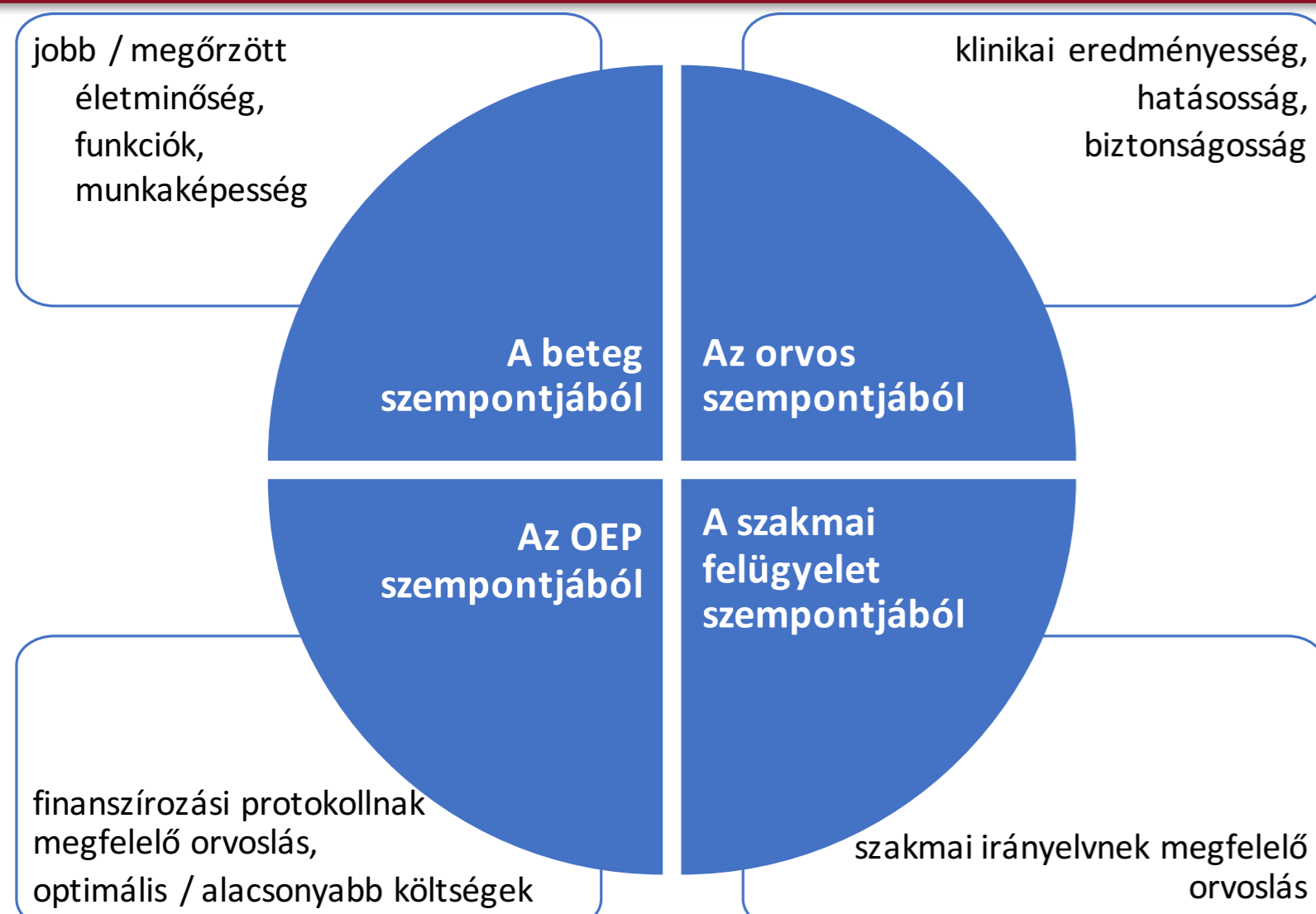


# Össznézőponti elemzések a nagy értékű terápiák eredményességalapú értékelésében

dr. Radnai Andrea<sup>1</sup>, Balázs Tamás<sup>2</sup>, dr. Rakonczai Pál<sup>2</sup>, dr. Bacskai Miklós<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Optihealth Hungary Kft., Budapest; <sup>2</sup>Healthware Tanácsadó Kft., Budapest

## Háttér



### 1. ábra Különböző nézőpontok a betegségek ellátásában

Az egészséggel kapcsolatos, és különösen a jelentős finanszírozási teherrel járó döntési helyzetek általában nagyon bonyolultak, mert több, eltérő nézőpont és különféle tényező szerepelnek bennük.

### Célkitűzések:

- A többkritériumos, több szempontú döntéshozatali helyzetek támogatására szolgáló módszertan - kompozitindikátor-képzés, módosított Delphi módszer, PAPIKA - 1000minds módszer - kipróbálása, adaptálása a reumatoid arthritis (RA) biológia terápiájának eredményességalapú értékeléséhez.
- Az RA biológiai terápiájának eredményességét jellemző változók bővítése a finanszírozási adatok elemzése alapján és a reumatológusok által fontosnak ítélt tényezőkkel.

A kompozitindikátorok jelentősége abban áll, hogy lehetőséget nyújtanak a komplex egészségügyi döntések valamennyi tényezőjének figyelembevételére, így elkerülhető a leegyszerűsítő, egy nézőpontra, egy-két kritériumra szorító döntéshozatal. További előny, hogy az ilyen mutatók megjelenítik az összes nézőpontot és döntési kritériumot, megteremtve ezzel az átláthatóságot.

Mivel a kritériumok általában különféle mértékegységekben, skálákon mérhetők szükség van egymáshoz viszonyított súlyok meghatározására, valamint a kritériumok szintjeinek meghatározására (skalázás).

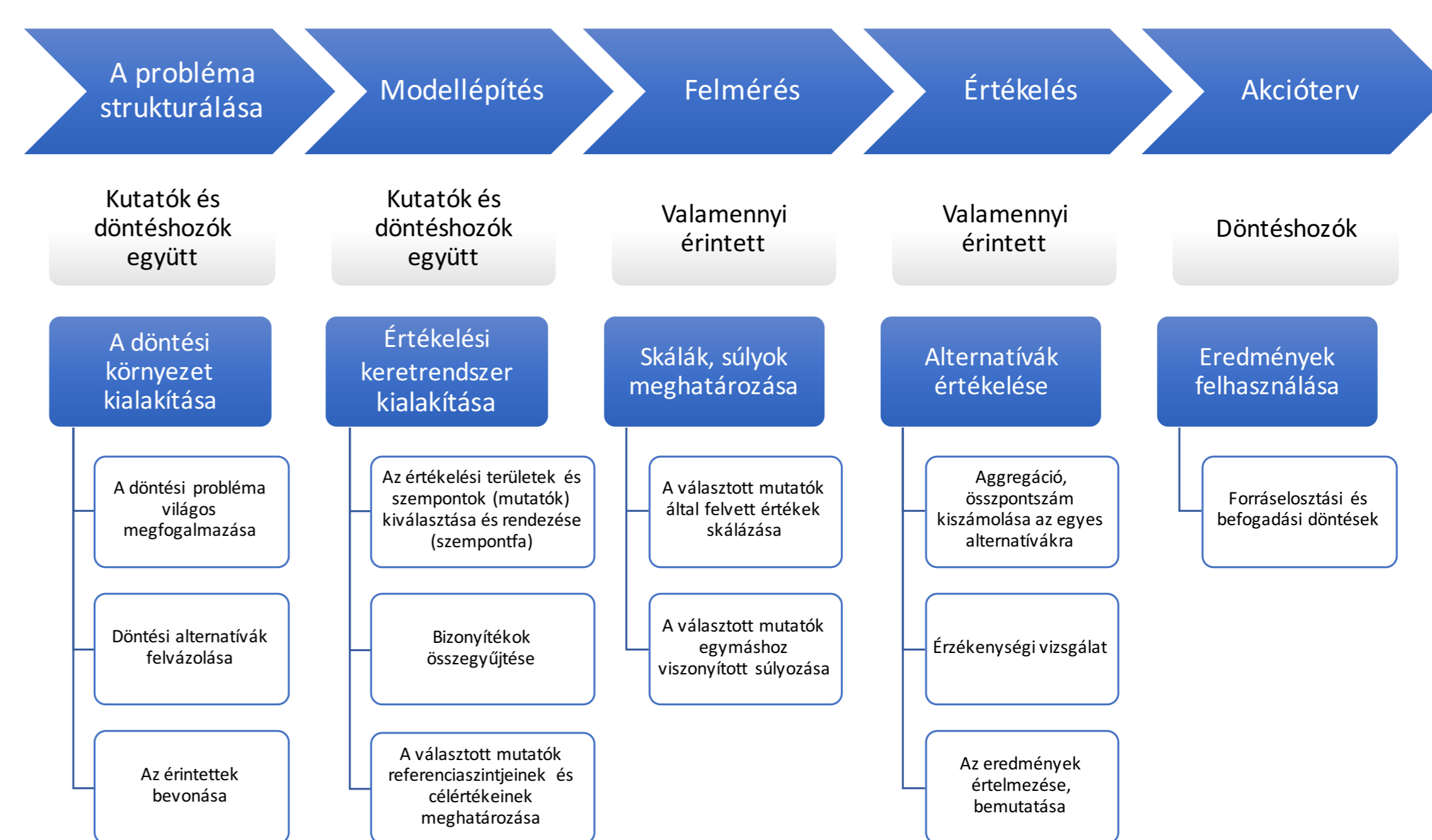
## Módszertan

Pilot projektünkben az RA biológiai terápiájának eredményességét vizsgáltuk és kipróbáltuk a kompozitindikátor-képzés egyes elemeit. A fejlesztett kompozit mutató alapját a finanszírozási adminisztratív) adatok adták, melyek a betegek teljes életútját leírják. A nemzetközi irodalom másik fontos elemként a betegek beszámolóján alapuló mutatókat (PROM, PREM) említik, melyek Magyarországon ritkán érhetőek el. A harmadik elemet pedig a klinikai regiszterek jelentik.

A finanszírozási adatokból képzett magyar változók és célváltozók közötti kapcsolatot többváltozós regressziós modellekkel vizsgáltuk. A modellekben a betegek kiindulási jellemzői (kor, nem, diagnózis időpontja, társbetegségek jelenléte) mellett magyar változóként szerepeltek az ellátásra vonatkozó adatok (első biológiai terápia hossza, terápiás szünetek száma, fájdalomcsillapítók száma, különböző hatóanyagú biológiai terápiák száma) is. Célváltozók voltak a műtétek száma, a műtétig eltelt idő, a járó- és fekvő szakellátáson regisztrált költségek, illetve a DAS 28 index értékének változása és a remissziót elérő betegek aránya. (1. táblázat)

A finanszírozási adatok feldolgozása mellett egy kiegészítő változólistát is kialakítottunk reumatológusok véleménye alapján, ami klinikai és a betegek beszámolóján alapuló mutatókat is tartalmazott. A szakirodalom alapján kialakított, értékelési terület szerinti csoportokba rendezett hosszú listából a szakértők két körben választották ki a biológiai terápia eredményessége szempontjából legfontosabbnak ítélt tényezőket módosított Delphi módszerrel. Ezek után a PAPIKA módszerrel alapuló (Potentially All Pairwise Rankings of all possible Alternatives) 1000minds szoftver alkalmazásával került sor egy-egy értékelési terület mutatói által felvett értékek skalázására és a mutatók egymáshoz viszonyított súlyának meghatározására. A szakértők páronkénti összehasonlításokat végeztek, melyek során két hipotetikus beteg közül választották ki azt, akinek biológiai terápiás kezelése jobb eredményt hozott volna. (3. ábra)

### 2. ábra A kompozitindikátorok kialakításának folyamata



A kompozitindikátorok kialakításának két lényeges eleme van, egy részvételi és egy technikai. A részvételi elem írja le, hogy ki, mikor és hogyan vesz részt a mutató kialakításában, a technikai rész pedig a módszertannal, a technikai háttérrel foglalkozik. A 2. ábra mutatja be részletesen a folyamatot.

## Eredmények

- A finanszírozási adatokon tapasztalt összefüggések kvantifikálásával alakítottuk ki magyar változókhoz tartozó súlyokat. (1. táblázat) A kompozitindikátor kiszámítása során egy magyar változó annál nagyobb súllyal szerepelt, minél több típusú eredményességmutatóra volt szignifikáns hatással. Ezt követően minden betegre meghatároztuk a kompozitindikátor értékét, amely az adott beteghez tartozó karakterisztikák által meghatározott súly- és pontérték szorzatösszegéből állt elő. A kiszámolt kompozitmutató alapján a betegeket magas, mérsékelt és enyhe kockázattal rendelkező betegcsoportok valamelyikébe soroltuk be.
- A betegek kategorizálása után vizsgáltuk, hogy az egyes betegcsoportoknak milyen hatása van a vizsgált célváltozókra nézve. Azt tapasztaltuk, hogy az enyhe kockázatu csoportba sorolódott betegeknek várhatóan kevesebb műtétjük volt, kevesebb költségük, és várhatóan magasabb arányban érték el a remissziót is.

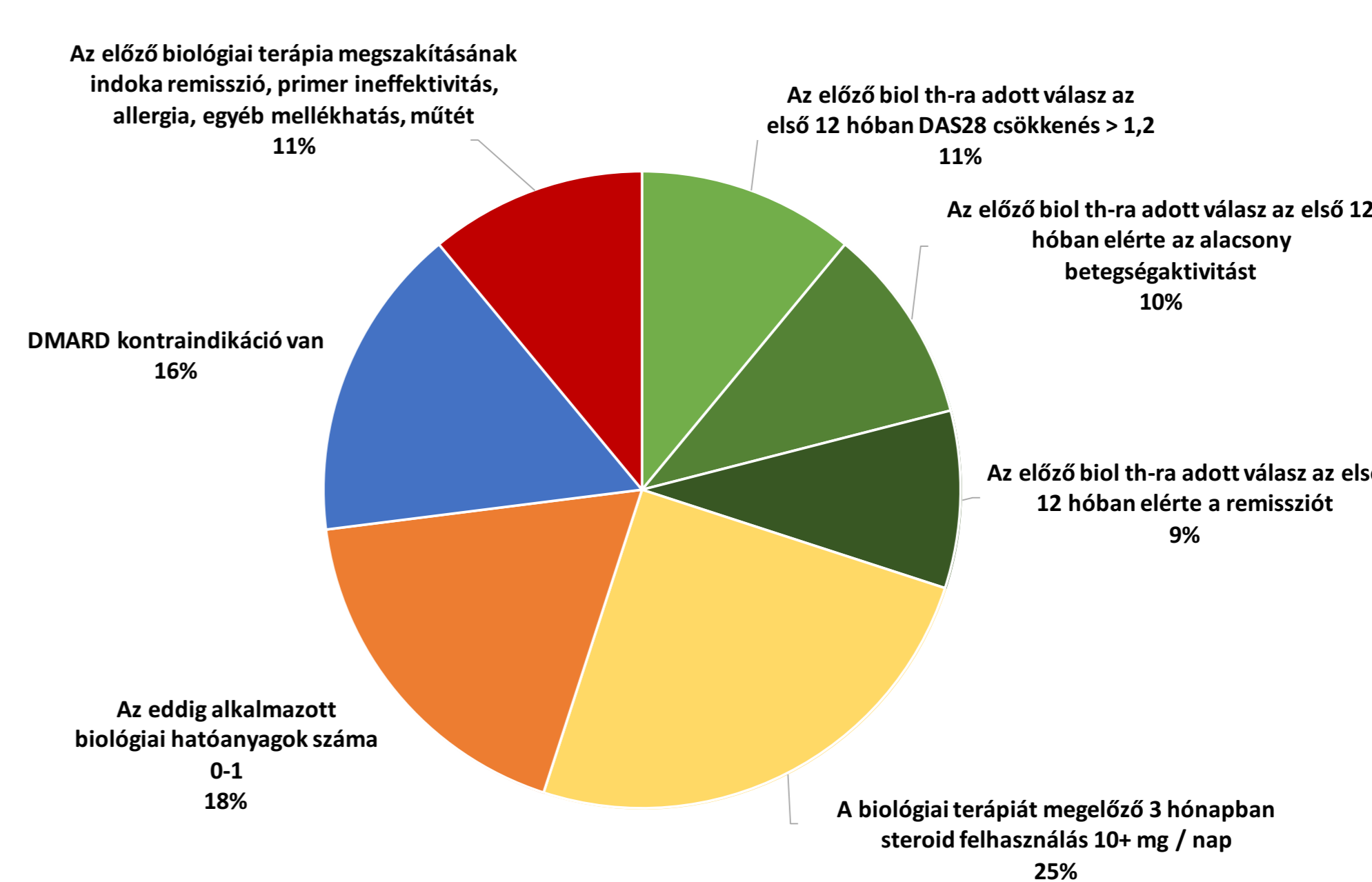
1. táblázat A finanszírozási adatokból előállított változók hatása a cél-változókra, valamint a változók egymáshoz viszonyított súlya, szintjei és a szintek pontértékei

Kritérium (változó) neve	Eredménymutatók (célváltozók)			A kritériumok (változók) súlya, kategóriái és azok pontértékei		
	Műtétszám és műtétig eltelt idő	Költség*	DAS28 változás	Kritérium (változó) súlya	Kategóriák (szintek)	Kategóriák (szintek) pontértéke
Társbetegség jelenléte az első biológiai terápiát megelőzően	nincs szerepe	nincs szerepe	nincs szerepe	0	1 (volt) n=2999 0 (nem volt) n=3576	0 1
Első biológiai terápia hossza negyedévekben	van szerepe	nem egyértelmű	van szerepe	0,9	0 (0-45 nap) 1 (45-135 nap) 2 (135-225 nap) 3 (225-315 nap) 4 (315-405 nap) min 5 (>405 nap)	0 0 1 1 2
Fájdalomcsillapítók száma a kiváltott receptek száma alapján	van szerepe	van szerepe	nincs szerepe	0,8	kiváltott nem váltott ki	0 1
Biológiai terápiás hatóanyagok száma	nincs szerepe	nincs szerepe	van szerepe	0,4	több 1	0 1
Terápiás szünetek száma	nincs szerepe	van szerepe	van szerepe	0,8	volt nem volt	0 1

\* csak a járó- és fekvőbeteg szakellátás költsége

- A kompozitindikátor lehetséges klinikai és PROM, PREM mutatóit tartalmazó, 74 tételből álló hosszú listából a reumatológusok kiválasztották azt a 24-et, amit a legfontosabbnak tartottak. A szempontrendszer 24 mutatóját 4 értékelési területre osztották be, melyek egyenként 5-7 szempontot foglaltak magukba. Az értékelési területek a következők voltak: 1. Betegségaktivitás, 2. Betegsúlyosság, prognózis, 3. Gyógyszeres kezelés, (3. ábra) 4. Életminőség, beteggyűttműködés. Az értékelési területeken belül kialakították az egyes mutatók súlyát, illetve a mutatók egyes szintjeihez tartozó pontértékeket.
- A reumatológusok véleményének megkérdezésével azt a hiányosságot igyekeztünk pótolni, hogy a döntésekben szerepet játszó tényezőkről nem állnak rendelkezésre információk, klinikai vizsgálati eredmények. A konszenzus módszer alkalmazásával áthidalunk az információhiányt, láthatóvá tettük és kvantifikáltuk a szubjektív elemeket, de nehézséget jelentett, hogy a döntésben résztvevők a különböző szempontokat más-más súlyokkal vették figyelembe, saját értékítéletüktől függően.

3. ábra A gyógyszeres kezelés értékelési terület változói, a változók egymáshoz viszonyított súlya, a változók szintjei és a szintek pontértékei reumatológusok szerint



## Konklúzió

A kompozitindikátorok ciklusok szerinti, folyamatos konszenzus melletti fejlesztése, jelentős segítséget nyújthat az összetett finanszírozási döntésekben, azok felülvizsgálatában, illetve az azokat támogató költség-hatékonysági és költség-konkvencia elemzések kialakításában. Mindennek feltétele a hasonló vizsgálatok végzése, illetve a felügyelő testületek, hatóságok részére történő továbbítás.

Sikeres pilotunk alapján következő lépés a betegek, az orvosok és az OEP szempontjainak együttes vizsgálata, a finanszírozási, klinikai, betegtől származó adatok integrálása. Reményeink szerint az érintett felek között beinduló konstruktív egyeztetések hozzájárulhatnak egy-egy ellátási területen folyó munka eredményességének, minőségének és hatékonyságának javításához.

## Referenciák

1. Angetis, A., & Kanavos, P. (2016). Value-Based Assessment of New Medical Technologies: Towards a Robust Methodological Framework for the Application of Multiple Criteria Decision Analysis in the Context of Health Technology Assessment. *Pharmacoeconomics*, 34 (5), 435-46.; 2. Barber, A. (2011). Who's next? A new process for creating points systems for prioritising patients for elective health services. University of Otago.; 3. Hansen, P., & Ombler, F. (2008). A new method for scoring additive multi-attribute value models using pairwise rankings of alternatives. *J. Multi-Crit. Decis. Anal.*, 15, 87-107.; 4. Nair, R., Aggarwal, R., & Khanna, D. (2011). Methods of Formal Consensus in Classification/Diagnostic Criteria and Guideline Development. *Semin Arthritis Rheum*, 41 (2), 95-105.;

5. Thokala, P., & al. (2016). Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making - An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. *Value in Health*, 19 (1), 1-13.; 6. 28/2010. (V. 12.) EÜM rendelet a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó eljárás során alkalmazandó szakmai szempontrendszerrel és szakpolitikai prioritásokról, valamint a befogadásához kapcsolódó egyes eljárásokért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról.