

Kapcsoljunk magasabb fokozatba! Az innovatív terápiákhoz való hozzáférés értékelése a visegrádi országokban. A magyarországi AIPM és a lengyelországi INFARMA közös, az EFPIA által szponzorált tanulmányának összefoglalója

Gearing up. Assessment of patient access in the Visegrad countries. Summary of the study prepared by AIPM (Hungary) and INFARMA (Poland), sponsored by EFPIA

Dr. Molnár Márk Péter, Tóth Ágnes
Ideas & Solutions Kft.

A Gearing Up Access Proposal for V4 projekt célja az volt, hogy támogassa az innovatív gyógyszerekhez való hozzáférés kérdésének jobb megértését, és azonosítsa a lehetséges beavatkozási pontokat a visegrádi országokban (Csehország, Lengyelország, Magyarország, Szlovákia). Összesen 10 onkológiai, ritka és krónikus betegségben értékeltük a beteghozzáférést 8 indikátor segítségével, amelyek közül 6 az egyes, 2010 óta Európában engedélyezett terápiák támogatott hozzáférhetőségére, 2 pedig a diagnosztikai feltételek elérhetőségére vonatkozott. Az indikátorok kiszámítása nyilvánosan elérhető adatok alapján történt. A megközelítés egyediségét az adja, hogy a mutatók figyelembe veszik a közép-európai régió sajátosságait, rugalmas összehasonlításra adnak lehetőséget, és törekednek a hozzáférés minél több aspektusának megragadására. Bár a beteghozzáférés mérésére számos indikátor került kidolgozásra nemzetközi szinten az elmúlt években, és ezek egy részét jól lehet használni a visegrádi országok helyzetének jellemzésére is, eddig nem állt rendelkezésre olyan mérési módszertan, ami kifejezetten a térségünk sajátosságait figyelembe véve került kidolgozásra, így sokkal precízebben mutatja a sikereinket és a hiányosságainkat. Az eredmények alapján mindegyik országban azonosíthatók jobb vagy rosszabb hozzáféréssel jellemezhető terápiás területek, összességében azonban a régióban nem tekinthető optimálisnak az innovatív terápiákhoz való hozzáférés szintje, és nagy lemaradás figyelhető meg (az egyes országok összesített eredményei 40 és 49 közé esnek a 0-100-as skálán, ahol az alacsonyabb pontszám nagyobb lemaradást jelöl).

The Gearing Up Access Proposal for V4 project aimed to support a better understanding of the complex issue of access to innovative medicines and to identify potential intervention points and development possibilities in the Visegrad countries (Czech Republic, Poland, Hungary, Slovakia).

We assessed patient access in 10 indications including oncological, orphan, and chronic diseases. All indications were assessed by using the same set of 8 indicators, 6 of which related to the reimbursement of certain therapies approved in Europe since 2010, and 2 related

to the availability of diagnostic pre-requisites of such therapies. All indicators were adapted to specific therapeutic areas in terms of relevant medicines and diagnostic tests and were calculated using publicly available data. The unique feature of our approach is that it takes into account the specificities of the Central European region, allows for flexible comparisons and aims to capture multiple aspects of patient access besides time to reimbursement. While a number of indicators have been developed and used to measure patient access, to our knowledge no existing measurement methodology is specific to our region and thus more accurately reflects our successes and shortcomings.

The highest cumulative gap was identified for rare diseases, as the number of available medicines is limited in all countries, especially in spinal muscular atrophy and cystic fibrosis. Results for oncological therapies are better, however, differences between the countries are significant, especially in ovarian and prostate cancer. The highest dispersion of results was observed in chronic diseases, especially diabetes mellitus.

For each country, there are therapeutic areas with better or worse access, but overall, the level of access to innovative therapies is below optimal in the region and there is a large gap: the aggregate score for each country ranges from 40 to 49 on a scale of 0-100, with lower scores indicating a larger gap.

Our results indicate significant limitations in access to the latest therapeutic options and we assume that similar limitations exist in other diseases not included in this analysis. This confirms the urgent need for interventions to improve access to new innovative medicines throughout the region.

BEVEZETÉS

Az innovatív terápiák által biztosított potenciális egészségnyereség eléréséhez kulcsfontosságú a megfelelő beteghozzáférés biztosítása. Az utóbbi években az európai országok számára az új terápiák bevezetése egyre nagyobb kihívást jelent a megfizethető és egyenlő hozzáférés és a közfinanszírozott egészségügyi rendszerek pénzügyi fenntartha-

tósága szempontjából. Az Európai Unióban (EU) engedélyezett, jó minőségű, hatásos és biztonságos gyógyszerekhez való hozzáférés javítását az új uniós gyógyszerstratégia [1] is prioritásnak tekinti, bár az egyes tagállamok eltérő megközelítéseket alkalmaznak az új gyógyszerek finanszírozását és árképzését illetően.

A beteghozzáférésnek (patient access) nincs egységes definíciója. A fogalom különböző dimenzióinak kifejezésére széles körben használják az ún. „5 A” definíciót, ami a hozzáférés 5 különböző aspektusát határozza meg: 1. elérhetőség (availability): elérhető-e, létezik-e az adott szolgáltatás; 2. adekvátság (adequacy): adekvát (a célnak megfelelő) és folyamatosan elérhető-e a szolgáltatás; 3. hozzáférhetőség (accessibility): a gyakorlatban is hozzáférhető-e az adott szolgáltatás (például fizikailag hozzáférhető, elfogadható időn belül hozzá lehet jutni); 4. megfizethetőség (affordability): az egészségügyi finanszírozási rendszer biztosítja-e, hogy a betegek számára ne okozzon pénzügyi nehézséget a szolgáltatás igénybe vétele; 5. megfelelőség (appropriateness): a rendelkezésre álló szolgáltatások megfelelnek-e a különböző népességcsoportok igényeinek [2-4].

Különböző nemzeti és nemzetközi szervezetek már számos egészségügyi teljesítménymutatót (KPI-t) publikáltak, a teljesség igénye nélkül a leginkább ismert elemzések közül megemlíthető az OECD Health statisztika [5], az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index (Euro Health Consumer Index, EHCI [6]), a European Core Health Indicators (ECHI) [7] vagy az Eurostat adatsorai [8]. Ezen riportok, elemzések nagyszámú indikátort tesznek közé, amelyeknek gyakran része a gyógyszerekhez és általában az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés témaköre is, bár jellemző, hogy az alkalmazott mutatók a modern terápiákhoz való hozzáférést csak közvetetten tükrözik (például co-payment szint, diagnosztikai eszközök száma 1 millió főre vetítve stb.), illetve a hozzáférés cizellált vizsgálatára csak kevéssé alkalmasak. Egy, a létező egészségügyi hozzáférési indikátorokat és teljesítménymutatókat áttekintő európai riport megállapította, hogy a több mint 1000 különböző publikált mutató leginkább a hozzáférhetőség és az adekvátság területét fedte le [4]. Megemlíthető még, hogy egyes ad hoc vizsgálatokban, illetve a különböző nagymintás felmérések (pl. [9]) eredményeiben a strukturális szempontokon túl a betegek szubjektív perspektívája is megjelenik.

CÉLKITŰZÉS

A Gearing Up Access Proposal for V4 (magyarul Kapcsoljunk magasabb fokozatba! rövidítve: G.A.P.) projekt célja az volt, hogy közérthetően bemutassa és ábrázolja az innovatív gyógyszerek elérhetőségének hiányosságait a visegrádi országokban (V4-ek: Csehország, Lengyelország, Magyarország, Szlovákia). A beavatkozási pontok és lehetséges fejlesztési irányok azonosítása segítheti a V4 országok egészségügyi rendszereinek felkészülését az új terápiák befogadásában és minél szélesebb körben hozzáférhetővé tételében. A V4 teljes lakossága mintegy 65 millió fő, mind-

egyik országban kötelező egészségbiztosítási rendszer működik. Noha a lefedettség arányban mutatkozik némi különbség, összességében mindegyik országban magas az ellátásra jogosultak aránya, azonban a GDP-arányos egészségügyi kiadások a közelmúltbeli növekedés ellenére is körülbelül 3%-kal elmaradnak az EU-átlagtól [10]. Ez a lemaradás a gyógyszerfinanszírozás terén is nagy kihívást jelent a régióban.

A G.A.P. projekt keretében kidolgozott, a régió (a korábban publikált teljesítménymutatók által gyakran figyelmen kívül hagyott) sajátosságaihoz igazított indikátor keretrendszer segítségével lehetővé válik az új kezelésekhez való hozzáféréseken mutatózó hiányosságok és sikerek elemzése és összehasonlítása a visegrádi országokban az európai átlaghoz, illetve a klinikai irányelvekhez viszonyítva. A többszintű rendszer rugalmas összehasonlíthatókat és összesítéseket tesz lehetővé, az eredmények betegségenként, nagyobb terápiás területenként és országonként is összegezhető, az egyes országokon belül a különböző területek egymással is összevethető. Az eredmények támogatják a különböző európai szereplők közötti párbeszédet, a potenciális együttműködési pontok azonosítását. A jelenlegi (a 2020-as évre vonatkozó) „pillanattfelvétel” követően az adatok későbbi frissítése a beteghozzáférés változásának, trendjeinek hosszabb távú követését is lehetővé teszi.

A G.A.P. projekt a lengyelországi Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (INFARMA) és a magyarországi Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (AIPM) kezdeményezése alapján, az Európai Gyógyszergyártók és Egyesületek Szövetsége (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, EFPIA) anyagi támogatásával valósult meg. Az indikátorok kidolgozásában és a cikk alapjául szolgáló tanulmány összeállításában Lengyelországból az INFARMA és a HTA Consulting, Magyarországról pedig az AIPM és az Ideas & Solutions Kft. vett részt. Jelen cikkünkben a G.A.P. projekt módszertanát és eredményeit mutatjuk be röviden.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

A beteghozzáférés különböző dimenzióit összesen 10 indikációban (terápiás területen) vizsgáltuk, amelyeket 3 nagyobb kategóriába sorolhatunk: onkológiai megbetegedé-

Kategória	Indikáció
Onkológia	Emlőrák
	Nem kissejtes tüdőrák (NSCLC)
	Petefészekrák
	Prosztatarák
Ritka betegségek	Akut myeloid leukémia (AML)
	Limfóma (minden típusa)
	Gerinc eredetű izomsorvadás (SMA)
	Cisztás fibrózis (CF)
Krónikus	Diabétesz
	Sclerosis Multiplex (SM)

1. táblázat
A vizsgálatba bevont indikációk

sek, ritka betegségek és krónikus betegségek (lásd 1. táblázat). Értékelésünkbe azokat a terápiás területeket válogattuk be, amelyekben 2010 és 2021 között a legtöbb új, innovatív kezelést engedélyezték Európában, mivel ezekben volt ténylegesen lehetséges megvizsgálni, hogy az új készítmények milyen mértékben váltak elérhetővé a betegek számára. Az

egy-egy területre jutó törzskönyvezett készítmények számának megállapításához az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) adatbázisát [11] használtuk fel. Az engedélyezett készítmények száma mellett figyelembe vettük továbbá a betegségek népegészségügyi jelentőségét (a betegek nagy száma, a betegségteher mértéke, a betegség lefolyása,

Indikátor	Értéke	Leírás	Adatforrások	Számítási módszer
1. A támogatott hozzáférésc korlátozó vonatkozások	0-100	Ez a mutató azt fejezi ki, hogy az EMA által 2010 óta jóváhagyott terápiák közül mennyi elérhető támogatottan, beleértve a "reguláris" gyógyszer-támogatást és az egyedi támogatást is. A mutató az egyedi támogatást és az EMA-engedélyhez képest szűkített indikációt (pl. csak későbbi vonalban, szűkebb betegkör számára stb.) kisebb súllyal veszi figyelembe, mint a teljes indikációra kiterjedő finanszírozást.	Gyógyszer-támogatási adatbázisok, finanszírozási protokollok	A gyógyszereket 3 kategóriába soroltuk: 1) Nem támogatott 2) A teljes indikációban támogatott 3) Részben támogatott, az engedélyezett indikációhoz képest szűkebb körben. Amennyiben a készítmény egyedi támogatással (named-patient program keretében) a potenciális betegkör jelentős része számára elérhető, a gyógyszert részlegesen támogatottként vettük figyelembe. A mutató azt fejezi ki, hogy az adott indikációban a finanszírozott készítmények az összes engedélyezett készítmény mekkora részét teszik ki. A részlegesen finanszírozott készítmények (3. kategória) 50%-os súllyal számítanak. Abból indulunk ki, hogy minden törzskönyvezett gyógyszer hatásos és biztonságos, tehát elvben támogatandó, ennek csak a rendelkezésre álló pénz szab határt.
2. A gyógyszer regisztrációjától a támogatott rendelkezésre állásig eltelt idő	0-100	A mutató arra vonatkozik, hogy a támogatott gyógyszerek európai engedélyezése és az adott országban támogatottá válása között mennyi idő telt el. Csak a "reguláris" finanszírozást veszi figyelembe.	Publikált befogadási döntések, gyógyszer-támogatási adatbázisok	A támogatott rendelkezésre állás napját az alapján határoztuk meg, hogy a gyógyszer mikor került a támogatott készítmények listájára, illetve a kórházak által finanszírozott készítmények közé. Az indikátor értékének meghatározása az alapján történik, hogy az adott indikációban befogadott gyógyszerek befogadási ideje hogyan viszonyul az EU átlagához, ami az EFPIA WAIT indikátor alapján 504 nap. Itt egy standard európai mutatót alkalmazunk, így a módszertan ennek felel meg, nem feltétlenül a más mutatóknál alkalmazott módszertannak.
3. Megfelelés a nemzetközi irányelveknek	0-100	Ez az indikátor azt fejezi ki, hogy a szakmai szervezetek által az adott indikációban publikált nemzetközi irányelvek (pl. ESMO ajánlások) kulcselemei (terápiái) közül hány érhető el támogatottan az adott országban.	Nemzetközi szakmai irányelvek, gyógyszer-támogatási adatbázisok	Az irányelvek által ajánlott terápiák/molekulák listáját az adott indikáció legfrissebb európai irányelve alapján határoztuk meg. A mutató kalkulációja azon alapul, hogy az így meghatározott készítmények mekkora része (hány %-a) részben finanszírozásban az adott országban.
4. Korai hozzáférést biztosító (early access) programok	0-100	Ez az indikátor az ún. early access (korai hozzáférést biztosító) programok elérhetőségére vonatkozik, azaz, hogy a támogatásba befogadás előtt elérhető-e (már befogadott gyógyszer esetén elérhető volt-e) ilyen konstrukció keretében (például egyedi méltányossági kérelmek révén; a compassionate use (gyártó által finanszírozott korai alkalmazás) felhasználást nem soroltuk ide). A közép-európai régió egyes országokban gyakran így biztosítják a hozzáférést a befogadást megelőzően.	Gyógyszerforgalmi adatok	A mutató kalkulációja azon alapul, hogy a készítmények mekkora része (hány %-a) volt elérhető a befogadás előtt ilyen konstrukcióban, illetve amennyiben még nincs befogadva, jelenleg elérhető-e így a betegek számára.
5. Az egyes innovatív terápiákat kapó betegek aránya	0-100	Ez az indikátor az előzetesen meghatározott innovatív készítmények felhasználásra vonatkozik. A mutató a készítmények tényleges betegforgalmát hasonlítja össze az elméletileg kezelhető betegszámmal.	Gyógyszerforgalmi adatok, epidemiológiai adatok	Minden indikációban kiválasztásra került egy, a tényleges forgalom szempontjából részletesebben is megvizsgált gyógyszer-csoport. Az indikátor értékének meghatározásához szakirodalmi adatok alapján minden országra kiszámítottuk a meghatározott készítményekkel (gyógyszer-csoporttal) indikációjuk alapján kezelhető potenciális betegkör létszámát, és ezzel hasonlítottuk össze a tényleges kezelt (éves) betegszámot. A két szám aránya adja az adott indikátor értékét 0 és 100 között.
6. Innovatív terápiák alkalmazása	0-100	Ez az indikátor szintén az adott betegségben előzetesen meghatározott innovatív készítmények forgalmára vonatkozik, de az abszolút értékben (pl. mg, NE) kifejezett, 1 millió főre vetített éves fogyasztás alapján. Az indikátor demográfiai vagy egészségi állapot alapján nem standardizált, a tényleges gyógyszerforgalom V4 országok közötti "nyers" és közvetlen összehasonlítását teszi lehetővé.	Gyógyszerforgalmi adatok, lakosság szám adatok	Az indikátor értékének meghatározásához minden országra kiszámítottuk a meghatározott készítmények (azonosak az 5. indikátorban vizsgált terápiákkal) éves forgalmának és a lakosság számának a hányadosát. A legnagyobb értéket adó ország esetében lett az indikátor pontértéke 100, a többi ennek százalékos aránya, ahol az adott indikátor értéke 0 és 100 közé eshet.
7. A molekuláris vizsgálatok finanszírozása	0-100	Ez a mutató a diagnosztikai "szűk keresztmetszet"-nek számító molekuláris tesztek hozzáférhetőségére vonatkozik, azaz, hogy azokban az esetekben, amikor a terápia megkezdése valamilyen biomarkerhez kötött, elérhető-e a releváns molekuláris teszt közfinanszírozott módon. Az egyes indikációkban vizsgált molekuláris tesztek listáját a klinikai irányelvek alapján határoztuk meg.	Nemzetközi szakmai irányelvek, releváns jogszabályok, finanszírozási listák és finanszírozási protokollok	A mutató azt fejezi ki, hogy az adott indikációban a finanszírozott molekuláris vizsgálatok az összes releváns vizsgált mekkora részét teszik ki. A részlegesen finanszírozott tesztek 50%-os súllyal veszi figyelembe. Amennyiben a vizsgálat egyedi támogatással a potenciális betegkör jelentős része számára elérhető, a kalkuláció során részlegesen támogatottként vesszük figyelembe. Az indikátor limfóma és SM indikációban nem került kiszámításra, diabétesz esetén pedig a vércukormérő eszközök hozzáférhetőségére vonatkozik.
8. Hozzáférés a korszerű diagnosztikához	0, 50, 100	Ez a mutató szintén a terápia megkezdésének feltételéül szolgáló korszerű diagnosztikai vizsgálatok (CT, MRI stb.) hozzáférhetőségére vonatkozik. A mutató a beutalástól a vizsgálat elvégzéséig eltelt időt veszi figyelembe. Az adott indikációban leginkább releváns diagnosztikai tesztek a klinikai irányelvek alapján határoztuk meg. (SMA és CF indikációkban az indikátor általános szűrőprogramok megléteére vonatkozik.)	Publikus várolisták (amennyiben nem elérhető, szakértői vagy KOL becslés)	Az indikátor értéke a tipikus, átlagos várakozási idő meghatározásán alapul (az SMA és CF indikációk kivételével) a következő kategóriák szerint: kevesebb, mint 7 nap: az indikátor értéke 100; legalább 7 nap, de kevesebb, mint 21 nap: az indikátor értéke 50; legalább 21 nap: az indikátor értéke 0. Az Euro Health Consumer Index egy hasonló indikátora alapján választottuk ezeket a kategóriákat. SMA és CF indikációkban az indikátor az újszülöttkori szűrőprogramok elérhetőségére vonatkozik, hasonló értékekkel (kötelező újszülöttszűrés része: 100; nagyobb intézményekben általában elvégzik: 50; nem elérhető: 0).

2. táblázat

Az elemzésben alkalmazott indikátorok bemutatása

jelentős kielégítetlen szükséglet stb. miatt), így véleményünk szerint az elemzett kategóriák reprezentatív példaként szolgálnak az innovatív terápiákhoz való hozzáférés általános értékeléséhez is a V4 országokban. Elemzésünk fókuszában elsősorban az onkológiai, hematológiai és „árva” gyógyszerek álltak, azonban a minél szélesebb körű „mintavétel” érdekében egyéb indikációkat is bevontunk.

Az indikátorok kidolgozásának első lépéseként áttekintettük a (korábbiakban említett) különböző, nyilvánosan publikált hozzáférési mutatókat, hogy feltárjuk, melyek lennének alkalmasak (változtatás nélkül vagy módosítással) a V4 országok értékelésére. Azokat a mutatókat vettük figyelembe, amelyek közvetlenül kapcsolódnak a gyógyszerekhez való hozzáféréshez (vagy a publikáló kategorizálása szerint, vagy a saját értékelésünk alapján), különösen az új gyógyszerekhez való hozzáférésre fókuszálva. Tehát azokat a „magasabb szintű” mutatókat, amelyek csak részben vagy közvetetten utalnak az új gyógyszerekhez való hozzáférésre, nem tekintettük hozzáférési indikátornak (pl. mortalitás, országon belüli területi egyenlőtlenségek stb.). A 2. táblázatban az indikátorok leírásánál részletesen kifejtiük, és itt pár sorral lejjebb is utalunk rá, hogy hozzáférés alatt jelen tanulmány keretei között korántsem csak a formális befogadásra gondolunk, mivel a régióban különösen nagy hagyományai vannak az eseti, egyedi, méltányosságbeli hozzáférésnek. Az áttekintés eredményeként megállapítható, hogy Európában a hozzáférés értékelésére nem létezik egységes megközelítés, a különböző közlések eltérő adatforrásból, más módszerrel dolgoznak és különböző mutatókat tartalmaznak. A sok országot átfogó, nemzetközi összehasonlító teljesítményértékelések, elemzések a lokális vagy regionális sajátosságokat gyakran

figyelmén kívül hagyják, ezért eredményeik némileg félrevezetőek lehetnek (például Közép-Európában, beleértve a visegrádi országokat, a reguláris finanszírozás keretében nem elérhető gyógyszerek gyakran más formában támogatottan hozzáférhetőek a betegek számára, illetve a finanszírozott indikáció gyakran jelentősen szűkebb, mint a törzskönyvi indikáció). Miközben az egészségügyi ellátás egyéb területeiről számos elérhetőségi indikátor is rendelkezésre áll, a kifejezetten az innovatív készítményekhez való hozzáférés relatíve ritkán vizsgált terület [4]. A leggyakrabban alkalmazott indikátorok jellemzően a finanszírozott gyógyszerek arányára és a befogadásig eltelt időre vonatkoznak.

A fenti tapasztalatok alapján az indikátorfejlesztés során fontos szempontként határoztuk meg, hogy a kidolgozandó mutatók:

- nyilvánosan elérhető adatokon alapuljanak;
- reflektáljanak a regionális sajátosságokra;
- kifejezzék a beteghozzáférés fogalmának komplexitását, ne szorítkozzanak csupán az elérhetőség dimenziójára vagy a befogadásig eltelt idő hosszára;
- a terápia megkezdésének diagnosztikai feltételeit is számításba vegyék (szűrőprogramok, molekuláris vizsgálatok elérhetősége);
- valamint a „papíron” elérhető készítmények ténylegesen megvalósult felhasználását, forgalmát is figyelembe vegyék.

A kiválasztott területek értékelésére összesen 8 indikátort dolgoztunk ki, amelyek közül 6 a gyógyszerkészítmények, 2 pedig a diagnosztikai vizsgálatok vagy szűrések elérhetőségére vonatkozik [12]. A helyzetértékelést mindegyik indikációban ugyanazon indikátorok alapján végeztük el, de a muta-

Indikátor / Terápiás terület	1. A támogatott hozzáférésre vonatkozó korlátozások (minden felsorolt terápia)	2. A gyógyszer regisztrációjától a támogatott rendelkezésre állásig eltelt idő (minden felsorolt terápia)	3. Megfelelés a nemzetközi irányelveknek (dölt betűs terápiák - nem szerepelnek ajánlott terápiaként a legutolsó európai irányelvben; nem dölt betűs terápiák - szerepelnek az irányelvekben)	4. Korai hozzáférést biztosító (early access) programok (minden felsorolt terápia)	5. Az egyes innovatív terápiákat kapó betegek aránya (aláhúzással jelölt terápiák)	6. Innovatív terápiák alkalmazása (aláhúzással jelölt terápiák)
Emlőrák	abemaciclib, alpelisib, atezolizumab, eribulin, neratinib, olaparib, palbociclib, pertuzumab, pertuzumab - trastuzumab, ribociclib, talazoparib, trastuzumab deruxtecan, trastuzumab emtansine, tucatinib					
NSCLC	afatinib, alectinib, atezolizumab, brigatinib, cemiplimab, ceritinib, crizotinib, dabrafenib, dacomitinib, durvalumab, entrectinib, ipilimumab, lorlatinib, nintedanib, nivolumab, osimertinib, pembrolizumab, pemetrexed, ramucirumab, selipercatinib, trametinib					
Petefészekrák	melphalan, niraparib, olaparib, paclitaxel, rucaparib					
Prosztatárak	abiraterone, apalutamide, cabazitaxel, darolutamide, enzalutamide, olaparib, padeliporfin, radium Ra223 dichloride					
AML	azacitidine, daunorubicin - cytarabine, decitabine, gemtuzumab ozogamicin, gilteritinib, glasdegib, melphalan, midostaurin, venetoclax					
Limfóma	Tecartus, axicabtagene ciloleucel, brentuximab vedotin, duvelisib, ibrutinib, idelalisib, melphalan, nivolumab, obinutuzumab, pembrolizumab, pixantrone dimaleate, polatuzumab vedotin, afasitamab, tagraxofusp, tisagenlecleucel					
SMA	nusinersen, onasemnogene abeparvovec, risdiplam					
CF	colistimethate sodium, ivacaftor, ivacaftor/tezacaftor/lexacaftor, levofloxacin, lumacaftor/ivacaftor, mannitol, tezacaftor/ivacaftor, tobramycin					
Diabétesz	alogliptin benzoate, alogliptin /metformin, alogliptin /pioglitazone, canagliflozin, canagliflozin / metformin, dapagliflozin / metformin, dapagliflozin, dulaglutide, empagliflozin, empagliflozin / linagliptin, empagliflozin / metformin, ertugliflozin, ertugliflozin / metformin hydrochloride, ertugliflozin / sitagliptin, exenatide, glibenclamide, glucagon, insulin aspart, insulin degludec, insulin degludec /insulin aspart, insulin degludec / liraglutide, insulin detemir, insulin glargine, insulin glargine / lixisenatide, insulin lispro, linagliptin, linagliptin /metformin hydrochloride, lixisenatide, saxagliptin / dapagliflozin, saxagliptin / metformin hydrochloride, semaglutide, sitagliptin, sitagliptin / metformin hydrochloride, sotagliflozin					
SM	alemtuzumab, azathioprine, cladribine, dimethyl fumarate, fampridine, fingolimod, ocrelizumab, ofatumumab, ozanimod, peginterferon beta-1a, poneximod, siponimod, teriflunomide					

3. táblázat

A terápiák hozzáférhetőségére vonatkozó indikátorokban vizsgált hatóanyagok listája az egyes terápiás területeken

tók konkrét tartalmát minden esetben az adott területen használt készítmények, diagnosztikai tesztek, illetve a releváns szakmai ajánlások alapján határoztuk meg (részletesen ld. a 2-4. táblázatot) Ez az egységes keretrendszer azt is lehetővé teszi, hogy az eredményeket betegségenként, terápiás kategóriánként vagy országszinten összesítsük és összehasonlítsuk.

Mindegyik egyedi indikátor 0 és 100 közötti értéket vehet fel, ahol az alacsonyabb számok jelölik a nagyobb lemaradást, hiányosságot, a magasabb értékek pedig a publikált európai átlaghoz (a befogadásig eltelt idő esetén) vagy a szakmai ajánlásokhoz, illetve a potenciális betegek teljes körét lefedő felhasználáshoz közelebb eső, kedvezőbbnek tekinthető eredményeket.

Az indikátorok kiszámítása során az input adatokat nyilvánosan elérhető adatforrásokból nyertük, beleértve a szakmai irányelveket, az egyes termékek alkalmazási előírásait, a vizsgált országok közfinanszírozási adatbázisait, nyilvános gyógyszerforgalmi és várólista adatait, epidemiológiai publikációkat stb. A hiányzó vagy nyilvánosan nem elérhető adatok helyett szakértői becslést alkalmaztunk – vagy amennyiben lehetőség volt rá – a többi országból származó adatok

Indikátor / Terápiás terület	7. A molekuláris vizsgálatok finanszírozása	8. Hozzáférés a korszerű diagnosztikához
Emlőrák	HR, HER2, BRCA, PD-L1	CT, MRI
NSCLC	KRAS, EGFR, ALK, BRAF	CT, MRI
Petefészekrák	BRCA1, BRCA2	hüvelyi ultrahang
Prosztatarák	BRCA2	CT, MRI
AML	HLA-típezés	csontvelő aspiráció és biopszia
Límfóma	nem releváns	biopszia
SMA	MLPA	újszülöttkori szűrés
CF	CFTR szekvenálás / F508del mutáció	újszülöttkori szűrés
Diabétesz	vércukorszintmérő eszközök	HbA1c-szint mérése
SM	nem releváns	MRI

4. táblázat
A diagnosztika hozzáférhetőségére vonatkozó indikátorokban elemzett vizsgálatok listája az egyes terápiás területeken

alapján készült becslést használtunk. A potenciálisan kezelhető betegek számát mindegyik országban azonos képlet alapján határoztuk meg, mivel feltételezzük, hogy ezt befolyásoló jelentős különbség nincs a V4 országok között. Megemlítendő, hogy az eredmények a 2020-as naptári évre vonatkoztak, tehát az azóta történt befogadásokat és egyéb változásokat még nem tudják figyelembe venni.

Ország	Terület	Indikáció	Összesített indikátorok										
			A támogatott hozzáférésre vonatkozó korlátozások	A gyógyszer regisztrációjától a támogatott rendelkezésre állásig eltelt idő	Megfelelés a nemzetközi irányelveknek	Korai hozzáférést biztosító (early access) programok	Az egyes innovatív terápiákat kapó betegek aránya	Innovatív terápiák alkalmazása	A molekuláris vizsgálatok finanszírozása	Hozzáférés a korszerű diagnosztikához			
Lengyelország	Onkológia	Emlőrák	43	32	52	46	50	23	21	75	50		
		NSCLC	51	33	72	65	19	22	44	100	50		
		Petefészekr.	59	30	68	50	40	51	84	100	50		
		Prosztatar.	38	19	50	43	50	46	46	0	50		
		AML	33	6	65	14	33	0	0	100	50		
		Límfóma	39	29	51	67	24	27	25	x	50		
	Krónikus	SMA	31	33	82	33	0	0	0	50	50		
		CF	33	11	14	17	22	0	0	100	100		
		Diabétesz	31	11	31	28	0	11	19	50	100		
		SM	37	27	73	100	8	0	0	x	50		
		Csehország	Onkológia	Emlőrák	46	25	75	55	50	30	32	100	0
				NSCLC	48	29	73	60	52	18	48	100	0
Petefészekr.	59			10	42	25	40	57	100	100	100		
Prosztatar.	61			31	69	71	63	54	100	100	0		
Orphan	AML		54	17	82	43	22	15	100	50	100		
	Límfóma		50	21	48	67	29	10	74	x	100		
Krónikus	SMA	31	0	71	33	67	10	13	50	0			
	CF	23	11	37	33	56	0	0	50	0			
	Diabétesz	71	39	73	80	31	43	100	100	100			
	SM	44	31	80	100	46	0	0	x	50			
Szlovákia	Onkológia	Emlőrák	48	21	41	27	64	14	16	100	100		
		NSCLC	49	24	52	50	57	4	7	100	100		
		Petefészekr.	31	10	42	25	20	1	0	100	50		
		Prosztatarák	60	19	40	43	38	55	84	100	100		
		AML	54	22	74	43	33	17	93	50	100		
		Límfóma	55	21	51	67	47	47	100	x	50		
	Krónikus	SMA	24	17	91	33	0	0	0	50	0		
		CF	27	33	35	50	44	0	0	50	0		
		Diabétesz	54	28	63	60	0	32	51	100	100		
		SM	46	35	75	100	15	0	0	x	100		
		Magyarország	Onkológia	Emlőrák	55	32	50	46	50	46	100	63	50
				NSCLC	64	38	66	65	67	26	100	100	50
Petefészekr.	39			10	38	25	40	28	74	50	50		
Prosztatarák	52			44	50	57	38	58	69	50	50		
Orphan	AML		46	11	62	29	44	11	62	100	50		
	Límfóma		40	18	49	33	35	32	63	x	50		
Krónikus	SMA	51	33	70	67	100	37	100	0	0			
	CF	16	39	29	50	11	0	0	0	0			
	Diabétesz	47	54	68	64	0	24	62	100	0			
	SM	39	50	67	100	54	0	0	x	0			

5. táblázat
Országonként, kategóriánként és betegségenként összesített eredmények ([12] alapján)

EREDMÉNYEK

A részletes eredményeket országok és terápiás területek szerinti összesítésben az 5. táblázat mutatja be.

Néhány kiemelt fontosságú eredményt az alábbiakban röviden összefoglalunk.

Az összes vizsgált gyógyszerkészítményt tekintve a V4 országaiban a regisztrációtól a támogatásba kerülésig átlagosan 940 nap (2,5 év) telt el, azaz a betegek ilyen hosszú ideig nem tudtak részesülni a legújabb kezelésekben, hacsak erre nem volt egyéb, a rendszerszintű befogadásán kívüli lehetőség – pl.: egyedi méltányosság. Nem tettünk különbséget, hogy egy gyógyszergyártó kérelmezte-e adott gyógyszer támogatásba fogadását, és így maradt elérhetetlen, vagy a kérelmezés sem történt meg, mivel a hozzáférés szempontjából ennek nincs jelentősége. A kérelmezés elmaradása egyébiránt szintén a támogatási rendszer sajátosságait tükrözi, hiszen leginkább akkor és azért nem kerül sor gyógyszerek támogatásának kérelmezésére, ha egy nemzeti támogatási rendszer és a kapcsolódó adózás annyira nem lukratív a gyártók számára, hogy inkább lemondanak a támogatás kérelmezéséről is. A törzskönyvezés és a támogatásba befogadás között eltelt átlagos időtartam a 4 ország közül Csehországban volt a legalacsonyabb (2,1 év) és Lengyelországban a legmagasabb (3,4 év) [13].

Az elemzésünkben részletesebben vizsgált gyógyszerekkel (ld. a 2. táblázatban aláhúzással jelölt terápiákat) kezelt betegek aránya (az összes, elméletileg a kezelésre alkalmas beteg számához viszonyítva) az egyes betegségekben 0%-

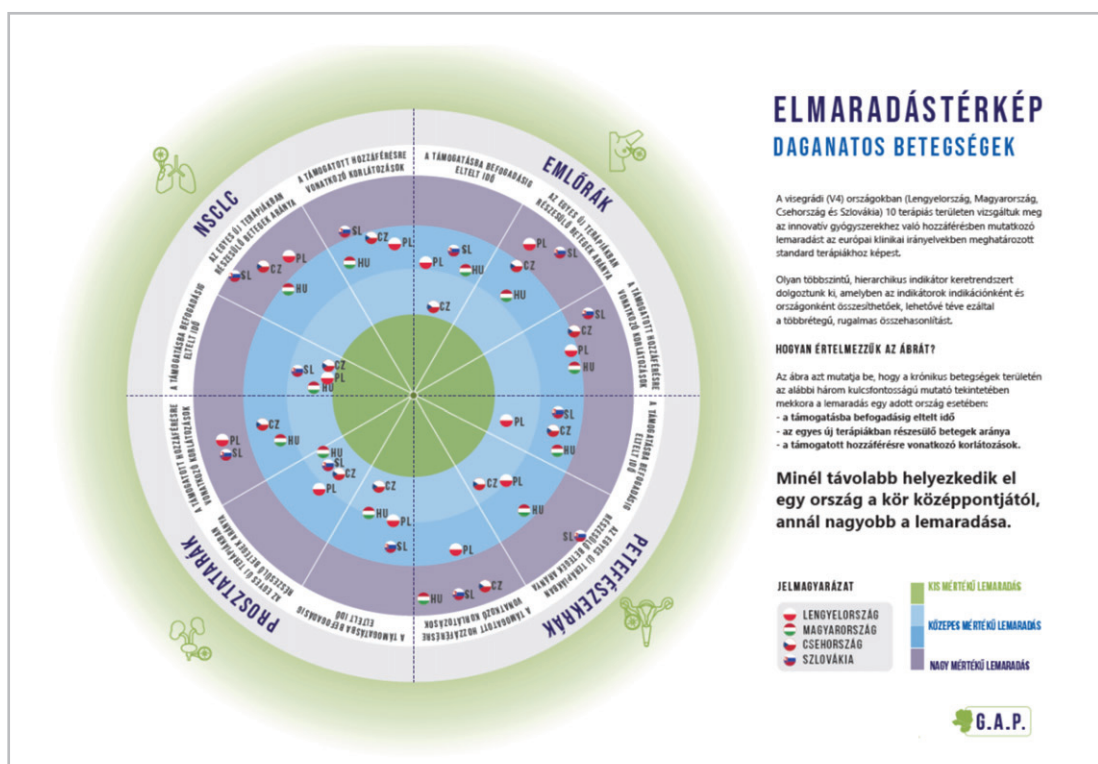
tól a közepes értékekig terjedt. Az indikátor átlagos értéke valamivel több mint 20%, azaz a visegrádi országok potenciálisan kezelhető betegeinek becslésünk szerint csupán egyötödét kezelik (az adott indikátorban meghatározott) innovatív gyógyszerekkel. A kezelt betegek aránya csupán két betegségben haladta meg az 50%-ot (petefészekrák – Lengyelországban és Csehországban; prosztaták – Magyarországon, Csehországban és Szlovákiában). A többi esetben az eredmények inkább a nagyon alacsony és alacsony tartományokba estek. Különösen a CF és SM indikációkban volt szembeötölő a lemaradás, mivel a vizsgált időszakban (még) egyetlen beteget sem kezeltek a kiválasztott új terápiákkal.

Az onkológiai terület néhány kiemelt mutatójában az egyes országok által elért eredményeket az 1. ábra foglalja össze és szemlélteti. Minél távolabb helyezkedik el egy ország a kör középpontjától, annál nagyobb a lemaradása az adott mutatóban. A lila szín tehát a nagyobb lemaradást, a zöld szín a kisebb lemaradást jelzi.

A következőkben az egyes országok eredményeit külön-külön is bemutatjuk röviden.

Lengyelország

Lengyelországban a közfinanszírozott hozzáférés legjelentősebb korlátozottsága a ritka és a krónikus betegségek esetében volt megfigyelhető [13]. Ez elsősorban a támogatott készítmények alacsony arányának tudható be, például AML indikációban a 9 törzskönyvezett technológiából csak 1 volt támogatott, bizonyos korlátozásokkal; cisztás fibrózisban



1. ábra
Daganatos betegségek elmaradástérképe (3 kiemelt indikátor alapján) [12]

szintén 9 engedélyezett technológiából 2 volt támogatott (korlátozásokkal), diabétesz kezelésére pedig a 36 engedélyezett technológiából csak 8-at finanszíroztak, szintén bizonyos korlátozásokkal. Négy betegség (SMA, SMA, CF, AML) esetén a részletes elemzésre előzetesen kiválasztott korszerű terápiák egyike sem volt támogatott. Az onkológiai területen elsősorban a prosztatarák esetén azonosítottunk jelentős hozzáférési korlátot (a 8 engedélyezett technológiából 3 támogatott, korlátozással).

A törzskönyvezés és a támogatásról szóló döntés között eltelt idő a cisztás fibrózis (7,4 év) és a diabétesz (5,2 év) új terápiái esetében volt a leghosszabb. A legrövidebb idő NSCLC-ben (2,3 év) és SMA-ban (1,6 év) telt el a finanszírozásig.

Támogatott készítmény hiányában SMA, cisztás fibrózis, sclerosis multiplex és AML indikációkban nem kezeltek betegeket a részletesen vizsgált terápiákkal még egyedi méltányosság keretei között sem. További kedvezőtlen eredmény, hogy cukorbetegségben is nagyon alacsony volt a hosszú hatású analóg inzulinokkal (LAA) kezelt betegek aránya.

Csehország

Csehországban az új kezelésekhez való támogatott hozzáférés legnagyobb mértékben a ritka betegségek esetén korlátozott [13]. AML indikációban 9 engedélyezett technológiából 3 támogatott, korlátozásokkal, SMA (3 engedélyezett technológiából 1 early access program keretében támogatottan elérhető) és cisztás fibrózis (9 engedélyezett technológiából 2 korlátozottan támogatott). Két betegségben (SM, CF) a részletes elemzésre kiválasztott gyógyszerek közül egyik sem volt támogatott.

A vizsgált onkológiai indikációkban különösen a petefészekrák esetében azonosítottunk jelentős korlátozást (az 5 engedélyezett technológia közül csak egyet támogattak a vizsgált időszakban, bizonyos korlátozások mellett).

Az európai regisztrációhoz képest a leghosszabb befogadási késedelem a limfóma (3,9 év) és a petefészekrák (6,2 év) terápiái esetében volt megfigyelhető. Ezzel szemben az AML, a prosztatarák és a sclerosis multiplex (1,6-1,8 év), valamint az SMA (0,5 év) új kezeléseiben relatíve rövid idő alatt született döntés a befogadásról.

A már ismertetett okból CF és SM indikációkban egyetlen beteg sem részesült közfinanszírozott kezelésben; emellett a ténylegesen kezelt betegek legalacsonyabb arányát a limfómás, illetve NSCLC-ben szenvedő és PD-1/PD-L1-gátló kezelésre alkalmas betegek között figyeltük meg. Ellenpéldaként megemlítendő a LAA készítményekkel kezelt cukorbeteg betegek magas aránya.

Szlovákia

Szlovákiában az új kezelésekhez való hozzáférés leginkább az onkológia és a ritka betegségek területén korlátozott, mivel a finanszírozásba befogadott technológiák száma mindkét területen erősen limitált (például petefészekrákban 5 engedélyezett technológiából csak 1 támogatott, korlátozásokkal, prosztatarákban 8 technológiából 3 támogatott,

korlátozásokkal, AML-ben 9 engedélyezett terápiából 4 térített, mindegyik korlátozásokkal; továbbá 9 engedélyezett CF terápiából 1 a teljes törzskönyvi indikációjában, további 4 pedig ahhoz képest korlátozottan támogatott) [13].

Három terápiás területen (MS, CF, SMA) a további részletes elemzésre kiválasztott készítmények közül egyik sem volt elérhető támogatottan (így értelemszerűen a kezelt betegek száma nulla). További két területen (NSCLC és petefészekrák) a meghatározott új gyógyszerekkel (PARP-gátlókkal és PD-1/PD-L1-gátlókkal) kezelt betegek aránya marginális (<5%) volt.

A leghosszabb befogadási késedelmet a cisztás fibrózis (4,2 év), valamint egyes onkológiai indikációk (petefészekrák [6,3 év], prosztatarák [4,3 év] és emlőrák [5,1 év]) készítményei szenvedték el. A támogatás a leggyorsabban SMA-ban vált elérhetővé (kevesebb mint 1 év).

Magyarország

Az új kezelésekhez való támogatott hozzáférésben a 3 vizsgált terület közül a legnagyobb korlátozottságot a ritka betegségek területén azonosítottuk, mivel az egészségbiztosító által megszorítás nélkül finanszírozott technológiák száma limitált ezekben az indikációkban [13]. Ahogy a módszertani részben részletesen bemutatjuk, azt a molekulát, aminek volt jelentősebb egyedi támogatású forgalma (az elérhető adatok alapján becsülhetően min. 5 beteg), azt finanszírozottnak tekintettük 50%-os súllyal számítva. Megemlítendő továbbá a diagnosztikai eszközök/újszülöttkori szűrőprogramok korlátozott hozzáférhetősége is (vizsgáltunk a 2020-as évre vonatkozott, így az azóta történt fejleményeket nem tartalmazza).

Az egyes betegségeket tekintve a támogatott hozzáférés leginkább a petefészekrák bizonyos típusú kezelésére szolgáló célzott terápia esetében korlátozott (5 engedélyezett terápiából 1 hozzáférhető egyedi méltányosság keretében, meg kell jegyezni, hogy ezen kívül még csak további 1-nek kérelmezte a forgalmazó a befogadását a borzasztóan restriktív adózási, működési és támogatási környezet, illetve az instabil devizaárfolyamok miatt), illetve a ritka betegségekben: az AML (9 engedélyezett terápiából 2 támogatott egyedi méltányosság keretében) és a limfómák (17 engedélyezett terápiából csak 3 támogatott) esetében. Magyarországon két olyan betegséget azonosítottunk (SM, CF), amelyekben a részletes elemzés céljára kiválasztott új készítmények közül egyik sem részesült társadalombiztosítási támogatásban, még egyedi méltányosság formájában sem. Itt azokra a részletesen megvizsgált hatástani csoportokra gondolunk, melyek nemzetközi szinten a tudomány állása szerint az legújabb hatástani csoportot képviselik egy-egy betegség kezelésében. Ezeket a hatóanyagokat a 2. táblázatban aláhúzással jelöltük; CF-ben ez konkrétan a hármas kombináció, SM-ben az ozanimod, ponesimod és a siponimod.

Az új terápiák leghosszabb befogadási késedelme petefészekrák és AML indikációkban (az elemzés idején egyik részletesen vizsgált terápia sem volt befogadva a társadalombiztosításba), valamint a CF (5,7 év) esetén volt megfi-

gyelhető. Ezzel szemben a legrövidebb időtartam az SMA (kevesebb mint 1 év), a diabétesz (1,3 év), a SM (3 év) és az NSCLC (2,7 év) készítményei esetén telt el.

A kezelt betegek arányát tekintve kedvezőnek mondható eredményről csak az emlőrák esetén lehet beszámolni. Kifejezetten alacsony volt ezzel szemben a petefészekrákban PARP-gátlókkal kezelt betegek, valamint a LAA készítményekkel kezelt cukorbeteg betegek aránya. Az előzőekkel összhangban a legújabb CF terápiák sem voltak még elérhetőek a betegek számára, valamint az AML-ben szenvedő betegeknek is csak nagyon alacsony százalékát kezelték a meghatározott gyógyszerekkel.

MEGBESZÉLÉS

Mindegyik vizsgált országban azonosíthatók jobb vagy rosszabb hozzáféréssel jellemezhető terápiás területek, összességében azonban a V4 országokban semmiképpen nem tekinthető optimálisnak az innovatív terápiákhoz való hozzáférés szintje.

Általánosságban (a 2020-as évben) a rendelkezésre álló terápiák száma mindegyik országban alacsony, és különösen korlátozott a hozzáférés SMA és CF indikációkban. Az onkológiai területen kedvezőbb eredmények születtek, ugyanakkor az egyes országok között jelentős különbségek figyelhetők meg, különösen a petefészek-, illetve a prosztatadaganatok terápiái terén.

Az országok eredményeinek legnagyobb szórása azonban a krónikus betegségek (kiemelten a diabétesz) kezelésére szolgáló készítmények terén volt megfigyelhető, mind az elérhető gyógyszerek spektrumát, mind a finanszírozott hozzáférésig eltelt időt tekintve.

Összességében a legújabb innovációkhoz való hozzáférés jelentős késedelmet szenved az érintett országokban, ami potenciálisan terhet jelent a lakosságra és közvetve a várható élettartamukat is negatívan befolyásolja.

Egyes területeken kedvező eredmények születtek. Például az árva betegségek gyógyszereihez való hozzáférés Magyarországon (a visegrádi országokkal összevetve) jónak tekinthető – még akkor is, ha a területen önmagában sok az elmaradás – ami az egyedi méltányosság keretében biztosított finanszírozásnak köszönhető. Csehországban a relatíve rövid befogadási idő az új és hatékony árazási és finanszírozási mechanizmusok eredménye.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az előzőekben röviden ismertetett G.A.P. projekt egyedinek tekinthető, mert a bemutatott indikátorok kifejezetten a V4 országok sajátosságait figyelembe véve lettek kidolgozva, törekednek a hozzáférés minél több aspektusának megragadására és rugalmas összehasonlítást tesznek lehetővé.

Ugyanakkor az eredmények értelmezésénél figyelembe kell venni a kutatás limitációt. Mivel csak publikus adatok

kerültek felhasználásra, bizonyos esetekben szükség volt a hiányzó/nem elérhető adatokat szakértői becsléssel, illetve szállítói szerződésekből vagy a többi országból származó adatok alapján készült becsléssel pótolni. Korlátozza az indikációk közötti összehasonlíthatóságot, hogy a referenciaként szolgáló európai irányelvek (3. indikátor) frissítési gyakorisága indikációnként eltér, egyes esetekben az ajánlások módosítása csak jelentős késéssel követi az új terápiák megjelenését, míg más esetekben viszonylag rövid időn belül, esetleg már a törzskönyvezés előtt megtörténik. Megemlítendő továbbá, hogy a 8. indikátor mérési szintje eltér a többi mutatóétól, mivel kategorikus változóról van szó; illetve, bár mindegyik indikátor a hozzáférés különböző aspektusára vonatkozik, részleges átfedések és egymásra hatások azonosíthatók egyes indikátorok között (pl. a készítmények befogadása és a tényleges gyógyszerfelhasználás között).

Összefoglalva elmondható, hogy a visegrádi országokban nagy lemaradás azonosítható, sürgős beavatkozásokra van szükség az új, innovatív gyógyszerekhez való hozzáférés javítása érdekében a régió egészében. A vizsgált betegségekre a legújabb terápiás lehetőségekhez való hozzáférés jelentős korlátozottsága figyelhető meg. Feltételezzük, hogy hasonló hozzáférési korlátok más betegségek esetén is fennállnak, és a visegrádi országok páciensei nem a nemzetközi klinikai irányelvek által ajánlott, optimálisnak tekinthető kezelésben részesülnek. Mindez szuboptimális terápiás eredményeket, megnövekedett betegségterhet és közvetett módon többletkiadást eredményez a visegrádi országokban.

A kutatás részletes leírása, eredményei, illetve további elemezhető adatok nyilvánosan elérhetők a www.gapv4.eu oldalon.

Anyagi támogatás

A G.A.P. projekt a lengyelországi Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (INFARMA) és a magyarországi Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (AIPM) kezdeményezése alapján, az Európai Gyógyszergyártók és Egyesületek Szövetsége (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, EFPIA) anyagi támogatásával valósult meg.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak az AIPM, az INFARMA és a HTA Consulting csapatának, akikkel együtt készítették a cikk alapjául szolgáló tanulmányt.

Érdekeltségek

A szerzők nem rendelkeznek semmilyen pénzügyi, személyes vagy egyéb érdekkeltséggel, ami a cikk megírására hatással lett volna.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] [1] Európai Bizottság. Európai Gyógyszerstratégia. 2020. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:52020DC0761> (megtekintés: 2022. június 29.)
- [2] Penchansky R, Thomas JW: The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care.* 1981;19(2):127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- [3] European Patients Forum. Defining and Measuring Access to Healthcare: the Patients' Perspective. Position Statement. 2016. https://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/access/epf_position_defining_and_measuring_access_010316.pdf (megtekintés: 2021. augusztus 17.)
- [4] Towards a fairer and more effective measurement of access to healthcare across the EU. Final report. 28 November 2018. A report submitted to DG SANTE by ICF Consulting Services Limited in association with Quantos. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/cross-border_care/docs/2018_measurement_access_to_healthcare_frep_en.pdf (megtekintés: 2021. augusztus 27.)
- [5] OECD. OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/> (megtekintés: 2021. augusztus 19.)
- [6] Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (megtekintés: 2021. augusztus 19.)
- [7] European Commission. ECHI – European Core Health Indicators. https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en (megtekintés: 2021. augusztus 19.)
- [8] Eurostat. Income and living conditions database. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database> (megtekintés: 2021. augusztus 19.)
- [9] <https://europa.eu/eurobarometer/screen/home>
- [10] Eurostat. Healthcare expenditure statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics (megtekintés: 2022. július 4.)
- [11] European Medicines Agency. European public assessment reports (EPAR). [https://www.ema.europa.eu/en/medicines/download-medicine-data#european-public-assessment-reports-\(epar\)-section](https://www.ema.europa.eu/en/medicines/download-medicine-data#european-public-assessment-reports-(epar)-section) (megtekintés: 2021. augusztus 27.)
- [12] G.A.P. Gearing up access proposal for V4. <https://gapv4.eu>
- [13] Executive Summary. Gearing up. Improving time to patient access to innovative therapies in V4. Krakow, Warsaw, Budapest 2022. https://gapv4.eu/reports/GAP_Executive_Summary.pdf

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Molnár Márk Péter orvos és közgazdász. Diplomáit 2005-ben, PhD fokozatát 2016-ban szerezte meg. 2006 és 2010 között az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) gyógyszer-

ügyi főosztályának, majd ártámogatási főosztályának vezetője. Az Ideas & Solutions Kft. tanácsadó cég társalapítója és partnere. Érdeklődésének középpontjában a finanszírozókkal és döntéshozókkal való kommunikáció, illetve új gyógyszerek és orvostechnikai eszközök piacra viteli stratégiái állnak.



Tóth Ágnes 2009-ben szerzett diplomát a Szegedi Tudományegyetem szociológia szakán. 2010-ig az Egészségbiztosítási Felügyelet módszertani fő-

osztályán elemző, majd néhány évig egészségügyi tanácsadói és piackutatási projektekben dolgozott kutatóként. 2015 óta az Ideas & Solutions Kft. stratégiai tanácsadó cég kutatója.