

Gyógyszervizsgálatok területi összefüggései Magyarországon a háziorvosok körében végzett felmérés alapján

Bevezetés

A klinikai vizsgálatokat (egy új gyógyszer kifejlesztésére irányuló, a laboratóriumi fázist követő, betegek bevonásával zajló gyógyszervizsgálatok) számos szempont szerint lehet vizsgálni, elemezni. Ezek alapvetően orvosi/egészségügyi, illetve gazdasági jellegűek és döntően az intézmények (kórházak, klinikák, stb.) vagy a gyógyszergyárak oldaláról közelítik meg a kérdést. Jelen munkánkban arra teszünk kísérletet, hogy egy, a háziorvosok körében végzett széleskörű felmérés eredményeinek segítségével Magyarországra vetített területi képet alkossunk ezen tevékenységről, illetve a háziorvosok involváltságáról.

A tanulmány és az alapját képező kutatás elkészítését a P3 egészségipari klaszter támogatta, a dolgozat több más vizsgálat mellett a klaszter működéséhez és fejlődéséhez is hozzájárul. Emiatt - bár a téma első megközelítésben idegennek tűnhet a területfejlesztéstől - mégis joggal tarthat számot érdeklődésre a területfejlesztési szakma részéről, hiszen a területfejlesztés számos részterületéhez kapcsolódhat.

A klinikai vizsgálatok a 2008-as évben megközelítőleg 50 Md forinttal (0,2%) járultak hozzá a GDP-hez. Hazánk lakosságszám-arányosan a régióban Ausztria és Csehország után a harmadik helyet foglalja el a klinikai vizsgálatok részesedésében. (KALÓ Z. ET AL. 2010) Mindez tovább erősíti azt a célkitűzést, hogy egy, (többek között) az egészségiparra, mint kitörési ágazatra tekintő régióban szükséges foglalkozni a kérdéssel.

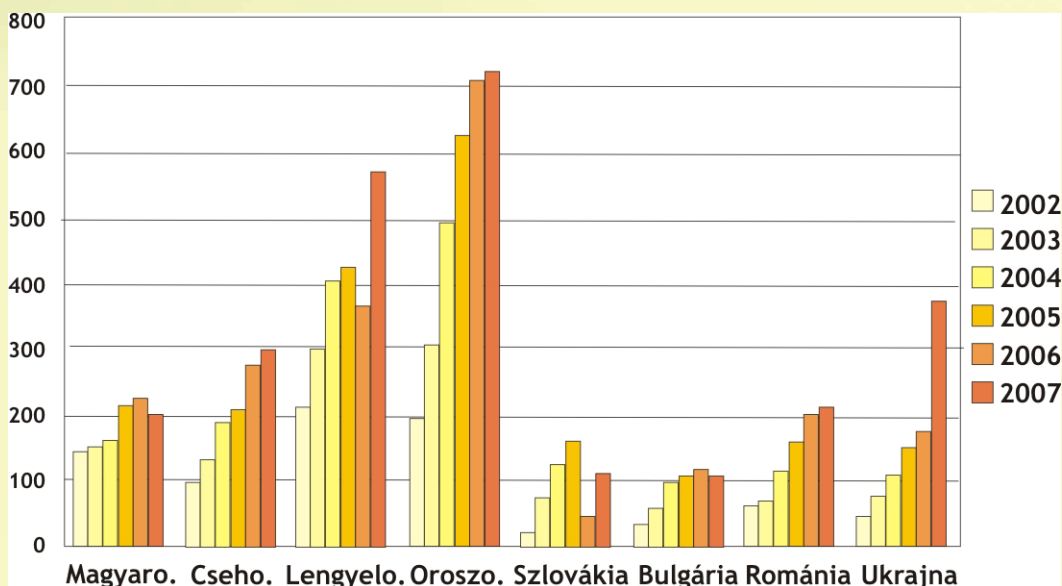
A P3 egészségügyi klaszter

A klaszter olyan cégek gazdasági hálózata, amelyek ugyanabban az ágazatban (előállítók, szállítók, kutatók, szolgáltatók) dolgoznak, illetve azonos ágazatokat fognak össze. A gazdasági eredmények növekedése révén a versenyképesség javul. Ehhez a klaszterek az alábbi módon és területen kapcsolódnak: növelik a klasztereken belül működő vállalkozások, így különösen a KKV-k termelékenységét, fokozzák az innovációk körét és mértékét, ami a jövőbeli termelékenység-növelés alapja, ösztönzik, támogatják, illetve igénylik új vállalkozások megalakulását (spin-off), valamint a rugalmasság megtartása mellett biztosítják a méretgazdaságosság előnyeit. A klaszterek biztosítják a jobb hozzáférést a munkaerőhöz és a beszállítókhöz, speciális információkhoz, intézményi szolgáltatásokhoz; a komplementaritást és az innovációt teszik lehetővé. (KLASZTERSTRATÉGIA 2012)

A Dél-dunántúli régióban a Regionális Operatív Program keretén belül alapvető fontosságú az egészségipar fejlesztése. A régióban az egészségügyi szolgáltatók, a felsőoktatási intézmények és a gyógyszeripari szponzor cégek, gyógyszeripari háttérszolgáltatók közötti együttműködés, a humán klinikai vizsgálatok számának növelése és azok minőségi színvonalának jelentős mértékű javítása fontos cél. E tervezett együttműködések határozottabb keretek közé szerveződésére, az infrastrukturális háttér fejlesztésére, illetve az ország déli határain átívelő további keretmegállapodások létesítése érdekében jött létre a Panon Pharmacologiai Pólus Klaszter. (DDOP 2007-2013, KLASZTERSTRATÉGIA 2012)

Magyarországi és régiós vizsgálati számok

Ahogy korábban említettük, Magyarország lakosságszám-arányosan kedvező pozíciót foglal el Közép-Európában. (1. ábra) Az egy főre jutó adatokból azonban az is látszik, hogy a vizsgálati számok növekedése a versenytársak többségénél lényegesen nagyobb volt a 2000-es évek közepén.



1. ábra: Az éves vizsgálati számok néhány kelet-európai országban. Forrás: Antal J. et al. 2010 nyomán

Egyes kutatási becslések és felmérések alapján a 2008-as közel 50 Md forintból mintegy 15 Md forintot fordítottak az intézmények és a vizsgálatok díjazására hozzávetőlegesen 1200 centrumban 10-17 000 alany vizsgálata során. (ANTAL J. et al. 2010 és KALÓ Z. et al. 2010). A publikusan elérhető információk 2011-es összesítése alapján hazánkban 72 településen, összesen 1465 centrum bevonásával zajlott vizsgálat. A centrumok földrajzi

megoszlásában nagy az egyenetlenség. Az összes centrum több mint egynegyede Budapestre lokalizálódik, a többi egyetemi város közül pedig Debrecen áll az élen 7%-os részesedéssel. A Dél-dunántúli régióban Pécsen és Kaposváron van jelentősebb számban aktív vizsgálati centrum 4, illetve 3%-os részesedéssel, míg Szekszárd csupán 1%-kal képviselteti magát a vizsgálati palettán. (HELMLE L. 2012)

A szakterületek vonatkozásában is nagy eltérések mutatkoznak. Országosan a vizsgálatok egyharmada onkológiai betegséghez kapcsolódik, és az összes vizsgálati centrum egyharmada is onkológiai osztályokhoz kötődik. További kiemelt terápiás területek a kardiológia, reumatológia, neurológia, a fertőző betegségek, a diabetológia és a pulmonológia. (HELMLE L. 2012)

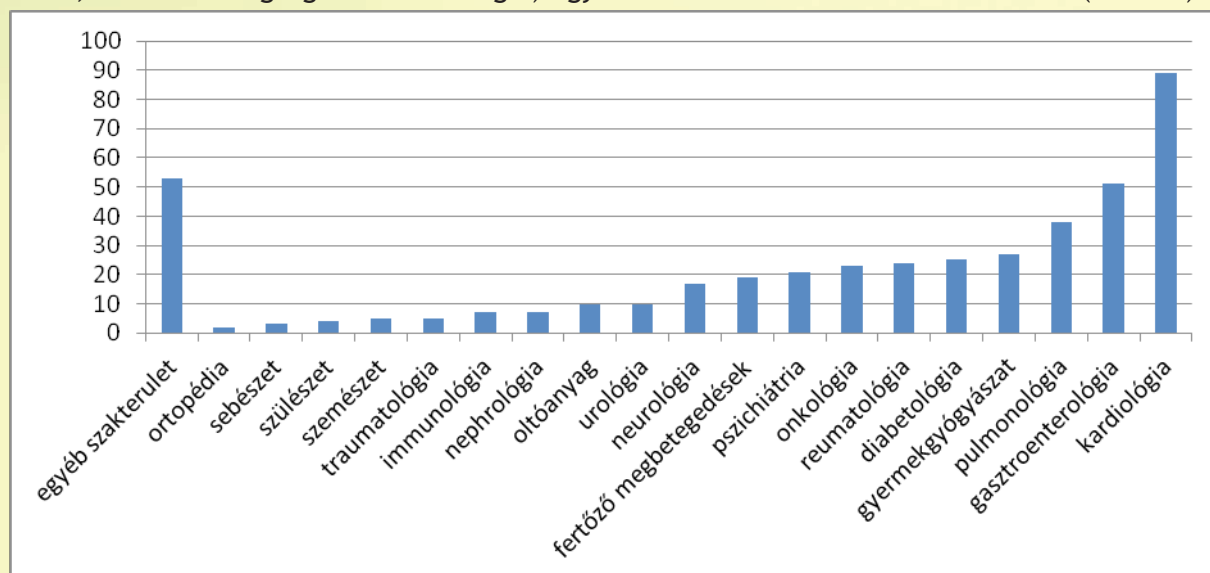
A kérdőíves felmérés célja, módszerei és egyes értékelhető eredményei

A kérdőíves felmérés célja az volt, hogy képet kapjunk a házi orvosok klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos ismereteiről, involváltságáról, valamint a kérdéssel kapcsolatos véleményükről. Célunk volt, hogy az eredményeket térinformatikai eszközök felhasználásával térképre vigyük és területi mintázatot, szabályszerűségeket, különböző összefüggéseket állapíthassunk meg. Mindezt azzal a stratégiai céllal végeztük, hogy megpróbáljunk háttértudást biztosítani a klaszter gazdasági és területfejlesztési tevékenységéhez.

A kérdőíves felmérés az eVisit kft. segítségével történt. 2012. augusztus 16-án 15 853 kérdőív került kiküldésre elektronikus úton az adatbázisukban szereplő házi orvosoknak, melyek több mint 84%-a sikeresen kézbesítésre is került. 353 értékelhető válasz érkezett vissza, mely 2,65%-os kitöltési arányt jelent. A kitöltők 58,6%-a nő, 41,4%-a férfi. A válaszadók életkor szerinti megoszlása egyenletes, közel kétharmadukat alkotják az 1950-es és az 1960-as évtizedben születettek, az 1940-es évtized közel 10, míg az 1970-es évtized közel 20%-kal képviselteti magát. Az 1920-as, 30-as és 80-as évtizedben születettek összesen 5%-ot alkotnak. A válaszadók több mint háromnegyede vett már részt klinikai vizsgálatban, a többiek olyan házi orvosok, akik még közvetlenül nem voltak résztvevői hasonló tevékenységnek.

Gyógyszervizsgálatok területi összefüggései Magyarországon a háziorvosok körében végzett felmérés alapján

A szakterületek szerinti megoszlásban vezető helyen állnak a kardiológia, gasztroenterológia, pulmonológia területei, mind 30 feletti említéssel, ami a lakosság körében vezető halálokok ismeretében nem meglepő (EMBER I.-PÁL V.-TÓTH J. 2013), illetve némileg az összes klinikai vizsgálatra vonatkozó terápiás területtel is összhangban áll. A következő kontingens (gyermekgyógyászat, diabetológia, reumatológia, onkológia, pszichiátria, fertőző betegségek és neurológia) egyenkénti említései mind 10 felettek. (2. ábra)



2. ábra: A válaszadók részvételeivel végzett vizsgálatok szakterületenként.

Forrás: a szerzők szerkesztése

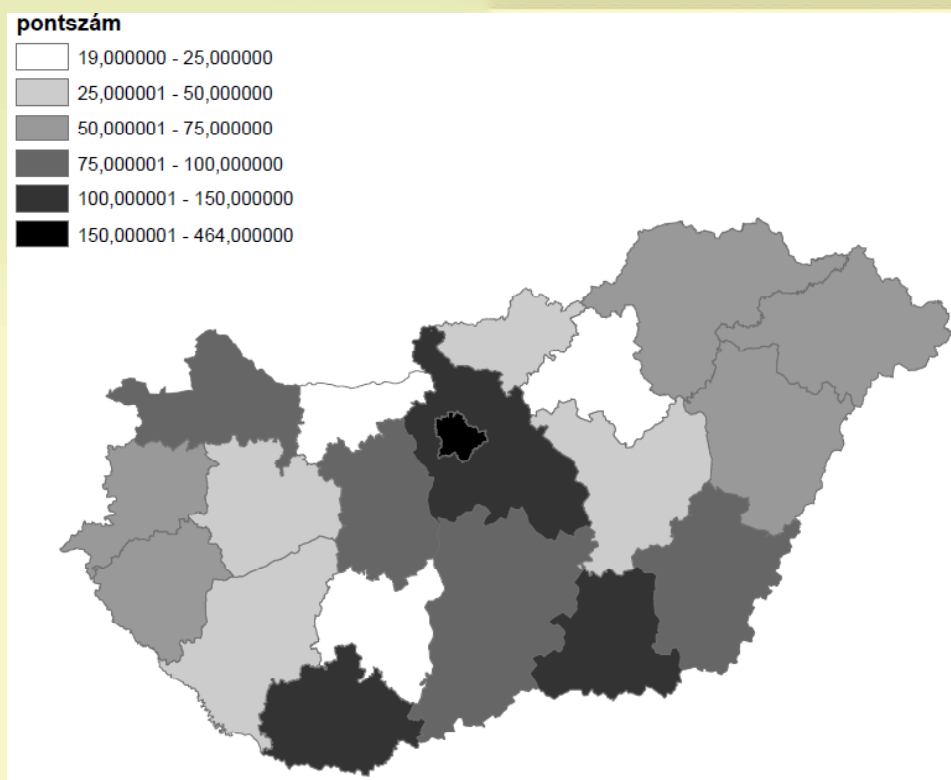
A kérdőív további eredményeit összefoglalva az alábbi megállapításokat tehetjük:

- A vizsgálatok nagyobb részét kórházi, klinikai környezetben, kisebb részét rendelőkben végezték. Többen több típusú egészségügyi intézményben is érintettek voltak.
- A válaszadó orvosok nagy hajlandóságot mutatnak válaszaikban mind a betegek klinikai vizsgálatokra történő ajánlására, mind a szűrővizsgálatokban való részvétel ösztönzésére. Betegeiknek alapvetően szívesen ajánlják a klinikai kutatásokban való részvételt.
- A válaszadó orvosok több mint háromnegyede úgy véli, hogy a gyógyszervizsgálatokat 50%-ot meghaladó arányban az adminisztratív-logisztikai feladatok teszik ki és kevesebb, mint 50% marad a betegekkel való tényleges foglalkozásra. Ebből következik az is, hogy többségük hasznosnak tartaná professzionális koordinátor alkalmazását, azaz a tevékenység fejlesztését.
- A válaszadó orvosok szerint a betegek alapvetően szívesen vesznek részt a vizsgálatokban, az őket terhelő adminisztratív terhek jelentik a jellemző negatívumokat. A részvételi hajlandóságot utazási, étkezési, táppénz-térítéssel, illetve egyéb anyagi jellegű juttatásokkal látja növelhetőnek az orvosok többsége. Kiemelendő még a válaszok közül az ingyenes gyógyszerjuttatás és a nagyobb figyelem, a hatékonyabb kommunikáció, a tájékoztatás és a nyomkövetés.

Az eredmények területisége

A kérdőíves vizsgálat lehetővé tette, hogy a válaszokat az irányítószám alapján térképen is megjelenítsük. Az eredményeket megyei bontásban ábrázoljuk, de az irányítószámok segítségével lehetőség nyílik arra, hogy települési szintű vizsgálatokat is végezzünk.

Gyógyszervizsgálatok területi összefüggései Magyarországon a háziorvosok körében végzett felmérés alapján



3. ábra: A klinikai vizsgálatokban résztvevők súlyozott mutatószáma.
Forrás: a szerzők szerkesztése

jutó vizsgálatról nyújt képet. A lakosságszámmal történő összevetés a 10 000 főre vetített pontszámot mutatja. Itt is hangsúlyozzuk, amit már korábban jeleztünk, hogy a válaszadás önkéntes, azaz az értékek csupán viszonyítási alapok, nem pontos számok.

Nem meglepő módon a pontszámok tekintetében az élen végzett azon megyék többsége, ahol kiemelt egészségügyi központok, felsőfokú orvostudományi képzés található, azaz mind a humán, mind az intézményi infrastruktúra magasan fejlett. Előkelő pontszámot értek el (90 felett) az általánosan kiemelkedő fejlettségi szintet elérő megyék, úgy mint Győr-Moson-Sopron, Fejér, Pest és Bács-Kiskun, melyek részben jó nyugati kapcsolatrendszerrel, illetve a fővárossal szoros gazdasági, kommunikációs interakciókkal rendelkeznek (vonzáskörzet, agglomeráció, autópályák).

Több megye helyzetének magyarázata további vizsgálatokat igényelne. Ilyen Békés megye kiugró, közel 90 pontos eredménye mind az egy főre, mind az egy orvosra jutó értékek magas száma tekintetében. Hajdú-Bihar megye alacsony értékei ugyancsak további háttérkutatás igényét vetítik előre. Ez a megye úgy ér el közepes pontokat, hogy az egyik legnépesebb és legtöbb orvossal rendelkező megye, humán és műszaki infrastruktúráját pedig orvosi egyetem és klinika is diverzifikálja.

A korrelációs együtthatók számítása során arra a következtetésre jutottunk, hogy a legszorosabb összefüggés a megye orvoslétszáma és a kérdőíves vizsgálatok segítségével számított pontszám között áll fenn (0,9626). További szoros, de az előzőnél lazább összefüggés fedezhető fel a lakosságszám és a pontszám között is (0,8399). Ugyanakkor, ha csak a vidéki Magyarországot tekintjük, azaz Budapest minden tekintetben kiugró értékeit nem vesszük figyelembe, már sokkal lazább területi összefüggéseket kapunk. A pontszám és az orvoslétszám közti korrelációs együttható a főváros értékei nélkül mindössze 0,6768, míg a lakosságszámmal való összefüggés mértékének elemzésekor csak 0,4588-as értéket kaptunk. Azaz megállapíthatjuk egyrészt, hogy Budapest értékei kiemelkednek az országos átlagból és a területi statisztikákat torzítják, másrészt pedig levonható a konzekvencia, miszerint a klinikai vizsgálatok területiségében nem a lakosságszám vagy az orvoslétszám a döntő elem.

A gyógyszervizsgálatok megyénkénti számát egy index kialakításával mutatjuk be. A válaszadó orvosok által megjelölt részvételi gyakorisághoz értékeket rendeltünk (nem vett részt - 0, 1-szer vett részt - 1, 2-5 - 3, 6-10 - 8, 10 fölött - 15) és ezek összesítése alapján határoztuk meg az egyes megyékhez tartozó értékeket. Ez nem jelenti sem a megyében végzett összes vizsgálatot, sem a válaszadó orvosok által végzett összes vizsgálatot, csupán egy összehasonlítható viszonyszám, mely a megyékben végzett vizsgálatok relatív számát mutatja meg. (3. ábra)

Az értékek és a válaszadó orvosok hányadosa az egy válaszadó orvosra jutó értéket, míg a megye orvosaihoz történő viszonyítása a megyében az egy orvosra

Gyógyszervizsgálatok területi összefüggései Magyarországon a
házi orvosok körében végzett felmérés alapján

megye	válasz- adó (fő)	pont	pont/ válasz	orvosok száma 2011 (fő)	pont/ 1000 or- vos	lakosság 1000 fő	pont/ 10 000 fő	orvos/ 1000 fő
Budapest	74	464	6,27	10 560	43,9	1740	2,7	6,1
Csongrád	24	137	5,71	2 036	67,3	419	3,3	4,9
Baranya	21	116	5,52	1 761	65,9	389	3,0	4,5
Pest	40	104	2,60	3 241	32,1	1245	0,8	2,6
Győr-M.-S.	18	93	5,17	1 444	64,4	452	2,1	3,2
Fejér	19	92	4,84	1 024	89,8	426	2,2	2,4
Bács-Kk.	17	92	5,41	1 379	66,7	522	1,8	2,6
Békés	14	88	6,29	857	102,7	358	2,5	2,4
BAZ	19	68	3,58	1 722	39,5	678	1,0	2,5
Zala	22	62	2,82	907	68,4	285	2,2	3,2
Hajdú-B.	12	62	5,17	2 272	27,3	538	1,2	4,2
Vas	11	56	5,09	805	69,6	256	2,2	3,1
Szab.-Sz.-B.	5	56	11,20	1 304	42,9	552	1,0	2,4
Somogy	10	35	3,50	870	40,2	316	1,1	2,8
Veszprém	8	34	4,25	846	40,2	355	1,0	2,4
Jász-Nk.-Sz.	10	31	3,10	853	36,3	383	0,8	2,2
Nógrád	10	26	2,60	397	65,5	199	1,3	2,0
Heves	8	25	3,13	759	32,9	305	0,8	2,5
Kom.-E.	4	21	5,25	731	28,7	310	0,7	2,4
Tolna	10	19	1,90	559	34,0	229	0,8	2,4
összesen	356	1681		34327				
átlag	17,8	84,05	4,72	1716	48,97		1,69	

1. táblázat: A klinikai vizsgálatok és a megyék néhány adatának összefüggése.

Forrás: KSH és kérdőív

Összegzés

Magyarországon a gyógyszervizsgálatok kapcsolatot mutatnak a lakosság egészségügyi sajátosságainak némelyikével. A kérdőíves felmérés eredményeként megállapítható, hogy az orvosi szakterületek közül legnagyobb arányban azokon a területeken vesznek részt házi orvosok a vizsgálatokban, amely területek hazánkban vezető halálokokként jelentkeznek.

A vizsgálatok területi eloszlása érdekes képet mutat, amennyiben alapvetően a várakozásoknak megfelelő volt bizonyos térségek kiemelkedő teljesítménye. Ezek a területek mindenek előtt a főváros, Pest, Csongrád és Baranya megyék, ahol a fejlett humán és intézményi infrastruktúra, valamint az orvosképzés jelenti az alapot. Némi meglepetés, hogy ebben a csoportban nem szerepel a harmadik vidéki orvosi egyetem megyéje, Hajdú-Bihar. A következő csoportot az alapvetően társadalmi-gazdasági szempontból fejlett, az ország és Európa térszerkezetébe jól integrált megyék alkotják (Fejér, Győr-Moson-Sopron, Bács-Kiskun). Némi meglepetésre Békés megye is ebbe a csoportba került.

Korrelációs vizsgálatok azt mutatják, hogy mind a megye aktív orvoslétszámával, mind a megye lakosságszámával kapcsolatot mutat a vizsgálatok számára utaló érték. Amennyiben mindezen vizsgálatokat csak a vidéki Magyarországra végezzük el, Budapest nélkül, akkor ezek az összefüggések már nem ennyire egyértelműek.

Irodalom

- Antal J.-Szepezdi Zs.-Nagyjánosi L.-Kaló Z. 2010: A nemzetközi klinikai vizsgálatok helyzete és hozadéka Magyarországon - Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. IX. évf. 1. sz. február, pp 5-10.
- Ember I.-Pál V.-Tóth J. 2013: Egészségföldrajz. Medicina, Budapest, pp. 513
- Helmle L. 2012: Klinikai vizsgálatok Magyarországon és a dél-dunántúli régióban: piac- és igényfeltáró kutatás saját támogatói körnek. kézirat
- Kaló Z.-Nagyjánosi L.-Kovács G.-Nagyistók Sz. 2010: A klinikai vizsgálatok gazdasági hatásának átfogó elemzése és a hazai versenyképességének javítása. Syreon Kutató Intézet, 74 p. letöltve: www.syreon.eu, 2012. április 29.

Fejlesztési dokumentumok:

Dél-dunántúli operatív program (DDOP) 2007-2013.

Klaszterstratégia 2012. Pécs, kézirat.

Pécs, az életminőség pólusa. Stratégia Pécs város fejlesztésére