégiai, elemzési és integrációért felelős főosztályvezető-helyettes.



Páll Nóra 2013-ban végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetem Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mester szakán, egészség-gazdaságtan szakirányon. 2014-ig az ELTE-TTK eScience Regionális Tudásközpontjában egészségügyi adatelemzéssel és hálózatkutatással foglalkozott. Jelenleg az Ideas & Solutions stratégiai tanácsadó egészség-gazdaságtani elemző munkatársa.



Borcsek Barbara közgazdász, 2002-ben szerzett oklevelet a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karának Gazdálkodási Szakán, Pénzügyi főszakirányon és Európai Uniós pénzügyek mellékszakirányon, mellékszakirányon. 2002-től az OEP, majd az Egészségügyi Minisztérium munkatársa. 2008 februárjától a Med-Econ Kft.-nél

szakmai elemzői és pályázati feladatokat lát el. 2016-tól a MATE titkára.



Dr. Malárik Edit orvos, fül-orr-gégégyógyászatból tett szakvizsgát, jogi szakokleveles orvos, egészségügyi szakmenedzser. Közigazgatási szakvizsgával rendelkezik. Pályafutása során a Kálcsai Kórház, az OTP Egészségmegőrző és Szolgáltató Kft., az Egészségügyi Minisztérium, majd az Országos Idegtudományi Intézet munkatársa, 2013-tól egészség-gazdaságtani szaktanácsadó.



Prof. Dr. Illés Árpád a Debreceni Egyetem Haematológia Tanszék vezetője. Kutatási területe: Hodgkin és nem Hodgkin lymphomák etiológiai, epidemiológiai, immunológiai sajátosságai, kivizsgálási, prognosztikai, kezelési és túlélési sajátosságok. A kezeléseket mellékhatásai, új lehetőségek.

Foto: DE



Dr. Mátrai Zoltán a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Szent László Kórház hematológus szakorvosa.



Prof. Dr. Vályi-Nagy István munkahelye, beosztása: a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet főigazgató, Hematológiai és Óssejt Transzplantációs Osztály, egyetemi magántanár. Szakvizsgák: belgyógyászat, klinikai immunológia-allergológia,

hematológia, klinikai onkológia. Tudományos fokoza: Orvostudomány kandidátusa (PhD), Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, Habilitált Doktor (Dr. med. habil.)