



**Egészségügy és közgazdaságtan;  
interdiszciplináris hallgatói tudományos konferencia  
és tanulmányi verseny**

Budapest, 2013. április 2.

Semmelweis Egyetem Nagyvárad téri Elméleti Tömb Johann Béla terem 21. emelet.  
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

# PROGRAM



## Tartalom

1	Egészségügy és közgazdaságtan; interdiszciplináris hallgatói tudományos konferencia és tanulmányi verseny .....	3
1.1	Időpont.....	3
1.2	Helyszín .....	3
1.3	A tudományos rendezvény védnökei.....	3
1.4	Téma .....	3
1.5	Tudományos bíráló bizottság.....	4
1.6	A rendezvény támogatója .....	4
2	PROGRAM.....	5
2.1	14.00-14.15 Köszöntő.....	5
2.2	14.15 – 15.45 Graduális képzés előadásai .....	5
2.3	15.45 – 16.00 Szünet .....	5
2.4	16.00 – 17.15 Doktori / posztgraduális képzés előadásai .....	6
2.5	17.15 – 17.30 Szünet, bíráló bizottsági tanácskozás .....	6
2.6	17.30 – 18.00 Eredményhirdetés, zárás .....	6
3	Graduális képzés, absztraktok.....	7
3.1	Egészségügyből EGÉSZSÉGÜgy .....	7
3.2	A tudásmenedzsment útvesztői – Két magyarországi vezető gyógyszergyár komparatív analízise.....	8
3.3	A generikumok gyógyszerpiaci hatása .....	9
3.4	Költséghatékonyság-elemzés a 2009/2010-ben zajló pandémiás influenzajárvány elleni oltások tükrében .....	10
3.5	A C. difficile epidemiológiája, terápiája valamint egészség-gazdaságtani háttere ...	12
3.6	A nosocomiális fertőzések gazdasági hatásai .....	14
3.7	A jóindulatú prosztatamegnagyobbodás gazdasági terhe Magyarországon .....	15
4	Posztgraduális képzés, absztraktok .....	18
4.1	A szívkamra támogató eszközök szerepe a végstádiumú szívbetegek kezelésében..	18
4.2	Pikkelysömör betegségterhe .....	19
4.3	A májdonációs aktivitás Magyarországon.....	20
4.4	Generikus gyógyszerfelhasználás = költséghatékonyság? .....	21
4.5	Figyelemhiányos hyperaktivitás-zavarral élő felnőttek klinikai jellemzői és egészséggel összefüggő életminősége.....	22
5	Rövidítések .....	23

# **1 Egészségügy és közgazdaságtan; interdiszciplináris hallgatói tudományos konferencia és tanulmányi verseny**

## **1.1 Időpont**

2013. április 2, 14.00-18.00.

## **1.2 Helyszín**

Semmelweis Egyetem Nagyvárad téri Elméleti Tömb Johann Béla terem 21. emelet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

## **1.3 A tudományos rendezvény védnökei**

Prof. Dr. habil. Karádi István Ph.D., D.Sc., Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, dékán

Prof. Noszál Béla, egyetemi tanár, Semmelweis Egyetem, Gyógyszerésztudományi Kar, dékán

Dr. Trautmann László Ph.D., egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, dékán

## **1.4 Téma**

Napjainkban az egyes országok GDP-jük 6%-15%-át költik az egészségügyre, a társadalmi költségek ennek, becslések szerint, a kétszeresét is elérhetik. Az innovatív egészségügyi eljárások gyors fejlődése, az idősödő társadalom miatt egyre nőnek az egészségügyi kiadások, ezért egyre inkább szükség van a széles értelemben vett egészségügy multidiszciplináris megközelítésére, az egészségügyi szakemberek és közgazdászok közötti párbeszédre.

A BCE Közgazdaságtudományi Kara és a Semmelweis Egyetem közös tanulmányi versenyt hirdetett graduális és Ph.D. képzésben résztvevő hallgatók számára. A tudományos versenyprogram célja, hogy elősegítse az orvos- és közgazdaság-tudományterületeken kutató hallgatók együttműködését és közös munkáját. A versenykiírásra jelentős számú absztrakt érkezett, melyek közül a tudományos bíráló bizottság által legjobbnak ítélt pályamunkák készítői ismertetik kutatásaikat a verseny ezen második, szóbeli fordulóján.

## **1.5 Tudományos bíráló bizottság**

Prof. Dr. habil. Cseh Károly Ph.D., DSc., Semmelweis Egyetem, egyetemi tanár,  
Népegészségtani Intézet, intézetigazgató

Prof. Dr. habil. Gulácsi László Ph.D., Budapesti Corvinus Egyetem, egyetemi tanár,  
Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, kutatóközpont  
vezető

Dr. Mészáros Ágnes Ph.D., habil., Semmelweis Egyetem, Egyetemi Gyógyszertár  
Gyógyszerügyi Szervezési Intézet, egyetemi adjunktus

Dr. Péntek Márta M.D., Ph.D., Budapesti Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani és  
Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, egyetemi adjunktus

## **A tudományos bíráló bizottság titkára**

Baji Petra Ph.D., Budapesti Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi  
Technológiaelemzési Kutatóközpont, tanársegéd

## **1.6 A rendezvény támogatója**

Patika Egészségpénztár



## **2 PROGRAM**

### **2.1 14.00-14.15 Köszöntő**

Prof. Dr. habil. Karádi István Ph.D., D.Sc., Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, dékán

Prof. Dr. Noszál Béla, egyetemi tanár, Semmelweis Egyetem, Gyógyszerésztudományi Kar, dékán

Dr. Trautmann László Ph.D., Budapesti Corvinus Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, dékán, egyetemi docens

### **2.2 14.15 – 15.45 Graduális képzés előadásai**

**Levezető elnök:** Dr. Péntek Márta M.D., Ph.D. Budapesti Corvinus Egyetem

Előadások időtartama: 10 perc előadás, 2 perc diszkusszió

1. Székely Marcell - Pálvölgyi Zsigmond (SE- ÁOK, BCE – GTK): Egészségügyből EGÉSZSÉGügy
2. Oláh Máté - Tuza Ágnes (SE- GYTK, BCE - KTK): A tudásmenedzsment útvesztői – Két magyarországi vezető gyógyszergyár komparatív analízise
3. Zalai Dorottya - Hrisztov Anna (SE – GYTK, BCE - GTK): A generikumok gyógyszerpiaci hatása
4. Körmendy Flóra - Rékasi Eszter (SE – ÁOK, BCE - KTK): Költséghatékonyságelemzés a 2009/2010-ben zajló pandémiás influenzajárvány elleni oltások tükrében
5. Csercsik Rita - Strbák Bálint (SE – ÁOK, BCE – KTK): A *C. difficile* epidemiológiája, terápiája valamint egészség-gazdaságtani háttere
6. Kovács Beáta - Kovács Brigitta Fanni (SE – GYTK, BCE – KTK): A nosocomiális fertőzések gazdasági hatásai
7. Rencz Fanni - Tóth Katalin (SE- ÁOK, BCE – KTK): A jóindulatú prosztatamegnagyobbodás gazdasági terhe Magyarországon

### **2.3 15.45 – 16.00 Szünet**

## **2.4 16.00 – 17.15 Doktori / posztgraduális képzés előadásai**

**Levezető elnök:** Dr. Mészáros Ágnes Ph.D., habil., Semmelweis Egyetem

Előadások időtartama: 10 perc előadás, 2 perc diszkusszió

1. Bali Ágnes -Bakonyi Zoltán (SE – BCE): A szívkamra támogató eszközök szerepe a végstádiumú szívbetegek kezelésében
2. Jókai Hajnalka - Balogh Orsolya (SE – BCE): Pikkelysömör betegségterhe
3. Dr. Gámán György - Sárvári Balázs (SE – BCE): A májdonációs aktivitás Magyarországon
4. Dr. Gyetvai László - Dr. Schlégel Péter (SE – BCE): Generikus gyógyszerfelhasználás = költséghatékonyság?
5. Dr. Pulay Attila - Vártokné Hevér Noémi (SE – BCE): Figyelemhiányos hyperaktivitás-zavarral élő felnőttek klinikai jellemzői és egészséggel összefüggő életminősége

## **2.5 17.15 – 17.30 Szünet, bíráló bizottsági tanácskozás**

## **2.6 17.30 – 18.00 Eredményhirdetés, zárás**

A multidiszciplináris megközelítés fontossága

Dr. Lukács Marianna Patika Egészségpénztár elnöke

Eredményhirdetés, a konferencia zárása:

Prof. Dr. habil. Cseh Károly Ph.D., DSc., Semmelweis Egyetem

Prof. Dr. habil. Gulácsi László Ph.D., Budapesti Corvinus Egyetem

### 3 Graduális képzés, absztraktok

#### 3.1 Egészségügyből EGÉSZSÉGÜGY

Székely Marcell	SE - ÁOK	I.évfolyam
Pálvölgyi Zsigmond	BCE- GTK, Pénzügy és számvitel	BSc III. évfolyam

A napjainkban zajló demográfiai változások és annak trendje, kilátástalan körülmények közé helyezi a jövő egészségügy finanszírozását. Az öregedő társadalom 50 év múlva azt fogja jelenteni, hogy az 50 év alattiak és az 50 év felettek aránya megegyezik, miközben az idősödő népesség egyre több betegséget mutat fel és drámai növekedést hoz a szociális kiadásokban.

Az egészségügy finansziális problémáit a jövőben új forrásbevonási mechanizmusokkal - hisz a lakosság terhelhetősége véges - megoldani már nem lehet, hanem rendszerszintű megoldásokra van szükség.

Követve az egészségügy új paradigmáját (diagnosztika - prognosztika, terápia – prevenció, általános terápiás szabályok – személyre szabott terápia, tömeggyógyítás – egyéni gyógyítás, központosítás – portabilitás) egy olyan rendszert próbálunk felvázolni a már több országban működő managed care-re építve és továbbgondolva, amelyben ezek a súlypont-áthelyeződések maximálisan érvényre juthatnak.

Alapkonceptió, hogy a prevenció sokkal olcsóbb, mint a kezelés és a beteg – helyzetünkben egészséges – érdeke, hogy egy fenntartható, biztos életmódot sajátítson el és folytasson. Ezt elsősorban egy személyes orvos-beteg kapcsolatban látjuk megvalósulni, ami magában foglalja az alapvető orvosi és pszichológiai ellátást. Ezért rendszerünk központi eleme egy új szakorvosi képzés bevezetése, amely magában foglalja a pszichológiai képzést is. A két képzés bizonyos szintű egyesítését különösen indokoltá teszi, hogy a szakorvosi ellátásban minden második beteg tünete pszichoszomatikus eredetű és nem orvosi, hanem elsősorban pszichológiai kezelést igényelne. A felesleges egészségügyi kiadások nagyban csökkenthetők lennének, ha a pszichoszomatikus tünetek drága kivizsgálása és a kiváltott, de be nem szedett, vagy az előírásnak nem megfelelően szedett gyógyszer költségeit a pszichológia eszköztárával minimalizálnánk. A bio-pszicho-szociális modell radikális érvényre juttatása nem csak látványos finanszírozási javulást, hanem elégedettebb, egészségesebb és nagyobb munkabírású egyént is eredményezne.

Rendszerünk így a fentebb felvázolt új szereplőre épülne és a hangsúly az egészségmenedzsmenten lenne a betegségmentés helyett. Bevezetnénk az egészségvezetés egy sajátos intézményét, amiben bizonyos intervallumonként előre meghatározott kötelező találkozókon kell a betegnek/egészségesnek konzultálnia és együttműködni orvospszichológusával (egészségmenedzserével). A találkozók fényében az egészségmenedzser megfontolása alapján venné ki a részét az állampolgár a sávos egészségügyi hozzájárulás fizetési kötelezettségéből. A sávos egészségügyi hozzájárulás besorolásánál a kliens egészségmegőrzésért tett lépései, elsősorban az egzakt események kerülnének előtérbe, mint például a prevenció vizsgálatokban való részvétel.

Kulcsaszavak: bio-pszicho-szociális modell, sávos egészségügyi hozzájárulás, egészségmenedzsment, prevenció, orvospszichológus, pszichoszomatikus betegségek

### 3.2 A tudásmenedzsment útvesztői – Két magyarországi vezető gyógyszergyár komparatív analízise

Oláh Máté	SE - GYTK	IV. évfolyam
Tuza Ágnes	BCE – KTK, alkalmazott közgazdaságtan	Bsc III. évfolyam

A 21. század forradalmi változást hozott a humán tőke felhasználását illetően, vagyis a tudásmenedzsment nem egyszerűen a számítógépeken tárolt információhalmaz megfelelő menedzselését jelenti, hanem komplex interdiszciplináris problémát ró a gyógyszergyárakra. Rosecranz (1996) szerint a nemzetközi gazdaság egyre jelentősebb szegmensét jelenti a humán tőke, vagyis azok a gazdasági szereplők, akik felismerik ennek a súlyát, kompetitív előnyre tehetnek szert.

A gyógyszergyárak esetében ez elsősorban az originális kutatáson keresztül vizsgálható jól.

A közgazdász-gyógyszerész szerzőpáros célja, hogy egy kvalitatív és egy mélyebb, kvantitatív modell segítségével rávilágítson olyan pontokra, ahol hatékonyabb tudásmenedzsmenttel a vállalati stratégia javítható. Az originális kutatás fázisait fejlesztői szemszögből analizálva, illetve ökonometria mutatók definiálásával egy közgazdaságtani-matematikai modellt mutatunk be. Az egyes mutatókat a szoros kooperációban választottuk ki, illetve pontosítottuk annak megfelelően, hogy azok a gyógyszerészi tudást felhasználva valóban relevánsak legyenek a közgazdaságtan területén is.

A pályamű a tudásmenedzsment gazdasági és HR komponenseit vizsgálja interdiszciplináris közelítésben. A modell metodológiája, hogy regresszió-analízissel és a közgazdasági statisztika felhasználásával olyan mutatókat definiál, amelyek képesek kvantitatív képet adni egy gyár aktuális helyzetéről, és javítási paradigmák felállítására alkalmasak. Fontosnak tartjuk a soft módszerek alkalmazását, tehát a releváns irodalom feldolgozásán kívül kvalitatív vizsgálatokat is végzünk. A modell előnye, hogy az adatok szabadon változtathatóak, vagyis könnyen adaptálhatóak más vállalattípusok elemzésére is.

Összességében tehát széles spektrumú bemeneti adatokkal dolgozó közgazdasági modellünk kvantitatív eredményeit szakirodalmi háttérbe helyezve, soft módszerekkel kiegészítve interpretáljuk. A közös megfontolással definiált ökonometria mutatók lehetővé teszik két vizsgált vezető magyarországi gyógyszergyár tudásmenedzsmentjének gyors monitorozását; az analízis mélysége később bővíthető, de ehhez szélesebb körű adathozzáférés szükséges. Hosszabb távú céljaink között szerepel a vállalatok hozzájárulásával egy mély, komparatív, több részletre kiterjedő elemzés elkészítése a magyar piacon.



### 3.3 A generikumok gyógyszerpiaci hatása

Zalai Dorottya	SE – GYTK	V. évfolyam
Hrisztov Anna	BCE – GTK, Pénzügy és számvitel	Bsc II. évfolyam

Napjaink orvoslásában az egészségügyi dolgozók egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a minél olcsóbb egészségügy megvalósítására, ám ezt a gyakorlatban szinte lehetetlen kivitelezni. A terápiás lehetőségek skálája egyre szélesedik, határt pedig csak a pénzügyi adottságok szabnak. Ez adta a létjogosultságot gazdasági számítások befogadására, de kizárólag számítási alapokra helyezve nem lehet egy terápiát rangsorolni. Ahogy hiba lenne csak orvosra vagy csak gyógyszerészre bízni ennek eldöntését.

A gyógyszeripari szektor a legnagyobb befektető a kutatás-fejlesztésben a többi ipari ágazathoz képest, és minden évben egyre nagyobb ráfordítást kíván. Jelenleg a terápiás indikációk és technológiai megoldások széles skálája ismert, így az innováció a „lukak” kitöltésére összpontosít. Az új hatóanyagok fejlesztése és forgalomba kerülése között eltelt idő nő, mert a szabályok szigorodtak, a minőségi követelmények gyökeresen megváltoztak. Egy új hatóanyag gyógyszerpiacra jutásáig 10-12 év telik el és 600-900 millió eurós befektetést igényel. Ezzel szemben a generikus másolatok kevesebb, mint 1 millió euró ráfordítást követelnek, mivel a generikus gyártónak a kudarcba fulladt kísérleteket valamint a preklinikai és klinikai fázisban lévő költséges vizsgálatok többségét nem kell elvégeznie.

Az originális készítmény szabadalmi védettségének lejáratát követően megjelennek a piacon a generikumok, melyek piacszabályzó hatása nagymértékű és megmutatkozik. Megfelelő marketing segítségével nagyobb profithányadhoz jut a termelő, olcsóbbá válik a napi terápia, árverseny alakul ki. Az innovatív gyógyszer a szabadalom lejártát követően piacvezető szerepét elveszti. Kérdés, hogy milyen eszközökkel lehet ezt késleltetni vagy esetlegesen megakadályozni? Ha új indikációval a gyártó beadja a gyógyszert hatóságokhoz újra törzskönyveztetni, a szabadalom meghosszabbodik. Számolni kell viszont plusz befektetéssel, hiszen a klinikai vizsgálatok egy részét újra el kell végezni. Másik lehetőség, ami már kevésbé korrekt, (de előfordult a hazai gyártásban), hogy a generikus készítményeit a piacon lejáratja. Alternatívát kínál továbbá, ha az árversenybe való beszállással késlelteti a piaci szerep elvesztését. Egy egyedülálló megoldás, ha az originális gyártó kifejleszti a saját generikumát, és új névvel, új csomagolással, megfelelő reklámmal szinte minden generikus gyártót kiszorít a piacról, megőrizve a kizárólagos profitot.

Elemzésünkben a fent említett elméleti ismeretekre kívánunk 1-1 gyakorlati példát mutatni, mellyel célunk az innovatív gyártók különböző stratégiáinak feltérképezése, illetve annak vizsgálata, hogy mely esetekben éri meg versenybe szállni a generikus gyártókkal. Gyógyszerforgalmi adatokkal kívánjuk elemezni többek között a Viagra – Sildenafil Pfizer, Diovan – Valsartan Sandoz esetét, mint kiemelkedő példákat.

### 3.4 Költséghatékonyság-elemzés a 2009/2010-ben zajló pandémiás influenzajárvány elleni oltások tükrében

Körmendy Flóra	SE - ÁOK	V. évfolyam
Rékasi Eszter	BCE – KTK közgazdálkodás és közpolitika	Msc II évfolyam

#### Bevezetés

A 2009-es H1N1 influenza-világjárvány 213 országot érintett, közöttük Magyarországot is. Hazánkban a 2009/10-es őszi-téli szezonban a hagyományos influenzajárványnál hosszabb, mintegy 20 hétig tartó járvány bontakozott ki. Ez alatt közel 800.000 ember jelentkezett orvosánál influenzaszerű tünetekkel. Ezen betegpopuláció általunk becsült adatok alapján 22,4 %-a igazoltan H1N1 beteg volt. Az országban 5224 beteget kezeltek kórházban, és 117-en haltak meg igazoltan H1N1 fertőzésben.

#### Kutatási kérdés és módszertan

Megvizsgáltuk, hogy a pandémiás H1N1 influenzavírus megelőzésére térítésmentesen beadott közel 2.200.000 H1N1 oltás mellett a járvány milyen állami és társadalmi költségekkel járt. Hipotézisünk, hogy a térítésmentesen biztosított védőoltás társadalmilag költséghatékony volt.

Megbetegedési és halálozási adatokat, valamint oltási adatokat az Országos Epidemiológiai Központ honlapjáról, népességi, munkanélküliségi és hazai bruttó össztermék adatokat a KSH honlapjáról, a H1N1 ellen kifejlesztett vakcina hatásosságára vonatkozó adatokat az Influenza Monitoring of Vaccine Effectiveness vizsgálatából szereztünk.

A rendelkezésünkre álló adatokból arányossággal és lineáris regresszióval becsültünk adatokat a teljes populációra. Megbetegedésből, halálozásból, kórházi ellátásból és táppénz juttatásából származó költségtételekből számítottuk ki a bruttó összes társadalmi költséget. Két esetet vizsgáltunk: mikor van térítésmentesen szétosztott oltóanyag, és amikor nincs. A két eset összköltségének különbségét vetettük össze a térítésmentesen szétosztott védőoltások költségével.

#### Eredmények

A 2009/10. évi pandémiás H1N1 influenzajárvány térítésmentes oltóanyag jelenlétében kb. **21.900.000.000 Ft** további költséget okozott. Ez az összeg tartalmazza a társadalombiztosítás révén kifizetett táppénzt, gyógyszer támogatást, a kórházi ellátást, a betegség miatt keresőképtelen napokból és az elvesztett életevekből származó GDP-csökkenést. 2009/10-es járvány időszaka alatt **2.219.658** darab védőoltást osztottak szét. Ennek hiányában az általunk számolt megnövekedett megbetegedési ráta alapján az összes társadalmi költség **3.350.000.000 Ft**-tal növekedett volna, amely nagyobb a térítésmentes védőoltások összköltségénél.

#### Következtetések

A rendelkezésünkre álló hiányos adatforrások és a modellünk kidolgozottsága alapján feltételezhetjük, hogy a térítésmentes H1N1-védőoltásból származó társadalmi hasznokat alulbecsültük. A már beoltottak védettségéből származó hálózatos hatás modellünkbe való beillesztésére törekszünk. Ezen kívül az önkéntes védőoltások száma, a tényleges gyógyszerforgalmi adatok és a kórházi ellátásban részesültek valós finanszírozási adatai még pontosításra szorulnak. A hipotézisünket azonban a társadalmi hasznok ilyen formájú alulbecslése mellett is igazolni tudtuk.

## Összehasonlító táblázat

<b>2009-2010 H1N1 influenza</b>	van térítésmentes oltás	nincs térítésmentes oltás
<b>Beadott oltások száma</b>	2 650 805	471 147
<b>Költségelemek</b>		
A: halálozások (fő)	117	140
B: kórházi ellátás (fő)	5 224	6 255
C: igazolt H1N1 megbetegedés (fő)	179 493	214 947
D: munkából való kiesés (nap)	1 076 958	1 289 682
E: táppénz (Ft)	5 842 965 887	6 997 086 173
F: gyógyszer (Ft)	628 225 500	752 314 500
G: gyógyszertámogatás (Ft)	89 746 500	107 473 500
<b>Összes GDP-csökkenés (Ft) (A+D)</b>	14 538 021 848	17 186 079
<b>Összes társadalmi költség (Ft) (A+B+D+E+G)</b>	21 900 000 000	25 250 000 000

A táblázatban szereplő összegeket 2010-es árakon számoltuk.

Forrás: Eurosurveillance, Központi Statisztikai Hivatal, Országos Epidemiológiai Központ, WHO Database. (Utolsó letöltések ideje: 2013.02.28.)

### 3.5 A C. difficile epidemiológiája, terápiája valamint egészség-gazdaságtani háttere

Csercsik Rita	SE - ÁOK	III. évfolyam
Strbák Bálint	BCE – KTK közgazdálkodás és közpolitika	Msc II. évfolyam

**Bevezetés:** A *C. difficile* jelenleg elfogadottan a leggyakoribb nosocomialis enterális patogén. Felelős az enyhe lefolyású antibiotikumhoz kapcsolódó hasmenésért, de ugyanez a baktérium okozza – az akár életveszélyes – pseudomembranosus (álhártyás) colitist is. A fertőzés elkerülését illetően súlyos nehézséget okoz, hogy az egészséges populáció 1-2%-a tünetmentes hordozó, terápia szempontjából pedig az a tény, hogy jelentős számban izoláltak magas szintű antibiotikum-rezisztenciát mutató, kórházakban előforduló klónokat. A *C. difficile* fertőzések diagnosztikájáról, terápiájáról, és megelőzéséről szóló módszertani levél szerint a *C. difficile* fertőzések incidenciája és súlyossága az utóbbi időben jelentős növekedést mutat a fejlett országokban. A hazai adatgyűjtés kezdeti fázisában van, a jelentett esetek száma erősen növekvő tendenciát mutat [1]. A CD infekció betegségterhe jelentős, Wiegand és mtsai. szisztematikus áttekintése (1 138 publikáció és konferencia absztrakt) szerint a CD infekció növekményi költsége £4 577 és £8 8943 között ingadozott 2010-es árakon számolva [2].

**Célkitűzések:** A BCE Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpontjában költségszámítást végeztünk, amelynek célja a magyarországi CD infekció kórházi inkrementális költségterhének elemzése volt. Külön is vizsgáltuk a többszörös rekurrenciát – 3 vagy annál többszöri felvétel – mutató CD infekcióban szenvedő betegek költségterheit.

**Módszerek:** Retrospektív vizsgálatot végeztünk a CD infekció betegségterhéről 2011-re vonatkozóan 2 budapesti kórház – a MH Honvédkórház, illetve az Egyesített Szent István és Szent László Kórház – részvételével. A vizsgálat során olyan 18 év feletti CD infekcióban szenvedő betegek dokumentációját tekintettük át, akik 2011-ben CD infekció miatt kerültek kórházi felvételre, illetve a CD infekciót a bennfekvés alatt diagnosztizálták náluk. 151 CD infekcióban szenvedő beteg dokumentációját válogattunk be. A felmérésben demográfiai, a fertőzésre és a felvételekre, az ellátásra, illetve a CD infekcióban szenvedő beteg kezelés utáni státuszára vonatkozó adatokat gyűjtöttünk. A felmérés tartalmazta az alkalmazott gyógyszerek és az elvégzett vizsgálatok mennyiségét is. Kalkuláltunk egy hipotetikus nővérbérral is, hogy meghatározzuk a CD infekcióhoz kapcsolódó bérköltséget. Ahol pontos adat nem állt rendelkezésre, abban az esetben szakértői becslést alkalmaztunk.

**Eredmények:** Meghatároztuk egy átlagos epizód, illetve egy átlag és egy többszöri rekurrenciát mutató CD infekcióban szenvedő beteg átlagos kezelésének teljes és a standard izolációhoz viszonyított inkrementális költségeit, utóbbi látható az 1. ábrán.

**Következtetések:** Kutatásunkból az látszik, hogy a CD infekció költsége jelentős, különösen intenzív terápiás osztályokon, illetve a többszöri rekurrenciát mutató betegeknél. Az inkrementális költségek esetén a higiénés költségek, a teljes költségeket vizsgálva a higiénés- és a nővér bérköltségek voltak a legnagyobb költség források. Az eredmények – és a növekvő incidencia – indokoltá teszi további, nagyobb betegszámú és az életminőség mérésére is kiterjedő vizsgálatok végzését.

**1. Táblázat, 1 CD infekcióban szenvedő beteg átlagos inkrementális költsége, osztályonként és rekurrencia megléte szerint**

Költség források	CD infekció növekményi költsége speciális belgyógyászati osztályon, bruttó Ft	CD infekció növekményi költsége intenzív terápiás osztályon, bruttó Ft	CD infekció növekményi költsége speciális belgyógyászati osztályon, bruttó Ft, többszöri rekurrencia	CD infekció növekményi költsége intenzív terápiás osztályon, bruttó Ft, többszöri rekurrencia
Nóvér idő*	8 304	16 607	21 560	43 119
Higiénés költségek*	92 901	124 509	241 668	347 723
Gyógyszerköltség	56 233	56 233	85 378	85 378
Laboratóriumi költség	17 741	17 741	28 038	28 038
<b>ÖSSZESEN</b>	<b>175 179</b>	<b>215 090</b>	<b>376 644</b>	<b>504 258</b>

\* A standard és a kontaktizoláció különbsége

### 3.6 A nosocomialis fertőzések gazdasági hatásai

Kovács Beáta	SE - GYTK	IV. évfolyam
Kovács Brigitta Fanni	BCE – GTK nemzetközi gazdálkodás	Bsc I. évfolyam

Témánknak az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések következtében keletkező kórházi többletköltségek és társadalmi keresetsökkenés vizsgálatát választottuk, valamint erre a problémára kívánunk egy lehetséges megoldást javasolni.

Kutatásunk során megvizsgáltuk a kórházi fertőzések eredetét, kialakulásuknak okait, típusait és terjedésüket. Ezt követően vizsgáltuk azt a tényt, hogy a kórházaknak ez jelentős plusz – egyébként elkerülhető – kiadást eredményez, így a betegellátás minősége romlik a kórházi ágyak kihasználtságával együtt. A kezelés időtartamának kitolódása ront az egyébként is túlterhelt szolgáltatáson, így a hazai egészségügyi ellátás az európai besorolásban előkelőnek egyáltalán nem nevezhető helyre kényszerül.

A gazdasági elemzést a beteg, azaz a fogyasztó szempontjából is megvizsgáltuk. Ezen a téren arra a megállapításra jutottunk, hogy mivel a fertőzés következtében tovább tart a felépülése, később tud visszatérni a munkaerőpiacra, hosszabb ideig van táppénzen. Ez a „passzivitás” a keresete egy részének az elvesztésével jár, valamint ez idő alatt munkaadójának veszteséget termel, így a foglalkoztató vállalat eredményességi mutatói is alacsonyabbak lesznek. Ezek a problémák makroökonómiai szinten szinergikus hatást váltanak ki, és a teljes nemzetgazdaságot érintik, befolyásolják.

Mivel statisztikai adatok támasztják, hogy az ilyen jellegű kórházi fertőzések nagy része megelőzéssel elkerülhető lenne, mi is ezt a megoldást tartjuk a legoptimálisabbnak, és e mellett foglalunk állást. Célunk, hogy felhívjuk a figyelmet a fekvőbeteg intézményekben a nosocomialis fertőzések helyzetének feltárására, ill. a prevenció tudatos és tervszerű fejlesztésére. A megelőzési módszerek ismeretében, az egészségügyi intézmény tevékenysége és a helyi sporadikus nosocomialis fertőzések alapján, minden intézmény köteles kialakítani a saját infekciókontroll stratégiáját.

Mindamellet, hogy a megelőzés az egyik legköltséghatékonyabb módszer, kórházi szinten a legkevesebb átalakítást igényelné, valamint az összes érintett tudatosan beépíthetné a megelőzés módszerét a mindennapokba. Ezáltal javulna az egészségügyi központok nyújtotta szolgáltatás, a higiéniai körülmények és a társadalmi ellátottság.

### 3.7 A jóindulatú prosztatamegnagyobbodás gazdasági terhe Magyarországon

Rencz Fanni	SE - ÁOK	VI. évfolyam
Tóth Katalin	BCE – KTK közgazdálkodás és közpolitika	Msc II. évfolyam

#### Bevezetés

Magyarországon az elmúlt 10 évben megháromszorozódott a benignus prostata hyperplasia (BPH) miatt orvoshoz fordulók száma. A BPH kezelésének gyógyszereszi és házi orvosi irányelve (2012) 140.000 gyógyszeresen kezelt és 350.000 fős összes betegszámot említ. Demográfiai előrejelzések alátámasztják, hogy az átlagéletkor növekedése és a népesség öregedése miatt 2020-ig további jelentős betegszám növekedésre számíthatunk. Felvetődik a kérdés, hogy felkészültünk-e erre a betegszám növekedésre, akár egészségügyi ellátás-szervezési, akár finanszírozási szempontból.

#### Célkitűzések

Kutatásunk fő céljai a 2011-es és 2020-ra várható magyarországi betegszám megbecslése, a magyarországi BPH betegek állapotának részletes bemutatása, a direkt egészségügyi költségek kiszámítása, majd mindezek ismeretében meghatározni a betegség társadalmi terhet (*societal burden*) és betegek önrészét (*out-of-pocket burden*), melyek együttesen a BPH összes gazdasági terhet (*disease burden*) jelentik.

#### Módszerek

KSH korcsoportos népességi adatok és szakirodalmi prevalenciák felhasználásával megbecsültük az összbetegszámot. 2008 és 2012 között az ország minden megyéjét érintve retrospektív kérdőíves vizsgálatot végeztünk BPH betegek és orvosok bevonásával. A kérdőíveket a betegek és orvosaik egymást követően töltötték ki. Kutatásunk során összesen 780 betegről és 172 orvostól származó adatokat elemeztünk. Felmértük a betegek általános jellemzőit (átlagéletkor, IPSS, honnan érkezett a szakrendelésre), az egyes diagnosztikus és terápiás eljárások alkalmazásának gyakoriságát, illetve az orvosok gyógyszerválasztási szempontjait. Az OEP publikus gyógyszer-törzs adatbázisából nyert adatok alapján kiszámoltuk a legfőbb hatóanyagok átlagos napi gyógyszerköltségét, illetve az egyes csoportok átlagos részesedését a társadalombiztosítási finanszírozásból. A járóbeteg-ellátás költségeit az OENO törzslista alapján, a fekvőbeteg ellátás költségeit pedig a HBCs-k forintértékéből számoltuk ki.

#### Eredmények

A számoláshoz felhasznált prevalenciától függően 2011-re 265.838-562.324 beteget számoltunk, ez az érintett korcsoport (40+) összes férfitagjának 12,08-25,26%-át jelenti. 2020-ra várhatóan 24.215-51.203 fővel nő a betegszám. A növekedés mértéke az összes korcsoportra nézve átlagosan 10,53%. A betegek átlagos életkora a vizsgálat időpontjában 67,2 (SD 8,5) év, kezdeti IPSS pontszáma 18,1 (SD 3,9) volt. Az egyes diagnosztikus és terápiás eljárásának gyakoriságáról kapott eredményeinket, továbbá a költségszámítás és a betegségteher-számítás eredményeit az 1. táblázat tartalmazza.

#### Következtetések

A kutatásunkban talált gazdasági teher mértéke alulbecsült, ennek két oka van. Egyrészt a BPH pontos epidemiológiája ismeretlen, a számításunkhoz használt 140.000 fős összbetegszám biztosan alulbecsült. Másrészt vizsgálatunkban csak a direkt költségek kerültek meghatározásra és hiányzó adatok miatt ezek sem teljes mértékben, továbbá nem rendelkezünk adatokkal a direkt nem egészségügyi költségekről, illetve az indirekt költségekről.

A kutatásban megismert betegszámok és a betegségteher nagysága indokolttá teszik, hogy elvégezzük az első hazai BPH betegszám, életminőség és betegség-költség felmérést, amely

lehetővé tenné, hogy költséghatékonyabbá tegyék a finanszírozást és szakmailag megalapozott egészségpolitikai döntések születhessenek.



**2. Táblázat: A BPH éves gazdasági terhe Magyarországon 2012-ben**

	Betegszám (db)	Gyakoriság	Direkt költség	Átlagos társadalombiztosítási részesedés (%)	Társadalmi teher (MFt)	Beteg önrész (MFt)
<b>1. GYÓGYSZEREK</b>					<b>1435,57</b>	<b>3631,84</b>
<i>Alfa-blokkoló</i>	140.000	71,4%	106,85 Ft/nap	33%	<b>1286,5</b>	<b>2611,97</b>
<i>Finasterid</i>	140.000	14,3%	90,67Ft/nap	22,5%	<b>149,07</b>	<b>513,48</b>
<i>Fitoterapeutikum</i>	140.000	14,3%	69,3 Ft/nap	0%	-	<b>506,39</b>
<b>2. JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS</b>					<b>441,64</b>	
<i>Szakorvosi vizsgálat</i>	148.000	-	1125 Ft/db	100%	<b>166,5</b>	n.a.
<i>PSA mérés</i>	148.000	92%	1475 Ft/db	100%	<b>200,84</b>	n.a.
<i>Kismedencei ultrahang</i>	148.000	94%	534 Ft/db	100%	<b>74,3</b>	n.a.
<b>3. FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS</b>					<b>1554,66</b>	
<i>TURP</i>	8000	-	194.332 Ft/db	100%	<b>1554,66</b>	n.a.
<b>Összesen</b>	-	-	-	-	<b>3431,87</b>	<b>3631,84</b>
<b>BPH éves gazdasági terhe Magyarországon 2012-ben:</b>					<b>7063,71</b>	

## 4 Posztgraduális képzés, absztraktok

### 4.1 A szívkamra támogató eszközök szerepe a végstádiumú szívbetegek kezelésében

Bali Ágnes	SE ÁOK	V.évfolyam
Bakonyi Zoltán	BCE Gazdálkodástani Doktori Iskola	I.évfolyam

A végstádiumú szívbetegek gyógyításában a bal szívkamra támogató eszközök (Left Ventricular Assist Devices; LVAD) jelentősége fokozatosan növekszik világszerte, 2012-ben pedig Magyarországon is megtörtént az első végleges műszív beültetése. Kutatásunkban arra keressük a választ, hogy az LVAD-nek milyen gazdaságos alkalmazhatósági lehetőségei vannak Magyarországon a végstádiumú szívbetegek kezelésében.

Mivel a szakirodalom megoszlik aszerint, hogy mennyire lehetséges az LVAD-t végleges, illetve áthidaló terápiaként felfogni, ezért célunk mindkét megközelítés költség és életminőségbeli vizsgálata. Ezek alapján az LVAD-t összehasonlítjuk a gyógyszeres kezeléssel, valamint a szívtranszplantációval is. Ez a megkülönböztetés eltérhet a kezelés egyes érintettjei szempontjából is, így célunk annak az elemzése is, hogy milyen szereplők és miként befolyásolják az LVAD terápiával kapcsolatos döntéseket.

Módszertanunkat tekintve elsősorban nemzetközi irodalom feldolgozásra és magyarországi szakértőkkel készített interjúkra alapozzuk. Az így nyert adatokat költség- és hálózatelemzéssel vizsgáljuk meg.

Kutatásunk konklúziójaként azonosítjuk, hogy milyen költségtényező csökkentésével lehetséges az LVAD, mint áthidaló kezelés gazdaságosságának növelése. Eredményeink között kitérünk arra is, hogy milyen lehetőségei vannak végleges terápiaként való megközelítésének és, hogy az egyes érintettek ezt miként befolyásolják.

**KULCSSZAVAK:** VÉGSTÁDIUMÚ SZÍVBETEGSÉG, BAL SZÍVKAMRA TÁMOGATÓ ESZKÖZ, LVAD, KÖLTSÉGELEMZÉS, HÁLÓZATELEMZÉS, VÉGLEGES VAGY ÁTHIDALÓ TERÁPIA, SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓ,

## 4.2 Pikkelysömör betegségterhe

Jókai Hajnalka	SE Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola, Bőrgyógyászat és Venerológia	III. évfolyam
Balogh Orsolya	BCE Gazdálkodástani Doktori Iskola	II. évfolyam

**Bevezetés:** A bőr a legnagyobb emberi szerv, feladata a test megvédése külső behatásoktól. Fontos szerepet játszik hétköznapijainkban, interakcióinkban. A psoriasis, vagy pikkelysömör egy bőrt érintő, krónikus betegség, ami a hámrétegben végbemenő elszarusodást érintő betegség, ugyanis a folyamat az egészséges szervezetben 27 napot ölel fel, míg pikkelysömör esetén az elszarusodás ideje 4-5 napra csökken. Így a szarusejtben a sejtmagnak nincs ideje elhalni, tehát a felgyorsult folyamat eredménye a pikkelyszerű kiütés. Hazai finanszírozói statisztikák szerint a népességnek kb. 2%-át érinti a betegség. Magyarországon kevés szakirodalmi adat áll rendelkezésre a pikkelysömörben szenvedők életminőségéről, a betegség által befolyásolt főbb területekről.

**Célkitűzés:** Felmérésünk célja a magyarországi súlyos és közepes súlyos psoriasisban élő betegek életminőségének felmérése.

**Módszer:** Hazai bőrgyógyászati centrumokban – Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika; Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika - keresztmetszeti kérdőíves felmérést végeztünk. Felmértük a betegek általános egészségi állapotát; jövővel kapcsolatos várakozásait; gyógyszeres terápiájukat; életminőségüket; foglalkoztatásukat, munkaképességüket.

**Eredmények:** A vizsgálatban eddig 44 beteg (34% nő) vett részt, életkoruk átlag 51 év volt, a legfiatalabb kitöltő 23, a legidősebb 67 éves. Átlagosan 21 éve (SD=11,34) diagnosztizálták a pácienseket pikkelysömörrel. A megkérdezettek 43 százaléka (19 fő) teljes állásban dolgozik, 12-en rokkantnyugdíjasok. A főállásban dolgozók közül 14-en biológiai terápián vesznek részt és 11-en tünetmentesek. Kitöltéskor a betegek EQ-5D index- szel mért hasznossága átlagosan 0,64 (SD=0,35) volt. Az EQ-VAS vizuális analóg skála eredménye a kitöltés napján 0 és 100 között átlagosan 65,81-re esett. A betegek várakozásai 60, 70, 80 illetve 90 éves korukra egyre romló életminőség értékekkel jellemezhető: átlagosan 0,57, majd 0,35, 0,12, végül -0,28 az index értéke. A betegek életminősége alacsonyabb a korra illesztett átlagos lakosság életminőség értékeinél.

**Következtetések:** A bőrön tünetekkel jelentkező psoriasis életminőség csökkenéssel jár, EQ-5D-val jól mérhető, a várt életminőség az életkor növekedésével rosszabbodik. A psoriasis súlyosbodásával – azaz a PASI növekedésével – romlik a munkahelyi és a mindennapi teljesítőképesség.

### 4.3 A májdonációs aktivitás Magyarországon

Dr. Gámán György	SE Patológiai tudományok Doktori Iskola - Kísérleti és klinikai transzplantáció program	I.évfolyam
Sárvári Balázs	BCE Nemzetközi Kapcsolatok Doktori Iskola - Világgazdasági alprogram	II. évfolyam

Kutatásunk tárgya a magyarországi májdonációs aktivitás.

Az elemzés során keresztmetszeti és idősoros adatokkal elemezzük a szervfelajánlások alakulását. Elsőként az elmúlt 10 év alapján közelítjük a donációkat, amit a kutatás későbbi fázisában 1995-ig, a hazai májtranszplantációs program elindulásáig vezetünk vissza. A keresztmetszeti adatsor csoportosítási szempontja egyrészt a megerrendszer, másrészt a Szervkoordinációs Iroda által 2007 óta alkalmazott koordinációs központok rendszere.

A jogi szabályozás alapján Magyarországon ma mindenki potenciális donor, aki nem tesz tiltakozó nyilatkozatot, így a szervfelajánlások nem magyarázhatóak egyéni motivációval, személyes tájékozottsággal. A tájékoztatatlanságnak főként a hozzátartozók esetében van jelentősége, mert esetleges tiltakozásukkal képesek olyan jelentős nyomást gyakorolni a donorjelentésről döntő orvosokra, hogy végül a felajánlás elmarad. Az ilyen események felértékelik a média és a donációra ösztönző központi tájékoztató programok szerepét. Hipotézisünk, hogy a szervfelajánlások alakulásában meghatározó az egyes orvosok aktivitásának és a gazdasági, kulturális környezetnek a szerepe.

Kidolgozunk egy olyan panelökonometriai modellt, melyben egyszerre szerepelnek gazdasági, kulturális, és egészségügyi szempontok. Egyaránt figyelembe vesszük a területi egységek GDP-jét, a lakosság iskolai végzettség szerinti megoszlását, a közúthálózat kiterjedtségét és a közúti balesetek számát (a májdonációk jelentős részére közúti balesetek nyomán kerül sor), a különböző agyérbetegségek következtében kialakuló halálesetek gyakoriságát, a kórházi ellátottság fokát, a májdonáció központi finanszírozásának mértékét, valamint a felajánlásokat tevő egyes orvosok szakmai elkötelezettségéről készített egyéni pontrendszerünket.

Kutatásunkban vizsgálni kívánjuk továbbá, hogy mivel magyarázható, hogy a Szervkoordinációs Iroda megalakulását követő években a beültetések átlaga nem éri el a 2007-es, illetve az azt megelőző évek szintjét. Ezzel kapcsolatosan hipotézisünk, hogy a koordinátori rendszer növelte a hatékonyságot, a felajánlások számát, ám a beültetések számában ez nem tükröződik. Kutatásunknak nem tárgya, hogy az egyes felajánlott szerveket végül miért nem ültették be. Megvizsgáljuk, hogy az egyes régiók által jelentett beültethető szervek száma miként alakult a korábbi időszakhoz, illetve a többi régióhoz viszonyítva.

#### 4.4 Generikus gyógyszerfelhasználás = költséghatékonyság?

Dr. Gyetvai László	SE Gyógyszerügyi szervezés és igazgatás szakirány	rezidens képzés III. évfolyam
Dr. Schlégel Péter	BCE GTK, Gazdálkodási és Menedzsment szak	Bsc III. évfolyam

Mind a beteg (fogyasztó), mind a biztosító (finanszírozó) szempontjából egyre nagyobb az igény a költséghatékony módszerek kidolgozására, alkalmazására. Ilyen megoldást kínálhat a generikus gyógyszerek használata.

A gyógyszertárakban a betegek nagy számban (évi 60 millió vény) váltanak ki olyan generikus gyógyszereket, melyek a már több éven át alkalmazott ún. originális gyógyszerek hatóanyag szempontjából egyenértékű változatai. Ezeket bioekvivalencia vizsgálatot végeznek, ahol összehasonlítják a generikus és az originális termék hatóanyagának biológiai jelenlétét és hasznosulását, melyeknek azonosnak kell lenniük.

A szabadalommal védett készítmények árazásánál monopolhelyzetet élvezhettek a gyártók, árazásnál pusztán a maximális profitot kellett figyelembe venniük. A szabadalom lejártával fordult a kocka, itt az originális készítmény gyártójának kemény árversenybe kellett lépnie a generikus készítmények gyártóival. A korábbi előnyéből pusztán a bevezetett márkanev és az ismertség maradt meg. A generikus termékek árazásánál a változó költségeken kívüli fix költségek számításánál nem kellett figyelembe venni az originális készítmény engedélyezésének gyakran milliárdos költségét, így azok olcsóbbak is és feltételezhetően azonos egészségnyereség előállítás mellett költséghatékonyabbak is.

A generikus ösztönzés során a gyógyszertáraknak előnyben kell részesíteni a preferált ársávba, illetve az alá eső készítményeket. Ez anyagi szempontból a betegnek előnyös, mivel a térítési díj lényegesen kevesebb lehet a korábbi kiváltott gyógyszerénél. Az állami költségvetés szempontjából kis mértékben kedvezőtlen is lehet, mivel egy gyógyszerkészítménynél a gyógyszerár támogatás napi terápiás költséget tekintve megegyezik (egyes drágább készítményeknek kisebb) és még kompenzációt is kell fizetni. A generikus programban érintett gyógyszertárak egyértelműen csökkenő nyereséget tudnak felmutatni, mivel a degresszív árrés alapján is a drágább gyógyszereken lehet magasabb profitot realizálni, és a kompenzáció sem fedezi a kiesett profitot.

A legnagyobb probléma a generikus készítményekkel a túréshatár, amennyivel a vérszintgörbék eltérhetnek az originális készítménytől. Ez lefele 10, felfele 5% lehet maximálisan, viszont, ha az előbbi két készítményt helyettesítjük egymással az majdnem 17% eltérést is jelenthet, ami egy vérnyomáscsökkentő esetén a beteg által is érezhető hatáskülönbséget eredményezhet, és megingathatja a gyógyszer iránti bizalmát. A generikus készítmények előnye lehet, hogy a szabadalmi oltalmi idő alatt a gyógyszer technológia fejlődése is végbemegy, ami korszerűbb segédanyagokat alkalmazását teszi lehetővé. Ugyanakkor ezen segédanyagok kiválthatnak B típusú mellékhatást, ami az originális készítménynél nem volt jellemző.

Kutatásunkban a generikus program bevezetésével kapcsolatos egészségnyereséget és költséghatékonyságot szeretnénk bemutatni, fogyasztó (beteg), ellátó (gyógyszerész) és finanszírozó szemszögéből egyaránt. Ehhez a piackutatás legjellemzőbb segédeszközét a kérdőívet hívtuk segítségül.

Mindezek kapcsán a generikus program lehetséges kimeneteleit és sikerkritériumait sikerült azonosítanunk.

#### 4.5 Figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral élő felnőttek klinikai jellemzői és egészséggel összefüggő életminősége

Dr. Pulay Attila	SE Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Pszichiátriai program	II. évfolyam
Vártokné Hevér Noémi	BCE, Gazdálkodástudományi Doktori Iskola	II. évfolyam

**Bevezetés és célkitűzés:** A figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) élő felnőtt páciensekről kevés hazai adat áll rendelkezésre. Vizsgálatunk célja a felnőtt ADHD-val élő betegek demográfiai és klinikai jellemzőinek, egészséggel összefüggő életminőségének felmérése, különös tekintettel az egészség-gazdaságtani elemzésekben alkalmazott mércékre.

**Módszerek:** Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatot végeztünk a klinikánkon megjelenő, ADHD diagnózisú felnőtt betegek körében. A demográfiai adatok, kísérőbetegségek, gyógyszerek felmérése mellett a betegség súlyosságát a szakorvosok a Clinical Global Impression (CGI) és vizuális analóg skálán (VAS) értékelték. Az életminőséget az EQ-5D és SF-36 általános egészségi állapot felmérő kérdőívvel vizsgáltuk.

**Eredmények:** Összesen 75 beteget (férfi 77,3%) vontunk be a vizsgálatba, életkoruk átlag 30,4 (SD=10,5) év, az ADHD diagnózis 5,9 (SD=6,6) éve ismert. Húsz betegnek (26,7%) van gyermeke, a betegek szülei között a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya 68%. Pszichiátriai kísérőbetegségeik: major depresszió 16 (21,3%), bipoláris affektív zavar 3 (4,0%), szorongásos kórképek 12 (16,0%), szerhasználat 4 (5,3%), személyiségzavar 9 (12,0%), egyéb 7 (9,3%). Összesen 51 (68,0%) beteg szed gyógyszert ADHD miatt. A CGI stádiumok közötti megoszlás: normál 4%, határeset 4%, enyhén beteg 43%, közepesen beteg 33%, kifejezetten beteg 14%, súlyosan beteg 1%. Az SF-36 értéke 63 (SD=18), a fizikai komponens 69 (SD=18), a mentális 54 (SD=20). Az EQ-5D átlag 0,735 (SD=0,223) volt, ami szignifikánsan alacsonyabb a korra illesztett átlagos lakosságénál ( $p < 0,05$ ). Az EQ VAS 69, (SD=19,4), az orvosok értékelése VAS 62,5 (SD=18,9).

**Következtetések:** Klinikánkon a szakellátásban megjelenő ADHD-val diagnosztizált felnőttek döntően fiatal férfiak és a szüleik kétharmada értelmiségi. Életminőségük jelentősen rosszabb a korra illesztett hazai átlagos lakosságénál. Az SF-36 mérés alapján elsősorban a mentális terület érintett, az EQ-5D kérdőívben a szorongás/lehangoltság és a fájdalom/rossz közérzet dimenziókban jelentkezik legtöbb probléma, de gondot jelent a szokásos tevékenységek elvégzése is. EQ-5D eredményeket nemzetközi viszonylatban is elsők között közlünk, életminőséggel korrigált életév (QALY) számításokban való alkalmazhatóságuk miatt kiemelt jelentőségűek.

## 5 Rövidítések

ÁOK	Általános Orvostudományi Kar
BCE	Budapesti Corvinus Egyetem
KTK	Közgazdaságtudományi Kar
GTK	Gazdálkodástudományi Kar
GYTK	Gyógyszerésztudományi Kar
SE	Semmelweis Egyetem