



**Gazdálkodástani Doktori Iskola**

## **TÉZISGYŰJTEMÉNY**

**Brandtmüller Ágnes Zita**

**Az egészségnyereség elosztásának társadalmi szempontjai**

című Ph.D. értekezéséhez

**Témavezető:**

**Gulácsi László, Ph.D. habil.**

egyetemi docens

Budapest, 2009

**Közzolgálati Tanszék**

**TÉZISGYŰJTEMÉNY**

**Brandtmüller Ágnes Zita**

**Az egészségnyereség elosztásának társadalmi szempontjai**

című Ph.D. értekezéséhez

**Témavezető:**

**Gulácsi László, Ph.D. habil.**

egyetemi docens

## Tartalomjegyzék

<b>I. A kutatás céljai és előzményei.....</b>	<b>2</b>
I.1. Témafelvetés .....	2
I.2. A kutatás céljai.....	3
I.3. Az irodalmi áttekintés tanulságai.....	5
<b>II. A felhasznált módszerek.....</b>	<b>7</b>
II.1. Preferenciavizsgálat házi orvosok körében: diszkrét választási kísérlet.....	7
II.2. Orvosi attitűdvizsgálat: Q-módszer .....	11
<b>III. Az értekezés főbb megállapításai, eredményei .....</b>	<b>13</b>
III.1. Házi orvosi preferenciák .....	13
III.2. Gyakorló orvosok attitűdjei .....	14
<b>IV. Az eredmények felhasználhatósága .....</b>	<b>17</b>
<b>Főbb hivatkozások .....</b>	<b>19</b>
<b>A témakörrel kapcsolatos saját publikációk .....</b>	<b>21</b>
<b>Köszönetnyilvánítás .....</b>	<b>22</b>

## I. A kutatás céljai és előzményei

### I.1. Témafelvetés

A közgazdaságtan egyik alaptételeként és gyakorlati realitásként fogható fel a gazdasági javak szűkössége; a társadalmi igényeknek csak egy részét lehet kielégíteni. Az egészségügyi forráselosztási folyamatban is egyre nagyobb a jelentősége a gazdaságossági kérdéseknek, és az egészségpolitika három alapvető szempontja mellett – biztonságosság, hatásosság és minőség – megjelent a költség-hatékonysági szempont is. [Gulácsi 2004] Az egészségügyben nap mint nap felmerülnek olyan kérdések, hogy egy kisgyermek – esetleg sikertelen - szervátültetésére érdemesebb-e elkölteni sok millió forintot, vagy ugyanezt az összeget például felnőtt nők csonttritkulásának kezelésére fordítsák, vagy valamilyen népegészségügyi programra. Az orvosok és az egészségpolitikusok minden döntése tehát egyben a betegek, egészségügyi technológiák, stb. közötti választást jelent, amelyek háttérében különféle prioritások állhatnak.

A prioritásképzés – elvben - olyan szisztematikus egészségpolitikai döntés-előkészítési módszer, amely a rendelkezésre álló erőforrások szükségletek szerinti elosztását szolgálja. A döntéshozóknak dönteniük kell, hogy melyik betegsége, betegcsoportra, egészségügyi beavatkozásra szánnak erőforrásokat. [Baltussen 2006] Bár a prioritásképzésnek nincs univerzális módszere, az egészségpolitikában a forráselosztás terén – a fenntartható finanszírozás mellett - két általánosan elfogadott célkitűzés megfogalmazható: 1) a rendelkezésre álló erőforrások mellett elérhető egészségnyereség<sup>1</sup> maximalizálása a társadalomban (hatékonysági szempont), 2) az egészségben kimutatható társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése (méltányossági szempont). [Hauck et al 2004]

A közgazdaságtan oldaláról a rangsorolási döntéseket az egészség-gazdaságtani elemzések támogatják, amelyek mérik, értékelik és összehasonlítják az egyes egészségügyi technológiák egészségre gyakorolt hatását és költségvonzatát. [Baltussen 2006] A gyakorlat azonban azt mutatja, hogy a társadalmi értékítélet sokszor ellene szól, limitálja a közgazdasági gondolkodás központi feltevését, a hasznosság-maximalizáláson alapuló választást, és a szakmapolitikai döntések sokszor nem konzisztensek a költség-hatékonysági eredményekkel. Ennek egyik lehetséges magyarázata, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések normatív alapja az egészségnyereség maximalizálása, és az egészségnyereség társadalmi megoszlását nem veszik figyelembe. Utóbbi azonban fontos szempontja lehet az egészségpolitikának. [Stolk 2005]

Wagstaff mutatott rá arra, hogy a méltányossági és költség-hatékonysági szempontok kombinálhatók, ha a költség-hatékonysági eredményeket a betegségtől, a beteg korától, társadalmi-gazdasági helyzetétől, stb. függő súlyrendszerrel módosítják. [Wagstaff 1991] Ezek a súlyok egyben azt is kifejezik, hogy mekkora az az egészségvesztés, amit a társadalom hajlandó feláldozni annak érdekében, hogy az egészség elosztása méltányosabb legyen.

---

<sup>1</sup> Az egészségnyereség számos módon operacionalizálható, mérhető: életvnyereség, életminőséggel korrigált életév, stb. [Evetovits 2005]

Az egészségnyereség társadalmi elosztásának nagyon sok szempontját sikerült azonosítani. Ilyen szempont lehet pl. a beteg életkora, a betegség súlyossága. [Nord 1999] Habár ezeket a szempontokat számos külföldi tanulmány vizsgálta, továbbra is nagy a bizonytalanság, hogy az egyes szempontok iránti preferenciák mennyire erősek, milyen irányúak. Abban azonban konszenzus van az irodalomban, hogy az egészségnyereségnek a társadalmi értékét a fenti tényezők is befolyásolják. Ennek alapján valószínűsíthető, hogy az emberek természetes elvárása, hogy az egészségpolitikai döntéshozók is érvényesítsék ezeket a szempontokat, és a társadalom értékítélete szerint alakítsák forráselosztási döntéseiket. [Dolan 1998]

## **I.2. A kutatás céljai**

A dolgozat az egészségnyereség elosztásának társadalmi szempontjaival foglalkozik. Első célkitűzése, hogy a szakirodalom áttekintésével az elmélet és az empiria oldaláról is bemutassa, hogy melyek azok a társadalmi értékek, méltányossági szempontok, amelyek fontosak lehetnek az egészségnyereség egyének (betegek) közötti elosztásában. Másik célkitűzése, hogy hazai empirikus eredményekkel bővítse az elméleti ismeretanyagot. Dolgozatomban két, magyar orvosok körében végzett kutatás eredményeit ismertetem. Mindkét vizsgálat – eltérő módszertannal – az alábbi alapkérdésre keresi a választ:

*Magyar orvosok megítélése szerint, az egészség egyének (betegek) közötti elosztását milyen társadalmi szempontoknak kellene befolyásolnia?*

Az orvosok preferenciáit, véleményét azért fontos megismerni, mivel az egészségügyi ellátórendszerben a betegekkel kapcsolatos döntéseket végső soron ők hozzák meg. Másrészt, a betegek ellátásának rangsorolása, mint döntési helyzet, a gyakorló orvosokhoz áll legközelebb, hiszen naponta találkoznak ilyen döntésekkel. A fenti alapkérdés empirikus vizsgálatához az alábbi kutatásokat végeztem.

### *a) Háziiorvosi preferenciák vizsgálata*

Az első kutatásra magyar háziiorvosok körében került sor az ún. diszkrét választási módszerrel. Ennek a kutatásnak az volt a célja, hogy a szakirodalom és az orvosi döntéshozatal szempontjából legfontosabbnak ítélt betegjellemezők és betegségjellemezők, mint rangsorolási szempontok iránti preferenciákat vizsgálja. Esetünkben a háziiorvosoknak különböző beteg- és betegségjellemezőkkel leírt betegek közül kellett választaniuk, hogy kinek a kezelését részesítenének előnyben. A preferenciavizsgálattal kapcsolatban két hipotézist fogalmaztam meg.

#### Hipotézis I:

*A háziiorvosok határozott preferenciákkal bírnak a tekintetben, hogy melyik betegek kezelését részesítenék előnyben: várhatóan a beteg életkora és a betegség súlyossága lesz a két*

*legmeghatározóbb szempont.*

### Hipotézis 2

*A egészségnyereség társadalmi elosztására vonatkozó preferenciák nem homogének: a válaszadók egyes tulajdonságai (pl. a házi orvos életkora) mentén ki lehet mutatni preferencia-különbségeket.*

#### *b) Attitűdvizsgálat gyakorló orvosok körében*

Empirikus munkám másik része egy nemzetközi kutatáshoz, az EuroVaQ projekthez kapcsolódott. A nemzetközi EuroVaQ projekt a Q-módszer segítségével azt kívánta megismerni, hogy az egészségpolitikai döntéshozók és az általános lakosság tagjai milyen szempontokat (pl. beteg életkora, jövedelmi helyzete, családi állapota) tartanak fontosnak az egészségügyi szolgáltatások, áttételesen az egészség, betegek közötti elosztásánál. Saját kutatásomban a nemzetközi vizsgálatot egy újabb szemponttal egészítettem ki: mivel attitűdök esetén is feltételezhetjük, hogy az eredmények eltérőek lehetnek egyes csoportok között, kutatásomban egy másik válaszadói csoport, a gyakorló orvosok véleményét kívántam megismerni.

A Q-módszerrel végzett attitűdvizsgálattal kapcsolatban nem fogalmaztam meg hipotézist az eredményekre vonatkozóan. Ennek oka, hogy a Q-módszer, mint a szubjektív vizsgálati eszköze, amely véleménycsoportok elkülönítésére és leírására szolgál, nem alkalmas hipotézisek tesztelésére. A Q-módszert eredetileg a pszichológiai és politikatudományi területen használták, egészségpolitikai felhasználása azonban még nem túl elterjedt, így a második kutatással kapcsolatban inkább a módszer egészségügyi területen való felhasználhatóságára állítottam fel hipotézist.

### Hipotézis 3:

*A gyakorló orvosok között jól elkülöníthető véleménycsoportokat lehet megkülönböztetni a tekintetben, hogy melyek a számukra fontos elosztási szempontok, illetve, hogy melyek azok a betegség- vagy betegjellemzők, amelyeket elutasítanak, mint a betegek közötti rangsorolás alapját.*

Mindkét empirikus munka az egészségnyereség elosztási szempontjait vizsgálja, de eltérő módszertani megközelítéssel. A diszkrét választási módszerrel végzett preferenciavizsgálat kvantifikálható eredményeket ad a preferenciák irányára és erősségére vonatkozóan, de nem alkalmas az összes rangsorolási, elosztási szempont vizsgálatára: a betegeket leíró tulajdonságokat le kell szűkíteni 6-10 jellemzőre, mivel a válaszadók általában nem képesek ennél több szempont együttes mérlegelésére. Ezzel szemben a Q-módszer a kérdéssel kapcsolatos véleménycsoportokat, azaz a hasonló és egymástól különböző véleményeket képes megkülönböztetni és leírni, de nem ad számszerűsíthető eredményeket. Előnye viszont, hogy a különböző beteg-rangsorolási, elosztási szempontok a lehető legszélesebb körben vizsgálhatók. A két kutatás interjúalanyai és módszertana különböző volt, így csak arra vállalkozom,

hogy két különböző megközelítéssel megvizsgáljam az egészségnyereség elosztási szempontjait, de az eredmények közvetlen összehasonlítására nincs mód.

Itt szeretném hangsúlyozni, hogy a dolgozatban nem kívántam rendszerszerűen foglalkozni az elosztási szempontok etikai, filozófiai vetületeivel, mint ahogy arra sem térek ki, hogy a társadalmi jóléti függvényben hogyan aggregálhatók az egyéni preferenciák, és hogyan lehet a társadalmi hasznosságot maximalizálni. Meglátásom szerint ezeknek a kérdéseknek a megválaszolása külön értekezés tárgyát képezhetné.

### **I.3. Az irodalmi áttekintés tanulságai**

Mivel kutatásaink kiindulópontját az irodalmi áttekintés adta, ezért a saját kutatás módszertana előtt röviden összefoglalom, hogy a szakirodalom szerint milyen szempontok lehetnek hatással az egészségnyereség társadalmi elosztására, a betegek kezelésének rangsorolására.<sup>2</sup> A szakirodalom szerint ezek a szempontok az alábbi kategóriákba sorolhatók [Dolan et al 2005, Schwappach 2002, Smith 2005, Tsuchiya 2005]

- *A beteg jellemzői.* Ide tartozik a beteg életkora, jövedelmi helyzete, hogy aktív munkavállalóként hozzájárul-e a közfeladatok finanszírozásához, a társadalmi szerepe, azaz vannak-e általa eltartott hozzátartozói, gyermekei; ebbe a körbe tartozik a beteg életstílusa, egészséggel kapcsolatos magatartása, és a beteg által korábban igénybevett egészségügyi szolgáltatások mennyisége is.
- *A betegség jellemzői illetve a beteg egészségi állapotára gyakorolt hatása.* Fontos szempont, hogy a betegség mennyire súlyos, mekkora fájdalommal jár, mekkora az állapotromlás mértéke (kezelés nélkül milyen életminőségben élne a beteg), milyenek a beteg túlélési esélyei, mi volt a betegség kialakulásának oka (felelőssé tehető-e érte a beteg), megelőzhető lett volna-e a betegség. Ide sorolható az is, hogy mennyire gyakori a betegség, pl. népbetegségről van-e szó.
- *A kezelés jellemzői.* Ebbe a kérdéskörbe tartozik, hogy mennyire eredményesen kezelhető a betegség (elfogadható lesz-e az egészséggel kapcsolatos életminősége a betegnek a kezelést követően), mekkora a sikeres kezelés valószínűsége, milyen időtávon tartható fenn az egészségre gyakorolt pozitív hatás (pl. várható-e, hogy növekedni fog a beteg élettartama), a kezelés egészségjavulást eredményez-e vagy az állapotromlás megakadályozására alkalmas. Szintén a kezelést jellemzi, hogy mennyire költséges, illetve hogy összevetve a várható egészségnyereséget és a költségeket, milyen a költség-hatékonysága a terápiának, és hogy van-e valamilyen egyéb hozzáférési korlátja a kezelésnek (pl. várólista).
- *A betegséggel kapcsolatos, de nem egészségi hatások.* Ebbe a körbe tartozhat pl. a beteg családtagjainak közérzete, családtagokra háruló ápolási feladatok.

A szakirodalom szerint a fenti elosztási szempontokkal kapcsolatos preferenciavizsgálatok alapján három nagyobb következtetés vonható le. 1) a válaszadók egy szignifikáns része gyakran nem hajlandó

---

<sup>2</sup> Terjedelmi okok miatt itt csak a legfontosabb irodalmakra hivatkozom.

semmilyen szempont alapján rangsorolni, elutasítja a rangsorolást. 2) Az emberek általában elutasítják a szélsőséges forrásallokációt: valamennyi erőforrást a kevésbé preferált csoport számára is rendelkezésre bocsátának. 3) Az emberek még akkor sem viselkednek egészségmaximalizálóként, ha felhívják a figyelmüket arra, hogy döntésükkel lemondtak valamekkora egészségnyereségről. A méltányossági szempont tehát erőteljesen jelen van preferenciarendezésükben. [Schwappach 2002]



## II. A felhasznált módszerek

A dolgozat két saját kutatást tartalmaz: egy preferenciavizsgálatot és egy attitűdvizsgálatot. Ezek módszertanát külön ismertetem:

### II.1. Preferenciavizsgálat háziorvosok körében: diszkrét választási kísérlet

A választáson alapuló technikák közül, amelyek a feltárt preferenciák megismerésére alkalmasak, közgazdaságilag a legmegalapozottabbnak a diszkrét választási kísérletet (discrete choice experiment, DCE) tekintik. Egyik fontos érv mellette, hogy az a döntési helyzet, amivel a válaszadót szembesíti, a legtöbb ember számára jól ismert: kettő vagy több jószág közül kell egyet kiválasztani. [Ryan 1999b]. A DCE egyrészt a valószínűségi választás elméletén, azon belül a random hasznosság elméletén nyugszik. Másrészt konzisztens Lancaster közgazdasági értékelméletével, amely a jószágot, mint meghatározott arányban jelen lévő tulajdonságok halmazát fogja fel. [Lancaster 1966, Manski 1977] A DCE felépítése 5 lépésben foglalható össze [Ryan 1999a, 1999b]:

1. *Attribútumok meghatározása.* A preferenciák vizsgálatához meg kell határozni, hogy melyek azok a tulajdonságok (attribútumok), amelyeket a fogyasztónak a választás során mérlegelnie kell. Ilyen attribútum lehet például a beteg életkora.
2. *Attribútum szintek meghatározása.* Meg kell határozni, hogy az egyes attribútumok milyen konkrét értékeket vehetnek fel. A beteg, életkora szempontjából, például különböző korcsoportokba tartozhat.
3. *Kísérleti design kialakítása.* Az attribútum szintek kombinálásával előállnak az összehasonlításra kerülő „termékek”, vagy más szóval, az attribútum szintekkel leírjuk az egyes termékkonceptiókat (itt betegeket). Ezekből a koncepciókból állnak elő az egyes döntési feladatok. A döntési feladatokban szereplő termékkonceptiók számát, és a kérdőívben bemutatott döntési feladatok számát szintén a kísérleti design során kell meghatározni. A DCE designban az attribútumok és a szintek száma határozza meg, hogy ezek kombinációjából összesen hány terméket lehet előállítani. Mivel a lehetséges termékek száma az attribútumok és a szintek számával exponenciálisan növekszik, ezért az attribútumok és a szintek számát korlátozni kell, illetve a döntési feladatokban általában nem lehet bemutatni az összes lehetséges terméket. A DCE design kialakítására manuális és komputerizált technikák egyaránt elérhetők. [Chrzan-Orme 2000]
4. *Adatgyűjtés.* Az adatgyűjtéssel kapcsolatban kell meghatározni, hogy a válaszadókról milyen szocio-demográfiai jellemzőket érdemes gyűjteni (lehetővé téve a preferenciák alcsoportonkénti elemzését), az adatfelvétel módját (pl. személyes interjú, postai úton kiküldött kérdőív). Az adatgyűjtés része az interjúalany megismertetése a döntési feladatokkal.

## 5. *Adatelemzés.* A diszkrét választások elemzésére ökonometriai modellek állnak rendelkezésre.<sup>3</sup>

A saját kutatásban 200 magyar, felnőtt háziiorvosi praxisban dolgozó háziorvos vett részt. A minta kiválasztása a háziiorvosi szolgálat területi elhelyezkedése (településtípus) és az orvos neme szerint rétegzett véletlen mintavétellel történt, a mintavétel forrása a Progress Research Kft. háziiorvosi címlistája volt. A háziorvosokról az alábbi adatokat gyűjtöttük: a háziorvos neme, az orvosi egyetem elvégzésének éve (mint az életkor közelítő változója), háziiorvosi gyakorlatban eltöltött évek száma, a háziorvoshoz bejelentkezett betegek száma (betegkártyák száma).

Az attribútumok és szintek meghatározása a szakirodalom felhasználásával történt, kiegészítve az alábbi szempontokkal. 1) Mivel korlátozni kellett a bemutatásra kerülő attribútumok számát, olyan döntési szempontokat kerestünk, amelyek alapvetően a betegek egészségügyi jellemzőivel illetve a terápia várható eredményeivel kapcsolatosak. Így a betegek társadalmi-gazdasági jellemzőinek és életvitelének az orvosi döntéshozatalra gyakorolt hatását ebben a kutatásban nem vizsgáltuk. 2) Az attribútum szintek megfogalmazásánál az egyszerűsége törekedtünk: olyan fogalmakkal dolgoztunk, amelyek az átlag háziorvos számára könnyen értelmezhetőek. Az 1. Táblázat tartalmazza a saját kutatásban szereplő attribútumokat és szinteket.

### 1. Táblázat Attribútumok és szintek a DCE vizsgálatban

Attribútumok	Attribútum szintek
<i>Beteg-/Betegség jellemzők</i>	
Korcsoport	18-35 év 36-60 év 60+ év
Betegség gyakorisága	gyakori betegség ritka betegség
Betegség hatása az életminőségre	jelentősen rontja jelentősen nem rontja
Betegség mortalitása	alacsony közepes magas
Társbetegség	van súlyos, krónikus társbetegség nincs súlyos, krónikus társbetegség
<i>Kezelés hatása</i>	
Életévnyereség megoszlása	1-1 életév nyereség a pár mindkét tagjánál 2 életév nyereség a pár egyik tagjánál
Eredeti életminőség visszaállítása	részleges teljes
Elkerülhető szövődmények időtávja	rövid táv hosszú táv

Az adatfelvétel során az ún. „papír és ceruza” módszert alkalmaztuk és a Sawtooth® szoftver segítségével állítottuk elő a kérdőíveket. Az attribútumok és szintek alapján összesen 576 betegkonceptiót lehet előállítani ( $2^6 * 3^2$ ). Mindegyiket nem lehetett bemutatni a válaszadóknak, így a software segítségével

<sup>3</sup> Ezekről részletes áttekintést ad pl.: [Louviere et al 2000, Train 2003]

határoztuk meg, hogy az egyes döntési feladatokban melyik betegkonceptiók szerepeljenek. A DCE-vel szemben elvárás, hogy olyan sok termékkonceptió kerüljön összehasonlításra, amennyi csak lehetséges, így az eredmények minél megbízhatóbbak legyenek. A konceptiók számát két módon növeltük. 1) Az egyes döntési feladatokban 3 házaspár közül kellett választania az orvosoknak. (A vizsgálatban azért szerepeltettünk párokat, hogy az *életévnnyereség megoszlása* attribútumot vizsgálni lehessen.) 2) Összesen 4 kérdőív verzió készült<sup>4</sup>. Mind a négy verzió összesen 15 választási feladtból állt, így összességében 60 különböző választási feladatot tartalmazott a vizsgálat. Minden kérdőív verziót 50-50 háziorvos töltött ki. A kérdőív típusok szétosztása a háziorvosok között véletlenszerű volt. A kérdőív bevezető szövegét a döntési helyzettel az 1. ábra szemlélteti. Egy döntési feladatra hoz példát a 2. Táblázat.

### 1. ábra A DCE kérdőív bevezető szövege

Képzelve el, hogy Ön **házaspárok** kezelésével foglalkozik. **A házaspárok mindkét tagja ugyanabban a betegségben szenved.** A pároknak nincs gyermekük.

Tegyünk fel, hogy Önnek rendelkezésére áll egy gyógyszer, melynek különböző kedvező hatásai vannak, és nincsenek lényeges mellékhatásai.

A gyógyszerből **egyetlen házaspár kezelésére elegendő mennyiség áll rendelkezésre. A házaspárok számára ez a gyógyszer jelenti az egyetlen lehetséges kezelési alternatívát. A gyógyszerrel csak Ön rendelkezik.**

Különböző kártyacsomagokat mutatunk be a kérdőívben, amelyek 3-3 eltérő házaspárt írnak le. A kártyákon feltüntetett jellemzőkön kívül a házaspárok más tekintetben nem térnek el.

Arra kérjük, hogy minden oldalon, a 3 lehetőségéből (házaspárból) **válassza ki azt a házaspárt, akiknek Ön beadná ezt a gyógyszert. Kérjük, oldalanként csak 1 házaspárt válasszon ki!**

Kérjük, hogy minden kártyát figyelmesen olvasson végig. **A választását jelölje a kártya alján található négyzetbe helyezett X-szel.**

<sup>4</sup> A több kérdőív verzió egy adatbázisban történő elemzése nem okoz problémát. Ennek elméleti hátterét ld. [McFadden 1974]

## 2. Táblázat Példa a DCE vizsgálatban szereplő választási feladatra

*Melyik házaspárnak adná be a gyógyszert?*

1. Pár	2. Pár	3. Pár
A házaspár 18-35 év közötti életkorú	A házaspár 36-60 év közötti életkorú	A házaspár 60 év feletti életkorú
A házaspár gyakori betegségben szenved	A házaspár ritka betegségben szenved	A házaspár gyakori betegségben szenved
A betegség az életminőséget jelentősen rontja	A betegség az életminőséget jelentősen nem rontja	A betegség az életminőséget jelentősen nem rontja
A betegség közepes mortalitású	A betegség magas mortalitású	A betegség alacsony mortalitású
A házaspárnak egyéb súlyos krónikus betegsége is van	A házaspárnak egyéb súlyos krónikus betegsége nincs	A házaspárnak egyéb súlyos krónikus betegsége nincs
A gyógyszer beadása a házaspár mindkét tagjánál 1 évvel meghosszabbítja az életet	A gyógyszer beadása a házaspár 1 tagjánál hosszabbítja meg az életet, 2 évvel	A gyógyszer beadása a házaspár 1 tagjánál hosszabbítja meg az életet, 2 évvel
A gyógyszer hatására a betegség okozta életminőség romlás 50%-kal javul	A gyógyszer hatására visszaáll a betegség előtti életminőség	A gyógyszer hatására a betegség okozta életminőség romlás 50%-kal javul
A gyógyszer kivédi a szövődmények késői kialakulását	A gyógyszer kivédi a szövődmények késői kialakulását	A gyógyszer kivédi a szövődmények korai kialakulását

Az eredmények elemzése random paraméter logit modellel történt, amely abban az esetben is alkalmas az adatelemzésre, ha egy válaszadótól több megfigyelés is származik, és lehetővé teszi a válaszadók preferenciáiban, ízlésében jelenlevő heterogenitás vizsgálatát, amely a válaszadók egyéni –megfigyelt – jellemzőiből adódhat. <sup>5</sup> Az eredmények validálására – a DCE körében bevett – két módszert alkalmaztam.

- *A válaszadók racionalitása.* A válaszok, azaz a preferenciák iránya összhangban van-e valamilyen racionális – pl. hasznosságmaximalizáló - *a priori* várakozással?
- *Domináns preferenciák létezése.* Van-e olyan válaszadó, aki domináns preferenciát mutat, azaz, mindig azt az alternatívát választja, amely egy bizonyos attribútumon az általa kedvelt értéket veszi fel, függetlenül attól, hogy az alternatívát a többi attribútum tekintetében milyen szintek jellemzik? [Scott 2002]

A kérdőívvezés kérdezőbiztosok segítségével, személyesen történt 2006. áprilisában és májusában. Az interjúalanyok előzetes telefonegyeztetés után vettek részt a felmérésben, és anyagi ösztönzésben részesültek. A részvétel visszautasítása nem volt jellemző, így vélhetőleg a szelekciós torzítás nem rontja eredményeinket. Az adatok elemzésére az NLOGIT 4.0 szoftvert használtuk.

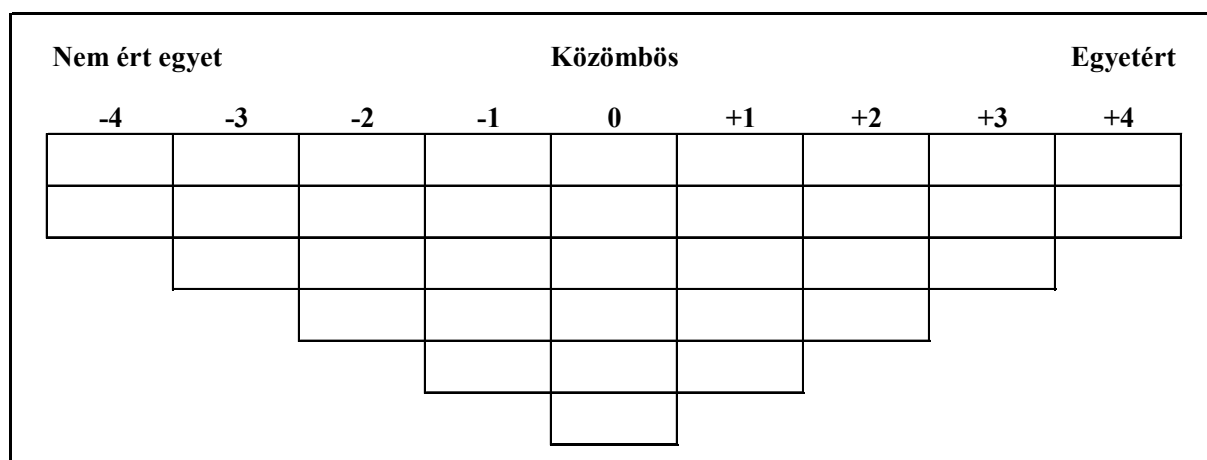
<sup>5</sup> A random paraméter logit modellt részletesen ld. [Hensher et al 2005]

## II.2. Orvosi attitűdvizsgálat: Q-módszer

A Q-módszer célja a szubjektív vizsgálat: egy adott témával kapcsolatos személyes attitűdök, vélemények, hitek, ízlések, értékítéletek, motivációk megismerésére szolgál, és kis minta elemszám (30-50 fő) is elegendő a vélemények sokszínűségének feltárásához. [Baker et al 2006]

A Q-módszer kiindulási pontja mindazon lehetséges vélemények, hitek, álláspontok összegyűjtése, amelyek a kutatott témával kapcsolatban felmerülhetnek. Ezek forrása lehet a média, fókuszcsoportos beszélgetések, interjúk, a szakirodalom, közpolitikai dokumentumok. A cél a lehetséges vélemények minél szélesebb körű lefedése, és hogy az összegyűjtött vélemények reprezentatívak legyenek a lehetséges vélemények összességére. A különböző véleményeket egy-egy állításként fogalmazza meg a kutató, ezeknek az állításoknak az összességét hívják Q-készletnek. Az adatgyűjtés során a válaszadók feladata, hogy az egyes állításokról megmondják, hogy mennyire értenek velük egyet. Az állítások elrendezése egy rácshálóban történik (2. ábra). A válaszadó a rácsháló bal oldalán helyezi el azokat a kártyákat, amelyekkel kevésbé ért egyet (pl.: -4 rangszámú oszlopban), majd a számára közömbös állításokon (0) keresztül a rácsháló jobb oldali felébe azokat a kártyákat teszi, amelyek állításaival egyetért (pl.: +4). [Baker et al 2006]

2. ábra A Q-rendezés segédeszköze: a rácsháló



A Q-módszer kvantitatív eszköztára a korrelációs számítás és a faktoranalízis. A faktoranalízis egyének szerint történik, mivel arra vagyunk kíváncsiak, hogy az egyének Q-rendezései milyen hasonlóságokat és különbözőségeket mutatnak. A faktorelemzés eredménye, hogy el lehet különíteni az egyes véleménycsoportokat, illetve elő lehet állítani azt a Q-rendezést, amely az adott véleménycsoportra átlagosan jellemző. A véleménycsoportok jellemző Q-rendezései alapján elemezni lehet, hogy a) melyek azok az állítások, amelyeket minden csoportban megközelítőleg azonosan értékelték: „konszenzus állítások”, b) melyek azok az állítások, amelyek határozottan megkülönböztetik az egyes csoportokat: „vitás állítások”. [Donner 2001] Fel kell hívni a figyelmet, hogy az eredmények nem a sokaságot jellemzik, nem azt írják le, hogy az egyes véleményeket a sokaság mekkora hányada képviseli. Csak

azokra a pontokra világít rá, hogy hol vannak véleménykülönbségek. [Baker et al 2006]

Az egészségnyereség társadalmi elosztásával kapcsolatos vélekedéseket a szakirodalomban fellelhető témakörök alapján vizsgálta az EuroVaQ projekt, amelyhez saját kutatásom is kapcsolódik. A Q-készlet minden egyes állítása valamely betegrangsorolási szemponthoz kapcsolódóan fogalmazott meg egy állítást, összesen 34-et. Az eredetileg angol nyelven megfogalmazott állításokat az oda-vissza fordítás módszerével fordítottuk magyarra. A kérdőívezés – azaz a 34 állítás elhelyezése a rácshálóban (ld. 2. ábra) on-line internetes web-felületen történt. A válaszadó orvosokat munkatársaim és ismerőseim segítségével értem el. Az interjúalanyok egyetlen beválogatási kritériuma az volt, hogy aktív, gyakorló orvos legyen a válaszadó. Az orvosokat e-mailben kértük fel a kérdőív kitöltésére. Annak érdekében, hogy pontosabb képet lehessen alkotni a válaszadók véleményéről, az állítások elrendezése után a válaszadó előtt újra megjelent az a két-két állítás, amivel a leginkább, illetve a legkevésbé értett egyet, és arra kértük, hogy magyarázza el döntésének okát. Az adatfelvételre 2008. októberben és novemberben került sor. Az adatok elemzésére a PQMethod 2.11 szoftverrel került sor<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> A szoftver és használati útmutatója a [www.rz.unibw-munich.de/~p41bsmk/qmethod/](http://www.rz.unibw-munich.de/~p41bsmk/qmethod/) honlapon érhető el.

### III. Az értekezés főbb megállapításai, eredményei

#### III.1. Háziiorvosi preferenciák

*1. Tézis. A vizsgálatban résztvevő magyar háziiorvosok preferenciái szerint – ceteris paribus - a háziiorvosok a legfiatalabb betegeket részesítik előnyben, és azoknak a betegségeknek a kezelését, amelyek nagyobb hatással vannak a betegek életminőségére. A betegség mortalitásának növekedésével erősödik a betegség kezelése iránti preferencia. A háziiorvosok inkább választják azokat a betegeket, akiknek nincs társbetegségük, és azokat, akiknél megvan a lehetősége, hogy teljes mértékben helyreállítsák az eredeti egészségi állapotot. Az életvényereség elosztását tekintve az eredmények azt sugallják, hogy a válaszadók inkább az életévek egyenlő elosztását (a pár mindkét tagja 1-1 évet nyer a kezelés által) részesítik előnyben. Úgy tűnik, hogy sem a betegség gyakorisága, sem az elkerülhető szövődmények időtávja nem játszott lényeges szerepet a döntésekben.*

Hangsúlyozni kell, hogy a fenti eredmények a vizsgálathoz választott attribútumok és attribútum szintek mellett érvényesek. A tesztelt statisztikai modellekben az együtthatók nagyságrendje jelentősen nem változott, az együtthatók előjele pedig változatlan maradt, azaz nem volt rá példa, hogy valamely attribútum iránti preferencia iránya megfordult volna. A preferenciák iránya megfelelt előzetes várakozásainknak, és az eredmények azt mutatják, hogy a válaszadók hajlandók voltak az attribútumok közötti átváltásra, amely egy fontos kritériuma a DCE vizsgálatoknak. Egyetlen válaszadó sem rendelkezett domináns preferenciákkal.

Eredményeink nagyrészt összhangban vannak a nemzetközi eredményekkel, de szem előtt kell tartani, hogy a külföldi tanulmányok többségét az általános lakosság körében végezték, az eredmények erősen függenek a feltett kérdés megfogalmazásától, és hogy a preferenciákra nagy hatással lehetnek az egyes országok kulturális-társadalmi különbségei. A beteg fiatal életkora, a betegség magas mortalitása, illetve jelentős negatív hatása az életminőségre, és az a törekvés, hogy az egészségnyereséget egyenlően kellene elosztani a betegek között, összecseng a nemzetközi eredményekkel. [Ryynänen 2000, Nord 1995] A kezelést követően elérhető egészségi állapotnak (vizsgálatunkban a súlyos, krónikus társbetegség attribútum jellemezte) a nemzetközi tanulmányok szerint nem egyértelmű a szerepe az erőforrások betegek közötti elosztásában. Van rá példa, hogy a súlyos betegségben szenvedő betegek esetében a közvélemény azonos prioritást adott a betegeknek, függetlenül attól, hogy volt-e a betegnek olyan korábbi egészségi problémája, amely hatással lehetett a kezelés után elérhető egészségi állapotra. [Ubel 1999] Vizsgálatunkban a háziiorvosok preferenciái ettől különböznek. Ennek egyik lehetséges magyarázata, hogy – ellentétben a fenti vizsgálattal - a háziiorvosoknak nem életveszélyben lévő betegek közül kellett választania. Az életmentés fontossága pedig valóban felülírhat más szempontokat. Ezen túlmenően, az általános lakosságban az emberek vélhetően kényelmetlenül érzik magukat, ha ilyen típusú diszkriminatív döntéseket kell meghozniuk [Sen 1997], szemben a gyakorló orvosokkal, akiknek a munkájuk része ilyen helyzetekben döntéseket hozni. Ezt a hipotézisünket úgy tűnik, hogy Ryynänen [2000] eredményei is

alátámasztják, ahol a megkérdezett orvosok és nővérek szintén kevésbé preferálták azoknak a betegeknek a kezelését, akik társbetegségekben szenvedtek. Az elkerülhető *szövődmények* időbeni megjelenése (kezelés nélkül) nem tűnik jelentős tényezőnek az orvosok preferenciáiban. Valószínű, hogy a háziorvosok egyéb attribútumokat fontosabbnak találtak, és nem az esetlegesen bekövetkező jövőbeni eseményekre fordították a figyelmüket. Az eredményben az is szerepet játszhatott, hogy a szövődmény értelmezése (pl. súlyos-e) rá volt bízva a válaszadóra; ez egyben egyik limitációja is lehet a vizsgálatunknak.

*2. Tézis. A háziorvosok preferenciája két attribútum, az életminőségre gyakorolt hatás és a magas mortalitás iránt heterogének, azaz a válaszadók között egyéni ízlésbeli különbségek is befolyásolják a preferenciákat.*

A preferenciák heterogenitására felállított hipotézist csak részben sikerült igazolni: az ízlésbeli különbségek jelenlétét sikerült statisztikailag alátámasztani, de az ízlésbeli különbségek okát nem tudtuk feltárni. Azaz, az orvosokról gyűjtött személyes jellemzők (életkor, betegkártyák száma, stb.) egyike sem tudta statisztikailag szignifikánsan magyarázni a preferenciák egyedi különbségeit. Bár a modelltesztelések során találtunk olyan statisztikai modellt, amely a háziorvosok életkora és a betegség magas mortalitása között szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatott, mivel a legtöbb modell nem hozott hasonló eredményt, ezért nem lehet erős következtetéseket levonni.

Preferenciavizsgálatunk korlátai között az alábbiakat kell megemlíteni. 1) Az egészségügyi ellátásokra szánt erőforrások betegek közötti elosztásában más társadalmi értékek, szempontok is szerepet játszanak, mint azok, amelyekkel ebben a vizsgálatban foglalkoztunk. 2) Arra törekedtünk, hogy olyan attribútumokat és szinteket válasszunk, amelyek összes lehetséges kombinációjának meg lehet feleltetni egy valós betegséget. Ennek ellenére, lehetnek olyan kombinációk amelyekre nehezebb példát találni. Például egy olyan betegség, amelynek magas a mortalitása, de nincs jelentős hatása az életminőségre, első ránézésre valótlannak tűnhet. A szívinfarktus azonban például tipikusan ilyen betegség. 3) A tanulmányban csak a főhatásokat vizsgáltuk (attribútumok egyedi hatása), de nem zárhatjuk ki, hogy az attribútumok közötti interakciók is befolyásolják a döntéseket. 4) Az eredmények általánosíthatóságát több tényező is korlátozza. Egyrészt, más válaszadói csoportot választva, pl. szakorvosok, általános lakosság, egészségpolitikai döntéshozók, eltérő preferenciákat találhatnánk. Másrészt, a preferenciákat az adott országra, kultúrára jellemző sajátos tényezők is módosíthatják.

### **III.2. Gyakorló orvosok attitűdjei**

*Tézis 3. A gyakorló orvosok hasonlóan vélekednek arról, hogy az egészségügyi ellátások betegek közötti elosztásának egyik legfontosabb szempontja az életmentés elsőbbsége, hogy a betegségmegelőzésnek elsőbbséget kellene kapnia más beavatkozásokkal szemben, és hogy az egészségügyi ellátásokhoz való*



hozzáférést a szükségleteknek kellene vezérelnie. Ezeken az alapvető, a gyógyítás alapelveit tükröző szempontokon túlmenően azonban véleménykülönbségek vannak a tekintetben, hogy melyik társadalmi szempontoknak kellene befolyásolnia a betegek rangsorolását.

Az életmentést általában az orvos legfontosabb és elsődleges feladatának tekintették a válaszadók. A betegség megelőzéséről az volt az általános vélemény, hogy ez lenne az optimális megoldás mind az egyén, mind a társadalom számára, mivel valószínűleg magasabb egészséggel kapcsolatos életminőséget és kevesebb egészségügyi kiadást eredményezne. A szükséglet elvet a válaszadók körében leginkább az az érvelés támasztja alá, hogy az emberek alapvetően egyenlők. Ezzel egybecseng az az eredmény is, hogy a véleménycsoportok között konszenzus volt abban, hogy a beteg személyes jellemzői, mint pl. a beteg neme és jövedelmi helyzete nem játszhatnak szerepet abban, hogy ki kapjon ellátást. Továbbá, egyik válaszadói csoport sem adott volna elsőbbséget az alacsony életminőségű betegnek a közepes életminőségű beteggel szemben, ha az előző beteg esetében csak jelentéktelen egészségjavulás érhető el. Az életminőség fontosságát támasztja alá, hogy mindegyik csoport szerint inkább azokat a kezeléseket kellene előnyben részesíteni, amelyek segítségével a beteg egészségi állapota újra elfogadható szintű lesz. Egyéb szempontok szerint viszont három véleménycsoportot lehetett megkülönböztetni. A csoportok főbb jellemzőit foglalja össze az alábbi táblázat.

### 3. Táblázat A véleménycsoportok összehasonlítása

Véleménycsoportokat megkülönböztető vélekedések	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Több egészségnyereséget okozó ellátások előnyben részesítése</li> <li>• Közömbös, hogy kicsi egészségnyereség nagyon sokba kerül</li> <li>• Elutasítja a családra háruló teher figyelembevételét</li> <li>• Egyéni felelősség fontos</li> <li>• Fizetett állás és az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzájárulás figyelembevételét teljesen elutasítja</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elsődlegesen az orvosi döntés a mérvadó</li> <li>• Állapotromlást kell kezelni a stabil állapottal szemben</li> <li>• Elutasítja a mérlegelést, ha kicsi egészségnyereség nagyon sokba kerül</li> <li>• Várólista érkezési sorrend szerint</li> <li>• Több egészségnyereséget okozó ellátások iránt közömbös</li> <li>• Fizetett állás és az ellátórendszerhez való hozzájárulás figyelembevételénél közömbös/közepesen elutasító</li> <li>• Egyéni felelősség iránt közömbös</li> <li>• Elutasítja a fiatalabbak és a gyermeket nevelő szülők előnyben részesítését</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Több egészségnyereséget okozó ellátások előnyben részesítése</li> <li>• Hajlandó mérlegelni, ha kicsi egészségnyereség nagyon sokba kerül</li> <li>• Mindenáron nem kell megmenteni az életet</li> <li>• Fizetett állás figyelembe vétele iránt közömbös</li> <li>• Az egyéni felelősség fontosabb, mint a másik két csoportban</li> <li>• Elutasítja a legrosszabb állapotú beteg kezelését</li> <li>• Nem ért egyet az elsőbbségi ellátás vásárlásának tiltásával</li> </ul>

Az e-mailben kiküldött 80 felkérésre 33 értékelhető kérdőív érkezett vissza (41%-os kitöltési arány). Hangsúlyozni szeretném, hogy a Q-módszer esetében ez a mintanagyság megfelelő, és a Q-módszer nem

vár el reprezentativitást a válaszadók körében. A korlátok között meg kell említeni, hogy a fenti eredmények nem általánosíthatók pl. az általános lakosságra, más szakmákban dolgozókra. Továbbá, a Q-módszer véleménycsoportok azonosítására szolgál, ezeknek a csoportoknak a megoszlásáról, súlyáról nem ad információt. Az internetes kérdőívezésnek egyik hátránya, hogy az internetet nem vagy csak ritkán használó emberek számára nehézséget okozhat a kérdőív kitöltése. Úgy vélem, hogy orvos válaszadói csoportban ez kevésbé okozhatott problémát. Végezetül limitációnak lehet tekinteni, hogy a válaszadók csak négy állításnál – leginkább egyetért (+4) és egyáltalán nem ért vele egyet (-4) – magyarázhatták el a véleményüket. Egy személyes interjú során teljesebb képet lehetett volna kapni a válaszadói attitűdökről.

#### IV. Az eredmények felhasználhatósága

A fentiekben ismertetett, az egészségnyereség elosztására vonatkozó preferenciák, attitűdök megismerését célzó kutatások számos tanulsággal szolgálnak, és véleményem szerint hasonló típusú kutatásokra szélesebb körben is szükség lenne.

- Az egészségpolitikában a forrásallokációs döntésekkel kapcsolatban gyakran felmerül, hogy a döntések nem kellően transzparensnek. Ennek egyik oka – a szakirodalom szerint is – hogy az egészségügyi forrásallokációval kapcsolatos társadalmi elvárások, értékek nem tisztázottak. Hasonló témájú kutatásokkal, mint döntéstámogató eszközökkel, tehát növelni lehetne a közpolitikai döntéshozatal átláthatóságát. Ha egyértelműbbé lehetne tenni, hogy a méltányossági szempontok érvényesítése milyen szerepet játszik a döntéshozatalban, az a döntések elfogadhatóságát is növelhetné.

- A méltányossági szempontok explicit figyelembe vételére több külföldi példa is található. Svédországban és az Egyesült Királyságban is megfogalmaztak már olyan irányelveket, amelyek lefektetik a legfontosabb alapelveket. Az ajánlások motivációja az emberi jogok biztosítása és a diszkrimináció csökkentése. Mivel a terület még sehol sem kellően megkutatott és rengeteg etikai vonatkozása van, ezek az alapelvek egyelőre inkább azt tartalmazzák, hogy melyek azok a szempontok, amelyek alapján nem szabad rangsorolni a betegeket (pl. faji, nemi hovatartozás), illetve, hogy bizonyos szempontokat csak akkor lehet figyelembe venni, ha tudományosan bebizonyított, hogy az adott csoport pl. másképp reagál egy gyógyszeres kezelésre. De fontos hangsúlyozni, hogy ezek az ajánlások már részei a gyakorlati döntéshozatalnak. Az Egyesült Királyságban a társadalmi értékítélet szempontjait megfogalmazó irányelveket [NICE, 2008] figyelembe kell vennie a megfelelő tanácsadói, döntéshozatali testületeknek.<sup>7</sup> A NICE irányelv kimondja, hogy az ajánlásokra egyrészt azért van szükség, mert az egészségügyi döntésekben a tudományos orvosi, gazdaságossági bizonyítékok mérlegelése mellett elkerülhetetlenül jelen vannak a társadalmi szempontok. Másrészt, nincs konszenzus arról, hogy az elosztási igazságosságot - etikai szempontból - az utilitarista megközelítés (rendelkezésre álló erőforrások mellett az egészség maximalizálása össztársadalmi szinten), vagy az egalitárius megközelítés (minden egyén "fair" mértékben juthat hozzá az elérhető lehetőségekhez) szolgálja-e jobban. Az első megközelítés könnyen a kisebbségek érdekei ellen hathat, a második nehezen tartható korlátozott erőforrások mellett. A NICE állásfoglalása szerint a probléma feloldásának módja, hogy a procedurális igazságosságot kell támogatni, azaz az átlátható, előre rögzített alapelvek mentén történő döntéshozatalt.

- A forrásallokációs döntések esetében az egészségközgazdászok általában két fő irányban gondolkodnak a méltányossági, társadalmi szempontok figyelembe vételénél. Az egyik, hogy különféle preferenciavizsgálati eszközökkel számszerűen meg kellene mondani, hogy egy adott jellemzővel (pl.

---

<sup>7</sup> A National Institute For Health and Clinical Excellence (NICE) egyik feladata, hogy a legkülönbözőbb egészségügyvel, egészséggel kapcsolatos területeken ajánlásokat, irányelveket fogalmazzon meg az angol országos egészségügyi szolgálat számára.

életkor, családi állapot) leírható egyén a társadalmi elosztásban mekkora súlyt kapjon; azaz az egyéneknek eltérő fontosságot kellene tulajdonítani. A másik irányzat, hogy nincs szükség számszerűen kidolgozott súlyrendszerre, elegendő a döntéshozókat megismertetni a társadalmi preferenciákkal, és rájuk kell bízni a mérlegelést, hogy ezeket milyen módon veszik figyelembe. A gyakorlatban az egészségpolitikai döntések jelenleg a második megközelítéshez állnak közelebb, egyrészt amiatt, hogy jelenleg még nem áll rendelkezésre elegendő tudományos munka, amely alapján elő lehetne állítani egy méltányossági súlyrendszert, másfelől – véleményem szerint – a döntéshozók előnyben részesítik, hogy bizonyos mértékig rugalmas maradjon a döntéshozatal. Mint azt az előző pontban is említettem, az egészség elosztásával kapcsolatos méltányossági, társadalmi szempontok külföldön élénken foglalkoztatják mind a tudomány, mind az egészségpolitika szereplőit. Hazánkban is nagy előrelépést jelentene, ha több kutatás lenne a jövőben, esetleg megfogalmazásra kerülne egy irányelv, és a döntéshozók is felismernék, hogy a jól kidolgozott irányelvek számukra is könnyebbé teszik a döntéshozatalt és elfogadottabbá tehetik a döntéseket.

- Ha szélesebb körben akarjuk megismerni a társadalmi elvárásokat, akkor célszerű lenne több válaszadói körben is vizsgálni. További kutatási irányt jelölhet ki különböző egészségügyi dolgozók, az általános lakosság, egészségpolitikai döntéshozók, stb. véleményének feltárása.
- Az ismertetett preferenciavizsgálat – módszertani korlátok miatt – a társadalmi szempontoknak csak egy szűk körét vizsgálta. Indokolt lenne felmérni, hogy egyéb tényezők, pl. a betegek társadalmi-gazdasági jellemzői, életstílusa, egészségtudatossága, stb. milyen szerepet játszhatnak a rangsorolási döntésekben.
- Mind a preferenciavizsgálat, mind az attitűdvizsgálat jól értelmezhető eredményekkel szolgált: a kutatás egyik eredménye, hogy az itt alkalmazott módszertanokat sikerrel lehetett alkalmazni egészségügyi területen is.
- A diszkrét választási kísérlet és a Q-módszer sikeres alkalmazása véleményem szerint számos, eddig kiaknázatlan lehetőséget tartogat. Az elmúlt évtizedekben hazánkban is több egészségügyi reformelképzelés született anélkül, hogy akár az egészségügyi szakma, akár a lakosság véleményét, preferenciáit megismerték volna. Az említett módszerek az átfogó, az egész ellátórendszert érintő kérdések mellett jóval konkrétabb esetekben is jól hasznosíthatók. Ma már jó néhány nyugat-európai tanulmánnyal lehet találkozni, amely különböző módszertanokkal – köztük az általam is alkalmazott diszkrét választási kísérlettel – azt vizsgálta, hogy konkrét egészségügyi ellátások megszervezésénél milyen szempontokat tartanak fontosnak azok a lakosok vagy betegek, akik a szolgáltatást igénybe veszik. Tanulmányozták már pl. vastagbélrák és mellrákszűréssel kapcsolatos preferenciákat [Gyrd-Hansen 2001], idős emberek preferenciáit a szociális ellátás megszervezésére vonatkozóan [Ryan 2006], vagy a rendelési időn kívüli háziorvosi ellátás megszervezésének szempontjait. [Scott 2003] Hasonló vizsgálatokat hazánkban is lehetne végezni, és a kutatási eredmények hozzájárulhatnának a betegközelibb, és a betegek igényeihez jobban alkalmazkodó egészségügyi ellátórendszer kialakításához.

## Főbb hivatkozások

- Baker R, Thompson C, Mannion R [2006]: Q methodology in health economics. *Journal of Health Services Research and Policy* 11, 38-45.
- Baltussen R, Niessen L [2006]: Priority setting of health interventions: the need for multicriteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 4, 1-9.
- Chrzan K, Orme B [2000]: An overview and comparison of design strategies for choice-based conjoint analysis. Sawtooth Software Research Paper Series, [www.sawtoothsoftware.com](http://www.sawtoothsoftware.com).
- Dolan P [1998]: The measurement of individual utility and social welfare. *Journal of Health Economics* 17, 39-52.
- Dolan P, Shaw R, Tsuchiya A, Williams A [2005]: QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature. *Health Economics* 14, 197-208.
- Donner J [2001]: Using Q-Sorts in Participatory Processes: An Introduction to the Methodology. In: *Social analysis: Selected tools and techniques (Social Development Papers 36, pp.24-49)* Washington, DC: The World Bank.
- Evetovits T, Gaál P [2005]: A költséghatékonyság értelmezése az egészségügyben: egészség-gazdaságtani alapok Cochrane-tól Culyerig. In.: *Egészség-gazdaságtan (szerk. Gulácsi L), Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest*
- Gulácsi L, Boncz I, Drummond M [2004]: Issues for countries considering introducing the 'fourth hurdle'; The case of Hungary. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20(3):337-41.
- Gyrd-Hansen D, Sogaard J [2001]: Analysing public preferences for cancer screening programmes. *Health Economics* 10, 617-634.
- Hauk K, Smith PC, Goddard M [2004]: The economics of priority setting for health care: A literature review. HNP Discussion paper. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Hensher DA, Rose JM, Greene WH [2005]: *Applied choice analysis. A primer.* Cambridge University Press, U.K.
- Lancaster KJ [1966]: A new approach to consumer theory. *Journal of Political Economy* 74, 132-157.
- Louviere JJ, Hensher DA, Swait J [2000]: *Stated choice methods, analysis and application.* Cambridge University Press, U.K.
- Manski CH [1977]: The structure of random utility models. *Theory and Decision* 8, 229-254.
- McFadden D [1974]: Conditional logit analysis of qualitative choice behaviour. In: *Frontiers of Econometrics (ed. Zarembka P)* Academic Press, London, UK 105-142.
- NICE [2008]: *Social value judgements. Principles for the development of NICE guidance. 2nd edition.* [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) (elérve: 2009. augusztus 27.)
- Nord E [1999]: *Cost-value analysis in health care. Making sense out of QALYs.* Cambridge University Press.
- Nord E, Richardson J, Street A, Kuhse H, Singer P [1995]: Maximising health benefits vs. egalitarianism: An Australian survey of health issues. *Social Science & Medicine* 41, 1429-1437.
- Ryan M [1999a]: Using conjoint analysis to take account of patient preferences and go beyond health outcomes: an application to in vitro fertilisation. *Social Science & Medicine* 535-546.
- Ryan M [1999b]: A role for conjoint analysis in technology assessment in health care? *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 15, 443-457.
- Ryan M, Netten A, Skatun D, Smith P [2006]: Using discrete choice experiments to estimate a

- preference-based measure of outcome - An application to social care for older people. *Journal of Health Economics* 25, 927-944.
- Schwappach DLB [2002]: Resource allocation, social values and the QALY: a review of the debate and empirical evidences. *Health Expectations* 5, 210-222.
- Scott A [2002]: Identifying and analysing dominant preferences in discrete choice experiments: An application in health care. *Journal of Economic Psychology* 23, 383-398.
- Scott A, Stuart Watson M, Ross S [2003]: Eliciting preferences of the community for out of hours care provided by general practitioners: a stated preference discrete choice experiment. *Social Science & Medicine* 803-814.
- Sen A [1997]: Maximization and the act of choice. *Econometrica* 65, 745-779.
- Smith RD, Richardson J [2005]: Can we estimate the 'social' value of a QALY? Four core issues to resolve. *Health Policy* 74, 77-84.
- Stolk EA [2005]: Introduction: Ethics and economics, where can they meet? In. *Equity and efficiency in health care priority setting: How to get the balance right?* Ph.D. t  zis. Ridderprint offsetdrukkerij bv, The Netherlands.
- Train K [2003]: *Discrete choice methods with simulation*. Cambridge University Press, U.K.
- Tsuchiya A, Dolan P [2005]: The QALY model and individual preferences for health states and health profiles over time: A systematic review of the literature. *Medical Decision Making* 25, 460-467.
- Ubel PA [1999]: How stable are people's preferences for giving priority to severely ill patients? *Social Science & Medicine* 49, 895-903.
- Wagstaff A [1991]: QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics* 10, 21-41.

## **A témakörrel kapcsolatos saját publikációk**

### **Magyar nyelvű folyóirat (referált)**

1. *Brandtmüller Á*, Nagy L, Hajdú O, Gulácsi L [2009]: Diszkrét választási kísérlet magyar házi orvosok körében. Statisztikai Szemle (megjelenés alatt)

### **Magyar nyelvű folyóirat**

1. *Brandtmüller, Á*, Kárpáti, K, Májer, I [2006]: Költség-hatékonysági küszöb alkalmazása a gyakorlatban – nemzetközi kitekintés. IME, V. évfolyam 3. szám, 6-14.
2. Gulácsi, L, Kárpáti, K, *Brandtmüller, Á*, et al [2006]: Gyógyszer finanszírozási, támogatási gyakorlat Magyarországon: racionalizálási lehetőségek. IME, V. évfolyam 7. szám, 34-39.
3. Kárpáti K, *Brandtmüller Á*, Májer I, Gulácsi L. [2006]: Rangsorolás az egészségügyben; gyógyszer-támogatási prioritások Magyarországon 2004-ben. Acta Pharm Hung. 76(4):1-9.

### **Egyéb kiadvány magyar nyelven**

1. Boncz I, *Brandtmüller, Á*, Dózsa Cs, et al [2006]: Prioritásképzés az egészségügyben – a közgazdaságtan hozzájárulása. Közgazdaság Tudományos Füzetek, I. évf. 1. szám, 97-104. BCE kiadvány, Budapest
2. *Brandtmüller, Á*, Kárpáti, K, Boncz, I, Gulácsi, L [2008]: Költség-hatékonysági küszöbérték az egészségügyi technológiák finanszírozási döntéseiben. Közgazdaság Tudományos Füzetek, III. évf. 4. szám, 119-136. BCE kiadvány Budapest
3. Brandtmüller Á [2009]: Társadalmi szempontok az egészségügyi forrásallokációban. Közgazdaság Tudományos Füzetek, BCE kiadvány Budapest (megjelenés alatt)

### **Angol nyelvű folyóirat**

1. Akkazieva, B, Gulacsi, L, *Brandtmüller, A*, et al [2006]: Patients' preferences for health care system reforms in Hungary. Applied Health Economics and Health Policy, 5(3):189-98.

### **Angol nyelvű konferencia-előadás (citolható)**

1. Akkazieva, B, Gulácsi, L, *Brandtmüller, Á*, et al [2006]: Patients' preferences for health care system reforms in Hungary. The European Journal of Health Economics. Vol 7, Suppl 1 July (Abstracts, 6th European Conference on Health Economics, 2006, 6-9 July, Budapest, Hungary)
2. Boncz I, Dózsa C, Kalo Z, Nagy L, Borcsek B, *Brandtmüller A*, et al [2006]: Development of health economics in Hungary between 1990-2006. Eur J Health Econ, 7(S1):4-6.
3. *Brandtmüller Á*, Kárpáti, K, Boncz, I, Gulácsi, L [2006]: Fourth hurdle in Hungary – latest developments and future challenges. The European Journal of Health Economics. Vol 7, Suppl 1 July (Abstracts, 6th European Conference on Health Economics, 2006, 6-9 July, Budapest, Hungary)
4. Kárpáti, K, *Brandtmüller, Á*, Gulácsi, L, et al [2006]: Cost-effectiveness assessment in the Hungarian reimbursement system. The European Journal of Health Economics. Vol 7, Suppl 1 July (Abstracts, 6th European Conference on Health Economics, 2006, 6-9 July, Budapest, Hungary)

## Köszönetnyilvánítás

A doktori értekezés megírásában sokan segítettek, támogattak, akiknek ezúton is szeretnék köszönetet mondani.

Mindenekelőtt köszönettel tartozom a családomnak, szüleimnek és testvéremnek, valamint a barátaimnak. Köszönetet szeretnék mondani Ph.D. hallgató társaimnak: *Dr. Nagy Balázsnak* és *Lepp-Gazdag Anikónak*.

Azok közül, akik szakmailag segítettek a munkámat, kiemelten szeretnék köszönetet mondani:

*Dr. Gulácsi Lászlónak*, témavezetőnek (Budapesti Corvinus Egyetem);

*Dr. Nagy Lászlónak* (MSD Magyarország Kft.);

*Prof. Dr. Jenei Györgynek* és *Dr. Hőgye Mihálynak*, a Közszolgálati Tanszék vezetőinek (Budapesti Corvinus Egyetem);

*Prof. Ron Akehurstnek*, a School of Health and Related Research dékánjának (Sheffieldi Egyetem, Egyesült Királyság);

*Kovács Ferencnek* (Progress Research Kft);

*Ana Bobinacnak* (Erasmus Egyetem, Hollandia);

*Dr. Job Van Exelnek* (Erasmus Egyetem, Hollandia);

*Dr. Péntek Mártának* (Budapesti Corvinus Egyetem).



**Jegyzetek:**