

Költséghatékonyság és/vagy költséghasznosság? Egészség-gazdaságtani elemzések eredményeinek értelmezése a magyarországi döntéshozatalban

Borsi András, Nagy Z. Bence, Papp Eszter, Vincziczki Áron, Dr. Vittay Pál
Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Technológia-értékelő Iroda

Mind hazai, mind nemzetközi tapasztalatok alapján megállapítható, hogy a klasszikus költséghatékonysági (CEA) elemzések, melyek az összehasonlított alternatívák egészségnyereségét valamilyen természetes egységben mérik, egyre inkább kezdenek háttérbe szorulni a költséghasznossági elemzésekkel (CUA) szemben. Az utóbbi elemzéstípusnak, mely az egészségnyereséget életminőséggel korrigált életevekben (QALY) fejezi ki, az egyik legnagyobb előnye, hogy lehetővé teszi akár teljesen különböző egészségügyi eljárások összehasonlítását. A tanulmány a magyarországi technológiaértékelési gyakorlat tükrében világít rá a költséghasznossági elemzéstípus előnyeire és hátrányaira, különös tekintettel eredményeinek felhasználhatóságára a finanszírozói döntéshozatal szempontjából.

Both international and Hungarian trends suggest that cost-utility analysis (CUA) is more widely used than the "classic" cost-effectiveness analysis (CEA) which compares the health gains of two alternatives based on natural units in health economic evaluations. The greatest advantage of CUA is that it measures the health gains in quality adjusted life years (QALY) and enables comparing different treatment areas. The study highlights the pros and cons of the above mentioned types of analysis from the perspective of the Hungarian health technology assessment, especially in respect of the decision making process.

BEVEZETÉS

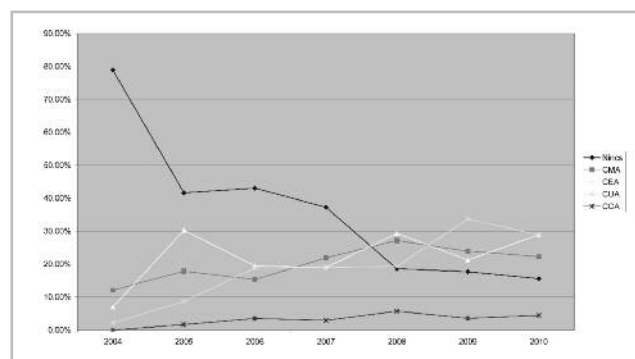
Az egészségügyi technológiák költséghatékonyságát egészség-gazdaságtani elemzések segítségével vizsgálhatjuk. A teljes körű egészség-gazdaságtani elemzéseknek 4 alaptípusát ismerjük (1. táblázat):

Tipus	Angol név	Rövidítés	Egészségnyereség mérése
Költségminimálizációs elemzés	Cost-minimization analysis	CMA	Nem mérik; kiinduló feltételt, hogy az összehasonlított terápia hatásossága közel azonos
Költséghatékonysági elemzés	Cost-effectiveness analysis	CEA	Természetes egységben (pl. HbA _{1c} -csökkenés)
Költséghasznossági elemzés	Cost-utility analysis	CUA	Minőségi életevekben (pl. QALY)
Költség-haszon elemzés	Cost-benefit analysis	CBA	Pénzben

1. táblázat
Egészség-gazdaságtani elemzések alaptípusai

Az 1. táblázatban feltüntetett elemzéstípusok közül azonban csak kettő, a költséghasznossági, illetve a költség-haszon elemzés alkalmas a különböző típusú egészségügyi eljárások összehasonlítására, mivel ez a két elemzéstípus minden eljárás esetén ugyanolyan „mértékegységben” fejezi ki a hatásosságot. Az előbbi típus az egészségnyereséget minőségi életevekben (pl. QALY-ban) méri, míg az utóbbi pénzegységben. A döntéshozók számára tehát az ilyen típusú elemzések jelenthetik a legnagyobb segítséget a támogatási döntések meghozatalában. A befogadási eljárás során, ugyanis értelemszerűen több különböző típusú technológiával találkozhatnak a döntéshozók, amelyeknél a hatásosság mért paramétere eltérő lehet, az egyes eljárások költséghatékonyságának összehasonlításához pedig közös nevezőre, közös mértékegységre van szükség.

Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Technológia-értékelő Irodája 2004-es megalakulása óta közel 1000 gyógyszer technológiaértékelését végezte el. Mint azt az 1. ábra is szemlélteti, 2008 óta a költséghasznossági elemzés (CUA) a leggyakoribb egészséggazdasági elemzéstípus, amelyet a befogadási kérelmekhez készítenek, azaz Magyarországon is érvényesülni látszik az a nemzetközi trend, miszerint a klasszikus költséghatékonysági elemzések (CEA) mellett már egyre nagyobb arányban fordulnak elő költséghasznossági elemzések. A költség-haszon elemzés készítését az Egészségügyi Minisztérium egészség-gazdaságtani elemzések készítésével kapcsolatos szakmai irányelve nem javasolja. Ilyen elemzéstípus eddig nem érkezett az ESKI-TÉI-hez. Érkeztek ezzel szemben ún. költség-következmény (CCA) típusú gazdasági elemzések, melyek azonban nem tekinthetők teljes körű gazdasági elemzésnek, mivel ezekben az elemzésekben nem kerül összeha-



1. ábra
Az ESKI-TÉI által értékelt beadványokhoz csatolt egészség-gazdaságtani elemzések típusai

sonlításra kettő vagy több egészségügyi eljárás. A CCA mindössze egy költség-eredmény leírás.

Fontos megjegyezni, hogy jelentősen csökkent azon beadványok száma, amelyek mellé nem csatoltak egészség-gazdaságtani elemzést. Ilyen esetek jellemzően már csak akkor fordulnak elő, amikor nem indokolt vagy nem lehetséges egészség-gazdaságtani elemzés készítése. 2010-ben már kizárólag ilyen esetekben nem készült egészség-gazdaságtani elemzés a beadványokhoz

Az inkrementális költséghatékonysági ráta (ICER) értelmezhetősége a finanszírozói döntéshozatal szempontjából – a CUA elemzések szükségessége

Mind a klasszikus költséghatékonysági, mind a költség-hasznossági elemzés esetén kiszámíthatjuk az inkrementális költséghatékonysági rátát, melynek számlálójában az összehasonlított eljárások költségeinek különbsége, nevezőjében pedig az általuk elérhető egészségnyereségek különbözete szerepel.

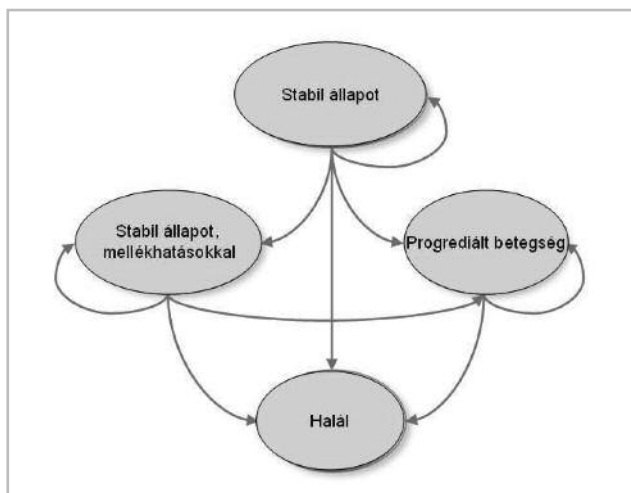
$$ICER = \frac{\Delta \text{költség}}{\Delta \text{egészségnyereség}} = \frac{C_2 - C_1}{E_2 - E_1}$$

A finanszírozói döntéshozatal szempontjából a legfontosabb kérdés, hogy értelmezhető-e a kiszámított ICER érték relatív nagysága. A klasszikus költséghatékonysági elemzés alapján számított ICER érték az előbbi feltételnek nem tesz maradéktalanul eleget, mivel a ráta nevezőjében szereplő „mértékegység” eljárásról eljárásra változhat; így az lehet például a HbA1c csökkenése egy antidiabetikum esetén, de lehet akár a kezelésre reagálók arányának százalékos változása is, például onkológiai készítmények esetén. Az 1. ábrán látható tendencia tehát alapján véve pozitív, ugyanis a döntéshozatal szempontjából a költség-hasznossági elemzés alapján számított inkrementális költséghatékonysági ráta nyújthatja a legbiztosabb támpontot, amely azt mutatja bármely technológia esetén, hogy 1 egységnyi életminőséggel súlyozott életvnyereség (QALY) mekkora többletköltséggel érhető el. Felmerül azonban a kérdés, hogy valóban egyértelműen kiderül-e a beadott egészség-gazdaságtani elemzésekből, hogyan számítható az ICER érték; egyértelmű-e a döntéshozó számára annak valódi jelentése; mi húzódik meg valójában a Ft/QALY értékek mögött.

HASZNOSSÁGI ÉRTÉKEK MEGHATÁROZÁSA, A QALY SZÁMSZERŰSÍTÉSE

A teljes körű egészség-gazdaságtani elemzéseknél a három leggyakrabban alkalmazott modellezési technika a döntési fa, a Markov-, illetve a szimulációs modell. Mindegyik technika alkalmazható mind CEA, mind CUA esetén, mindhárom módszerrel modellezhetjük, hogy a betegek milyen egészségi állapotokba kerülhetnek a betegségük során.

A 2. ábra egy olyan egészség-gazdaságtani modell struktúráját szemlélteti, ahol a betegek négy különböző egészségi állapotban tartózkodhatnak.



2. ábra
Egy egészséggazdasági modell lehetséges struktúrája

Mindegyik egészségi állapothoz tartozik egy úgynevezett életminőség-súly, más néven hasznossági érték, – melyeket a továbbiakban szinonimaként használunk – amely az adott egészségi állapot hasznosságát jeleníti meg. A halál állapotához tartozó életminőség-súly a 0, a teljesen egészséges állapothoz tartozó életminőség súly pedig 1. Az életminőség-súly értéke lehet akár negatív is, ugyanis létezhetnek a halálnál rosszabb egészségi állapotok is (pl. kóma).

A QALY értéke számszerűsíthető, amennyiben ismert, hogy az egyes terápiák esetén a betegek átlagosan mennyi időt töltenek adott egészségi állapotban, illetve, hogy az egyes állapotokhoz milyen hasznossági értékek tartoznak. A QALY ugyanis nem más, mint az adott állapothoz tartozó életminőség-súly, valamint az adott állapotban eltöltött átlagos – években mért – idő szorzata (2. táblázat):

Állapot	Állapothoz tartozó életminőség súly	Állapotban eltöltött idő (hónap)	
		"A" gyógyszer	"B" gyógyszer
Stabil betegség	0.76	5	4
Stabil betegség mellékhatásokkal	0.71	4	3
Progrediált betegség	0.68	3	3
Halál	0		
QALY		0.72	0.60
ΔQALY		0.12	

2. táblázat
Példa a QALY értékek számszerűsítésére

Az előbbieken bemutatott módon számszerűsíthető a QALY-nyereség, amely a költség-hasznossági elemzés ink-

rementális költséghatékonysági hányadosának a nevezőjében szereplő érték lesz:

$$ICER = \frac{C_A - C_B}{QALY_A - QALY_B}$$

KÜLÖNBÖZŐ MÉRÉSI TECHNIKÁK, KÜLÖNBÖZŐ ÉLETMINŐSÉG-SÚLYOK

Hogyan határozhatók meg az egyes egészségi állapotokhoz tartozó életminőség-súlyok, milyen metodikával történik az életminőség mérése?

A költséghasznossági elemzésekhez olyan mérési eszközre van szükség, amely egyetlen mutatóban összegzi az életminőség összes paraméterét. A gyakorlatban számos ilyen hasznosságmérő módszer létezik. Léteznek úgynevezett direkt módszerek (pl. standard játszma, időalku, vizuális skála), léteznek általános preferencia-kérdőívek, amelyek minden betegségre alkalmazhatók (pl. az EQ-5D vagy az SF-6D), továbbá léteznek specifikus (pl. funkció-, probléma-, betegség-specifikus) instrumentumok is. Cikkünknek nem célja részletesen bemutatni a különböző mérési módszereket; elsősorban arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy a különböző mérési technikák különböző módokon mérik az életminőséget. Mindegyik technikának vannak előnyei és hátrányai, a választást közöttük leginkább a vizsgálat célja, illetve a felhasználás jellege dönti el. Fontos azonban szem előtt tartani, hogy a különböző mérési technikák különböző hasznosságértékeket eredményeznek ugyanazon egészségi állapotoknál.

A 3. táblázat egy olyan vizsgálat eredményeit szemlélteti, amelyben azt tanulmányozták, hogy ugyanazon egészségi állapotokhoz milyen életminőség-súlyok adódnak attól függően, hogy milyen preferenciamérő instrumentumot alkalmaznak.

A mérési technikától függően igen eltérő értékek adódnak ugyanazon egészségi állapotokhoz. A bemutatott konkrét példán, de általánosságban is igaz, hogy mindig a standard játszma módszer eredményezi a legmagasabb értéket és a vizuális skála a legalacsonyabbakat. A vizuális skála

	A járáshoz mankóra van szüksége	Járás csak feltgyelet mellett	Két segítőtőre van szüksége a mozgáshoz
Bombardier et al 1982.			
Standard játszma	0.85	0.64	0.38
Időalku	0.78	0.41	0.11
Vizuális skála	0.65	0.29	0.08

3. táblázat
Különböző életminőség-mérő eszközökkel mért különböző hasznosságértékek
Forrás: Value in Health 2009;12:S10 [1]

la használata a legkevésbé elfogadott módszer, hiszen a hasznossági értékeket úgy határozhatják meg vele, hogy nem állítják igazi választás elé a kérdezettet. A 4. táblázat azt szemlélteti, hogy nem csak direkt módszerek esetén tapasztalható ilyen jellegű eltérés, hanem kérdőíves módszer esetén is eltérő hasznossági értékek társulhatnak ugyanazon egészségi állapothoz annak függvényében, hogy melyik kérdőívet használjuk:

Kérdőív típusa	A: Mankóval jár, enyhe fájdalom, munkaképtelen	B: A lakást nehezen hagyja el, némi diszkomfortérzés, valamenyire munkaképes	U(A) - U(B)
EQ-5D (UK TTO)	0.45	0.8	0.35
HUI 2	0.7	0.92	0.22
15-D	0.86	0.92	0.06

4. táblázat
Különböző életminőség-mérő eszközök, különböző hasznosságértékek
Forrás: Value in Health 2009;12:S10 [1]

Az életminőség-súlyok értékét a választott mérési eszközön kívül további tényezők is befolyásolhatják. Így például ugyanazon betegállapothoz különböző hasznossági értékeket kaphatunk a megkérdezettek körétől (orvos, beteg, átlagpopuláció), a mérés helyétől, valamint az időbeli dinamikától függően is. Az életminőség-súlyok értékének nagysága az előbbieken kívül akár még olyan tényezőktől is függhet, mint például a megkérdezettek jövedelmi helyzete, illetve kora (5. táblázat) [2].

Table 3 Mean values for rating scale (RS) (N=5089) and time trade-off (TTO) (N=4571) in different age groups and by income

Age (years)	RS					TTO				
	1	2	3	4	p	1	2	3	4	p
20-29	0.85 (0.14)	0.86 (0.13)	0.88 (0.12)	0.89 (0.14)	0.126	0.93 (0.16)	0.93 (0.16)	0.96 (0.10)	1.00 (0.01)	0.021
30-39	0.82 (0.17)	0.85 (0.14)	0.89 (0.08)	0.89 (0.11)	<0.001	0.91 (0.19)	0.94 (0.16)	0.95 (0.15)	0.98 (0.06)	<0.001
40-49	0.80 (0.18)	0.83 (0.15)	0.86 (0.12)	0.88 (0.11)	<0.001	0.90 (0.19)	0.91 (0.17)	0.94 (0.16)	0.96 (0.10)	<0.001
50-59	0.75 (0.20)	0.82 (0.17)	0.86 (0.13)	0.88 (0.10)	<0.001	0.89 (0.20)	0.89 (0.19)	0.94 (0.14)	0.96 (0.08)	<0.001
60-69	0.77 (0.17)	0.80 (0.16)	0.82 (0.14)	0.89 (0.10)	<0.001	0.85 (0.20)	0.88 (0.19)	0.87 (0.19)	0.93 (0.11)	0.190
70-79	0.70 (0.19)	0.75 (0.19)	0.80 (0.15)	0.82 (0.12)	<0.001	0.69 (0.26)	0.78 (0.23)	0.82 (0.24)	0.90 (0.16)	<0.001
≥80	0.62 (0.21)	0.66 (0.20)	0.72 (0.20)	0.57 (0.30)	0.718	0.57 (0.30)	0.66 (0.30)	0.77 (0.23)	0.49 (0.44)	0.439
Total	0.80 (0.18)	0.83 (0.16)	0.86 (0.12)	0.88 (0.12)	<0.001	0.87 (0.22)	0.91 (0.18)	0.93 (0.16)	0.96 (0.11)	<0.001

Standard deviations are given in parentheses.
Statistical significance is tested with the Kruskal-Wallis test.
1: SEK <10,000, 2: SEK 10,000-14,999, 3: SEK 15,000-19,999, 4: SEK >20,000

5. táblázat
A kor és a jövedelem hatása a hasznosságértékekre
Forrás: Lundberg et al.: Health-state utilities in general population in relation to age gender and socioeconomic factors [2]

AZ ELTÉRŐ ÉLETMINŐSÉG-SÚLYOK KÖVETKEZMÉNYEI

Az előbbiekből leírtakból kiderül, hogy az, hogy egy adott egészségi állapothoz milyen hasznossági érték tartozik, igen nagymértékben függ a választott életminőség-mérő instrumentumtól, illetve további befolyásoló tényezőktől. Az eltérő életminőség-súlyokkal való számítás következtében a különböző módon meghatározott hasznosságértékek akár egy technológia költséghatékonyságának megítélésére is befolyással lehetnek. A különböző technikák ugyanis különböző hasznosságértékeket eredményeznek, miáltal különböző QALY értékeket kaphatunk, melyek értelemszerűen befolyással lehetnek az ICER érték nagyságára. Az előbbi probléma megértését segítheti a következő példa (6. táblázat).

Egy egészség-gazdaságtani elemzésben „A” gyógyszer költséghatékonyságát szeretnénk bizonyítani „B” gyógyszerhez képest. Az egészség-gazdaságtani modell alapján a költségkülönbség 1 000 000 Ft a két terápia között.

A fenti példa azt próbálja bemutatni, hogy milyen következményei lehetnek annak, ha különböző hasznossági értékek adódnak ugyanazon egészségi állapotokhoz, attól függően, hogy „X” vagy „Y” módszer segítségével mértük az életminőséget (6. táblázat). A választott mérési technikától függően 8,1 millió Ft/QALY ICER érték, vagy 11,1 millió Ft/QALY ICER érték adódik a számítás eredményként. Amennyiben a költséghatékonysági küszöbérték 8 millió forint körül lenne, úgy ugyanaz az eljárás attól függően minősülne költséghatékonynak, hogy milyen mérési technikát alkalmaztunk az életminőség-súlyok mérésére. Megjegyezzük, hogy Magyarországon jelenleg nincs hivatalosan elfogadott költséghatékonysági küszöbérték.

A döntéshozatal szempontjából további problémát jelenthet, hogy a különböző mérési technikákkal meghatározott életminőség-súlyok alapján számszerűsített QALY értékek segítségével kalkulált inkrementális költséghatékonysá-

gi ráták egymással nem vehetők össze. Amennyiben tehát nincsen standardizálva, hogy milyen technika által meghatározott hasznossági értékek használhatók fel az egészség-gazdaságtani elemzésekben, és ennek következtében eltérő az alkalmazott metodika, akkor a különböző egészség-gazdaságtani elemzések eredményei nem lesznek egymással összevethetőek, vagyis „elvész” a költséghasznossági elemzések legnagyobb előnye: mégsem lesz közös az egészségnyereség mértékegysége, ezáltal nem lesz összehasonlítható egymással bármely egészségügyi eljárás. Az előbbi probléma kiküszöbölésének érdekében az Egyesült Királyságban a technológiaértékeléseket készítő NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) irányelve szigorú ajánlást fogalmaz meg arra vonatkozóan, hogy milyen mérési technika alapján meghatározott hasznossági értékeket lehet felhasználni az egészség-gazdaságtani elemzésekben [3]. A NICE ajánlása szerint az Egyesült Királyságban az egészség-gazdaságtani elemzésekben EQ-5D kérdőív alapján, időalku módszerrel validált hasznosságértéket kell felhasználni, amelyek a brit társadalom preferenciáit tükrözik. Amennyiben mégsem az ajánlásban meghatározott technika alapján határozták meg az életminőség-súlyokat, azt a beadvány készítőinek részletesen meg kell indokolniuk. Az egészség-gazdaságtani elemzésekben felhasználható hasznossági értékekre vonatkozóan az Egyesült Királyságon kívül más országokban is meghatározottak ajánlásokat.

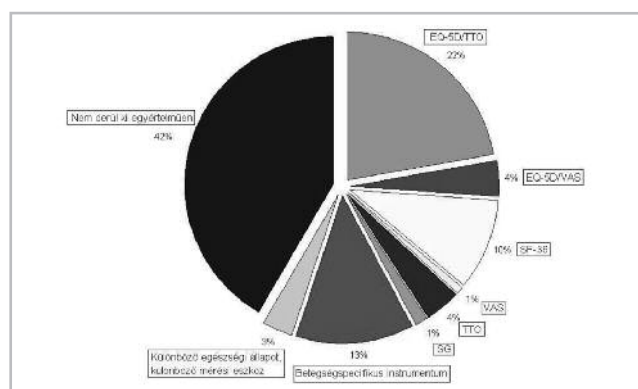
KÖLTSÉGHASZNOSSÁGI ELEMZÉSEK – AZ ESKI-TÉI TAPASZTALATAI

Mint az a fentiekből kiderül, az, hogy egy egészség-gazdaságtani elemzés milyen ICER értéket eredményez, igen nagymértékben függ attól (is), hogy milyen módon határozták meg az egészségi állapotokhoz tartozó életminőség-súlyokat. Az Iroda munkatársai ezért fontosnak tartották átte-

Állapot	Állapothoz tartozó életminőség-súly - "X" módszer	Állapotban eltöltött idő (hónap)	
		"A" gyógyszer	"B" gyógyszer
Stabil betegség	0.76	5	4
Stabil betegség mellékhatásokkal	0.71	4	3
Progreálított betegség	0.68	3	3
Halál	0		
QALY		0.72	0.60
□QALY		0.123	
Állapot	Állapothoz tartozó életminőség-súly - "Y" módszer	Állapotban eltöltött idő (hónap)	
Stabil betegség	0.61	5	4
Stabil betegség mellékhatásokkal	0.47	4	3
Progreálított betegség	0.4	3	3
Halál			
QALY		0.51	0.42
□QALY		0.090	

6. táblázat
A különböző hasznosságértékek következményei

kinteni, hogy az ESKI-TÉI-hez érkezett költség-hasznossági elemzések mennyire tekinthetők egységesnek a választott mérési módszert illetően, kellőképpen részletezik-e a hasznossági értékek forrásait, számításainak metodikáját. Fontos tudni, hogy Magyarországon jelenleg nincs standardizálva, hogy milyen módszer alapján számított hasznossági értékeket lehet felhasználni az egészség-gazdaságtani modellezés során. További problémát jelent, hogy sajnálatos módon jelenleg a legtöbb betegség esetében még nem állnak rendelkezésre specifikus magyar hasznossági adatok, amelyeket fel lehetne használni egészség-gazdaságtani elemzésekhez. (Az „Együtt az egészségért” munkacsoport által hamarosan publikálásra kerülnek magyar hasznossági adatok oszteoporózis, emlőrák, illetve diabétesz betegségekre.) Az előbbiekből következően az Iroda által értékelt elemzések igen változatos képet mutatnak a felhasznált életminőség-súlyok szempontjából.



3. ábra
Az ESKI-TÉI által értékelt egészség-gazdaságtani elemzésekben felhasznált hasznosságértékek meghatározására alkalmazott mérési eszközök

Igen sok esetben – a magyarországi költség-hasznossági elemzések 42%-ánál – előfordul, hogy az egészség-gazdaságtani elemzésből nem derül ki egyértelműen, hogy a modellben felhasznált hasznossági értékek milyen forrásból származnak, illetve milyen módszerrel számították azokat (3. ábra).

A magyarországi beadványok készítői gyakran adaptálnak külföldi egészség-gazdaságtani elemzéseket, modelleket magyar viszonyokra. Valószínűleg ezzel magyarázható, hogy a hazai költség-hasznossági elemzésekben leggyakrabban EQ-5D/TTO módszerrel meghatározott hasznossági értékeket használnak fel, ami a NICE által is javasolt technika.

Elterjedt hiba, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések készítői a modell eredményeként meghatározott ICER számlálóját befolyásoló költségeket valóban adaptálják magyar viszonyokra, a nevezőt befolyásoló hasznossági értékeket azonban nem. Így előfordult olyan eset, amikor a magyarországi támogatási kérelem egy onkológiai készítmény harmadik vonalbeli alkalmazásának támogatására irányult, azonban a hasznossági értékeket egy olyan tanulmányból vették a beadvány készítői, ahol a betegek az említett készítményt második vonalas kezelésként kapták. Értelem-

szerűen a második vonalas kezelésben részesülő betegek állapota különbözik a harmadik vonalas kezelésben részesülő betegek állapotától, ezért adott egészségi állapotokhoz nem ugyanolyan életminőség-súlyok tartoznak második, illetve harmadik vonalas kezelés esetén. A hibás adaptáció alapján számított ICER érték értelmezhetősége és felhasználhatósága kérdéses a magyarországi döntéshozatal szempontjából.

Az Iroda munkatársai találtak már olyan szélsőséges esetekkel is, hogy egy egészség-gazdaságtani elemzésben a különböző egészségi állapotokhoz több, különböző forrásból (amelyekben eltérő módszerrel mérték a hasznosságot) rendelnek életminőség-súlyokat. Mint a fentiekben kiderült, a hasznossági értékeket igen sok tényező befolyásolja, ezért értelmezhetetlenek az olyan QALY értékek, melyeket több, eltérő metodika alapján számított életminőség-súlyból kalkuláltak. Az a tény, hogy a legtöbb betegség esetén nem állnak rendelkezésre magyar életminőség-súlyok, valóban indokoltá teszi külföldi értékek használatát, azonban fontos, hogy ezek konzisztens módon kerüljenek felhasználásra: egy egészség-gazdasági elemzésben a hasznossági értékek lehetőleg egy forrásból származzanak, különböző források esetén pedig az egyes forrásokban alkalmazott mérési technika legyen megegyező.

Sajnálatos módon a beadványok készítői csak a legritkább esetekben tüntetik fel az elemzések korlátait – így például azt, hogy a felhasznált hasznossági értékek esetleg a más ország társadalmának preferenciáit tükrözik.

KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

Cikkünknek semmiképpen sem célja megkérdőjelezni a költség-hasznossági elemzéstípus létjogosultságát. Ilyen típusú elemzésekre szükség van, mivel – mint azt már a bevezetőben is leírtuk – a klasszikus költség-hatékonysági elemzések csak korlátozottan használhatóak fel befogadáspolitikai döntésekhez. Írásunkban legfőbbképpen arra szeretnénk volna felhívni a figyelmet, hogy a költség-hasznossági módszer korántsem egységes, mivel a technológiák által elérhető egészségnyereséget különböző mérési eszközökkel számszerűsítheti. A hazai finanszírozói döntéshozatal szempontjából az ilyen típusú elemzések eredményei kellő óvatossággal kezelendők, különösen azért, mert a hazánkban készített egészség-gazdaságtani elemzésekben különböző módszerekkel meghatározott hasznossági értékeket használnak fel annak köszönhetően, hogy nincsen egyértelmű ajánlás arra vonatkozóan, hogy melyik instrumentum használata lenne a preferált.

A magyarországi technológiaértékelés szempontjából nagy előrelépést jelentene, ha minél több betegsége vonatkozóan rendelkezésre állnának hazai életminőség-súlyok, melyeket fel lehetne használni az egészség-gazdaságtani elemzésekben. Ameddig azonban ilyen adatokat csak kevés betegségnél találunk, addig is fontos lenne, hogy az elemzések készítői a felhasznált életminőség-súlyok forrását minden esetben pontosan feltüntessék, az elemzések

korlátait pedig részletesen kifejtjük. Sokat segítené továbbá, amennyiben kialakulna valamilyen konszenzus arra vonatkozóan, hogy milyen mérési technikával meghatározott hasznossági értékeket ajánlott felhasználni a hazai egészség-gazdaságtani elemzésekben. Az előbbieket figyelembe

véve és betartva sokkal informatívabb ICER értékeket eredményeznének a magyarországi CUA típusú egészség-gazdaságtani elemzések, melyek így a jelenleginél nagyobb támaszt nyújthatnának a finanszírozónak a támogatáspolitikai döntéshozatalban.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Erik Nord, Norman Daniels, Mark Kamlet: QALYs: Some Challenges, *Value in Health*, 2009, Volume 12: S10-S15
- [2] Lena Lundberg, Magnus Johannesson, Dag. G. L. Isacson, Lars Borgquist: Health-state utilities in a general population in relation to age, gender and socio-economic factors, *European Journal of Public Health*, 1999, 9 (3): 211-217.

- [3] National Institute for Health and Clinical Excellence: Guide to the methods of technology appraisal, 2008. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/devnicetech/technologyappraisalprocessguides/guidetothemethodsoftotechnologyappraisal.jsp>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Borsi András 2007-ben szerezte közgazdász diplomáját a Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi karán Európai Integráció és gazdaságpolitika szakirányokon, majd ezt követően a PricewaterhouseCoopers

gazdasági tanácsadó cégnél dolgozott. 2009 szeptembere óta az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Technológia-értékelő Irodájában az egészség-gazdaságtani csoport munkatársa, ahol gyógyszer-támogatási kérelmek értékelését végzi. 2010-től részt vesz az ELTE mesterképzésén, ahol egészség-gazdaságtant hallgat.



Nagy Z. Bence 2010-ben végzett a Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi karán pénzügyi befektetéselemző és kockázatkezelő szakirányon. 2009 július óta az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Technológia-értékelő Irodájában az egészség-gazdaságtani csoport munkatársa, ahol gyógyszer-támogatási kérelmek értékelését végzi.



Vinciczki Áron 2007-ben végzett a Budapesti Corvinus Egyetem Szolgáltatás menedzsment szakirányán, majd ezt követően a Medicover magánegészségügyi szolgáltatónál dolgozott. 2007 decembere óta az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Technológia-értékelő Irodájában az egészség-gazdaságtani csoport munkatársa.



Papp Eszter 2009-ben szerezte közgazdász diplomáját a Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástudományi Karán szolgáltatásmenedzsment (egészségügyi menedzsment) és aktuárius alapok szakirányokon. 2009 szeptemberétől az Egészségügyi Stratégiai

Kutatóintézet Technológia-értékelő Irodájában az egészség-gazdaságtani csoport munkatársa, ahol gyógyszer-támogatási kérelmek értékelését végzi. 2010-ben kezdte meg tanulmányait az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Karán egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterképzési szakon.



Ifj. Dr. Vittay Pál 1980-ban szerezte általános orvosi diplomáját a budapesti Semmelweis Orvostudományi Egyetemen, illetve 2008-ban végzett a Corvinus Egyetem Gazdálkodástudományi Karán egészségügyi szakközgazdászként. Az orvosi egyetemet követően 1985-ig a Kőbányai Gyógyszerárugyár (Richter Gedeon) Farmakológiai Kutatóközpontjában dolgozott, elsősorban központi idegrendszeri,

illetve az agyi keringésre ható potenciális gyógyszerek preklinikai fejlesztése terén. Ezután 6 évig a Medinfo munkatársa volt szaktanácsadó-szakértőként, mely idő alatt részt vett az Eü. Törv. és kapcsolódó jogszabályainak kidolgozásában. Az Egészségügyi Minisztériumban vezető főtanácsosi beosztásban 2001-től 2004-ig főleg minőségügyi kérdésekkel és szakmai irányelv fejlesztéssel foglalkozott, majd azóta jelenlegi munkahelyén, az ESKI Technológia-értékelő Irodáján tevékenykedik, mint tudományos főmunkatárs.