

Kockázatok megítélése az egészséggel összefüggő döntésekben

Mitől lesznek „rettegettek” bizonyos betegségek, hogyan határozza meg a kockázat-megítélés az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos döntéseinket és a fizetési hajlandóságot? Részben ezeket a mindannyiunkat érdeklő kérdéseket elemezte posztdoktori projektjében (PD 112499) Baji Petra, a Budapesti Corvinus Egyetem Egészségügyi Közgazdaságtan Tanszékének docense, aki azt is elmondta, hogy a kockázat-megítélést több szempontból vizsgálták – az orvosok, az egészségpolitikai-finanszírozó döntéshozó és a betegek oldaláról.

Kezdjük talán a betegekkel.

A betegek között is három különböző vizsgálatról beszélhetünk. Az egyikben csonttritkulásos betegeket kérdeztünk kérdőívvel. Megkérdeztük például, hogy véleményük szerint mekkora az esélye annak, hogy a következő tíz évben jelentős csonttöréseket szenvednek, és külön megkérdeztük, hogy mit gondolnak a csípőtörés kockázatáról. Csontritkulás esetén a csonttörés komoly balesetnek számíthat, mert az orvosi szakirodalom szerint, elsősorban a csípőtörés után, nagyban megnő a halálozási rizikó.

A válaszadóknak egy 0-tól 100-ig terjedő skálán kellett bejelölniük a törés valószínűségét. Kategóriákat is felállíthattunk volna – ekkor például a 0–10, 10–20, 20–30... kategóriákból lehetett volna választani. A két módszer kicsit eltérő eredményekre vezethet; mi azt tapasztaltuk, hogy a skálás módszer esetében a betegek kicsit felülbecslik a kockázatokat, a kategóriák használatakor pedig a valósánál kisebb kockázatot becsülnék. De nem is az volt a kutatás lényege, hogy a beteg pontosan eltalálja-e a százalékot, hanem az, hogy nagyobb törési rizikót becsülnék-e maguknak azok, akiknél főnnállnak az ismert törési rizikófaktorok, mint mások. Mert léteznek bizonyos törési rizikók, amelyek hajlamosabbá teszik az embereket a csonttörésre, ilyen például a dohányzás, a szülők esetében előforduló csípőtörés, az alkoholfogyasztás, bizonyos gyógyszerek szedése, korábbi törések; fontos tényező az életkor, a csontsűrűség-érték is.

Tizenegy centrumban végeztük a felmérést (tehát országos szinten jól lefedett a mintánk), és azt találtuk, hogy a csonttritkulásos betegek indokolt esetben sem gondolják, hogy magas a törési rizikójuk. Ez akkor lehet baj, ha a kockázat téves megítélése miatt a kezelés során kevésbé tartják be a kezelési utasításokat, kevésbé veszik be a gyógyszert. Ezért nagyon fontos a betegek tájékoztatása. Az orvosok a valós rizikót egy FRAX nevű kalkulátorral számolják. Megadják az összes rizikófaktor, és a kalkulátor ezek alapján becslést ad a valós kockázatra. Ennek alapján állapítják meg például, hogy a betegnek szüksége van-e gyógyszeres terápiára. Ugyanilyen fontos lenne, hogy a beteg is ismerje a rizikófaktorait.



A következő vizsgálat a „rettegett betegségek” körében folyt.

Itt olyan amerikai adatokat használtunk, amelyek hozzáférhetők a kutatók számára. Az „egészség és nyugdíj felmérés”-t két évente megismétlik egy nagy mintán. A kérdéssornak az is része, hogy megkérdezik az emberektől, véleményük szerint mennyi a valószínűsége annak, hogy megélik, adott esetben, a 75. vagy 85. évüket. Ez hasonló a csonttritkulásos vizsgálatunkhoz, mert 0 és 100 közötti valószínűségi becsléseket várnak.

Azzal már rengeteget foglalkoztak korábbi kutatások, hogy mit gondolnak az emberek a várható élettartamról, és például a dohányzók tisztában vannak-e azzal, hogy az ő várható élettartamuk alacsonyabb, mint a nemdohányzóké. Azt azonban még nem vizsgálták, hogy „egészségügyi sokkok”, a rettegett betegségek diagnózisa után hogyan változik hosszú távon az élettartamról alkotott elképzelés. Mi ennek jártunk utána.

Három diagnózist hasonlítottunk össze: a rákdiagnózist (nem különböztettük meg az egyes típusokat), az infarktus- és a stroke-diagnózist. Azt tapasztaltuk, hogy mind a három diagnózis esetén a várható élettartamra vonatkozó becslés a diagnózis évében sokkal kisebb értéket mutatott, mint korábban, de ha túléltek a betegségeket, néhány év múlva a várható élettartam becslése majdnem visszatért az eredeti szintre. Ez azért érdekes, mert a valós várható élettartam valóban visszatér az eredeti szintre, ha valaki kigyógyul a rákból, de az infarktus és a stroke után továbbra is alacsonyabb szinten marad. Úgy tűnik, az emberek vagy nincsenek tudatában a valós rizikónak és túlértékelik az esélyeiket, vagy ahogy a közgazdasági irodalom fogalmaz, „adaptálódhatnak” az egészségi állapotukhoz. Ez különösen igaznak bizonyult az idősebb korosztályra és azokra, akik többféle betegségben szenvednek. A túléléssel kapcsolatos túlzott optimizmus megint oda vezet, hogy a beteg esetleg kevésbé követi a terápiát, nem szedi rendesen a gyógyszert, nem vigyáz eléggé magára, amivel ronthatja a túlélési esélyeit.

Az eddigi vizsgálatok egyfajta ellenpontja a szüléshez kötődő elemzésük.

Ez a kutatás nem csak a kockázat-megítélésre szorítkozott. Az utóbbi pár évben szült hatszáz nő töltötte ki az online kérdőívünket. (A minta országosan reprezentatív volt.) Többek között azt is vizsgáltuk, hogyan befolyásolják különböző tényezők a hálapénz-fizetési hajlandóságot. Magyarországon a hálapénz nagyon elterjedt; a korábbi kutatásaink kimutatták, hogy a fekvőbeteg-ellátásban minden második ember fizet. A hálapénz nagyon gyakran a szüléshez kapcsolódik. Korábban azonban senki sem vizsgálta, hogy mennyit adnak, hogyan adják, mik a motivációk. Erre

kerestünk választ ebben a kutatásban amelle, hogy a minőséget, az elégedettséget, a betegközponúságot is vizsgáltuk.

A hálapénzre vonatkozó kutatásból derült ki az, hogy a magasabb kockázatú kategóriákba sorolható terhességek esetében a nők szignifikánsan gyakrabban fizetnek hálapénzt. Levonhatjuk talán azt a konklúziót, hogy aki veszélyben érzi magát, nagyobb eséllyel fizet.

A kutatás más aspektusai is érdekesek lehetnek: például a hálapénzt befolyásolta, hogy van-e a kismamának választott orvosa vagy sem. Ha van, majdnem biztos, hogy fizet, ha nincs, akkor nagyon kicsi a fizetés valószínűsége. Ha már volt valakinek választott orvosa, akkor a beavatkozások szerint nem láttunk nagy különbségeket: például nem tűnt úgy, hogy az, aki császármetszéssel szült, többet vagy többször adott volna. Epidurális érzéstelenítés esetén viszont mindenképpen többet fizettek. Ha pedig nem volt ott a választott orvos a szülésnél, akkor sokkal kevesebbet vagy kevesebbszer fizettek neki. Ebből az derül ki, hogy az orvosnak érdeke, hogy ott legyen a szülésnél.

Nagyon érdekes különbség a választott és a nem választott orvoscsoport között, hogy a választott orvosok esetében nemcsak a hálapénz sokkal több, hanem a beavatkozások száma is. De a több beavatkozás nem feltétlenül jelent jobb minőséget. A császármetszés életet menthet, de az előfordulási aránya nagyobb, mint ami a szakirodalom szerint indokolható lenne. Egy másik példa: a nemzetközi irányelvek szerint nincs szükség gátmetszésre, mégis a mintánkban szereplő nők majdnem 70 százalékának volt gátmetszése.

Azt is kérdeztük, hogy mennyire tartották tiszteletben a nők kívánságait vagy magukat a nőket, végeztek-e olyan beavatkozásokat, amilyeneket ők nem akartak, mennyire elégedettek, mennyire érezték azt, hogy ők hozták meg a döntéseket, és azt láttuk, hogy a választott orvoscsoportban sokkal jobbak ezek a mutatók. De ha az egész mintát tekintjük, akkor majdnem a nők fele számolt be arról, hogy valamilyen sérelem érte szülés közben.

Volt egy „gondolatkísérletünk” is, amelyet orvosok, gasztroenterológusok körében folytattunk. A gyulladásos bélbetegségeket nagyon drága gyógyszerekkel kezelik, a terápia évi több millió forint. A kezeléshez biológiai (biológiai forrásból származó) gyógyszereket használnak. Néhány éve jelentek meg ezeknek a gyógyszereknek az olcsóbb, „biohasznló” analógjai, amelyek az eredetivel azonos szerkezetűek és hatásúak. Annak az orvosnak, aki korábban az eredeti szert használta, lehetnek ellenérzései a „másolattal” szemben.

A „diszkrét választás”-os kísérletben két scenáriót mutattunk be az orvosoknak: az egyik esetben odaadják a biohasznló szert a betegnek, és akkor már a kevésbé súlyos betegséget is tudják kezelni a megtakarított pénzen, a másik esetben az eredeti szert használják, de akkor a jelenlegi irányelvek szerint csak a nagyon súlyos betegeket tudják kezelni. Több hasonló szempontot is felsoroltunk, és mindig meg kellett mondaniuk, hogy melyik verziót választanák.



A kérdőív elején az orvosok nagyon nagy része, közel 80 százaléka azt mondta, hogy fenntartásai vannak a biohasznló gyógyszerekkel szemben, és nem biztos, hogy alkalmazná őket, mert a gyulladásos bélbetegségek esetén még nincs elég tapasztalat ezekkel a szerekkel. De amikor az előbb említett választás elé kerültek, akkor inkább vállalták a biohasznló gyógyszerek alkalmazását, hogy a kevésbé súlyos betegeket is folyamatosan elláthassák gyógyszerrel. Így azt mutattuk meg, hogy elő lehet írni az orvosoknak a biohasznló gyógyszereket alkalmazását, de olyan lehetőséget kell mellé kínálni, amely ösztönzi az alkalmazásukat – mondjuk, a gyógyszerhez való hozzáférés javítását (így például kevésbé súlyos betegeket is kezelhetnek vagy mindig biztosított a gyógyszer-ellátás).

2017. február