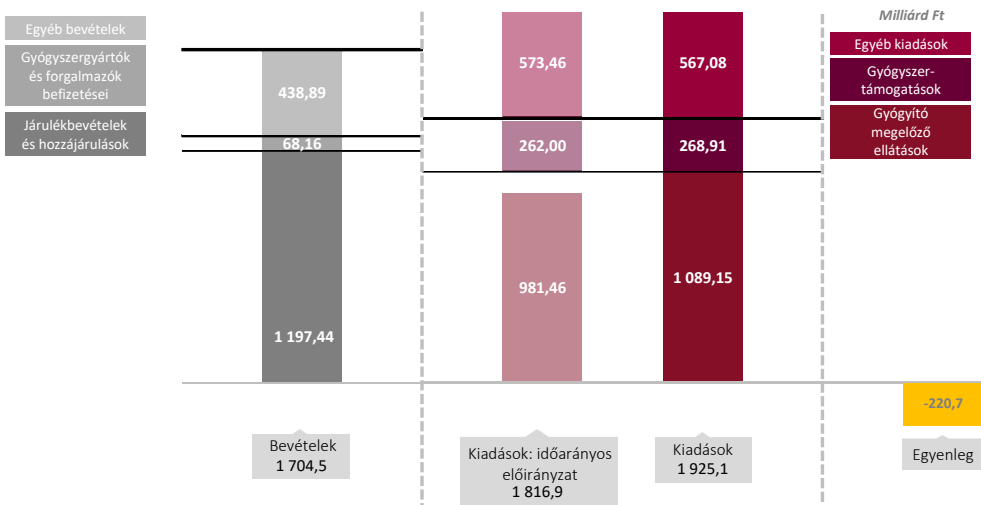


## Hírek, aktualitások

- Hír** A szakdolgozók közel harmada elhagyná az egészségügyet az új törvény miatt >>
- Hír** Eltűntek a vevők a budapesti patikákból - íme, a magyarázat >>
- Hír** Heteken belül átírhatják a nagy port kavart egészségügyi törvényt >>

## Egészség- és gyógyszerfinanszírozás makró szemléletben

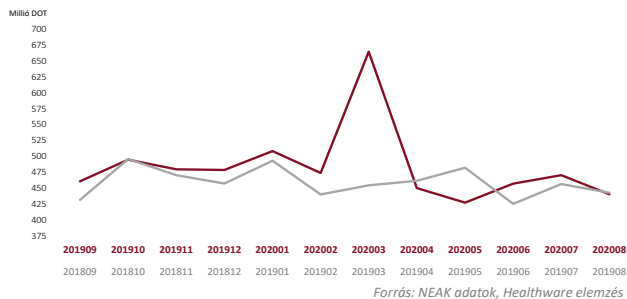
### Az Egészségbiztosítási Alap egyenlegének alakulása, 2020. augusztus



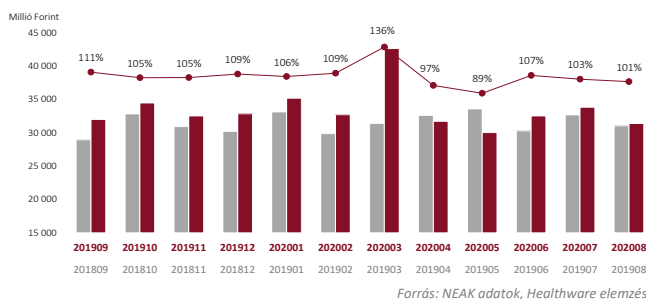
Forrás: NEAK adatok, Healthcare elemzés

## A vényköteles patikai gyógyszerforgalom dinamikája

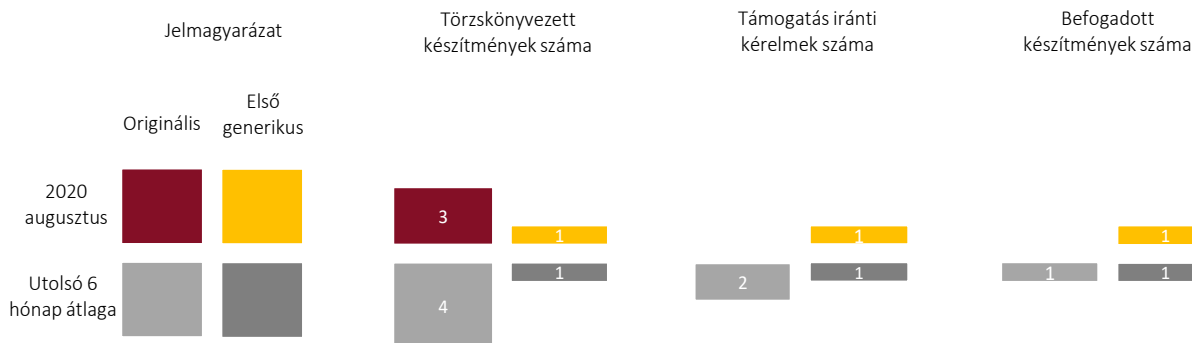
### Patikai forgalom terápiás napokban (DOT)



### Patikai társadalombiztosítási támogatásforgalom

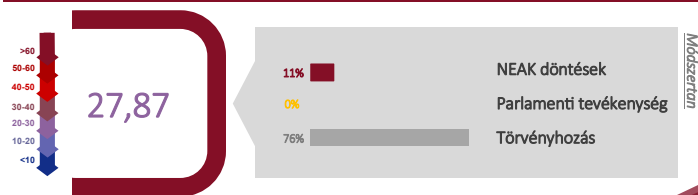


## Támogatott gyógyszer-törzs-változások, 2020. augusztus



Forrás: NEAK adatok, Healthcare elemzés

## Döntéshozatali index, 2020. augusztus



Termékajánló

## Indikátorrendszer kidolgozása

Minőségi indikátorokra egy terápia makroszintű megítéléséhez van szükség. Az egyes kezelési szokások mikro szintű ismerete teszi lehetővé azon paraméterek felkutatását/kidolgozását, melyek lehetővé teszik egy indikátorrendszer felépítését.

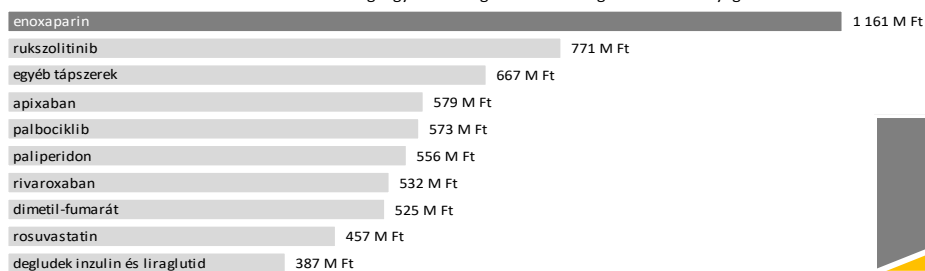
A mikro szintű elemzési termékeink mellett szerzett átfogó ismeretek alapján biztosítani tudunk olyan rendszereket kidolgozását, melyek objektív paraméterek mentén, transzparens módon mutatják az egyes egészségügyi technológiák sikerét.

Bővebben a szolgáltatásról: [link](#)

## Piaci adatok

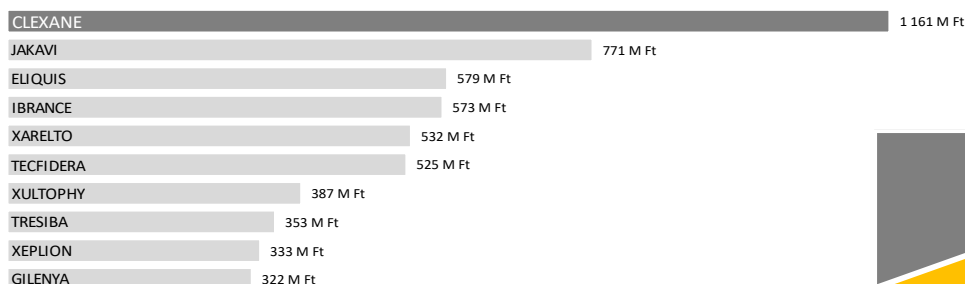
### Támogatáskiáramlási és betegszám toplisták, 2020. augusztus

#### A 10 legnagyobb támogatáskiáramlást generáló hatóanyag



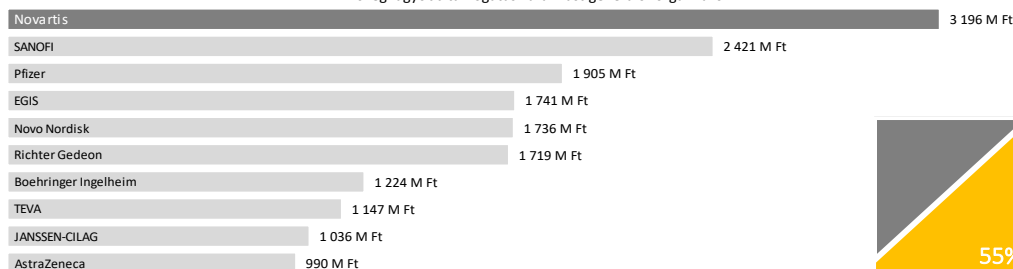
Forrás: Patikai vényforgalmi adatok, Healthcare elemzés

#### A 10 legnagyobb támogatáskiáramlást generáló brand



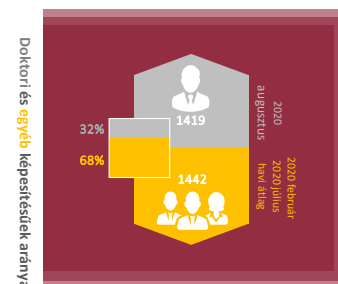
Forrás: Patika vényforgalmi adatok, Healthcare elemzés

#### A 10 legnagyobb támogatáskiáramlást generáló forgalmazó



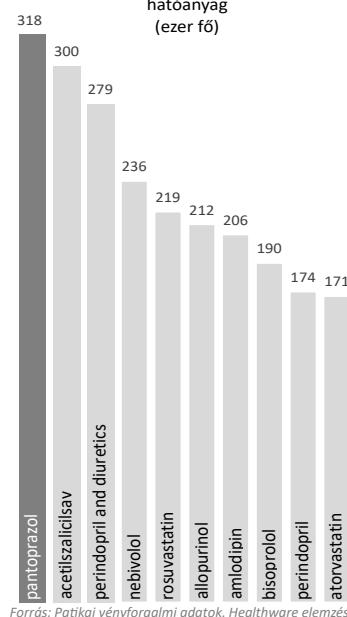
Forrás: Patikai vényforgalmi adatok, Healthcare elemzés

### Orvoslátogatók átlagos létszáma



Forrás: NEAK adatok, Healthcare elemzés

#### A 10 legnagyobb betegszámú hatóanyag (ezer fő)



## Egészségügyi technológiák befogadása — Esettanulmány

Az elmúlt években számos hírlevelet készítettünk a gyógyszerbefogadás kapcsán. A NEAK hetente frissülő kérelmek listáját részletesen elemezzük, az EMMI számára befogadásra felterjesztett gyógyszerekkel kapcsolatos bármilyen információt az egész gyógyszeriparban kiemelt érdeklődés övez. A COVID-pandémia a közvetlen terápiás hatásain túl extra figyelmet biztosít más kevésbé fókuszban lévő területeknek is, a gyógyszereken kívüli egészségügyi technológiáknak. A pandémia következtében a közbeszéd részévé vált a lélegeztető gépek, PCR-tesztek, gyorstesztek, egyéb orvostechnikai és in vitro diagnosztika eszközök elérhetősége, technikai paraméterei (hogy csak a labor tesztek szenzitivitását és specifikitását említsük meg).

A mostani fokozott érdeklődést megragadva, igyekszünk bemutatni a gyógyszereken (és GYSE-n) kívüli egészségügyi technológiák finanszírozási környezetét és rávilágítani azokra a szőnyeg alá söpört problémákra, melyek ezt a területet jellemzik, illetve felhívni a figyelmet azon anomáliákra, melyek indokolatlanul sújtják ezen egészségügyi technológiák támogatásba vonhatóságát.

Többrészes esettanulmányunkban elsőként a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák befogadását járjuk körül megvizsgálva annak jogszabályi hátterét és bemutatva a folyamat során jelentkező gyakorlati anomáliákat, melyek alapvetően nehezítik meg ezen technológiák piacra kerülését. Öt problémás területet azonosítottunk a folyamatban, ezek közül három jelen esettanulmányunk keretében tárgyalunk, kettőt pedig következő havi témánkat alkotja majd.

„Az új egészségügyi technológiák transzparens és követhető módon, egészség-gazdaságtani értékelést követően kerülhetnek be az egészségbiztosítás finanszírozási rendszerébe.” – www.neak.gov.hu

A gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök támogatása, valamint támogatásba kerülésük külön jogszabály és külön eljárásrend mentén működik. A NEAK külön eljárásrendet dolgozott ki a gyógyító megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiákra 2010. július 1-jétől kezdődően, azonban az elmúlt 10 év számos hiányosságra rávilágított.

#### ÉRINTETT KÖR DEFINIÁLÁSA

Az érintett technológiák definíciója túl általános (magába foglalja az orvostechnikai eszközök széles körét, valamint ezen túl azon tevékenységeket, amelyek az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódhatnak), ennek ellenére az ilyen típusú beadványok nyilvántartása viszonylag kevés technológiát tartalmaz.

## Egészségügyi technológiák csoportosítása - Magyarország



Ily módon a publikus információk alapján is nehéz pontosan meghatározni, milyen esetekben kell vagy ajánlott a fenti típusú eljárást elindítani. Személyes tapasztalataink alapján a finanszírozó számára sem egyértelmű minden esetben az egyes technológiák besorolása, finanszírozási típusának a nevesítése.

Az orvostechnikai eszközök egy része gyógyászati segédeszközként (kötszer, hallásjavító eszközök), az ahhoz kapcsolódó eljárások mentén kerülhet támogatásba, míg egy másik részük kórházi beszerzés, vagy országos tender keretei között, azok eredményeként kerülhetnek be az egészségügyi finanszírozásba és az ellátás folyamatába. Azonban vannak olyan orvostechnikai eszközök, ill. egészségügyi eljárások, amelyeknél végül az érintett/fent nevezett eljárás elindítását várja el a Finanszírozó, feltételezhetően minden olyan esetben, ahol más eljárás keretében nem finanszírozható az adott egészségügyi technológia.

Fontos látni, hogy ezen technológiák sokszor kisebb forgalmazókhöz tartoznak, akiknek sem rutinjuk, sem a bürokratikus útvesztőkön való átjutásukhoz nincs meg a szükséges apparátusuk. Így egy új innovatív technológia már sokszor a legelső fázisban elvérzik, pusztán azért, mert nem tudja a forgalmazó megnevezni a számára adekvát finanszírozási csatornát.

Egészségügyi technológiák befogadása — Esettanulmány

MCDA

Az eljárás folyamata hasonló a gyógyszerek befogadásával kapcsolatban indított eljárásokhoz, annyi különbséggel, hogy multiple-criteria decision analysis (MCDA) alkalmazása jogszabályi kritériumként jelenik meg a döntéshozatalban, valamint hogy az eljárás végén meghozott esetleges pozitív döntést tartalmazó határozat nem jelent automatikus befogadást, csupán egy előzetes állásfoglalást (előzetes befogadási döntés), miszerint a NEAK megvizsgálta a szóban forgó technológiát, és támogatja annak társadalombiztosítási befogadását. A végső döntés azonban az EMMI kezében van, amire a jogszabály egy három éves (I) időszakot biztosít.

Az MCDA során 20 szempont szerint vizsgálják meg az egyes technológiákat. A végső, maximális 100 pontból az egyes szempont relevanciájának megfelelően pontértékeket kapva alakul ki a végső pontérték/mutatósám, ami ha meghaladja a 60 pontot, akkor pozitív a technológia értékelése.

| Szakmai szempontrendszer elemei*                     | Maximálisan adható pontszám |
|--|-----------------------------|
| <b>I. Egészségügyi prioritások</b>                   | <b>20 pont</b>              |
| I.1. Népegészségügyi programok                       | 6 pont                      |
| I.2. Szakmapolitikai prioritások                     | 7 pont                      |
| I.3. Aggregált egészségnyereség                      | 7 pont                      |
| <b>II. A kórkép súlyossága</b>                       | <b>15 pont</b>              |
| II.1. Életet veszélyeztető akut kórkép               | 13–15 pont                  |
| II.2. Életet veszélyeztető krónikus kórkép           | 10–12 pont                  |
| II.3. Életet nem veszélyeztető akut kórkép           | 8–9 pont                    |
| II.4. Életet nem veszélyeztető krónikus kórkép       | 6–7 pont                    |
| <b>III. Esélyegyenlőség</b>                          | <b>15 pont</b>              |
| III.1. Érintett betegpopuláció nagysága              | 8 pont                      |
| III.2. Elérhetőség, hozzáférhetőség                  | 7 pont                      |
| <b>IV. Költséghatékonyság, életminőség</b>           | <b>30 pont</b>              |
| IV.1. ICER értéke                                    | 15 pont                     |
| IV.2. Egy betegre jutó egészségnyereség              | 15 pont                     |
| <b>V. Aggregált költségvetési hatás</b>              | <b>10 pont</b>              |
| <b>VI. Hazai és nemzetközi szakmai megítélés</b>     | <b>10 pont</b>              |
| VI.1. A szakmai kollégium véleménye                  | 3 pont                      |
| VI.2. A nemzetközi alkalmazás                        | 3 pont                      |
| VI.3. Az eljáráshoz kapcsolódó evidenciák besorolása | 4 pont                      |
| <b>ÖSSZESEN</b>                                      | <b>100 pont</b>             |

\*28/2010. (V. 12.) EüM rendelet

A szakmai szempontrendszer (MCDA) megjelenése az eljárásban alapvetően kívánatos, hiszen a finanszírozói szempontok mellett segíthet beemlíteni a döntéshozatalba olyan tényezőket, mint a méltányosság, igazságosság, innováció, amelyek például az orvostechinikai eszközök esetén sokkal hangsúlyosabbak lehetnek, mint gyógyszereknél, azonban a rendeletben meghatározott szempontok főként az egészség-gazdaságtani elemzéshez kapcsolódnak.

Alapvető aggályokat vet fel, hogy bár az egyes elemekhez rendelhető maximális súly értéke jogszabályban rögzített, a pontozás részletei nem kellőképpen kidolgozottak, vagy csak nem érhetőek el transzparensen, ami a szubjektív pontozás lehetőségét teremti meg. Továbbá olyan prioritások jelennek meg a listán (Egészségügyi-, Népegészségügyi-, és Szakmapolitikai prioritások) melyek kidolgozottsága szintén nem ismert, megítélhetőségük erősen kérdéses.

Megjelenik például az esélyegyenlőség szempontja, azonban ennek számszerűsítése inkább kérdéseket vet fel – mi alapján lehet egy technológiát 1-től 10-ig értékelni, esélyegyenlőség szempontjából? (pl: Költségvetési hatás maximálisan 10 pont; Mikor 1 pont – és mikor 5?; Esélyegyenlőség 15 pont, mikor 1 pont, mikor 10 pont, mikor 15pont?)

EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTAI ELEMZÉS

Ezzel együtt azt is érdemes kihangsúlyozni, hogy a szempontrendszerben legnagyobb súllyal az egészség-gazdaságtani elemzés és annak eredménye szerepel, miközben a gyógyszeren kívüli egyéb egészségügyi technológiák (továbbiakban egyéb technológiák) esetében az egészség-gazdaságtani irányelv ajánlásai nehezen értelmezhetőek, az egészség-gazdaságtani elemzések elkészítése, az eredmények értelmezése sokkal komplexebb, minthogy az igen-nem eredményként pontozható legyen.

A költséghatékonyság igazolására vonatkozóan 100 pontból 30-at lehet megszerezni. Mindazonáltal az adatlap kitöltendő minimum követelményként csupán az „Egy betegre jutó egészségnyereség” és „ICER érték” (nem elemzés!) megadását várja el.

Az első három kifogásolt terület alapján megfogalmazható, hogy a folyamat bizonytalanságra épül – az érintett kör nehezen definiálhatóságával –, ezen felül pedig mind az értékelés, mind a benyújtáshoz szükséges módszertan igényelne valamilyen szintű átalakítást, tisztázást a folyamat átláthatósága és hatékonysága érdekében.

Következő esettanulmányunkban a transzparencia, illetve az adminisztratív problémák szempontjából vizsgáljuk meg a procedúrát, majd javaslatokat fogalmazunk meg a szükségesnek vélt változtatásokra.

Az egészségügyi technológiák esetében az egészség-gazdaságtani irányelv ajánlásai nehezen alkalmazhatók:

- ◆ Milyen szintű klinikai evidencia várható el egyéb technológiák (pl. orvostechinikai eszközök) esetében? Randomizált klinikai vizsgálatok?
- ◆ Milyen költségeket kell figyelembe venni egyéb technológiák esetében?
  - ◆ Beszerzési költség?
  - ◆ Üzemeltetési költség?
- ◆ Mit lehet tenni, ha egy ilyen technológia esetén nem áll rendelkezésre életminőség adat? Vagy nem is értelmezhető az életminőség?
- ◆ Hogyan kell elvégezni az elemzést, ha a technológiának nincs komparátora?