



meta

MAGYAR EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI TÁRSASÁG

Konferenciakötet

*Választás vagy kényszerpálya?
Az egészségügyről szóló szakpolitikai döntések függetlensége*

XX. META Konferencia
Budapest, 2026. október 12.

Tartalomjegyzék

Impresszum.....	2
Program.....	3
Közreműködők	5
Tudományos Bizottság.....	6
Kongresszusi Iroda	6
Támogatók.....	6
Szervezőbizottság.....	6
Absztraktok.....	7
Könyvismertető.....	39

Impresszum

Kiadja:

Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság

E-mail: office@metaweb.hu
Web: www.metaweb.hu

Ezt a dokumentumot a Creative Commons CC BY-SA licenz alatt tesszük közzé.

A jelen dokumentumra történő hivatkozás ajánlott módja:

Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság: Konferenciakötet. Választás vagy kényszerpálya: az egészségügyről szóló szakpolitikai döntések függetlensége. XX. META Konferencia, Budapest. (2026. október 12.). ISBN-szám: 978-615-02-8397-5. Elérhető: www.metaweb.hu

Program

A XX. META Konferenciára a Magyar Zene Házában került sor Budapesten, Magyarországon.

08:45 – 10:15
PLENÁRIS SZEKCIÓ I.

Megnyitó

Simor András: Lesz-e gazdasági fordulat az új kormány alatt?

Bodnár Viktória: Önálló Egészségügyi Minisztérium. Örülünk? Vincent! Örülünk?

Kaló Zoltán: Hogyan lesz az OEP-ből értékalapú betegközpontú szolgáltatásvásárló? Tervek és realitások.

10:20 – 11:20
ROCHE MAGYARORSZÁG ÁLTAL TÁMOGATOTT SZEKCIÓ

SERVICE IMPACT (RENDSZERHATÁS) MODELLEK AZ INNOVÁCIÓ TÁRSADALMI ÉRTÉKÉNEK MEGRAGADÁSÁRA: A HAZAI EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁSI RENDSZER KERETEINEK VIZSGÁLATA

Felvezető előadás: Marcin Czech: Net public pharmaceutical expenditures in CEE Focus on Hungary Call for action to improve life expectancy and quality in CEE

Kerekasztal-beszélgetés: Buga László, Mezei Fruzsina, László Csaba

11:20 – 12:45
PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ I.

FENNTARTHATÓ EGÉSZSÉGÜGY: FINANSZÍROZÁSI ÉS SZAKPOLITIKAI MEGOLDÁSOK

11:25 – 12:45
PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ II.:

POSZTERSZEKCIÓ

14:00 – 15:20
PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ III.:

AZ EGÉSZSÉGPOLITIKAI DÖNTÉSEK FÜGGETLENSÉGE A KÖZPOLITIKAI CÉLKITŰZÉSEKTŐL

14:00 – 15:20
PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ IV.:

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER TELJESÍTMÉNYÉNEK GAZDASÁGI MEGHATÁROZOTTSÁGA

15:20 – 16:15
BMS ÁLTAL TÁMOGATOTT SZEKCIÓ

HOZZÁFÉRÉS AZ INNOVATÍV KEZELÉSEKHEZ AZ ONKOHEMATOLÓGIÁBAN: A CAR-T TERÁPIÁK ÉRTÉKELÉSE ÉS RENDSZERSZINTŰ FINANSZÍROZÁSA – MÓDSZERTANI ÉS RENDSZERSZINTŰ KÉRDÉSEK

Felvezető előadás: Gergely Lajos: Klinikai áttekintés

Felvezető előadás: Pozsár Réka: Nemzetközi finanszírozás és HTA-perspektíva

Kerekasztal-beszélgetés: Ilku Livia, Dávid Tamás, Gergely Lajos

17:00 – 18:00
PLENÁRIS SZEKCIÓ II., KEREKASZTAL-BESZÉLGETÉS A KÖZÖNSÉG RÉSZVÉTELÉVEL:

VÁLASZTÁS VAGY DEMOGRÁFIAI, MAKROGAZDASÁGI KÉNYSZERPÁLYA AZ EGÉSZSÉGÜGYRE FORDÍTHATÓ FORRÁSOK NAGYSÁGA?

Részvevők: Hegedűs Zsolt, Tóth Árpád

Konferencia zárása

Közreműködők

Tudományos Bizottság

Rencz Fanni (elnök), Elek Péter, Kreif Noémi, Orosz Éva, Zemplényi Antal

Kongresszusi Iroda

Ementin Kft.
1141 Budapest, Szugló utca 125/G A ép. I. em. 103.

Támogatók

Együttműködő Partner	Tábitha Ház
Gyémánt Fokozatú Szponzor	Roche, Bristol Myers-Squibb
Főszponzor	Abbvie, AIPM, Johnson & Johnson, Sanofi
Szponzor	AOP Health, Astellas, AstraZeneca, CSL Behring, Merck, MSD, Novartis, Novo Nordisk, Phoenix, Sandoz, Servier, SOBI Védelemért Egyesület
Betegszervezetek	CAH Endoped Alapítvány, Gyógyító József Alapítvány – Duchenne Hungary, Hemofiliások Baráti Köre, Magyar Coeliakia Egyesület, Magyar Hemofília Egyesület, Magyar Williams Szindróma Társaság, Magyar Rákellenes Liga, Magyar Szervátültetettek Szövetsége, Mályvavirág Alapítvány, MCCBE, Reumabetegek a Célzott Terápiáért, RIROSZ, Tüdőér Egylet

Szervezőbizottság

Merész Gergő (elnök), Harsányi András, Angyal Mercédesz, Plankó Stefánia

Absztraktok

PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ I.: FENNTARTHATÓ EGÉSZSÉGÜGY: FINANSZÍROZÁSI ÉS SZAKPOLITIKAI MEGOLDÁSOK

A PREVENCIÓ MINT BEFEKTETÉS: INNOVATÍV FINANSZÍROZÁSI MODELLEK TRANSZFERABILITÁSA KÖZÉP- ÉS KELET-EURÓPÁRA

Babarczy Balázs^{1,2}, Zemplényiné Bartha Júlia², Pozsár Réka², Nagy Balázs^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

²Syreon Research Institute Budapest

BEVEZETÉS Bár a prevenció társadalmi és gazdasági értéke bizonyított, finanszírozása a legtöbb országban elmarad a szükséges szinttől. Erre kínálhatnak megoldást az innovatív, eredményalapú finanszírozási megoldások, köztük a társadalmi hatás-kötvények (Social Impact Bonds, SIB), amelyek a közfinanszírozás kiegészítésével új szereplők és erőforrások bevonását, valamint az érdekeltek ösztönzőinek összehangolását teszik lehetővé. A közép- és kelet-európai (KKE) térségben azonban jelenleg egyetlen közpolitikai területen sem alkalmaznak SIB konstrukciót.

CÉLKITŰZÉSEK A vizsgálat célja az Invest4Health európai kutatási projektben kidolgozott eszközkészlet alkalmazása volt egy konkrét prevenció SIB modell felállítására, illetve azon kontextuális tényezők vizsgálata, amelyek befolyásolják e finanszírozási modell alkalmazhatóságát és adaptálhatóságát a KKE régióban. (1) Kik lehetnek egy ilyen SIB konstrukció befektetői? (2) Melyek a megvalósítás akadályai a KKE régió kontextusában? (3) Milyen stratégiákkal küzdhetnek le ezek az akadályok?

MÓDSZEREK Magas szintű döntéshozókkal végeztünk online workshopot. Az Invest4Health projekt beruházási modellek tervezésére szolgáló eszközkészletét egy konkrét esettanulmányon keresztül mutattuk be, amelynek témája az intézményes vastagbélrákszűrésre kialakított SIB konstrukció volt. A beszélgetés leiratát, az anonim Mentimeter-válaszokat és a workshop-chatet tematikus elemzéssel dolgoztuk fel.

EREDMÉNYEK A workshopon 8 ország 18 képviselője vett részt: népegészségügyi, egészséggazdasági és finanszírozási szakértők, valamint döntéshozók. Az intervenció és a finanszírozási konstrukció sajátosságai szorosan összefonódtak egymással. A potenciális SIB-befektetők között a közfinanszírozói szereplők (28%) mellett az egészségipar (21%) és a filantróp szervezetek (13%) jelentek meg leggyakrabban. A résztvevők fő akadálynak az érintettek összehangolását, a bizalom és együttműködés hiányát (28%), a szabályozási és irányítási környezetet (17%), valamint az egészségügyi

rendszer végrehajtási kapacitási korlátait (17%) nevezték meg. Az elősegítő stratégiák között az átláthatóság, irányítás, elszámoltathatóság és bizalomépítés domináltak (53%).

KÖVETKEZTETÉSEK A SIB a közfinanszírozás mellett az érdekeltek ösztönzőit, felelősséget és erőforrásokat összehangoló eszközként jelentős potenciállal bír. Alkalmazhatósága megfelelő ellátórendszeri kapacitást, átlátható irányítást és az eredmények megbízható mérését igényli. A prevenció befektetésként való értelmezése új együttműködési lehetőségeket teremt az érdekkonfliktusok megfelelő kezelése mellett.

KRÓNIKUS BETEGSÉGGEL ÉLŐ GYERMEKEK SZÜLEINEK ÉS GONDVISELŐINEK AZ ÉLETMINŐSÉGE ÉS JÓLLÉTE – AZ ORSZÁGOS GYERMEK- ÉLETMINŐSÉG FELMÉRÉS (HUN-PQOL) ELŐZETES EREDMÉNYEI

Garai Réka¹, Papp Ildikó Hanna², Vajcs Luca², Császárné Sándor Laura³, Kovács Márta⁴, Balogh Ádám⁵, Luczay Andrea⁶, Muzslay Eszter¹, Cseh Áron⁷, Dezsőfi-Gottl Antal Tivadar⁷, Rencz Fanni⁸,

Szabó J. Attila⁹, Béres Nóra Judit⁷

¹Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai Részleg Csecsemő- és gyermekgyógyászat,

²Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai Részleg MD-PhD hallgató,

³Jász-Nagykun-Szolnok Vármegyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Gyermek-gasztroenterológia, Szolnok,

⁴Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház Gyermek-gasztroenterológia, Győr,

⁵Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai Részleg Gyermek allergológia,

⁶Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai Részleg Diabétesz, Endokrinológiai és Metabolikus osztály,

⁷Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai Részleg Gasztroenterológiai és Hepatológiai Osztály,

⁸Budapesti Corvinus Egyetem Társadalom- és Politikatudományi Intézet, Budapest,

⁹Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika Klinika Igazgató

BEVEZETÉS A gyermekkori krónikus betegségek nemcsak a gyermekek, hanem az egész család, kiemelten a szülők életminőségére is jelentős terhet róhatnak. Ennek ellenére a szülők életminőségének széles körű felmérésére hazánkban korábban nem került sor.

CÉLKITŰZÉS Az Országos Gyermek-Életminőség Felmérés (HUN-PQoL) egyik célja, hogy átfogó képet nyújtson a hazai krónikus beteg gyermekek családjainak életminőségéről egészséges gyermekeket nevelőkhöz képest.

MÓDSZEREK A HUN-PQoL országos, keresztmetszeti, anonim, online kérdőíves vizsgálat, amely 4–18 éves, krónikus betegséggel élő és egészséges gyermekek, valamint családjaik életminőségét vizsgálja. A szociodemográfiai és betegségspecifikus adatokra vonatkozó kérdések mellett a szülői életminőség mérésére a nemzetközileg fejlesztett és korábban magyar nyelven validált EuroQoL Health and Wellbeing (EQ-HWB) 9 tételű változatát alkalmaztuk (EMV2.1 verzió). Az adatgyűjtés 2026.05.01-07.27. közötti adatokat dolgozza fel. A kérdőívet a REDCap platformon alakítottuk ki; a statisztikai elemzéshez leíró statisztikát, kétmintás t-próbákat és Mann–Whitney U-tesztet alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK Adatellenőrzést követően 3091 EQ-HWB-g kérdőív került felhasználásra, melyben a gyermekek életkori eloszlása: 4-7 éves: 24,3%, 8-10 éves: 28,5%, 11-15 éves: 35,6%, 16-18 éves: 11,7%. A krónikus betegséggel gondozott gyermekek (n=927) szülei és gondviselői az EQ-HWB-g kérdőív minden tételén szignifikánsan több egészség és életminőség problémát jeleztek ($p < 0,001$), mint az egészséges gyermekeket (n=2164) nevelők. A legfőbb eltérések a kontrollérzet elvesztésében (53,3% vs. 34,5%), a mindennapi tevékenységek nehézségében (60,3% vs. 40,8%), a szorongásban (73,5% vs. 60%) és a mobilitásban (27,5% vs. 14,9%) voltak. Az EQ-HWB VAS pontszámok alacsonyabbak voltak a krónikus betegséggel gondozott gyermekeket nevelőknél az egészséges gyermekeket nevelőkhöz képest ($70,9 \pm 20,24$ vs. $77,8 \pm 17,5$; $p < 0,001$). A diabéteszes (n=150), légúti- (n=149), ételallergiás (n=99) és cöliákias (n=90) gyermeket nevelők a legtöbb EQ-HWB-g tételen és a VAS pontszámok is szignifikánsan rosszabb életminőséget mutattak (kivételek: diabétesz: fájdalom, légúti allergia; kognitív funkciók, cöliákia: mobilitás és fájdalom).

KÖVETKEZTETÉS Eredményeink felhívják a figyelmet a szülői életminőség rendszeres, validált mérőeszközzel történő felmérésének fontosságára, ezáltal célzott támogatási lehetőségek kialakítása valósulhat meg, igazodva a családok szükségleteihez.

KLINIKAI ÉS FINANSZÍROZÁSI ADATOK OMOP CDM-RE ÉPÜLŐ MÁSODLAGOS ADATHASZNOSÍTÁS TAPASZTALATAI ÉS AZ ADATFORRÁSOK KOMBINÁLÁSÁBÓL ADÓDÓ KUTATÁSI LEHETŐSÉGEK

Székely Orsolya¹, Mészáros Ágota^{1,2,3}, Kövári Eszter¹, Assabiny Alexandra^{1,4}, Héja Tibor¹, Borbély Dóra¹, Kovács Attila^{1,4}, Nemes Csaba¹, Sallai András¹,

Stankovics Dániel¹, Bali Orsolya¹, Kiss Loretta^{1,4}, Bagyura Zsolt¹

¹Semmelweis Egyetem, Klinikai Adatszolgáltató Intézet Budapest,

²Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

³Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Gyógyszerkutatás-fejlesztési Központ Budapest,

⁴Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika Budapest

BEVEZETÉS A finanszírozási és adminisztratív adatok a közfinanszírozásban ellátott teljes populációra kiterjedő, longitudinális képet adhatnak a betegutakról és a forrásfelhasználásról, lehetőséget teremtve a nemzetközi összehasonlításra is. Ennek feltétele, hogy az adatok a nemzetközileg is széles körben használt OMOP CDM-re legyenek leképezve. Az OMOP CDM alkalmazásának köszönhetően a hazai elektronikus egészségügyi dokumentumokkal is kombinálhatóvá válnak a finanszírozási adatok, elősegítve a közfinanszírozással, betegutak tervezésével kapcsolatos ágazati döntéshozatalt.

CÉLKITŰZÉSEK Célunk feltárni, hogy milyen gyakorlatok alkalmasak a finanszírozási adatok OMOP közös adatmodellre való leképezésére, és rávilágítani arra, hogy milyen hozzáadott értéke van a finanszírozási és ellátási adatok együttes elemzésének.

MÓDSZEREK Irodalomkutatás segítségével megismertük a finanszírozási és adminisztratív adatok leképezésének nemzetközi gyakorlatait és az OMOP-alapú finanszírozási adatok hasznosítási lehetőségeit. Ezen ismereteket összevetettük a Semmelweis Egyetem Klinikai Adatszolgáltató Intézet által felügyelt OMOP-alapú klinikai adattárház létrehozásának gyakorlatával, adathasznosítási tapasztalataival.

EREDMÉNYEK Jelentős különbség a klinikai és finanszírozási adatokkal szemben, hogy míg az EHR-ek meghatározott ellátási szintekről érhetők el (járó- és fekvőbeteg-ellátás), a finanszírozási adatok jellemzően átfogóan, minden ellátási szintről megjelennek, ezzel biztosítva a folytonosságot a betegutak vizsgálatában. A finanszírozási adatok között megjelennek a recept-kiváltási adatok is, elősegítve a gyógyszerfelhasználással kapcsolatos valós kép kialakítását. A finanszírozási adatokból kinyert elszámolási adatok egészség-gazdaságtani elemzésekhez is felhasználhatók, például európai közös egészségügyi technológiaértékelésre. Ezzel az adathasznosítási gyakorlattal kapcsolatos publikációk száma korlátozott. Árnyalja a képet, hogy jelenleg az OMOP CDM-be nem lehet betölteni költség adatokat, ennek lehetősége jelenleg kidolgozás alatt van.

KÖVETKEZTETÉSEK A hazai OMOP-alapú adatok használata jellemzően klinikai központok esetében

jelenik meg, a finanszírozási adatok vonatkozásában elmarad. Az adatforrások kombinálásával és az OMOP CDM fejlődésével további kutatási lehetőségek nyílhatnak meg az ágazat előtt, biztosítva a valós adatokra és bizonyítékokra alapuló döntéshozatalt.

SZAKPOLITIKAI MECHANIZMUSOK A GYÓGYSZER-ÚJRAPOZICIONÁLÁS ELŐSEGÍTÉSÉRE

Hosszú Dalma¹, Gyöngyösi Kristóf^{1,2,3}, Pozsár Zsuzsa Réka^{1,2,3}, Pan Pantziarka⁴, Patricia Vandamme⁴, Raluca Radu⁵, Constance Montazel⁵, Helene G. van der Meer⁶, Claudia Fuchs⁷, Rick Thompson⁸, George Dennis Obeng⁹, Sareema Javaid¹⁰, Saco de Visser¹¹, Pier Adelchi Ruffini¹², Donald C. Lo¹³, Kaló Zoltán^{2,3}, Inotai András^{2,3}

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Budapest,

³Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

⁴Anticancer Fund Meise, Belgium,

⁵Medicines for Europe Brussels, Belgium,

⁶ZonMw The Hague, The Netherlands,

⁷EURORDIS – Rare Diseases Europe Paris, France,

⁸Beacon for Rare Diseases Cambridge, UK,

⁹Syreon Research Institute Accra, Ghana,

¹⁰European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN) Paris, France,

¹¹FAST (Centre for Future Affordable & Sustainable Therapy Development) Leiden, The Netherlands,

¹²Dompé farmaceutici S.p.A. Milan, Italy,

¹³European Infrastructure for Translational Medicine (EATRIS) Amsterdam, The Netherlands

BEVEZETÉS: A már törzskönyvezett gyógyszerek új indikációban történő alkalmazásait és azok terápiás gyakorlatba történő átültetését összefüggő szabályozási, finanszírozási, piacra lépési és megvalósítási akadályok hátráltatják. Az Európai Bizottság által finanszírozott REMEDI4ALL konzorcium korábbi kutatásai 33 ilyen akadályt azonosítottak, amelyek közül 22-t kulcsakadályként prioritizáltak.

CÉLKITŰZÉSEK A jelen kutatás célja az akadályok kezelésére alkalmas támogató/ösztönző szakpolitikai mechanizmusok feltárása és rendszerezése, valamint az akadályokhoz való hozzárendelésük.

MÓDSZEREK A lehetséges mechanizmusokat szisztematikus irodalmi áttekintésből, hasonló alulösztönzött kutatás-fejlesztési területeken – köztük ritka, elhanyagolt és trópusi betegségek – bevezetett ösztönzőkből, valamint korábbi sikeres gyógyszer-

újrapozicionálási esetekből azonosítottuk. A mechanizmusokat katalógusba rendeztük, megkülönböztetve a kutatás-fejlesztés költségét, időigényét és kockázatát csökkentő ún. „push”, illetve pénzügyi és társadalmi megtérülését javító ún. „pull” megoldásokat, majd ezeket a korábban prioritizált akadályokhoz rendeltük. Mind a katalógus csoportjait, mind a párosításokat iteratív módon valamennyi érintett érdekcsoport nagyszámú képviselőjének (összesen több mint 50 fő) bevonásával alakítottuk ki.

EREDMÉNYEK A katalógus 59 gyógyszer-újrapozicionálást elősegítő mechanizmust tartalmaz, 10 „push” és 9 „pull” ösztönzőtípusba sorolva. A „push” típusok közé tartoznak a célzott finanszírozás, a gyógyszerregisztrációs ismeretek és támogatás bővítése, a hatósági folyamatok gyorsítása és díjainak csökkentése, a valós életbeli adatok elfogadhatóságának javítása, valamint a harmadik fél által kezdeményezett indikációbővítés elősegítése. A „pull” típusok közé tartoznak a különböző piaci kizárólagossági ösztönzők, az újrapozicionált gyógyszerek sajátosságait figyelembe vevő technológiaértékelés és árazás, illetve a sikeres fejlesztésért járó kompenzáció. Az akadályok és támogató mechanizmusok mátrixszerű összekapcsolása megmutatta, hogy egy akadály több, egymást kiegészítő mechanizmussal kezelhető, egy mechanizmus pedig több akadály mérsékléséhez is hozzájárulhat.

KÖVETKEZTETÉSEK Az eredmények azt mutatják, hogy nem egyetlen általános megoldás, hanem a fejlesztési szakaszhoz és a szakpolitikai környezethez igazítható, egymást kiegészítő mechanizmuskombinációk javasolhatók az akadályok kezelésére. A katalógus és a mátrix támogathatják a nemzeti környezetbe beépíthető szakpolitikai ajánlások kialakítását, európai szinten pedig az egységesebb tudásbázist és összehangoltabb folyamatok megteremtését. A következő kutatási szakasz a mechanizmusok alacsonyabb jövedelmű országokra való áttölthetőségét vizsgálja.

PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ II. POSZTERSZEKCIÓ

MESTERSÉGES INTELLIGENCIÁN ALAPULÓ COPD EXACERBÁCIÓ PREDIKCIÓ AZ ALAPELLÁTÁSBAN: A COPD-ALERT MODELL KONCEPCIONÁLIS KERETRENDSZERE

Ágh Tamás^{1,2}, Imre Attila^{1,2,3,4}, Tittmann Judit¹, Nagy Ágnes¹, Józwiák-Hagymácssy Judit¹, Józwiák Ákos^{1,5}, Kovács Sándor¹

¹Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Pécs, Pécs,

²Syreon Research Institute Budapest,

³Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

⁴Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Gyógyszerkutatás-fejlesztési Központ Budapest,

⁵Syreon Research Institute Budapest

BEVEZETÉS A krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) akut állapotromlásai (exacerbációi) jelentős betegségterhet és egészségügyi erőforrás-felhasználást eredményeznek. A rutinszerűen rendelkezésre álló egészségügyi és környezeti adatok mesterséges intelligencia (MI) alapú, integrált elemzése lehetőséget kínálhat a fokozott exacerbációs kockázatú COPD-s betegek időben történő azonosítására, ezáltal támogatva a hatékonyabb klinikai döntéshozatalt és a célzott preventív beavatkozásokat az alapellátásban.

CÉLKITŰZÉSEK A COPD-ALERT projekt célja egy olyan, a hazai alapellátásban alkalmazható MI-alapú modell fejlesztése, amely klinikai, gyógyszerhasználati és környezeti adatok együttes elemzésével segítheti a családorvosokat a magas exacerbációs kockázatú COPD-s betegek azonosításában.

MÓDSZEREK Két szisztematikus irodalmi áttekintést végeztünk: az elsőben a COPD-exacerbációk előrejelzésére fejlesztett MI-modelleket, a másodikban az exacerbáció potenciális prediktorait azonosítottuk. Ezek eredményeire és az elérhető valós klinikai és környezeti adatokra alapozva meghatároztuk a modell koncepcionális keretrendszerét, beleértve a predikciós végpontokat, prediktorokat és az alkalmazott MI-módszertant.

EREDMÉNYEK Irodalmi áttekintéseink során 237 COPD-exacerbáció előrejelzésére fejlesztett MI-modelleket és 88 lehetséges prediktort azonosítottunk. A korábbi MI-modellek a gyógyszerhasználati non-adherenciát mint fontos, módosítható kockázati tényezőt jellemzően nem vették figyelembe, és a modellek prospektív, valós klinikai környezetben történő validációja is nagyrészt hiányzott. Az XGBoost-alapú COPD-ALERT modell 12 hónapos előzményadatokat használ, beleértve a demográfiai jellemzőket, korábbi exacerbációs adatokat,

egészségügyi erőforrás-felhasználást, társbetegségeket, fenntartó és rohamoldó gyógyszerhasználatot és környezeti adatokat. A modell két predikciós végpontot céloz: (1) legalább két középsúlyos vagy súlyos exacerbáció bekövetkezését a következő 12 hónapban, támogatva a hosszú távú betegségmenedzsmentet; valamint (2) legalább egy középsúlyos vagy súlyos exacerbáció bekövetkezését a következő 90 napban, támogatva a célzott, rövid távú exacerbáció-preveniót.

KÖVETKEZTETÉSEK A COPD-ALERT modell új megközelítést jelenthet a COPD-exacerbációk előrejelzésében, és lehetőséget teremthet a reaktív ellátástól a COPD személyre szabott, proaktív betegségmenedzsmentje felé történő elmozdulásra. A kutatás következő lépései a modell fejlesztésének és belső validációjának lezárása, a felhasználói interfész kialakítása, a modell hazai alapellátási környezetben történő tesztelése, majd klinikai és egészség-gazdaságtani hatásának értékelése.

AZ INTERVENCIÓS RADIOLÓGIA FINANSZÍROZÁSÁNAK KORSZERŰSÍTÉSE: A TERÁPIÁS FEJLŐDÉS ÉS A KÖZFINANSZÍROZÁS ÖSSZEHANGOLÁSÁNAK EGÉSZSÉGPOLITIKAI KIHÍVÁSAI

Cseh Borbála¹, Tóth Melanie¹, Dózsa Csaba László²

¹Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. Egészség-gazdaságtan,

²Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar, Miskolc

BEVEZETÉS Az intervenciós radiológia a minimálinvazív diagnosztikus és terápiás ellátások meghatározó szakterületévé vált. Számos beavatkozás a hagyományos sebészeti kezelések alternatívájaként vagy kiegészítéseként alkalmazható, miközben technológiai és eszközigénye jelentősen növekedett. A hazai finanszírozás több területen nem követte ezt a fejlődést: rutinszerű beavatkozások nem vagy nem megfelelően jelennek meg benne. A terápiás fejlődés és a finanszírozás illeszkedésének hazai, rendszerszintű vizsgálata korlátozott.

CÉLKITŰZÉSEK Célunk volt annak vizsgálata, hogy a hazai intervenciós radiológiai gyakorlatban alkalmazott, evidenciákon alapuló beavatkozások finanszírozási leképezése mennyiben felel meg azok szakmai és erőforrásigényének, valamint, hogy milyen módosítások támogathatják a korszerű, minimálinvazív terápiák fenntartható alkalmazását.

MÓDSZEREK A 2026 januárja és májusa között végzett elemzés során szakirodalmi áttekintést, hazai és nemzetközi finanszírozási gyakorlat elemzését, szakértői véleményeket és szakorvosi interjúkat alkalmaztunk. Elemeztük a vizsgált beavatkozások szakmai és erőforrásigényét, beleértve a

humánerőforrás-, infrastruktúra- és eszközigényt. A javasolt finanszírozási konstrukciókhoz szakirodalmi és szakértői alapon komparátorokat választottunk, majd költségvetési hatáselemzést végeztünk.

EREDMÉNYEK A vizsgálat alapján 13 új HBCs, 9 meglévő OENO-kód módosítása és 7 új OENO-kód kialakítása vált indokolttá. A 13 új HBCs közül 7 esetében szakmailag indokoltnak találtuk az egynapos ellátási forma finanszírozhatóságának biztosítását. A javaslatcsomag becsült közvetlen költségvetési hatása az első évben 2,6 milliárd Ft, a második évben 3,1 milliárd Ft, a harmadik évben 3,6 milliárd Ft, a negyedik évben pedig 4,3 milliárd Ft volt. A becslés kizárólag a közvetlen finanszírozási hatásokat tartalmazta, és nem számszerűsítette a rövidebb kórházi tartózkodásból, az alacsonyabb szövődmenyrátából vagy a gyorsabb rehabilitációból eredő potenciális megtakarításokat.

KÖVETKEZTETÉSEK A finanszírozási rendszer terápiás és technológiai fejlődéshez történő igazítása nem kizárólag finanszírozástechnikai kérdés, hanem a korszerű terápiákhoz való hozzáférés és az egészségügyi erőforrások hatékony felhasználásának egészségpolitikai feltétele. A finanszírozási leképezés korszerűsítése tervezhető közvetlen költségvetési többlet mellett támogathatja a minimálinvazív terápiák hozzáférhetőségét és az intézményi finanszírozás fenntarthatóságát. A finanszírozási döntések megalapozásához a közvetlen költségvetési hatások mellett a rendszerszintű egészség-gazdaságtani következmények további számszerűsítése is indokolt.

A LAKTÓZINTOLERANCIA ÉS A CÖLIÁKIA EPIDEMIOLÓGIAI DINAMIKÁJA ÉS ELŐREJELZÉSE MAGYARORSZÁGON (2012–2023)

Horváth Laura¹, Boncz Imre², Palkovics Krisztina¹, Kívés Zsuzsanna², Gajdács Mária³, Kajos Luca Fanni², Csákvári Tímea¹, Elmer Diána²

¹Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet, Pécs,

²Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet Pécs,

³Szegedi Tudományegyetem, Népegészségtani Intézet, Szeged

BEVEZETÉS A laktózintolerancia és a cöliákia gyakori krónikus felszívódási zavarok, amelyek növekvő epidemiológiai és ellátásszervezési jelentőséggel bírnak.

CÉLKITŰZÉSEK Vizsgálatunk elsődleges célja a laktózintolerancia és a cöliákia országos epidemiológiai trendjeinek elemzése és a várható betegségteher 2034-ig történő előrejelzése volt Magyarországon. Kutatásunk másodlagos célja a COVID-19 pandémia új esetszámkra gyakorolt hatásának elemzése.

MÓDSZEREK Országos, retrospektív megfigyeléses vizsgálatot végeztünk az Országos Kórházi Főigazgatóság PULVITA Egészségügyi Adattárház 2012–2024 közötti közfinanszírozott járóbeteg-szakellátási adatain. A laktózintolerancia (BNO-10: E7300–E7390) és a cöliákia (BNO-10: K9000–K9009) éves esetszámait, az adott évben első alkalommal regisztrált esetek rátáját, valamint nem, korcsoport, terület és ellátástípus szerinti megoszlását elemeztük. Joinpoint és többszörös lineáris regressziót alkalmaztunk. A COVID-19 pandémia időszakát dummy változóként különítettük el 2020–2021 között. A 2034-ig várható trendeket lineáris trendextrapolációval és ETS-idősorelemzéssel vizsgáltuk.

EREDMÉNYEK 2012–2024 között a laktózintoleranciához kapcsolódó éves esetszám 20.730-ról 29.229-re (+41,0%), a cöliakiáé 38.673-ról 49.459-re (+28,0%) emelkedett. 2024-ben a nők aránya 68,6%, illetve 66,4% volt. Cöliakiában a legnagyobb betegségteher a 0–17 éveseket érintette, míg laktózintoleranciában a legnagyobb abszolút növekedés a 18–44 évesek körében jelentkezett. Jelentős területi különbségeket tapasztaltunk: 2024-ben laktózintoleranciában Tolna (518/100.000), cöliakiában Vas vármegye (901/100.000) mutatta a legmagasabb regisztrált járóbeteg-esetrátát. Cöliakiában nem volt szignifikáns Joinpoint-töréspont (APC=0,59%; p=0,427), míg laktózintoleranciában 2012–2018 között növekedés (APC=9,09%; p=0,009), 2018–2021 között csökkenés (APC=−13,56%; p=0,017), 2021–2024 között ismét növekedés (APC=13,58%; p=0,021) mutatkozott. A COVID-19-pandémia időszaka mindkét regressziós modellben szignifikánsan alacsonyabb rátát határozott meg az új esetekre vonatkozóan, azonban a lineáris trendextrapoláció és az ETS-modellek egyaránt további emelkedést jeleztek 2034-ig.

KÖVETKEZTETÉSEK A laktózintolerancia és a cöliákia regisztrált járóbeteg-betegségterhe 2012 és 2024 között növekedett Magyarországon, eltérő életkori és területi mintázatok mellett. A COVID-19-pandémia időszaka átmeneti visszaeséssel társult, míg mindkét előrejelzési megközelítés további növekvő trendet jelzett 2034-ig.

BETEGÉRTÉKELÉSEN ALAPULÓ EGÉSZSÉGKIMENETI MÉRŐESZKÖZÖK HASZNÁLATA MAGYAR VIZSGÁLÓHELYEL RENDELKEZŐ INTERVENCIÓS ONKOLÓGIAI VIZSGÁLATOKBAN

Imre Attila^{1,2,3,4}, Hosszú Dalma³, Józwiák Ákos³, Józwiák-Hagymásy Judit³, Pitter János^{3,4}, Ágh Tamás^{3,4}

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

²Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Gyógyszerkutatás-fejlesztési Központ Budapest,

³Syreon Research Institute Budapest,

⁴Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Klinikai Adattudományi és Adathasznosítási Központ Budapest

BEVEZETÉS Az egészségügyi technológiaértékelésben egyre nagyobb hangsúlyt kap a kezelések egészséggel összefüggő életminőségre (HRQoL) gyakorolt hatásának értékelése. A HRQoL mérésben fontos szerepet töltenek be a betegértékelésen alapuló egészségkimeneti mérőeszközök (PROM-ok). Magyarországon az innovatív onkológiai terápiákhoz való korai hozzáférés egyik fontos csatornáját a multinacionális klinikai vizsgálatok jelentik. Az ezekben alkalmazott végpontok meghatározzák, hogy rendelkezésre állnak-e hazai betegpopulációból származó HRQoL-adatok az egészségügyi technológiaértékelés és a finanszírozói döntéshozatal támogatására.

CÉLKITŰZÉSEK Meghatároztuk, milyen gyakran alkalmaztak PROM-okat a magyar vizsgálóhellyel rendelkező onkológiai vizsgálatokban, azonosítottuk az eszközöket, és megvizsgáltuk, hogy elsődleges vagy másodlagos végpontként szerepeltek-e.

MÓDSZEREK 2026. augusztus 25-én a Syreon Clinical Trial Nexus segítségével, a ClinicalTrials.gov és az Európai Unió Klinikai Vizsgálati Információs Rendszerének (CTIS) adatbázisaiban, azonosítottuk a legalább egy magyar vizsgálóhellyel rendelkező intervenciók onkológiai vizsgálatokat. A duplikátumokat közös regiszterazonosítók, majd a vizsgálati címek legalább 0,95-ös Jaro-Winkler-hasonlósága alapján szűrtük. A végpontszövegekből nagy nyelvi modell (google/gemini-3.7-flash) segítségével azonosítottuk a PROM mérőeszközöket, amelyeket elsődleges vagy másodlagos végponthoz rendeltünk. Az adatkinyerést és az eredményeket szakterületi jártassággal rendelkező kutató validálta.

EREDMÉNYEK Összesen 1438 vizsgálatot elemeztünk (medián bevont létszám 400, interkvartilis terjedelem 148-703); 1397 (97,1%) multinacionális volt, és az 1420 fáziskódolt vizsgálatból 899 volt III. fázisú. Ötszázhat vizsgálat (35,2%) használt legalább egy PROM-ot, de csak 25-ben (1,7%) szerepelt elsődleges, míg 472-ban másodlagos végpontként. Leggyakrabban az EORTC kérdőíveit (284 vizsgálat, jellemzően a QLQ-C30) és az EuroQol ötdimenziós kérdőívét (145 vizsgálat) alkalmazták. A PROM-ok alkalmazásának aránya a vizsgálati fázissal nőtt (III. fázisban 46,4%, a 137 korai fázisú vizsgálat közül 7), és daganattípusonként eltért (emlő 40,0%, hasnyálmirigy 11,4%). A használat 2021-től nem nőtt: 39,3% szemben a 2015-2020-as 40,2%-kal.

KÖVETKEZTETÉSEK A magyar betegeket is bevonó onkológiai vizsgálatok többségében nem gyűjtenek PROM-adatokat, és ahol igen, ott jellemzően másodlagos végpontként jellennek meg. Ez szűkíti a hazai finanszírozói döntések életminőség-alapját, és

más országokból származó HRQoL adatok alkalmazását teheti szükségessé.

CAN A CURATIVE GENE THERAPY FOR MULTIPLE SCLEROSIS BE BOTH COST-EFFECTIVE AND FUNDABLE? AN EARLY HTA CASE STUDY

Attila Imre^{1,2,3}, Balázs Nagy^{1,2,3}, Rok Hren^{3,4,5}

¹Semmelweis University Center for Health Technology Assessment,

²Semmelweis University Center for Pharmacology and Drug Research & Development,

³Syreon Research Institute Modelling Division,

⁴Institute of Mathematics, Physics and Mechanics Ljubljana, Slovenia,

⁵University of Ljubljana Faculty of Mathematics and Physics

INTRODUCTION Developers of advanced therapies must choose a target indication, a price and a financing route years before pivotal data exist. Early health technology assessment (eHTA) supports these decisions, but case studies are seldom published. Publicly funded consortia and small developers also lack in-house health economics capacity.

OBJECTIVES We show how the value story of IMMUTOL, a Horizon Europe funded preclinical tolerogenic dendritic cell gene therapy for relapsing-remitting multiple sclerosis (RRMS), was built through 1) indication selection 2) value-based price calculation and 3) a go/no-go investment decision.

METHODS We used three linked components. First, we compared candidate demyelinating indications on clinical, regulatory and market criteria together with the consortium. Second, an early cost-effectiveness analysis used the ErasmusMC/iMTA patient-level microsimulation model under Dutch guidelines, a lifetime horizon and a willingness-to-pay threshold of €50,000 per quality-adjusted life year (QALY), varying one-off price and curative efficacy. Third, a risk-adjusted net present value (rNPV) model combined development costs, phase transition probabilities (cumulative likelihood of approval 10.1%), manufacturing costs and market share. One-time price was the shared decision variable. We assessed uncertainty through one-way, probabilistic (1,000 iterations) and scenario analyses.

RESULTS A curative IMMUTOL was dominant at €200,000 or below and cost-effective at €500,000 (incremental cost-effectiveness ratios €26,570-€40,615/QALY), but not at €1,000,000 or above. At a price of \$500,000 the deterministic rNPV was -\$223.8 million, with 72.9% of iterations negative. Positive rNPV required at least \$1,000,000 combined with production

costs of \$200,000 or below. Price and development cost outranked unit manufacturing cost.

CONCLUSIONS The estimated value-based ceiling sits below the viability floor, leaving a gap of roughly \$500,000 per treatment. Treatment-naïve RRMS is therefore not the optimal entry indication. The consortium should consider relevant orphan indications and other underserved populations.

STREXIT 2, DE-ESCALATE, LEGATO: THE EXPERIENCE OF 3 NON-COMMERCIAL ONCOLOGY TRIALS

Nagy Balázs^{1,2}, Mezei Dóra², Thao T P Nguyen^{3,2}, Thanh Tu Nguyen^{3,2}, Kaló Zoltán³, Csanádi Marcell²

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

²Syreon Research Institute Budapest,

³Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest

OBJECTIVES Along three oncology trials STREXIT 2, DE-ESCALATE, LEGATO economic evaluations are under development in Horizon Europe consortia. In this setting, we explored i) differentiating features of non-commercial trials, ii) synergies on the cost-effectiveness modelling methodology and iii) challenges of modelling treatment sequencing.

METHODS A targeted literature review, expert consultations, and workshops to explore the use of non-commercially sponsored trials; systematic literature review of health economic models across three indications to identify current approaches and to explore best model structures; a targeted literature review of treatment sequencing methods in oncology to understand challenges were carried out.

RESULTS 16 non-mutually exclusive categories were distinguished across four situations of clinical trial initiatives: extending technologies to new indications; extending technologies to underrepresented patient populations; strengthening the evidence base in existing indications; and optimizing treatment within existing indications. Limited return on investment, risk of commercially unfavorable findings, and trial-design complexity were the main drivers of limited commercial engagement.

A comprehensive health economic model structure was developed reflecting all 3 treatment indications. Individual level discrete event simulation (DES) framework was chosen to capture heterogeneous patient pathways, treatment initiation patterns, discontinuation, disease progression, adverse events, treatment switching, and mortality.

Treatment sequencing modelling approaches revolved around five methodological areas: evidence synthesis and population adjustment, outcome

estimation and extrapolation, model structure and causal inference, utility estimation, and whole disease model integration techniques.

CONCLUSIONS Evidence gaps left by commercial trials affect patients, healthcare systems, and society. With lack of sufficient commercial incentives, sustainable public funding, regulatory support, and multinational collaboration are needed. The DES framework provides a flexible basis for assessing the economic value of alternative oncology treatment strategies across cancer types and support decision-making and policy evaluations. Treatment sequencing methods provide options for modelling complex cancer care pathways.

FIX DÓZISÚ KOMBINÁCIÓS TERÁPIA KARDIOVASZKULÁRIS PREVENCIÓJÁBAN

Németh Bertalan¹, Mezei Dóra¹, Barta Hajnalka², Kurucz Dániel³, Lévai Zsuzsanna⁴, Szabó Balázs Péter⁵

¹Syreon Research Institute Modelling Division,

²Richter Gedeon Nyrt. Global Medical Division,

³Richter Gedeon Nyrt. Licencing & Strategic Pricing Department,

⁴Richter Gedeon Nyrt. General Medicines Business Unit,

⁵Richter Gedeon Nyrt. General Medicines Business Unit

BEVEZETÉS A kardiovaszkuláris megbetegedéseknél a primer prevenció gyakran több, hosszú távon alkalmazandó hatóanyag együttes szedését teszi szükségessé, ami jelentős kihívást jelenthet a megfelelő terápiahűség fenntartásában. A fix dózisú kombinációs készítmények (FDC) a gyógyszeres kezelés egyszerűsítésével hozzájárulhatnak az adherencia javításához. Ezt számos randomizált klinikai vizsgálati eredmény is alátámasztja: az UMPIRE vizsgálatban az FDC alkalmazása jobb adherenciával járt a külön-külön szedett hatóanyagokhoz (FEC) képest, emellett a NEPTUNO real-world adatokat feldolgozó vizsgálata kedvezőbb kardiovaszkuláris kimeneteket igazolt az FDC kombinációs terápiában részesülő betegekben.

CÉLKITŰZÉS A célunk az volt, hogy egy szimulációs modell segítségével számszerűsítsük az FDC terápiák és a FEC terápiák közötti különbséget az elkerülhető major kardiovaszkuláris események (MACE) előfordulása szempontjából, nemzetközi evidenciák alapján.

MÓDSZEREK Egyéni szintű szimulációs modellt fejlesztettünk 10 éves időtávra magas kardiovaszkuláris kockázatú betegek primer prevenciójának vizsgálatára. A modellben vizsgált major kardiovaszkuláris események közé a stroke, a myocardialis infarctus és a kardiovaszkuláris eredetű

halálozás tartoztak. Az egyes MACE-események bekövetkezési valószínűségét az egyéni betegjellemzők és a Framingham-kockázati egyenletek alapján becsültük. A két kezelési kar közötti különbséget az adherencia eltérő valószínűsége jelentette; az adherencia MACE-kockázatra gyakorolt hatását hazard ratio alkalmazásával vettük figyelembe. Primer hipertónia miatt valzartán-indapamid kombinációs vérnyomáscsökkentő kezelésben részesülő magyarországi betegek alapján végeztük el az FDC és FEC terápia esetén a betegút modellezést.

EREDMÉNYEK Tízezer főre vetítve az FDC alkalmazásával az elkerült MACE események becsült száma a vizsgált populációban: 12 stroke, 14 myocardialis infarctus és 12 kardiovaszkuláris eredetű halálozás.

KÖVETKEZTETÉSEK A fix dózisú kombinációk alkalmazásával elérhető jobb adherencia a kezelés kényelmesebbé tételén túl hozzájárulhat a kardiovaszkuláris események megelőzéséhez. Az egészségügyi erőforrás-felhasználásra gyakorolt hatás a kutatás következő szakaszában vizsgálható.

FERTILITÁS HELYREÁLLÍTÁSÁT VAGY MEGŐRZÉSÉT CÉLZÓ ANDROLÓGIAI MIKROSEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI ÉRTÉKELÉSE A KÖZFINANSZÍROZÁSI TÁMOGATÁSBA TÖRTÉNŐ BEFOGADÁS CÉLJÁBÓL

Ország Erika¹, Mezei Dóra¹, Németh Bertalan¹, Nagy Balázs¹, Takács Tamás², Józwiak-Hagymásy Judit¹

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Asszisztált Reprodukciós Centrum Budapest

BEVEZETÉS A férfi meddőség jelentős egészségügyi, demográfiai és társadalmi probléma: a meddőség élethossz-prevalenciája világszerte 17,5%, Európában 16%, Magyarországon pedig a párok 10–19%-át érinti, ami több mint 100 000 fertilis korú férfit jelenthet. Néhány korszerű, a fertilitás helyreállítását vagy megőrzését célzó andrológiai mikrosebészeti eljárás hazánkban klinikailag már évek óta elérhető volt, azonban szélesebb körű alkalmazásukat a megfelelő közfinanszírozási feltételek hiánya korlátozta.

CÉLKITŰZÉS Vizsgálatunk célja négy beavatkozás – mikrosebészeti spermiumnyerés hereszövetből (mikroTESE), mikrosebészeti spermium aspiráció mellékheréből (MESA), mikrosebészeti vaso-vasostomia, mikrosebészeti tubulo-vasostomia – egészség-gazdaságtani értékelése volt a befogadási döntések támogatására.

MÓDSZEREK Az eltérő indikációk, betegpopulációk és terápiás utak miatt beavatkozásoként egyedi döntési fa modelleket fejlesztettünk, melyekben az új mikrosebészeti műtéteket a hazai standard ellátással

hasonlítottuk össze finanszírozói nézőpontból. A klinikai paraméterek szakirodalomból, hazai betegadatokból és szakértői becslésekből, a költségadatok NEAK-finanszírozási és intézményi adatokból származtak. A fertilitás helyreállítását vagy megőrzését célzó technológiák értékelése sajátos módszertani kihívást jelent, mivel elsődleges értékük nem a kezelt beteg élettartamának vagy életminőségének javításában, hanem a gyermekvállalás lehetőségének növelésében jelentkezik. Ezért az elemzés során az egy megszületendő gyermekre jutó költségek mellett, kiegészítő elemzés keretében, költség-hasznossági elemzéseket, valamint megtérülési számítását végeztünk, melyekben a gyermek várható élettartama alatti QALY-nyereségét, a szülői QALY-változást, valamint a gyermek várható gazdasági értékét is figyelembe vettük.

EREDMÉNYEK Valamennyi vizsgált beavatkozás kedvező egészség-gazdaságtani eredményt mutatott. A mikrosebészeti vaso-vasostomia és mikrosebészeti tubulo-vasostomia domináns stratégiának bizonyult, míg a mikroTESE és MESA többletköltség mellett nagyobb reprodukciós eredményességet biztosított, és a kiegészítő elemzésekben költséghatékonyak bizonyult. A fertilitás helyreállítását vagy megőrzését célzó mikrosebészeti eljárások az elemzések alapján befogadásra kerültek a 12 6181 „Férfi reprodukzív rendszer mikrosebészeti műtétei” HBCS keretében.

KÖVETKEZTETÉSEK A fertilitási problémákkal küzdők megsegítését célzó stratégiákba való befektetés mind egyéni, mind társadalmi szinten indokolt. A többféle értékdimenziót integráló egészség-gazdaságtani modellezés alkalmas a fertilitáshoz kapcsolódó mikrosebészeti technológiák komplex értékének megragadására, és érdemi támogatást nyújthat a finanszírozói döntéshozatalhoz.

COST-EFFECTIVENESS OF RADIOFREQUENCY RENAL DENERVATION FOR RESISTANT HYPERTENSION IN HUNGARY

Ryschon Anne¹, Andréka Péter², Sódar Barbara³, Lovas Kornélia⁴, Pavlovic Jasmina⁵, Kolovetsios Michael⁶, Pietzsch Jan¹

¹Wing Tech Inc. USA,

²Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet Budapest

³Mediconcept Kft. Budapest

⁴Medtronic Hungária Kft Budapest

⁵Medtronic Hungária Kft Czech Republic

⁶Medtronic Hungária Kft Switzerland

INTRODUCTION Radiofrequency renal denervation (RF RDN) is a guideline-recommended adjunct treatment option for resistant hypertension patients, a

population with a high cardiovascular risk burden. This analysis evaluated the cost-effectiveness of RF RDN in Hungary using contemporary clinical trial and real-world registry data.

METHODS A decision-analytic Markov model, including health states of stroke, myocardial infarction (MI), angina pectoris/coronary heart disease (AP/CHD), heart failure (HF), and all-cause death (ACD), was utilized to project strategy-specific costs and quality-adjusted life-years over lifetime. Transition probabilities were informed by multivariate risk equations, calibrated to reflect a resistant hypertension population. The base case cohort and effect size were sourced from GSR DEFINE, with extensive sensitivity analyses performed. Costs and utilities were sourced from fee schedules and published literature, discounted 3.7% annually. The primary outcome was the incremental cost-effectiveness ratio (ICER); cost-effectiveness was evaluated against a one-time GDP per capita threshold.

RESULTS At ten years, RF RDN was associated with meaningful reductions in clinical events, with resulting relative risks (RR) of 0.68 for stroke, 0.83 for MI, 0.86 for AP/CHD, 0.50 for HF, and 0.92 for ACD. Over lifetime, RF RDN resulted in increased costs and QALYs of HUF 2,922,939 and 0.57, leading to a base case ICER of HUF 5,089,776 per QALY gained, well below the Hungarian willingness-to-pay threshold. RF RDN was cost-effective across all scenarios explored.

CONCLUSIONS RF RDN demonstrated to be a cost-effective treatment option for resistant hypertension patients in Hungary, with resulting ICERs below the national one-time GDP per capita willingness-to-pay threshold of HUF 7,878,170. These results support the value of RF RDN as an adjunctive treatment for patients with uncontrolled hypertension despite optimal medical therapy.

Declaration of funding: This work received support from Medtronic

PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ III.: AZ EGÉSZSÉGPOLITIKAI DÖNTÉSEK FÜGGETLENSÉGE A KÖZPOLITIKAI CÉLKITŰZÉSEKTŐL

A HAZAI ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS FEJLESZTÉSI IRÁNYAI: NEMZETKÖZI EVIDENCIÁK ÉS SZAKÉRTŐI TAPASZTALATOK SZINTÉZISE

Bezzegh Péter¹, Galambos Vanda¹, Horváth Krisztián²,
Túri Gergő²

¹Roche Magyarország Kft egészségpolitika,

²Semmelweis Egyetem egészség-gazdaságtan,
Budapest

BEVEZETÉS Magyarország daganatos megbetegedésekhez köthető betegségterhe európai összehasonlításban kiemelkedő, miközben a népesség öregedése, a technológiai innováció, a humán erőforrás-hiány és a finanszírozási korlátok együttesen növelik az onkológiai ellátórendszerre nehezedő nyomást. A hazai kutatások jellemzően az onkológiai ellátás egyes területeit vizsgálták, ezért kevés integrált evidencia áll rendelkezésre a teljes betegút kihívásairól és fejlesztési lehetőségeiről.

CÉLKITŰZÉSEK Célunk a hazai onkológiai ellátás rendszerszintű kihívásainak azonosítása, valamint nemzetközi evidenciák és hazai szakértői tapasztalatok integrálásával az onkológiai ellátás jövőbeli fejlesztési irányvonalainak meghatározása volt.

MÓDSZEREK Vegyes módszertanú kutatásunkban scoping review-t és kvalitatív interjú vizsgálatot végeztünk. A PRISMA-irányelvet követő review során a PubMed és Scopus adatbázisokban kerestünk 2016–2026 között megjelent angol vagy magyar nyelvű szakirodalmat. Az 1215 azonosított közleményből 61-et vontunk be, amelyeket strukturált kódolási keretrendszerrel elemeztünk. A kvalitatív vizsgálatban célzott mintavétellel 20, legalább tízéves szakmai tapasztalattal rendelkező hazai egészségügyi szakértővel készítettünk félig strukturált interjút 2025 nyarán. Az interjú leiratokat irányított tartomelemzéssel elemeztük. A két kutatás eredményeit öt betegút epizód szerint szintetizáltuk: prevenció és korai felismerés; diagnosztika; kezelés; rehabilitáció és palliatív ellátás; valamint az ellátásszervezés.

EREDMÉNYEK Elsődleges problémának bizonyult az alacsony szűrési részvétel, a diagnosztikai kapacitások területi egyenlőtlensége, az innovatív terápiákhoz való hozzáférés, valamint a rehabilitációs, hospice- és otthoni ellátási kapacitások korlátozottsága. Rendszerszinten az alacsony egészségértés, a standardizált betegutak hiánya, a betegútszervezés, az

interoperabilis digitális infrastruktúra és az egészségügyi adatok másodlagos felhasználásának fejlesztése bizonyult meghatározónak.

KÖVETKEZTETÉSEK Eredményeink alapján az onkológiai ellátás fejlesztése izolált kapacitásbővítés helyett összehangolt, szükséglet és betegút-alapú megközelítést igényel. Az erőforrások stratégiai alokációja során a prevenció, a korai diagnózis, az innovációhoz való méltányos hozzáférés, a rehabilitáció és a digitális infrastruktúra egymást kiegészítő befektetésekként kezelendők. A standardizált betegutak, mérhető outcome-indikátorok és rutinadatokon alapuló teljesítménymonitorozás elősegíthetik a hatékonyságot és az evidenciaalapú forrásallokációt. A jövőbeli kutatásoknak a javasolt beavatkozások megvalósíthatóságát, költséghatékonyságát és egészségügyi kimenetelre gyakorolt hatását szükséges vizsgálniuk.

FINANSZÍROZÁSI VÁLTOZÁSOK HATÁSA A MODERN TECHNOLÓGIÁK HASZNÁLATÁRA 1-ES TÍPUSÚ DIABÉTESSZEL ÉLŐ GYERMEKEKNÉL

Buzás Norbert, Tesch Zsanett, Ujházi Tamás

Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert
Orvostudományi Kar Egészség-gazdaságtani Intézet

BEVEZETÉS A glükózmérő szenzor és az inzulinpumpa használata igazoltan javítja a glikémiás kontrollt, így kulcsfontosságú a diabéteszes gyermekek szövődményeinek megelőzésében és a jobb életminőség kialakításában. Ugyanakkor ezen eszközök magas költségei sokáig korlátozták magyarországi elterjedésüket, amiben csak az eszköztámogatási finanszírozás 2020. évi reformja hozott változásokat.

CÉLKITŰZÉSEK Ismételt keresztmetszeti vizsgálattal két adatfelvételi időszakban (2018 és 2025) azt vizsgáltuk, hogy a támogatás hazai kiterjesztése hogyan hat az érintett gyermekek szüleinek kezelési eszközválasztására.

MÓDSZEREK Online kérdőíves felmérésünkben ($n_{2018}=318$; $n_{2025}=417$) a kérdések az eszközhasználatra, a finanszírozási tapasztalatokra, az anyagi terhekre, és az eszközök elfogadásának illetve elutasításának okaira irányultak.

EREDMÉNYEK 2018-ban a családok 38,7%-a használt szenzort, 2025-re ez 85,1%-ra nőtt. A legnagyobb növekedés (20,1% → 45,8%) a szenzor-inzulinpumpa kombinációban adódott. A szenzor használat mellett a nagyobb biztonságérzet, az adatok mobiltelefonon való követhetősége és a rendkívüli helyzetek könnyebb kezelése, ellene pedig a gyermek elutasítása és a technológiai szorongás szóltak. A pumpa használata mellett a gyakori szűrások

elkerülése, a pontosabb inzulinadagolás és az éjszakai biztonságérzet, ellene pedig a gyermek elutasítása, a technikai problémáktól való félelem és a pennel történő kezeléssel való elégedettség jelent meg fő indokként. A 2025-ös mintában hierarchikus klaszterelemzéssel 3 klasztert (Biztonság-keresők, Hezitáló adaptálók, Technológiai éllovasok) tudunk elkülöníteni, amelyek eltérő technológiai adaptációs környezetet reprezentálnak, a használat illetve a nem használat okainak különböző értelmezésével, valamint pszichoszociális integrációjukkal.

KÖVETKEZTETÉSEK Míg 2018-ban a költségek Magyarországon jelentős mértékben behatárolták a választható technológiai opciókat, addig 2025-ben egyre inkább az eszközkombinációk által nyújtott funkcionalitás, a biztonság és a használhatóság került előtérbe. Klinikai-gyakorlati szempontból ez azt mutatja, hogy a finanszírozási döntések nemcsak az eszközhasználat arányait, hanem a terápiás gondolkodás és -menedzsment döntések egészét is formálják, és ezáltal közvetetten a mindennapi ellátás minőségére is hatással lehetnek. A feltárt klaszterek nem pusztán technológiai preferencia szerint elkülönülő csoportokként értelmezhetők, hanem a diabétesz technológiai menedzsmentjében eltérő adaptációs állapotokat reprezentálnak, amelyekből egy adaptációs fejlődési út is kirajzolódik.

RÁFORDÍTÁSI ADATGYŰJTÉS BEMUTATÁSA, A PROJEKT EREDMÉNYEI 2026 ŐSZÉRE

Pásztélyi Zsolt

NEAK Finanszírozási Kódkarbantartó Bizottság, Ráfordítási Adatgyűjtési Munkacsoport szakmai vezető

BEVEZETÉS Esetcsoport alapú kórházfinanszírozási rendszerek igen elterjedtek, azonban rendszeres karbantartást igényelnek, mind a csoportok, mind a díjparaméterek oldaláról. Ez utóbbit az intézményi ráfordítások mérése alapozza meg. Magyarországon ennek feltételeit jelenleg a 6/1998 NM rendelet rögzíti, amely azonban erőforrás-igénye és más adatforrások használatának lehetősége miatt mára már túlhaladott. Átfogó ráfordítási adatgyűjtés utoljára a 2000-es évek elején volt.

CÉLKITŰZÉSEK Olyan, a fenti karbantartást leváltó módszertan kialakítása, és ez alapján adatgyűjtés, amely a kórházakban rendelkezésre álló osztályos kontrolling rendszereket fejleszti tovább esetszintű mérésre, és amely lehetővé teszi a csoportalkotást, megalapozva a jövőbeli ciklikus ráfordításmérést.

MÓDSZEREK A gyűjtésre 2022-es kormánydöntés alapján, 2024-es közbeszerzéssel és 2025-ös indulással, költségvetési keretből került sor, 10 kórház bevonásával, egy éves periódusban. A projekt résztvevői: stakeholderok, a kórházak projektteamjei, informatikai megoldásszállítók és kontrolling

tanácsadók. Az allokált források nagyobbik része a kórházakhoz került, a projektmenedzsment teamek és az adatrögzítői kapacitások támogatására. Az adatfeldolgozáshoz a NEAK-ban esetszintű adatbázis alakult ki.

EREDMÉNYEK A projekt számos meglévő rendszerre támaszkodhatott. Az eltérő stakeholderi igények miatt számos kihívással kellett szembesülni:

- Adatgyűjtő kórházak kiválasztása
- Illesztés a régi módszertanhoz
- Nem homogén a kontrolling elvárások teljesítése
- A bérelemek felosztása esetszintre
- A kórházi struktúra heterogenitása.
- A felösszesítési költség sorok kialakítása
- Adatrögzítési compliance.
- Klinikai informatikai rendszerek cseréje.

KÖVETKEZTETÉSEK A rendszer előnye annak zártsága: összköltség alapú. Az adatgyűjtés megvalósítható a kidolgozott módszertannal, de új szemléletet igényel. A teljesítésért való felelősség túlságosan centrális, nem ruházta át eléggé a kórházakra azt, ehhez a kórházak kontrolling és menedzsment kapacitása fejlesztendő. Az adatok validitására indikátorok fejlesztése és azok ellenőrzése szükséges. A nemzetközi gyakorlat szerint a bevezetést megelőzően a gyűjtés konkrét eredményeit több körben iterálják, modellezve hatásukat kórházakra. Ez hivatott megelőzni, hogy a mindennapi finanszírozás szintjén olyan gyökeres változások jelentkezzenek, amelyek rövid távon nem kezelhetők egy-egy adott szolgáltató szintjén. Ez a feladat még a NEAK/OEP és a minisztérium előtt áll.

EXPANDING HTA ANALYSIS: ONE HEALTH, FOOD-HTA AND HOLISTIC RISK ASSESSMENT

Józwiak Ákos^{1,2}, Ország Erika^{1,2}

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Állatorvostudomány Egyetem Élelmiszerlánc-tudományi Intézet

INTRODUCTION HTA has built a mature apparatus for allocating scarce public resources: an explicit comparator, a common health currency, transparent weighting of non-economic criteria, disciplined treatment of uncertainty. Food safety, nutrition and One Health decisions face structurally identical problems – competing hazards, limited budgets, multiple stakeholders – yet still resolve them through implicit, ad hoc weighting.

OBJECTIVES In our research we explore what HTA methodology transfers beyond healthcare, what must be adapted, and where it needs additional methods.

METHODS We present a decade of methodological work: an initial proposal to import full economic evaluation and MCDA into food safety risk analysis; a review of holistic food-system assessment methods; and their application in HOLIFOOD case studies: the French lentil system (16 indicators across nutrition, food safety, environment and economics, projected to 2050), risk-benefit assessment of aflatoxins in maize, and a One Health poultry assessment across Denmark, France and Hungary under climate scenarios.

RESULTS HTA general methodology translates very well to food safety decision scenarios. QALYs and DALYs give a common health currency; cost-utility analysis avoids the disputed monetisation that weakens cost-benefit analysis; sensitivity analysis and economic modelling transfer directly. What does not transfer is single-metric aggregation: environmental (lifecycle assessment), welfare (consumer surplus, farmer profit, willingness-to-pay) and social criteria do not reduce to health. Hence a tiered approach is proposed: descriptive radar plots, then domain-specific quantification, then integration through MCDA or CBA, stopping at the tier the decision and data support. In the poultry case, climate change raises risks while nutritional benefits stay flat, allowing the cost of restoring baseline safety to be set against the cost of inaction.

CONCLUSIONS Exporting HTA beyond health makes trade-offs explicit for decision makers rather than political. The current barriers are data availability, granularity, quality and infrastructure; disciplinary vocabularies; and the absence of agreed cross-domain weights.

A MAGYAR ÁRTÁMOGATÁSI RENDSZER KÖLTSÉGTEHER ELLENI VÉDELEM SZEMPONTÚ ÁTALAKÍTÁSI KONCEPCIÓJA

Németh Gergely^{1,2}, Evetovits Tamás³, Parisek Zsolt², Ruzsa Zoltán^{4,2}, Gaál Péter²

¹NEAK szakmai vezető,

²Semmelweis Egyetem EKK Egészségügyi Menedzserképző Központ egészségügyi menedzsment,

³WHO Barcelona Office for Health Systems Financing vezető,

⁴HUN-REN Rényi Alfréd Matematikai Kutatóintézet Mesterséges Intelligencia Kutatócsoport

BEVEZETÉS A WHO egészségügyi rendszerkonceptiója szerint az egészségügyi rendszerek egyik végső célja a költségteher elleni védelem. A költségteher méréséhez kapcsolódóan a

WHO megkülönbözteti a katasztrofális és az elszegényítő egészségügyi kiadásokat. A magyar egészségügyi rendszer mindkét mutatót tekintve rosszul teljesít európai összehasonlításban.

CÉLKITŰZÉSEK A kutatásunkban azt vizsgáltuk, hogy miként lehetne átalakítani a magyar gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-támogatási rendszert úgy, hogy nagyobb védelmet nyújtson a betegségekhez kapcsolódó egészségügyi költségteher ellen. Felvázoltuk, hogyan lehetne támogatni a beavatkozás pénzügyi szempontú tervezését és kontrollját.

A pénzügyi szempontú tervezés támogatásához üzleti intelligencia alkalmazását (dashboardot) javasoljuk az egyes betegcsoportok esetében várható térítési díjak és támogatások elemzésére és vizualizálására.

MÓDSZEREK ÉS EREDMÉNYEK A vizsgálati módszereink három lépésből álltak.

Első lépésben a WHO 2023-as, Can people afford to pay for health care? című tanulmányából vettük a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközök támogatására vonatkozó ajánlásokat, és megvizsgáltuk, hogy az ajánlások mennyiben valósulnak meg Magyarországon, majd javaslatokat fogalmaztunk meg az ajánlások magyar támogatási rendszerben történő implementálására. Ezek képezik a támogatási rendszer költségteher elleni védelem szempontú koncepcióját.

A második lépésben a javaslatainkat összegeztük, és a támogatási és térítési díjösszeg változására gyakorolt hatásuk alapján három kategóriába soroltuk. A betegek által fizetett térítési díjakat közvetlenül befolyásoló javaslatokat tekintettük a modellezés szempontjából relevánsnak, s ezekből kiindulva megfogalmaztuk a dashboard WHO ajánlásokon alapuló feltételeit.

A harmadik lépésben meghatároztuk a dashboarddal szemben támasztott egyéb, nem közvetlenül a WHO ajánlásaiból következő követelményeket.

KÖVETKEZTETÉSEK Az ártámogatásra vonatkozó WHO ajánlások magyar implementációja jelentősen csökkentené az ártámogatási rendszerhez kapcsolódó költségterheket, elsősorban a több krónikus betegséggel élők esetében.

A közgyógyellátás javasolt átalakítása a betegelégedettség növekedésén és a közgyógyellátási rendszer működtetésének adminisztratív költségeinek csökkentésén túl minimalizálná a leginkább rászoruló betegek költségteher-kockázatát.

A javasolt dashboard segítené, hogy az ártámogatási rendszerbe érkező többletforrások célzottan a legrászorulóbb betegcsoportokat támogassák, de akár támogathatja a betegterhek eloszlásának többletforrás-bevonás nélküli átrendezését is a rászorultabb betegcsoportok javára.

PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ IV.: AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER TELJESÍTMÉNYÉNEK GAZDASÁGI MEGHATÁROZOTTSÁGA

DE-RISKING DIGITAL HEALTH INNOVATION IN DEMENTIA: LINKING EXPECTED CLINICAL EFFECT AND PRICE IN EARLY ALZHEIMER'S DISEASE

Attila Imre^{1,2,3}, Andreea Emilia Felea⁴, Francesco Orlandi⁴, Hédi Treplán-Varga³, Karl Emmert-Fees⁴, Balázs Nagy^{1,2,3}

¹Semmelweis University Center for Health Technology Assessment,

²Semmelweis University Center for Pharmacology and Drug Research & Development,

³Syreon Research Institute Modelling Division,

⁴TUM School of Medicine and Health Professorship for Public Health and Prevention

INTRODUCTION: Alzheimer's disease burden is growing while pharmacological options remain limited, raising interest in digital interventions that slow decline. Developers must set price and product profile before pivotal evidence exists, but early health technology assessment (eHTA) case studies in dementia are scarce.

OBJECTIVES We estimated the value-based price of a hypothetical progression-slowing digital intervention in early-stage Alzheimer's disease from the perspective of the German statutory health and social care insurances.

METHODS We adapted a published Markov cohort model of dementia progression, using German claims-based costs and utilities. We simulated a cohort entering the model in the mild dementia state at a starting age of 69 years over a lifetime horizon, discounting at 3%. The intervention effect was a percentage reduction in the mild-to-moderate dementia transition probability (slowing). We then derived value-based prices at a WTP of 50,000 EUR, the minimum effect required per price and a four-year per-patient budget impact.

RESULTS In the base case (500 EUR, 5% slowing, a 7.1-month delay), incremental costs were 499 EUR and incremental QALYs 0.011, resulting in an incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of 43,761 EUR/QALY. Probabilistic analysis yielded a 97.7% probability of cost-effectiveness (ICER 24,823 EUR/QALY). Value-based prices ranged from 114 EUR at 1% slowing to 572 EUR at 5% and 3,431 EUR at 30%. At 500 EUR the minimum required effect was 4.4%, and the four-year budget-neutral price at 5% slowing was 55 EUR.

CONCLUSIONS eHTA converts uncertain clinical expectations into a pricing corridor informing target

product profiles and reimbursement strategy. The gap between value-based and budget-neutral prices suggests that short-term affordability constrains pricing more than cost-effectiveness. The absolute prices are country-specific, but the same logic applies in systems still designing their approach to digital interventions, including Hungary, which has no dedicated reimbursement pathway comparable to the German digital health applications scheme.

WORK PRODUCTIVITY AND WORK ABILITY IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS: A CROSS- SECTIONAL STUDY

Balogh Dóra Bianka¹, Miklós Dominika¹, Beretzky Zsuzsanna², Brodszky Valentin², Bokor Attila¹

¹Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest,

²Budapesti Corvinus Egyetem Egészségpolitika Tanszék, Budapest

INTRODUCTION Endometriosis is frequently associated with chronic pain, functional limitations, and reduced quality of life. These symptoms can substantially impact occupational functioning; however, data on work-related outcomes from Central and Eastern Europe remain limited.

OBJECTIVES This study aimed to compare work productivity and ability between women with and without endometriosis, and to identify the workplace support needs of these individuals.

METHODS We conducted a cross-sectional comparative study in Hungary, recruiting participants prospectively via the Lucy mobile health application. A total of 1013 women aged 18–45 years were included, comprising 566 individuals with a self-reported medical diagnosis of endometriosis and 447 healthy controls. Work productivity and activity impairment were assessed using the validated Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) questionnaire, and work ability using the Work Ability Index (WAI). Free-text responses were analyzed to determine preferred workplace accommodations.

RESULTS The mean time to diagnosis of endometriosis was 5.01 ± 5.49 years. Compared to controls, women with endometriosis reported significantly greater impairments in both absenteeism and presenteeism at work, missing nearly twice as much work time (5.66 ± 12.6 hours vs. 12.7 ± 31.3 hours; $p < 0.0001$). The endometriosis group showed significantly lower WAI total scores (27.2 ± 4.48 vs. 30.3 ± 4.29 ; $p < 0.0001$). Furthermore, nearly half (42.0%) of the affected individuals fell into the „poor” work ability category, in contrast to only 17.9% of the control group ($p < 0.0001$). Free-text responses often cited menstrual leave, flexible scheduling, remote/hybrid work, paid time for

medical care, and employer-sponsored healthcare as priority accommodations.

CONCLUSIONS Women with endometriosis experience substantially reduced work productivity and work ability compared with healthy controls. Our findings underscore the urgent need to reduce diagnostic delay and implement workplace policies and targeted interventions to help preserve their work capacity and mitigate long-term socioeconomic burden.

KLINIKAI ÉS EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI VÉGPONTOK VIZSGÁLATA AZ ASZIMPTIMATIKUS HYPERURIKÉMIÁBAN INDÍTOTT ALLOPURINOL-TERÁPIA ÉS A HÚGYSÁVCSÖKKENTŐ KEZELÉSEK TERÁPIAHÜSÉGÉNEK JAVÍTÁSA KAPCSÁN

Inotai András^{1,2}, Nagy Dávid³, Nagy Balázs⁴, Dóczi Tamás⁴

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

²Syreon Research Institute Budapest,

³Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

⁴Syreon Research Institute Budapest

BEVEZETÉS A kardiometabolikus kockázat és hyperurikémia kapcsolata egyre nagyobb figyelmet kap.

CÉLKITŰZÉS Az aszimptomatikus (diétával nem kontrollálható) hyperurikémiában indított allopurinol-terápia klinikai és egészség-gazdaságtani kimeneteinek vizsgálata az első köszvényes roham után indított allopurinol-kezeléshez viszonyítva, valamint a húgysavcsökkentő kezelések (allopurinol, febuxostat) terápiahűségének javításához társuló egészségnyereség értékelése.

MÓDSZEREK Három almodellből (hyperurikémia, kardiovaszkuláris és vese-kimenetek) álló mikroszimulációs modellt fejlesztettünk. Vizsgált klinikai kimenetek: akut köszvényes roham, miokardiális infarktus és stroke (MACE), végstádiumú vesebetegség (ESRD); egészség-gazdaságtani kimenetek: életminőséggel korrigált életév (QALY) és költségek. Az egészségi állapotokhoz szakirodalmi EQ-5D-3L hasznosságértékeket rendeltünk. A költségadatokat szakirodalmi áttekintésből, finanszírozói adatbázisokból, HBCs-kból és szakértői interjúkból származtak. A szimulált populáció alapparamétereit valós életbeli hyperurikémiás kohorszokból nyertük, a modell struktúráját klinikai szakértők validálták. A terápiahűséget az egy év alatt legalább 80%-os medication possession ratio értéket elérő betegek arányával jellemeztük. A modellt Olaszországra (I) és Lengyelországra (PL) adaptáltuk.

EREDMÉNYEK Az aszimptomatikus hyperurikémiában indított allopurinol-terápia (vizsgált stratégia) az első köszvényes roham után indított allopurinol-kezeléshez (komparátor) képest kismértékben költségmegtakarító volt (-499 PLN [PL], -367 EUR [I]), mérsékelt egészségnyereséggel járt (0,03 [PL], illetve 0,04 [I] QALY), és mintegy egy évvel késleltette az első köszvényes rohamot. A terápiahűség mérsékelt javítása (50%-ról 60%-ra [PL], illetve 70%-ra [I]) tovább erősítette a dominanciát. Tízezer beteg szimulációja során 50%-os terápiahűség mellett az elkerült köszvényes rohamok száma 1440 (PL)/1330 (I), az elkerült MACE-k száma 39 (PL)/33 (I), az elkerült ESRD-k száma pedig 13 (PL)/15 (I) volt. A jobb terápiahűség tovább növelte az elkerült események számát. A modellparaméterek +/-30%-os változtatása nem befolyásolta a dominanciát.

KÖVETKEZTETÉSEK A finanszírozói figyelem elsősorban az új gyógyszerek befogadására irányul, míg a szabadalomvesztett gyógyszerek indikációs területen belüli új felhasználási lehetőségei kevesebb figyelmet kapnak. Modellünk alapján az aszimptomatikus hyperurikémiában indított allopurinol-terápia mérsékelt egészségnyereséggel és kismértékű költségmegtakarítással járhat; az egyéni szinten elérhető egészségnyereség populációs szinten népegészségügyi jelentőségű lehet. Az eredmények alapján indokolt a modell magyarországi adaptációjának elkészítése.

A SZEMÉLYRE SZABOTT EGÉSZSÉGÜGYI TECHNOLÓGIÁK EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI ELEMZÉSÉNEK KIHÍVÁSAI: A HECOPERMED HORIZON 2020 PROJEKT EREDMÉNYEI

Zelei Tamás¹, Kovács Gábor¹, Nagy Balázs^{1,2}

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest

BEVEZETÉS A személyre szabott orvoslás térnyerése új terápiás lehetőségeket nyit a betegek számára, ugyanakkor az ezen a területen megjelenő innovatív diagnosztikus és terápiás eljárások értékelése jelentős módszertani kihívásokat rejt az egészség-gazdaságtani modellezés és az egészségügyi technológiaértékelés (HTA) számára.

CÉLKITŰZÉS A Horizon 2020 keretprogram által támogatott HEcoPerMed projekt egyik kiemelt célja olyan ajánlások kidolgozása volt, amelyek elősegítik a személyre szabott egészségügyi technológiák következetes, átlátható és tudományosan megalapozott egészség-gazdaságtani értékelését. A projekt során egy átfogó módszertani útmutató került kidolgozásra, amelynek gyakorlati alkalmazhatóságát a Syreon Kutató Intézet által vezetett munkacsomag (WP3) három, eltérő klinikai és döntéshozatali

kontextust vizsgáló esettanulmányon keresztül validálta.

MÓDSZEREK A projekt során kidolgozott, 23 ajánlást tartalmazó útmutató a személyre szabott orvosi technológiák értékelésének kulcsterületeire fókuszált. Az útmutató ajánlásait három, valós életből származó modellezési esettanulmány validálta, illetve fejlesztette tovább: (i) az NTRK-fúziók szűrésének és tumor-agnosztikus kezelésének értékelése, (ii) a DPYD genetikai tesztelés alkalmazása fluoropirimidin-alapú kemoterápia előtt, valamint (iii) a Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY) genetikai diagnosztika elemzése.

EREDMÉNYEK Az esettanulmányok igazolták, hogy az útmutató ajánlásai releváns és kiemelt jelentőségű módszertani kihívásokra világítanak rá. A személyre szabott orvosi technológiák értékelése során elengedhetetlen, többek között, a tesztelési stratégiák és azok tovagyrűző következményeinek explicit modellezése, a diagnosztikai és terápiás komponensek integrált vizsgálata, a teljes betegút figyelembevétele, valamint az input adatokban rejlő bizonytalanság megfelelő kezelése. Az elvégzett elemzések rámutattak arra, hogy felsorolt szempontok jelentősen befolyásolhatják a költséghatékonysági eredményeket és a döntéshozatali következtetéseket.

KÖVETKEZTETÉSEK A valós klinikai gyakorlatból származó esettanulmányok demonstrálták, hogy a személyre szabott orvosi technológiák egészség-gazdaságtani értékelése a hagyományos költséghatékonysági modellezési eszközökkel megvalósítható, ugyanakkor az elemzések során kiemelt figyelmet kell fordítani a terület sajátos módszertani kihívásaira. A három esettanulmány nemcsak az útmutató gyakorlati validálását tette lehetővé, hanem olyan tanulságokkal is szolgált, amelyek hozzájárulhatnak a jövőbeli elemzések szakmai minőségének javításához, és ezen keresztül a bizonyítékokon alapuló HTA-értékelések és finanszírozási döntések támogatásához.

including foregone tax revenues from patient and caregiver absenteeism, morbidity, and premature mortality.

METHODS The analysis applied the validated Connolly et al. fiscal consequences framework, utilizing Hungarian national data from sources such as the National Institute of Health Insurance Fund Management (NEAK) and the Central Statistical Office (KSH). Direct costs were based on gross pharmaceutical and hospital expenditure data. Indirect productivity losses were estimated using the human capital approach, incorporating age-specific gross wages, employment probabilities, and year-specific tax wedges. Projections for 2025–2030 were modelled using a mean forecast estimator.

RESULTS The total fiscal burden of MM in Hungary grew by 182.1%, rising from €21.7 million in 2009 to €61.2 million in 2024. This trajectory was uniquely non-linear; costs peaked at €78.9 million in 2021 but subsequently declined due to biosimilar market entries and successful price renegotiations for novel therapies. By 2030, the total burden is projected to reach €87.1 million. Crucially, indirect costs driven heavily by caregiver and patient absenteeism are growing at 11.5% annually and are projected to structurally surpass direct healthcare costs by 2029. The 10-year return on investment (ROI) for MM healthcare is 105.2%, meaning every €1.00 invested yields €1.05 in indirect fiscal recovery.

CONCLUSIONS The economic impact of MM in Hungary is increasingly driven by indirect workforce and caregiver productivity losses rather than direct medical spending. Investments in effective novel therapies and targeted caregiver support programs are not merely expenses, but fiscally self-financing investments over a 10-year horizon that preserve workforce participation and stabilize public finances.

FISCAL CONSEQUENCES OF MULTIPLE MYELOMA IN HUNGARY: OVERVIEW FROM 2009 TILL 2030.

Robert Babela

Slovak Medical University & Project HealthCare ViceChancellor for R&D

INTRODUCTION Multiple Myeloma (MM) generates a significant economic footprint that extends far beyond the healthcare budget.

AIMS This research aims to quantify the total fiscal consequences of MM in Hungary from 2009 to 2030 from a whole-of-government perspective. The purpose is to evaluate both direct healthcare expenditures and indirect cross-sectoral losses,

KIÁLLÍTOTT POSZTEREK

INVESTIGATION OF THE USE OF GENERATIVE ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION

Angyal Viola¹, Bertalan Ádám², Feith Helga Judit³, Domján Péter⁴, Dinya Elek⁵

¹Semmelweis University Health Sciences,

²Semmelweis University pharma,

³Semmelweis University Social Sciences,

⁴Semmelweis University Health Sciences,

⁵Semmelweis University Health Sciences

INTRODUCTION The rapid growth of GenAI offers new opportunities for preventive healthcare but raises concerns.

AIMS This study aimed to develop and validate a self-administered questionnaire assessing the role of ChatGPT in primary and secondary prevention among adults, and to examine the extent of its use for disease prevention and health maintenance in Hungary.

METHODS Questionnaire items were derived from a systematic literature review and included demographic variables, internet use patterns, and validated items from the Brief Health Literacy Screening Tool. ChatGPT usage was assessed across four sections covering knowledge, attitudes, and behaviors, alongside key participant characteristics. Test-retest reliability was evaluated using Kendall's tau, and internal consistency was measured with Cronbach's alpha.

RESULTS During validation, the questionnaire was administered twice to 22 participants (16 females, 6 males; 44 responses in total). Knowledge items showed significant test-retest reliability (Kendall's τ , $p < 0.01$); behavioral items demonstrated strong stability (seven with $\tau = 1.0$, five with $\tau > 0.70$), and attitude items yielded similarly high values (three with $\tau = 1.0$, three with $\tau > 0.70$). Internal consistency was acceptable (Cronbach's $\alpha = 0.771$). In the Hungarian pilot study ($n = 112$), most respondents were female (83.0 %), with a mean age of 33.9 years, and the majority reported hourly internet use (78.6 %). The impact of ChatGPT on health-related decision-making was heterogeneous; overall, 17.9% reported a clearly positive influence on healthy lifestyle choices and participation in screening examinations.

CONCLUSIONS This study introduces a preliminarily validated, model-independent questionnaire on ChatGPT use in disease prevention, with successful pilot testing; further research with larger, diverse samples is needed.

Funding SUPPORTED BY THE 2024-2.1.2-EKÖP-KDP-2024-00002 UNIVERSITY RESEARCH SCHOLARSHIP

PROGRAMME OF THE MINISTRY FOR CULTURE AND INNOVATION FROM THE SOURCES OF THE NATIONAL RESEARCH, DEVELOPMENT AND INNOVATION FUND

KÓRHÁZI ADATOK MÁSODLAGOS FELHASZNÁLÁSA: SEGÍTHET-E EGY ADATTÁRHÁZ A POPULÁCIÓ EGÉSZSÉGÉNEK JAVÍTÁSÁBAN?

Bagyura Zsolt¹, Székely Orsolya¹, Mészáros Ágota^{1,2,3}, Kővári Eszter¹, Assabiny Alexandra^{1,4}, Héja Tibor¹, Borbély Dóra¹, Kovács Attila^{1,4}, Nemes Csaba¹, Sallai András⁵, Stankovics Dániel¹, Bali Orsolya¹, Kiss Loretta^{1,4}

¹Semmelweis Egyetem, Klinikai Adatszolgáltató Intézet Budapest,

²Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

³Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Gyógyszerkutatás-fejlesztési Központ Budapest,

⁴Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika Budapest,

⁵Semmelweis Egyetem, Klinikai Adatszolgáltató Intézet Budapest

BEVEZETÉS Az egészségügyi ellátás során keletkező adatok jelentős része ma többnyire az elszámolást és a napi klinikai működést szolgálja. A kórházi rendszerekben eltérő szerkezetben és szokások szerint keletkeznek, így összehasonlítható elemzésre közvetlenül alkalmatlanok. E mellett az adatfelhasználás jelentős problémája az ilyen ún. valós klinikai adatokon alapuló kutatásoknál a reprodukálhatóság kérdése. Ezeket a problémákat próbálja az Observational Medical Outcomes Partnership Common Data Model-re való leképezéssel és klinikai adattárház létrehozásával kezelni. Így a helyi adatok újrahasznosítható kutatási erőforrássá alakíthatók.

CÉLKITÜZÉS Célunk a Semmelweis Egyetem Klinikai Adatszolgáltató Központban (KLASZ) létrehozott nemzetközi standardnak megfelelő OMOP adatmodellre alapuló klinikai adattárház gyakorlatára alapozva bemutatni, hogy az adatok milyen kutatási kérdések megválaszolására használhatók. Ezáltal célunk rávilágítani arra is, hogy az egészségügyi rendszer szintjén jelenleg milyen lehetőségek adóttak a populáció egészségének javítási vonatkozásait, annak felmérését és elemzését támogató infrastruktúra kialakítására.

MÓDSZEREK Áttekintjük az adattárház, az adat-standardizáció koncepcióját a KLASZ gyakorlata szerint, majd az Európai Gyógyszerügynökség DARWIN EU® hálózatának nyilvánosan közzétett vizsgálatait, végül a Horizont Európa dAlbetes projekt

koncepcióján keresztül ismertetjük a felhasználási lehetőségeket.

EREDMÉNYEK A 2022-ben létrehozott DARWIN EU® kutatási hálózat ma mintegy 250 millió beteg adatát teszi biztonságosan elemezhetővé. A kutatási megközelítésben az adatok közös adatmodellre konvertálva, de a helyi rendszereken belül kerülnek elemzésre. Példaként bizonyos antibiotikumok, illetve az opioid-tartalmú készítmények felírási jellemzőire irányuló kutatásokat ismertetjük. Egy másik projektben, a dAlbetesben hét ország mintegy 800 000 2-es típusú cukorbeteg adatait harmonizálja. Az adatok alapján föderatív módon tanít modelleket a kezelési kimenetek egyénre szabott előrejelzésére, mindeközben az érzékeny adatokat a helyi rendszereken tartva.

KÖVETKEZTETÉSEK A kórházi adatok másodlagos felhasználása nem önmagában javítja a populáció egészségét; ehhez standardizált, több centrumból származó, egységesen értelmezhető adatokra van szükség. Egy közös adatmodellre épülő adattárház egyszerre teszi lehetővé a nemzetközi evidenciahálózatokba való bekapcsolódást, és a saját elemzések színvonalának emelését, reprodukálhatóság biztosítását. Rendszerünk a meglévő adatvagyon módszeres újrahasznosításával mérhetően hozzájárul a populáció egészségének javításához.

VÁRÓLISTÁK KEZELÉSE EGÉSZSÉGPOLITIKAI ÉS EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI MEGKÖZELÍTÉSBN

Dózsa Csaba László¹, Tóth Melanie²

¹Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar, Miskolc,

²Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. Egészség-gazdaságtan

BEVEZETÉS A várólisták az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés fontos indikátorai, ugyanakkor a listán szereplő betegek száma önmagában nem feltétlenül tükrözi a kielégítetlen szükségletet. A várólisták csökkentése ezért nem kizárólag kapacitásbővítési, hanem betegút-szervezési, hozzáférési és finanszírozási kérdés is.

CÉLKITŰZÉSEK Célunk volt a hazai műtési várólisták helyzetének egészségpolitikai és egészség-gazdaságtani elemzése, valamint a csökkentést akadályozó rendszerszintű tényezők azonosítása, kitörési irányok szisztematikus feltárása.

MÓDSZEREK Országos adatok alapján elemeztük a csípő- és térdprotézis-műtétek várakozási viszonyait. A 60 napot meghaladóan várakozó betegek számát, a megelőző hat hónapban ellátott eseteket, valamint a tényleges várakozási idők mediánját és átlagát a 2025. évi teljes műtési volumennel vetettük össze. Az eredményeket szakmapolitikai és orvosszakmai szempontok alapján értékeltük.

EREDMÉNYEK A vizsgált időpontban 10 715 beteg várt 60 napnál hosszabb ideje csípőprotézis-, 21 756 beteg pedig térdprotézis-műtetre. A megelőző hat hónapban 6 914 csípő- és 4 990 térdprotézis-műtét történt. A medián tényleges várakozási idő 44, illetve 199 nap, az átlagos várakozási idő 143, illetve 293 nap volt. A 2025. évi műtési esetszám 12 485 csípő- és 7 515 térdprotézis-műtétet tett ki. Az adatok alapján a várólisták nagyságát nem kizárólag a műtési kapacitás, hanem a betegutak, a hozzáférés, a humán erőforrás- és infrastrukturális kapacitások, valamint a finanszírozási ösztönzők is befolyásolhatják.

Következtetések: A várólisták fenntartható csökkentése komplex egészségpolitikai beavatkozást igényel. A várólisták alakulását befolyásolják a demográfiai és megbetegedési adatok is, amely alapján a szükséglet növekedése várható a következő években. A kapacitásbővítést a betegutak és a hozzáférési egyenlőtlenségek vizsgálatával, valamint a finanszírozási ösztönzők felülvizsgálatával szükséges összekapcsolni. A várólisták kezelése során ezért az ellátási volumen növelése mellett a szükséges ellátásokhoz való hozzáférés rendszerszintű feltételeit is vizsgálni kell.

AZ ORVOSELLÁTOTTSÁG VÁLTOZÁSA ÉS TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEI MAGYARORSZÁGON ÉS A DACH ORSZÁGOKBAN

Elmer Diána¹, Boncz Imre¹, Uwe Siebert^{2,3}, Ágoston István¹, Csákvári Tímea⁴, Beate Jahn²

¹Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet Pécs, ²UMIT TIROL - University for Health Sciences and Technology, Institute for Public Health, Medical Decision Making and Health Technology Assessment, Hall in Tirol, Ausztria, ³Harvard T.H. Chan School of Public Health; Harvard Medical School, Center for Health Decision Science, Departments of Epidemiology and Health Policy & Management; Center for Health Technology Assessment, Mass General Brigham, USA, Boston, ⁴Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet, Zalaegerszeg

BEVEZETÉS Az egészségügyi ellátás biztosításának alapfeltétele a megfelelő létszámú és területi eloszlású orvosállomány.

CÉLKITŰZÉSEK Vizsgálatunk célja az orvosellátottság hosszú távú alakulásának és területi egyenlőtlenségeinek feltárása Magyarországon és a DACH-országokban.

MÓDSZEREK Az OECD Health Statistics adatbázisa alapján elemeztük a gyakorló orvosok 100.000 lakosra jutó számának alakulását 1960 és 2023 között Ausztria, Németország, Svájc és Magyarország vonatkozásában.

Az 1995–2023 közötti időszakban nemek és korcsoportok szerinti elemzést is végeztünk. Országos szinten kiszámítottuk a 100.000 lakosra jutó gyakorló orvosok számának súlyozott átlagát, valamint meghatároztuk a területi egyenlőtlenségek mértékét a 2024. évre. Az egyenlőtlenségeket Lorenz-görbékkel szemléltettük, mértéküket népesség-, illetve területalapú súlyozással számított Gini-együtthatóval, valamint Theil T- és L-indexekkel számszerűsítettük. Adatforrásaink az Osztrák Statisztikai Hivatal, a Német Orvosi Kamara, a Német Szövetségi Statisztikai Hivatal, a Központi Statisztikai Hivatal, az FMH Svájci Orvosszövetség és a Svájci Szövetségi Statisztikai Hivatal voltak.

EREDMÉNYEK A praktizáló orvosok száma a DACH-országokban és Magyarországon egyaránt növekvő tendenciát mutatott. Az 1980-as évektől Ausztria és Svájc orvosellátottsága meghaladta Magyarországit. Mind Magyarországon, mind a DACH-országokban a fiatalabb korcsoportok aránya csökkenést, az 55 éves és idősebb orvosok aránya növekedést jelzett. A 100.000 lakosra jutó praktizáló orvosok átlagos száma 2024-ben Ausztriában 568 (SD: 104), Németországban 523 (SD: 70), Svájcban 475 (SD: 147), Magyarországon pedig 448 (SD: 198) volt. A legmagasabb és legalacsonyabb orvosellátottságú területi egységek (tartományok, kantonok, vármegyék) közötti arány 2024-ben Ausztriában 1,59-szeres, Németországban 1,92-szeres, Svájcban 6,59-szeres, Magyarországon pedig 3,45-szeres volt. A népességarányos Gini-együtthatók (0,058–0,226) és Theil-indexek (T: 0,008–0,087; L: 0,007–0,084) alacsony vagy mérsékelt egyenlőtlenségeket jeleztek, a legalacsonyabb értékekkel Németországban, a legmagasabbakkal Magyarországon. A területarányos egyenlőtlenségek lényegesen nagyobbak voltak: a Gini-együttható Ausztriában 0,353, Németországban 0,373, Magyarországon 0,501, Svájcban pedig 0,557 volt. A területarányos Theil-indexek (T: 0,357–1,056; L: 0,251–0,618) szintén az orvosok jelentős földrajzi koncentrációjára utaltak.

KÖVETKEZTETÉSEK A javuló orvosellátottság mellett a területi egyenlőtlenségek és az orvosállomány idősödése továbbra is kihívást jelentenek.

Támogatás: A 2026-2.1.1-EKÖP-2026-00011 számú projekt a Kulturális és Innovációs Minisztérium, Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, az EKÖP-26-4-II-PTE-1078 kódszámú Egyetemi Kutatói Ösztöndíj Programjának finanszírozásában valósult meg

KOCKÁZATOK KORAI AZONOSÍTÁSA EGY MAGYAR MUNKAVÁLLALÓI MINTÁN

Faragó István¹, Kaposvári Zsuzsanna²

¹Aletrenativa Tanácsadó Csoport Kft Munkahelyi Egészségfejlesztés,

²Óbudai Egyetem phd Hallgató

BEVEZETÉS A munkahelyi pszichoszociális kockázatok hatással lehetnek a munkavállalók mentális egészségére, munkaképességére és teljesítményére, valamint közvetve az egészségügyi és társadalombiztosítási rendszerek terhelésére. Magyarországon korlátozottan állnak rendelkezésre nagy létszámú munkavállalói mintán alapuló, a szervezeti döntéshozatalban közvetlenül alkalmazható empirikus eredmények, ezt a hiányt kívánjuk pótolni vizsgálatunkkal.

CÉLKITŰZÉSEK Célunk a magyar munkavállalók körében előforduló legfontosabb pszichoszociális kockázatok azonosítása, valamint ezek stresszel és jólléttel való összefüggéseinek feltárása volt.

MÓDSZEREK Keresztmetszeti másodelemzésünkben a 2026-ban, online, önkéntes és anonim kitöltéssel felvett care4you pszichoszociális kockázatértékelő kérdőív adatait elemeztük. A mintába a hiánytalanul kitöltött kérdőívek kerültek be (N=837), kilenc ipárból, magyarországi munkavállalók köréből. A kérdőív hét fő területet mért (egészségi állapot, életmódbeli szokások, megküzdés, egyéni stresszhatások, kollektíva, szervezeti működés, elégedettség); belső megbízhatóságukat Cronbach-alfával értékeltük. Kimenetként az érzelmi és testi tünetekből képzett stresszmutatót határoztuk meg, ennek a hét terület pontszámával való kapcsolatát Pearson-korrelációval és többváltozós lineáris regresszióval vizsgáltuk.

EREDMÉNYEK A válaszadók átlagéletkora korcsoportjaik középértéke alapján megközelítőleg 41 év volt, 61%-uk férfi. A hét terület belső megbízhatósága 0,47 és 0,91 között változott, a többszörös skálák többsége elfogadható-jó megbízhatóságot mutatott. Az összesített pszichoszociális pontszám átlaga 70,1 (szórás=9,6) volt; a válaszadók 30%-a tartozott a fejlesztendő vagy fokozott kockázatú tartományba. A legalacsonyabb átlagpontszámot az életmódbeli szokások területén mértük (átlag=60,2; szórás=14,1). A stresszmutatóval minden terület szignifikáns korrelációt mutatott ($p < 0,001$); a legerősebb kapcsolatot a szervezeti működés esetében találtuk ($r = -0,43$; 95%-os megbízhatósági intervallum= $[-0,48; -0,37]$), amely a többváltozós modellben is a legerősebb önálló prediktor maradt ($p < 0,001$).

KÖVETKEZTETÉSEK Eredményeink arra utalnak, hogy a munkahelyi mentális egészség fejlesztése nem korlátozható az egyéni stresszkezelésre: a szervezeti

VÁLASZTÁS VAGY KÉNYSZERPÁLYA A MUNKAHELYI MENTÁLIS EGÉSZSÉGBEN? A PSZICHOSZOCIÁLIS

működés minősége legalább olyan mértékben hozzájárul a stresszhez, mint az egyéni megküzdési kapacitás. A mérésen alapuló, célzott szervezeti beavatkozások korai alkalmazása hosszabb távon csökkentheti a munkaképesség-csökkenésből és a megnövekedett egészségügyi ellátási igényből eredő terheket, ez azonban utánkövetéses és egészség-gazdaságtani vizsgálatokat igényel. Az eredmények általánosíthatóságát reprezentatív mintán végzett további kutatással érdemes megerősíteni.

A SZÜLŐK ÁLTAL MEGHATÁROZOTT KIELÉGÍTETLEN SZÜKSÉGLETEK A BETEGKÖZPONTÚ KLINIKAI VIZSGÁLATTERVEZÉSBEN ÉS ÉRTÉKSZEMPONTOK AZONOSÍTÁSÁBAN MULTIPLEX SZULFATÁZHIÁNY (MSD) INDIKÁCIÓBAN

Hosszú Dalma¹, Eve Hewitt², Judit Baijet³, Rick Thompson², Lars Schlotawa⁴, Pozsár Zsuzsa Réka^{1,5,6}, Donald C. Lo⁷, Kaló Zoltán^{5,6}, Zemplényi Antal Tamás⁸

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Beacon for Rare Diseases Cambridge, UK,

³EURORDIS – Rare Diseases Europe Barcelona Spain,

⁴University Medical Centre Göttingen Göttingen,

⁵Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

⁶Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Budapest,

⁷European Infrastructure for Translational Medicine (EATRIS) Amsterdam, The Netherlands,

⁸University of Colorado Anschutz Medical Campus USA

CÉLKITÜZÉS A multiplex szulfatázhiány (multiple sulfatase deficiency, MSD) ultraritka, progresszív, gyermekkorban kezdődő neurodegeneratív betegség, amelyre nem áll rendelkezésre a betegség lefolyását módosító terápia. Az ultraritka betegségekben a betegreleváns kimenetekkel kapcsolatos bizonytalanság megnehezíti a klinikai vizsgálatok és a későbbi egészségügyi technológiaértékeléshez szükséges tudományos bizonyítékok megtervezését. Kutatásunk célja a kielégítetlen szükségletek, a beteg- és családreleváns terápiás előnyök, valamint a betegközpontú klinikai vizsgálattervezés szempontjainak azonosítása volt egy – a REMEDI4ALL keretében – MSD-indikációra újrapozicionált gyógyszer esetében.

MÓDSZEREK Nyolc az Egyesült Államokból, az Egyesült Királyságból, Írországból és Indiából csatlakozó szülővel – köztük jelenleg MSD-vel élő gyermekét gondozó, valamint gyermeküket a betegségben elvesztett szülővel – készítettünk félig strukturált egyéni és csoportos interjúkat. Feltártuk a betegséggel és az ellátással kapcsolatos tapasztalatokat, a kezelési elvárásokat, az előny-

kockázat mérlegelését és a klinikai vizsgálati részvétel szempontjait. Tematikus elemzéssel azonosítottuk a kielégítetlen szükségleteket, a releváns terápiás előnyöket és a vizsgálati eljárások elfogadhatóságát befolyásoló tényezőket. Az eredményeket a végpontok kiválasztásához, a protokoll finomításához és a későbbi értékeléshez kapcsolódó szempontokhoz rendeltük.

EREDMÉNYEK A kielégítetlen szükségletek öt területre csoportosultak: terápiás; klinikai ellátási; vizsgálati, részvételi és lebonyolítási; mérési és bizonyítékhiányok; valamint a támogató és mentális egészségügyi ellátás hiányosságai. Beteg- és családreleváns előnyként jelent meg a betegség stabilizálása, a tünetterhelés – különösen a fájdalom, a hányás és az alvászavarok – csökkentése, valamint a szülői életminőség javulása. A részvételt a fájdalom és az eljárási terhek minimalizálása, az átlátható kommunikáció és az egyéni ellátási szükségletek figyelembevétele tette elfogadhatóvá. A biomarker-alapú végpontokat a szülők elfogadhatónak tartották, amennyiben mérésük alacsony terhelésű, otthoni mintavétellel végezhető.

KÖVETKEZTETÉSEK A szülők korai bevonása beteg- és családreleváns tudományos bizonyítékokkal támogatta a végpontok kiválasztását, a protokoll betegközpontú finomítását és a gyógyszerfejlesztési tudományos tanácsadás keretében folytatott hatósági egyeztetéseket. Eredményeink támogatják a fejlesztés során szükséges tudományos bizonyítékok megtervezését és előállítását, illetve a későbbi egészségügyi technológiaértékelés során figyelembe vehető értékszempontokat. A megközelítés más ultraritka (gyermek)betegségekben is alkalmazható.

A BETEGSZÜKSÉGLETEK BEÉPÍTÉSE A GYÓGYSZERFEJLESZTÉSBE: A LOSARTAN ÚJRAPOZICIONÁLÁSA OSTEOPENIA IMPERFECTÁBAN

Hosszú Dalma¹, Pozsár Zsuzsa Réka^{1,2,3}, Eve Hewitt⁴, Claudia Fuchs⁵, Judith Cohen⁶, Nick J. Bishop⁷, Donald Lo⁸, Kaló Zoltán^{2,3}, Zemplényi Antal Tamás⁹

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Budapest,

³Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

⁴Beacon for Rare Diseases Cambridge, UK,

⁵EURORDIS – Rare Diseases Europe Paris, France,

⁶University of Hull Hull, UK,

⁷University of Sheffield Sheffield, UK,

⁸European Infrastructure for Translational Medicine (EATRIS) Amsterdam, The Netherlands,

⁹University of Colorado Anschutz Medical Campus USA

BEVEZETÉS Az osteogenesis imperfecta (OI) kezelésében a törések számának csökkentése kiemelt klinikai kimenet, ugyanakkor nem ragadja meg teljeskörűen a betegség és a kezelés (hiányának) azon következményeit, amelyek a betegek számára meghatározók. A REMEDI4ALL programban ezért a losartan osteogenesis imperfectában (OI) történő újrapozicionálását támogató korai egészségügyi technológiaértékelésbe strukturált betegbevonást építettünk be.

CÉLKITŰZÉSEK Célunk az OI-val élők és gondviselőik szükségleteinek feltárása és rendszerezése, ezáltal a losartannal kapcsolatos gyógyszerfejlesztési döntések támogatása volt.

MÓDSZEREK A folyamat első szakaszában, 2024-ben személyes részvétellel workshopot szerveztünk, amelyen öt beteg – köztük egy gyermek és gondozója –, egy betegképviselő, egy klinikus és egy fejlesztő értékelte az OI kezelésével kapcsolatos szempontokat egy nem betegspecifikus szempontlista alapján. Erre épült az Osteogenesis Imperfecta Federation Europe (OIFE) 2025. júniusi találkozáján 31, eltérő életkorú és betegsúlyosságú beteg részvételével megtartott workshop. A szakirodalomból azonosított, OI releváns szempontok bemutatását követően a résztvevők facilitált csoportbeszélgetésekben tárták fel kielégítetlen szükségleteiket. A beszámolókat összesítettük, a szükségleteket pedig tematikus analízissel kategorizáltuk.

EREDMÉNYEK Húsz kielégítetlen szükségletet azonosítottunk három területen: terápiás hiányosságok (4), klinikai ellátási hiányosságok (8), valamint a támogató és mentális egészségügyi ellátás hiányosságai (8). A krónikus fájdalom és a fáradtság (fatigue) valamennyi életkori és betegsúlyossági csoportban megjelent; a mentális egészséggel összefüggő nehézségeket szintén következetesen említették. Az eredmények alapján a törések számának csökkentése önmagában nem fedi le a betegek számára releváns és várt kezelési előnyök teljes körét. A betegbevonás eredményeinek felhasználásával a betegtájékoztatóban és a céltermékprofilban nagyobb hangsúlyt kapott a fájdalom és a fáradtság csökkentése, miközben a törések csökkentése központi célja maradt a fejlesztésnek.

KÖVETKEZTETÉSEK A strukturált betegbevonás a kielégítetlen szükségletek azonosításával közvetlenül hozzájárult a kezelési előnyök meghatározásához és a fejlesztési dokumentumok pontosításához. A betegszempontok korai egészségügyi technológiaértékelésbe történő beépítése elősegítheti a céltermékprofil (TPP), a kimenetek és az evidenciatervezés betegszükségletekhez igazítását. A megközelítés más korai fázisú gyógyszerfejlesztés projektekben is alkalmazható.

META-KONFERENCIAABSZTRAKTOK ILLESZTÉSE AZ ISPOR-TAXONÓMIÁHOZ: MENNYISÉG ÉS TÉMAÖSSZETÉTEL 2019 ÉS 2025 KÖZÖTT

Imre Attila^{1,2,3}, Rácz Róbert^{4,5}, Józwiák Ákos³

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

²Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Gyógyszerkutatás-fejlesztési Központ Budapest,

³Syreon Research Institute Budapest,

⁴Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság,

⁵Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Természettudományi Kar Budapest

BEVEZETÉS A Magyar Egészség-Gazdaságtani Társaság (META) éves konferenciája a hazai egészség-gazdaságtani és egészségügyi technológia-értékelési kutatások fő fóruma, az elfogadott absztraktok halmozott számát és a nemzetközi ISPOR-taxonómiához való illeszkedésüket azonban eddig nem összegezték.

CÉLKITŰZÉSEK Konferenciaévenként megszámloltuk az elfogadott META-absztraktokat, és mindegyikhez elsődleges ISPOR-taxonómiakategóriát rendeltünk.

MÓDSZEREK Az absztraktokat az online programokból gyűjtöttük ki. A 2018-as kötet nem volt elérhető, 2020-ra pedig nem találtunk használható korpuszt. Az éven belüli címduplikátumok eltávolítása után kétlépcsős nagy nyelvi modell (LLM) folyamatot alkalmaztunk (google/gemini-3.7-flash): egy besoroló modell a cím és az absztrakt alapján elsődleges ISPOR-főkategóriát rendelt minden tételhez, majd egy magasabb következtetési (reasoning) erőforrással futó, független bíráló modell a javaslatot egy megadott alternatív kategóriával összevetve megerősítette vagy javította, és szükség esetén másodlagos kategóriát is rögzített.

EREDMÉNYEK Hat konferenciaévben összesen 124 egyedi absztraktot azonosítottunk: 22 (2019), 21 (2021), 17 (2022), 20 (2023), 18 (2024) és 26 (2025). A bírálat után a leggyakoribb elsődleges kategóriák a Health Policy and Regulatory (33; 26,6%), a Health Service Delivery and Process of Care (21; 16,9%), az Epidemiology and Public Health (19; 15,3%) és az Economic Evaluation (19; 15,3%) voltak. A Health Technology Assessment és a Patient-Centered Research kategóriába egyaránt 11 absztrakt (8,9%) került. A fennmaradó tíz absztrakt módszertani, klinikai, technológiai, valós életbeli adatokra épülő, szervezeti és vizsgálati megközelítés szerinti kategóriákba esett.

KÖVETKEZTETÉSEK Egy nemzeti társaság tudományos kimenetének nemzetközi taxonómiára illesztése összehasonlíthatóvá teszi a hazai portfóliót, és megmutatja a módszertani kapacitás hiányait. A szakpolitikai és ellátásszervezési kutatások túlsúlya a

formális értékelés és a preferenciaalapú evidencia kisebb aránya mellett arra utal, hogy a hazai döntéstámogatás nagyrészt leíró rendszerelemzésen nyugszik. A taxonómiaalapú nyomon követés segítheti a jövőbeli programösszeállítást és a nemzetközi összehasonlítást.

STRATEGIC DECISION FRAMEWORK AND FUNDING STRATEGIES OF INVESTIGATIONAL HEALTH TECHNOLOGIES IN THE EARLY DEVELOPMENT PHASE

Jászskuti Bertalan¹, Nagy Balázs²

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Syreon Research Institute Budapest

INTRODUCTION Societal need for health innovation remains strong; age dynamics and citizen expectations continue to force health innovation stakeholders to push for more lab ideas to reach patients' bedside. However, factors such as continued scarcity of public budgets available for health, low-hanging innovation areas exploited already and key places of innovation shifting towards Academia and Spin-offs with less knowledge and resources are bringing challenges to meet such continued innovation need and tangible results, especially when clinical evidence is rather scarce. Decisions are, however, still needed; whether to continue with an idea (Go/No Go) and if so, how to foster the innovation to reach patients.

OBJECTIVES An overview is provided on a strategic decision framework that may help innovators to (i) improve their own assessment tool for the various early-phase ideas all through the development cycle and (ii) to adopt the most appropriate funding strategy to each stage of the development.

METHODS A 6-step framework is introduced, namely (i) the fair judgement of the degree of innovation, (ii) decision on the target product profile, (iii) decision on payment model, (iv) compiling the conceptual value framework, (v) establishing the strategic pricing and (vi) evaluation of the return on investment.

RESULTS Use-cases will be presented with corresponding decisions on each particular cases, including Go as well as No-Go decisions.

CONCLUSIONS Health innovation continues to be shifting towards smaller innovation hubs and large companies are expected to increase their innovation pipelines through turning to such smaller hubs for cooperation. This framework assists smaller hubs to improve their own efficiency in selecting viable early-phase lab ideas internally and then can secure the necessary funding until clinical evidence is more robust and commercial deployment is more visible.

TRANSPARENCIA A HATÁLYOS EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI IRÁNYELV TÜKRÉBEN

Jónás Nikolett, Kőszegné Galambos Csilla, Annus Tamás, Barna Adrienn, Bartha Erzsébet Kincsó, Bordás-Lóczy Hanna, Demjén Edit, Dóczy Veronika, Kósa Nikolett, Márton-Farkas Gyöngyi, Molnár Ágnes, Róta Livia, Velkey Viktória, Juhász Jácinta, Hetényi András Máté

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ HTA, Budapest

BEVEZETÉS Az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséről és értékeléséről szóló szakmai irányelv legfrissebb verziója 2025. június 05-én lépett hatályba. A transzparencia elve a korábbi irányelvekhez képest hangsúlyosabb szereppel bír benne, részletes ajánlásokat fogalmaz meg az átláthatóság betartására vonatkozóan.

CÉLKITŰZÉSEK Célunk megvizsgálni, milyen módon jelenik meg a társadalombiztosítási befogadási kérelmekben a részletes transzparencia-ajánlás, hol tart az implementáció.

MÓDSZEREK A Technológia-Értékelő Főosztály a 2025. június 05 -2026. augusztus 31. között beérkezett, gyógyszeres technológiákra vonatkozó befogadási kérelmek transzparenciára vonatkozó nyilatkozatainak elemzését végeztük el.

EREDMÉNYEK A vizsgált időszakban összesen 159 db kérelem érkezett a Főosztályra, elemzésünkben bemutatjuk, hogy az áttekintett kérelmek között milyen arányban szerepelnek az irányelv 9. és 10. ajánlásának teljes mértékben megfelelő kérelmek. Az eredményeket egyes domének szintjén is feltüntetjük.

KÖVETKEZTETÉSEK A nyilvános hozzáférhetőség biztosítása alapvető fontosságú, ugyanakkor a befogadási kérelmek elemzése alapján a 2025-ben megújított irányelv erre vonatkozó ajánlásainak teljes mértékű implementációja még nem történt meg.

AI SUPPORTED EVIDENCE SYNTHESIS

Józwiak Ákos^{1,2}, Imre Attila^{1,2}, Balkányi László³, Dóczy Tamás¹, Kerekes Kata¹, Hagymásy Judit^{1,2}

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Pécsi Tudományegyetem Gyógyszerésztudományi Kar Egészségügyi Technológiaértékelési és Farmakoökonómiai Kutatóközpont,

³Pannon Egyetem Egészségügyi Informatikai Kutató-Fejlesztő Központ

OBJECTIVE Systematic literature reviews are the evidentiary backbone of HTA and regulatory decision-making, yet unsustainable in their traditional form: they often take over a year, and their evidence can be stale within months of completion. We are building and

validating an AI-assisted evidence pipelines stage by stage, using consecutive projects as testbeds, and asking what makes such a review trustworthy.

METHODS Various workstreams each targeting a different stage. CATALYSE: zero-shot single-model title/abstract screening, benchmarked against human reviewers. DEFENSEFOOD: an exclusion-optimised three-model ensemble with majority voting and human adjudication of disagreements (>5,000 records). COPD-ALERT: REFLECTIVE-TIAB, automated reflection-driven prompt optimisation (DSPy/GEPA) under an asymmetric loss penalising false negatives, on 8,520 records across nine LLMs against an expert-labelled gold standard. Finally, parallel full-text screening and data-extraction pipelines on 80 reviews of COPD exacerbation predictors. Findings were positioned against a narrative synthesis of the methodological and regulatory literature (2020-2026).

RESULTS Exclusion-conservative screening removed the large majority of records while retaining ~95% of human-included studies. Reflective optimisation improved recall across all nine models (+3.7% to +37.1%) for \$6.36 total; the optimised prompt transferred between models without retraining. Full-text extraction still required human verification: 47.5% of retained reviews reported predictors of outcomes other than exacerbation. A maturity gradient runs through the pipeline - screening substantially de-risked, extraction approaching human level with known failure modes, critical appraisal still dependent on human judgement - and approaches separate along a continuum defined by the researcher interaction they demand, not by the tool itself.

CONCLUSIONS The goal is not full automation but validated, transparent human-AI collaboration, right-tasking automation to high-volume pattern recognition, while methodological reasoning stays human. Trustworthy practice requires minimum reporting standards, independent benchmarking, and harmonised regulatory acceptance criteria.

VIRTUÁLIS PÁCIENSEK, VALÓS FINANSZÍROZÁSI DÖNTÉSEK: A NEVADA PLATFORM BETEGSZINTŰ SZIMULÁCIÓS MÓDSZERTANA AZ ÚJ GENERÁCIÓS HTA-BAN

Kézi Tibor

Genontech Digital Health Solutions Kft. Digital Health

BEVEZETÉS Az európai HTA és a közös klinikai értékelés (JCA) egységesíti a relatív klinikai hatás értékelését, miközben az ár- és támogatási döntések tagállami hatáskörben maradnak. A döntések értéke ezért a klinikai evidencia lokális transzferálhatóságán múlik. A magyar HTA-irányelv szerint vizsgálni kell a vizsgálati populáció és a hazai célpopuláció eltéréseit, modellezni kell a klinikai hatás rutinellátásra történő

kivetítését, és részletesen jellemezni kell a bizonytalanságot.

CÉLKITŰZÉSEK A NEVADA Platform módszertanának bemutatása az európai klinikai evidencia és a magyar finanszírozási valóság közötti betegszintű modellezési rétegeként. A módszertan virtuális páciensek létrehozásával és a rajtuk végzett szimulációkkal lokálisan kalibrált inputokat biztosíthat a költséghatékonysági és költségvetési hatáselemzésekhez.

MÓDSZEREK A keretrendszer publikált túlélési görbékből, alcsoporteredményekből és kockázatnak kitett betegszámokból, valamint aggregált hazai finanszírozói, regiszter- vagy intézményi adatokból klinikai és populációs korlátokhoz illeszkedő virtuális pácienseket képez. Elkülönítve kezeli a lokális alapkockázatot és a relatív kezelési hatást. A virtuális betegkohorszokon túlélési, statisztikai és gépi tanulási modellekkel betegszintű szimulációkat futtat, amelyek a betegutakat, eseményeket és hosszú távú kimeneteket becsülik. A validáció kiterjed a bemeneti korlátok reprodukciójára, a modellek közötti konzisztenciára, a konfigurációs érzékenységre és az extrapolációra. A bizonytalanság részletes modellezését determinisztikus és probabilisztikus érzékenységvizsgálatok, valamint forgatókönyv-elemzések biztosítják.

EREDMÉNYEK A módszertan magyarországi megvalósíthatóságát a NATALEE evidenciájára épülő, ribociklib magyar célpopulációra vetített eredményességi elemzése igazolta. Az úttörő in silico alkalmazást a 2025. évi META Konferencián mutattuk be először. Eredményei a későbbi HTA-dokumentáció részét képezték, amely alapján 2025-ben pozitív befogadási döntés született. A keretrendszer populációspecifikus túlélési, eseménykockázati és alcsoportbecsléseket, az elkerült események számát, valamint nyomon követhető bizonytalansági tartományokat szolgáltat.

KÖVETKEZTETÉSEK A virtuális pácienseken végzett szimuláció új generációs HTA-inputtá alakíthatja a közös klinikai evidenciát. A NEVADA Platform módszertana betegszintű kapcsolatot teremt az európai értékelés és a magyar finanszírozási valóság között. Az állam számára megalapozottabb egészségnyereség- és költségvetési hatás becslését, a gyártó számára célzottabb evidenciafejlesztést és hozzáférési tervezést támogathat, miközben csökkenti az információs bizonytalanságot.

KÓRHÁZI ÁGYSZÁM ÉS BETEGFORGALOM ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON A SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZAT SZAKMÁBAN 2004 ÉS 2024 KÖZÖTT

Kovács Luca^{1,2}, Guzicki Cordula Azucséna¹, Csákvári Timea³, Ágoston István⁴, Boncz Imre⁴, Elmer Diána⁴

¹Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola,

²Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Cochrane Magyarország Tanszék, Pécs,

³Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet, Zalaegerszeg,

⁴Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet, Pécs

BEVEZETÉS Magyarországon a születésszám folyamatos csökkenése és a demográfiai mutatók kedvezőtlen alakulása volt megfigyelhető az elmúlt években, ennek ellenére kevés hazai tanulmány foglalkozik a szüléset-nőgyógyászat szakma mutatóinak értékelésével.

CÉLKITŰZÉS A kutatásunk célja az aktív kórházi ágyszám és betegforgalom változásának vizsgálata a szüléset-nőgyógyászat szakmában Magyarországon 2004-2024 között.

MÓDSZEREK Az elemzéshez felhasznált adatok a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő ágyszám és betegforgalmi adatbázisából származnak és a 2004-2024 közötti időszakot ölelik fel a szüléset-nőgyógyászat szakma (szakmakód: 04) vonatkozásában. A felhasznált indikátorok a következők voltak: ténylegesen működő kórházi ágyak száma, elbocsátott betegek száma, egynapos ellátási esetek száma, teljesített ápolási napok száma, átlagos ápolási időtartam és ágykihasználtság. Az elemzést országos és vármegyei szinten is elvégeztük 10.000 lakosra vetítve. A vármegyei elemzésben az ágyszám- és betegforgalmi adatokat az ellátást nyújtó intézmény földrajzi helye (gyógyítóhely) alapján rendeltük az egyes vármegyékhez. Vizsgálatunkhoz leíró statisztikai elemzést és regresszioanalízist alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK Magyarországon a ténylegesen működő szüléseti-nőgyógyászati aktív kórházi ágyak száma 2004-2024 között 38%-kal, az elbocsátott betegek száma 37%-kal, a teljesített ápolási napok száma 56%-kal és az ápolás átlagos időtartama 30%-kal csökkent. Ezzel szemben az egynapos ellátási esetek száma 104%-kal nőtt. A vármegyék összehasonlítása alapján Budapest mindkét vizsgált évben kiemelkedett a 10.000 lakosra jutó kórházi ágyak és elbocsátott betegek számát tekintve. 2004-ben 6,45 kórházi ágy és 483,91 elbocsátott beteg, míg 2024-ben 4,02 kórházi ágy és 271,63 elbocsátott beteg jutott 10.000 lakosra. Az ágykihasználtság tekintetében Budapest 2024-ben szintén kiemelkedő értéket mutatott, amely 84,49% volt.

KÖVETKEZTETÉSEK A szüléset-nőgyógyászati aktív fekvőbeteg-ellátás kapacitása és intézményi betegforgalma jelentősen csökkent, miközben az

egynapos ellátás szerepe növekedett. A gyógyítóhely szerint aggregált vármegyei adatok jelentős területi különbségeket mutattak a kórházi ágykapacitás és a betegforgalom tekintetében.

A VÁLLALATMÉRET SZEREPE A MAGYARORSZÁGI GYÓGYSZERBEFOGADÁSI ELJÁRÁSOK EREDMÉNYESSÉGÉBEN ÉS IDŐTARTAMÁBAN

Kovács Viktória, Wernerné dr. Sódar Barbara

Mediconcept Kft. Budapest

BEVEZETÉS Az Európai Gyógyszerügynökség egy 2026-os publikációja kis- és középvállalkozások (KKV) gyógyszerengedélyezési kérelmeit vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy a kisebb vállalatméret kevésbé sikeres engedélyezési eljárással és elhúzódó folyamattal társult.

CÉLKITŰZÉSEK Az engedélyezés mellett a gyógyszerek társadalombiztosítási befogadása meghatározó az új terápiákhoz való hozzáférésben. Kutatásunk célja annak feltárása, hogy a magyar támogatásbiztosítási befogadási eljárások eredményeiben kimutathatók-e vállalatméret szerinti különbségek.

MÓDSZEREK Elemzésünk a 2022. május 25. és 2026. május 12. között lezárt 701 gyógyszerbefogadási kérelmet vizsgálta. A vállalkozásokat a 2004. évi XXXIV. törvény alapján mikro-, kis-, közép- és nagyvállalati kategóriákba soroltuk, céginformációs, éves beszámoló, nyilvánosan elérhető vállalati adatok felhasználásával. Vizsgáltuk a döntési kimenetelt és a döntésig eltelt időt, figyelembe véve a jogszabály-módosítás szükségességét is.

EREDMÉNYEK Előzetes eredményeink alapján a kérelmek 86,2%-át KKV-k nyújtották be. A vállalatméret és a sikeres befogadás között nem volt kimutatható statisztikailag szignifikáns összefüggés ($p=0,815$). A mikro-, kis-, közép- és nagyvállalatok külön vizsgálata szintén nem mutatott szignifikáns összefüggést a vállalatméret és a befogadás sikere között ($p=0,948$). A KKV-k esetében a döntésig eltelt idő hosszabb volt (medián: 361 vs. 140 nap; $p<0,001$). A jogszabály-módosítást igénylő kérelmek aránya is magasabb volt körükben (60,8% vs. 38,1%) és az eljárási idővel a jogszabály módosítás igénye szignifikáns összefüggést mutatott ($p<0,001$). A vállalatméret szerinti alcsoportelemzésben a mikro- és középvállalkozások eljárási ideje hosszabb volt a nagyvállalatokénál. A vállalatméret és az eljárási idő kapcsolatának vizsgálatát így a jogszabály-módosítást nem igénylő, közvetlenebbül összehasonlítható eljárásokra szűkítve a KKV-k és a nagyvállalatok között már nem mutatkozott szignifikáns különbség (medián: 104 vs. 114 nap; $p=0,826$).

KÖVETKEZTETÉSEK Az eddigi eredmények alapján a vállalatméret nem mutatott összefüggést a befogadási sikerességgel, míg az eljárási idővel heterogén kapcsolatot mutatott, amelyben a jogszabály-módosítás szükségessége meghatározó tényezőnek bizonyult. További kutatási irányként vizsgálható a vállalatok lokális vs. globális jellegének, kérelmezői aktivitásának és portfólióméretének, illetve az egészségtechnológia-értékelési nyilvános összefoglalók alapján az elemzés alátámasztottságának hatása a befogadás eredményére.

KALIBRÁLT KERETEK - A GYÓGYSZERTÁMOGATÁSI DÖNTÉSHOZATAL EPIDEMIOLÓGIAI ÉS BIZONYÍTÉK-ALAPÚ DIMENZIONÁLÁSI LEHETŐSÉGEI

Lévai Sándor

Védettség Egyesület Gyógyszeripari érdekvédelmi szervezet

CÉLKITŰZÉSEK A dolgozat célja annak vizsgálata, hogy a gyógyszertámogatási döntéshozatalban milyen feltételek mellett indokolt a standardizált HTA-eljárás alkalmazása, és mikor szükséges attól eltérő, de előre kodifikált döntési útvonal.

MÓDSZEREK A kutatás dokumentumelemzésre, négy európai HTA-rendszer összehasonlító elemzésére, normatív döntéseméleti keretezésre, a magyar méltányossági rendszer intézményi esettanulmányára, valamint egy 230 tételes adatbázis statisztikai feldolgozására épül. Az adatbázis az EMA által 2021 és 2025 között új hatóanyagként befogadott gyógyszereket tartalmazza, elemzői modalitás- és innovációtípus-kategorizálással kiegészítve, azzal a céllal, hogy előrejelezze a NEAK-hoz a következő években várhatóan beérkező kérelmek típusát.

EREDMÉNYEK Az EMA-adatbázis elemzése arra utal, hogy a következő években a NEAK-hoz beérkező gyógyszertámogatási kérelmek jelentős része epidemiológiai lépték és bizonyíték-erősség szempontjából nem lesz alkalmas a standard, populációs HTA-logika szerinti bírálatra. A fejlett modalitások (ATMP, oligonukleotid, radiógógyszer) körében kiemelkedően magas a first-in-class arány, vagyis épp azok a technológiák koncentrálnak a legújabb mechanizmusú kategóriában, amelyeknél a hagyományos, fej-fej melletti összehasonlító bizonyítás nehezen teljesíthető, és amelyeknél az érintett betegpopuláció mérete is gyakran a standard küszöb alatt marad.

KÖVETKEZTETÉSEK A dolgozat fő tézise szerint a válasz nem a kodifikált keret elvetése, hanem annak a döntés tárgyához illesztett kalibrálása: nem az a kérdés, hogy legyen-e explicit szabály, hanem hogy melyik keret illik mekkora döntési tárgyhöz. Erre alapozva a szerző egy háromszintű architektúrát

javasol: a nagyobb, epidemiológiailag stabil populációjú szereknél a NEAK jelenlegi eljárása maradjon az elsődleges út; a kis és ultraritka indikációknál előre publikált routing-küszöbök és elfogadott bizonyítéktípusok szerint kell dönteni; a fennmaradó, sem populációban, sem bizonyítékstruktúrában nem stabilizálható esetekben pedig kodifikált eljárási garanciák — publikált kritériumok, kötelező indoklás, testületi döntés, fellebbezési lehetőség és auditálhatóság — szükségesek, hogy a BSLA-üggyel dokumentált problémák ne ismétlődjenek meg. A dolgozat mindehhez egy hétlépéses módszertant is javasol magának a háromszintű rendszernek a jogi, tartalmi, intézményi és eljárási kodifikálására, hogy a kodifikáció maga se maradjon egyetlen szereplő dokumentálatlan gyakorlata.

EURÓPAI GYÓGYSZERENGEDÉLYEZÉSI ÖSZTÖNZŐK ÉRTÉKELÉSE KUMULATÍV ABNORMÁLIS HOZAMOKON VÉGZETT ESEMÉNYVIZSGÁLATTAL

Merész Gergő

Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság

BEVEZETÉS Jelenleg kevés információ érhető el arról, hogy egy új készítmény európai engedélyezésének mérföldkövei hogyan hatnak vissza a technológiafejlesztők befektetőinek hozamelvárásaira. Ez az információhiány megnehezíti az európai piacra lépés szabályozói ösztönzőinek értékelését.

CÉLKITŰZÉSEK A kutatás célja, hogy megbecsülje az új hatóanyagokat fejlesztő vállalatok befektetőinek hozamelvárásait az európai piacra lépés egyes kiemelt eseményei mentén, illetve leírja az árva és nem-árva készítmények almintáján megfigyelhető, befektetői hozamelvárásokban jelentkező különbségeket a piacra lépést támogató szabályozói ösztönzők értékeléséhez.

MÓDSZEREK Nyilvánosan elérhető engedélyezési- és aggregált értékpapírárfolyam-adatokat használtunk fel a forgalomba hozatalra vonatkozó pozitív CHMP vélemény megszerzésének, az azt megadó bizottsági ülési napirend közzétételének és a klinikai vizsgálati eredmények hatásának elemzésére. Az értékpapírok aggregált árfolyamadatain végzett eseményvizsgálatok kimeneti változói a kumulatív abnormális hozamok és a kapcsolódó kereskedési volumenek voltak, az S&P 500 indexet használva referenciaként.

EREDMÉNYEK A pozitív CHMP vélemény megszerzésének, a CHMP ülés napirendjének, illetve az engedélyezés alapjául szolgáló klinikai vizsgálati eredmények publikálásának időablakában a kumulatív abnormális hozam a teljes időablakban rendre 3,33% ($p=0,189$), 3,45% ($p=0,178$) és 1,88% volt ($p=0,443$). Statisztikailag szignifikáns, pozitív hozam volt

megfigyelhető az árva gyógyszerek fejlesztői esetén, a pozitív CHMP véleményt megelőző 10. és 1. nap között (5,37%, $p=0.029$), és az engedélyezés alapján adó klinikai vizsgálati eredmények bejelentését megelőző 5. és 1. nap között mind az árva (4,17%, $p=0.042$), mind a nem-árva (2,69%, $p=0.009$) készítmények fejlesztői esetén. Az árva készítmények fejlesztői esetén statisztikailag szignifikáns, negatív abnormális hozam volt megfigyelhető a klinikai vizsgálati eredmények publikálását követő első (-3,75%, $p<0.001$), illetve első két napon (-4,45%, $p<0.001$).

KÖVETKEZTETÉSEK A klinikai vizsgálati eredmények bejelentése, a CHMP napirend, valamint a döntés publikálása pozitív befektetői hozamvárakozásokat eredményezett. Az árva készítmények esetén a CHMP napirendjének publikálása, valamint a döntés publikálása körül mért kumulatív abnormális hozam a teljes időszakban számszerűen elmaradt a nem-árva készítményekétől. Az adatok mennyiségéből, vizsgálati módszertanból, viselkedési pénzügyi jelenségekből fakadó korlátok a megfigyeléseink érvényességét korlátozhatják.

INDUSTRY CHALLENGES AND NEEDS ON HTA FOR DIGITAL HEALTH TECHNOLOGIES

Mezei Fruzsina¹, Emmanouil Tsiasiotis¹, Michele Basile¹, Ilaria Sciomenta¹, Elena Maria Calosci¹, Debora Antonini¹, Adam Lukacs², Rossella Di Bidino^{3,4}, Americo Cicchetti⁵, Dario Sacchini¹

¹Università Cattolica Sacre Coeur Roma HTA,

²EIT Health HTA,

³Università Cattolica Sacre Coeur Roma HTA,

⁴Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli HTA,

⁵Università Cattolica Sacre Coeur Roma HTA

INTRODUCTION Market access, pricing, and reimbursement of digital health technologies (DHTs) in Europe are significantly challenged by regulatory fragmentation and various assessment methodologies. Understanding the challenges and priorities of technology developers is essential for developing effective and relevant policy responses. This study explores perceived barriers and developer-driven priorities to inform the development of a harmonized health technology assessment (HTA) framework under the EDiHTA project.

METHODS A mixed-methods approach was adopted, including a scoping review to identify key challenges, a survey of 20 DHT developers, and interviews and focus groups with 29 industry representatives from startups to multinational companies across 10 European countries during 2024.

RESULTS Key challenges included a lack of transparency in reimbursement processes, fragmented HTA requirements, and misalignment between traditional evidence models and the agile development of DHTs. Developers highlighted the need to integrate real-world evidence, consider usability and implementation factors, and provide structured, lifecycle-based guidance. Financial barriers and procedural burdens were particularly significant for small and medium-sized enterprises.

CONCLUSIONS These findings highlight the need for an HTA framework that reflects the iterative nature of digital development, integrates real-world evidence, and reduces uncertainty for developers. The EDiHTA project aims to respond to these challenges by building a harmonized and flexible approach that aligns with the goals of the European HTA Regulation.

INCORPORATING COST CONSIDERATIONS INTO SHARED DECISION-MAKING: A CROSS-COUNTRY COMPARISON AMONG HUNGARY, FRANCE, AND BULGARIA

Németh Bertalan¹, Guenka Petrova², Maria Kamusheva², Konstantin Tachkov², Maria Dimitrova², Theodora Chamova³, Yoana Seitaridu², Vera Stoeva⁴, Martin Donchev⁴, Petykó Zsuzsanna Ida⁵, Anna Bögös⁶, Hosszú Dalma⁶, Julien Delaye⁷, François Houyez⁸

¹Syreon Research Institute Modelling Division,

²Medical University of Sofia Faculty of Pharmacy,

³Medical University of Sofia Department of Neurology, Medical Faculty,

⁴Specialised Hospital for Active Treatment of Haematology Diseases, Sofia Department of Clinical Haematology,

⁵Syreon Research Institute -,

⁶Syreon Research Institute Betegcentrikus Kutatási Részleg,

⁷EURORDIS – Rare Diseases Europe -,

⁸EURORDIS – Rare Diseases Europe -

AIMS This study aimed to compare the patients' and healthcare professionals' (HCPs) opinions about the necessity and acceptance of discussing the cost of treatment as part of shared decision-making (SDM) in three healthcare jurisdictions – Bulgaria, Hungary, and France.

METHODS The applied methodology was qualitative and non-interventional, in the form of a focus group series performed in all three countries. The focus group guideline contained a set of preliminarily formulated questions, consistent across countries, about the potential importance of discussing effectiveness, safety, and cost with physicians.

RESULTS The study found that information about the cost of therapy is considered important, especially for diseases with co-payments for medicines, such as diabetes. Despite the importance of costs, patients and physicians reported avoiding discussions and decision-making that consider the cost of therapies. Patients in France are more open to such discussions but often state that after authorities decide price and reimbursement on behalf of the community, patients should not be involved, whereas in the other two countries, they are more reluctant. In all groups, it was suggested that there is a need for more properly trained healthcare professionals who can guide conversations with expertise in shared decision-making, a method that is still not widely applied.

CONCLUSIONS In conclusion, shared decision-making, including cost consideration, is not widely applied in the observed countries. HCPs and patients recognize its importance but lack experience and training to properly include it in discussions.

SOCIAL IMPACT BONDS: OPPORTUNITIES FOR FUNDING HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

Plankó Stefánia^{1,2}, Emily Hulse^{3,4}, Maureen Rutten-van Mölken⁵, Lucas Goossens⁵, Sarah Wordsworth⁶, Rositsa Koleva-Kolarova⁴, Apostolos Tsiachristas⁴, Stephen Wright^{7,8}, Júlia Zemplényiné Bartha¹, Balázs Nagy^{9,1}, Balázs Babarczy^{9,1}

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Richter Gedeon Nyrt. Strategy & Corporate Programs Department,

³University of Oxford Government Outcomes Lab,

⁴University of Oxford Nuffield Department of Primary Care Health Sciences,

⁵Erasmus University Rotterdam Department of Health Technology Assessment,

⁶University of Oxford Health Economics Research Centre,

⁷University College London The Bartlett School of Sustainable Construction,

⁸Health ClusterNet Amsterdam,

⁹Semmelweis University Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ

CONTEXT Fiscal constraints, demographic shifts, and the growing burden of noncommunicable diseases (NCDs) challenge the sustainability of health systems. Innovative financing instruments, such as social impact bonds (SIBs), have been proposed to support prevention and health promotion, yet empirical evidence on their effectiveness remains limited.

OBJECTIVES To explore the advantages and disadvantages of SIBs for financing health prevention and promotion in OECD countries, drawing on perspectives from key stakeholders and evidence from the scientific and grey literature.

METHODS We conducted a qualitative exploratory study combining 15 semi-structured interviews with academics, consultants, investors, and representatives of public institutions, and a targeted review of 21 publications identified through a PubMed search and supplementary grey literature sources. Thematic analysis was applied to interview transcripts using a mixed inductive–deductive coding approach, and findings were triangulated with literature evidence.

RESULTS SIBs offer flexibility in service delivery, foster performance monitoring, and may provide longer-term financial stability to service providers. They support the piloting of innovative interventions and enhance accountability in program implementation. However, expected cost savings for governments were rarely realized in practice. Concerns have also been raised, mainly in the theoretical literature, about rigid outcome targets, limited empirical evidence of effectiveness in NCD prevention, high transaction costs, the “wrong pocket” problem, and political vulnerability. In practice, while SIBs are considered more suitable for narrowly defined interventions with measurable intermediate outcomes than for population-wide prevention programs, their scale-up is possible, for example through outcome funds—pooling multiple SIB projects—were viewed as a potential solution for attracting larger investors and creating broader impact.

CONCLUSIONS SIBs offer a promising but contested approach to financing prevention and health promotion. Their success depends on careful intervention selection, transparent design, and adaptation to local institutional and political contexts.

KIBŐVÍTETT ÉRTÉKELÉSI KERETRENDSZEREK FEJLESZTÉSE ÉS OPERACIONALIZÁLÁSA KÜLÖNBÖZŐ EGÉSZSÉGÜGYI DÖNTÉSHOZATALI KONTEXTUSOKBAN

Pozsár Zsuzsa Réka^{1,2,3}, Ágh Tamás^{4,3}

¹Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ Budapest,

²Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Gyógyszerkutatás-fejlesztési Központ Budapest,

³Syreon Research Institute Budapest,

⁴Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Budapest

BEVEZETÉS Az egészségügyi döntéshozatalban egyre nagyobb jelentőséget kapnak a hagyományos klinikai és gazdasági szempontokon túlmutató, betegközpontról és társadalmi értékelemek. Ezek

strukturált figyelembevételére a kibővített értékelési keretrendszerek és az ezekre épülő ismételt alkalmazható többkritériumos döntéstámogató módszerek (MCDA) nyújthatnak lehetőséget.

CÉLKITŰZÉS A kutatás célja egy olyan módszertani megközelítés kidolgozása, amely különböző egészségügyi döntéshozatali kontextusokban támogatja a kibővített értékelési keretrendszerek fejlesztését és ahol indokolt, operacionalizálását.

MÓDSZEREK A bemutatott módszertan három empirikus kutatási projekten alapul: (i) egy magyarországi emlőrák társadalmi keretrendszer, (ii) egy európai myeloma multiplex kezelésszekvenálási értékelési keretrendszer és MCDA-eszköz, valamint (iii) egy törökországi hemofília befogadási döntéseket támogató értékelési keretrendszer és MCDA-eszköz fejlesztésén. A kutatások közös elemei a narratív irodalomkutatás, az előzetes értékelési keretrendszer kialakítása, a különböző érintetti csoportok iteratív bevonása, az általuk történő validáció, valamint - ahol a tervezett felhasználási cél ezt indokolta - a pontozási skálák kidolgozása, továbbá az értékelemek rangsorolása és súlyozása.

EREDMÉNYEK Kutatásunk alapján egy közös, strukturált módszertan rajzolódott ki a kibővített értékelési keretrendszerek fejlesztésére. Valamennyi kutatásban sikerült a hagyományos értékelemeket továbbiakkal kibővíteni. Az emlőrák- és a hemofília-kutatás végső keretrendszere betegközpontú és társadalmi értékelemeket egyaránt tartalmazott, míg a myeloma multiplex kutatásban a hagyományos értékelemek betegközpontú értékelemekkel egészültek ki. Az értékelési keretrendszer operacionalizálására és MCDA-eszköz fejlesztésére két projektben került sor, amelyek közül a hemofília-kutatás jutott el a döntéstámogató eszköz pilot alkalmazásáig. Az érintetti-bevonás minden projektben érdemben hozzájárult a keretrendszerek finomításához, míg a tervezett felhasználási cél meghatározta az értékelemek kiválasztását, a validáció folyamatát és az operacionalizálás mértékét.

KÖVETKEZTETÉSEK A kibővített értékelési keretrendszerek fejlesztése strukturált, ugyanakkor rugalmas módszertant igényel, amelynek kialakítását alapvetően a tervezett felhasználási cél határozza meg. Az érintetti-bevonás a teljes fejlesztési folyamatot végigkísérő elem, amely biztosítja a keretrendszerek relevanciáját és elfogadottságát. Az ismételt alkalmazható MCDA-eszközök fejlesztése nem zárul le a pilot alkalmazással: a gyakorlati használat során szerzett tapasztalatok, valamint a folyamatos érintetti visszacsatolás elengedhetetlen az eszközök felülvizsgálatához és továbbfejlesztéséhez.

COST-EFFECTIVENESS OF FERRIC DERISOMALTOSE COMPARED WITH FERRIC CARBOXYMALTOSE IN SLOVENIAN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND IRON DEFICIENCY ANEMIA

Rok Hren^{1,2}, Tamás Dóczy¹, Erika Ország¹, Tomaž Kocjan³

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Institute of Mathematics, Physics and Mechanics Ljubljana, Slovenia,

³University Clinical Center Ljubljana Ljubljana, Slovenia

OBJECTIVES Iron deficiency anemia (IDA), a common extraintestinal manifestation of inflammatory bowel disease (IBD), frequently requires treatment with intravenous (IV) iron. Among widely used formulations, ferric carboxymaltose (FCM) is associated with a substantially higher risk of treatment-emergent hypophosphatemia than ferric derisomaltose (FDI). In the context of low IV infusion tariffs in Slovenia and recent pricing changes favoring the acquisition cost of FCM, this study evaluated FDI compared with FCM for IBD-associated IDA from the Slovenian healthcare payer perspective.

METHODS For the Slovenian setting, a patient-level microsimulation model was adapted using clinical inputs primarily from the PHOSPHARE-IBD randomized controlled trial. Health utility estimates derived from the SF-36v2 (36-Item Short Form, version 2) questionnaire were used to incorporate differences between treatments in the incidence of hypophosphatemia. Costs and outcomes were evaluated over a 10-year time horizon. Robustness of the analysis was assessed using deterministic, probabilistic, and scenario-based sensitivity analyses.

RESULTS Over 10 years, fewer infusions were required with FDI than with FCM (11.1 vs. 14.2). Because Slovenian infusion tariffs are low, however, the associated savings in administration costs were limited. The lower incidence of hypophosphatemia with FDI resulted in an incremental gain of 0.136 quality-adjusted life-years (QALYs) relative to FCM. Although total costs with FDI were €895 higher, the resulting incremental cost-effectiveness ratio (ICER) was €6,590 per QALY gained, below the Slovenian willingness-to-pay threshold of €25,000/QALY. Results remained robust across deterministic, probabilistic, and scenario sensitivity analyses.

CONCLUSIONS In the Slovenian setting, FDI represents a cost-effective alternative to FCM for patients with IBD-associated IDA, notwithstanding its higher drug acquisition cost. Its economic advantage derives principally from improved health outcomes associated with a lower incidence of treatment-related

hypophosphatemia rather than from savings in infusion administration.

CLINICAL APPLICATIONS OF OPTICALLY PUMPED MAGNETOMETERS FOR FETAL MAGNETOCARDIOGRAPHY: A COMPREHENSIVE LITERATURE REVIEW AND IMPLICATIONS FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Rok Hren^{1,2}, Urban Marhl², Tamás Dóczy¹, Erika Ország¹, Vojko Jazbinšek², Tilmann Sander³

¹Syreon Research Institute Budapest,

²Institute of Mathematics, Physics and Mechanics Ljubljana, Slovenia,

³PTB Institute Berlin, Germany

OBJECTIVES Fetal magnetocardiography (fMCG) enables non-invasive assessment of fetal cardiac electrophysiology and has demonstrated value in the diagnosis of fetal arrhythmias and evaluation of fetal cardiac function. Conventional fMCG systems rely on superconducting quantum interference devices (SQUIDs), which require cryogenic cooling and magnetically shielded environments, limiting widespread adoption. Optically pumped magnetometers (OPMs) have emerged as a promising alternative with the potential to improve accessibility and reduce infrastructure requirements. This literature review evaluated the clinical evidence for OPM-based fMCG and explored implications for future health technology assessment (HTA).

METHODS A comprehensive literature review was conducted in accordance with PICOS principles. Studies, reporting, clinical or translational applications of OPM-based fMCG were identified through structured database searches and supplementary screening. Eligible studies evaluated OPM systems for fetal cardiac monitoring, arrhythmia detection, fetal movement assessment, signal acquisition, or comparison with established SQUID-based technologies. Data were extracted on study design, patient population, technical characteristics, clinical outcomes, and implementation considerations. Due to methodological heterogeneity, findings were synthesized narratively.

RESULTS Twelve studies met the inclusion criteria. Evidence demonstrated that OPM-based systems can reliably acquire fetal cardiac signals and accurately measure fetal cardiac intervals across a range of gestational ages. Multiple studies reported successful detection and characterization of fetal arrhythmias, while recent investigations demonstrated the feasibility of flexible sensor arrays, portable standalone systems, and customized bed-based configurations. Comparative studies indicated performance broadly comparable to SQUID-based fMCG while substantially

reducing system complexity. Recent developments suggest a trend toward lower-cost, scalable technologies capable of supporting wider clinical adoption.

CONCLUSIONS Current evidence indicates that OPM-based fMCG is a promising technology for non-invasive fetal cardiac assessment. Technological advances have improved portability and usability while maintaining clinically meaningful signal quality. Future research should focus on larger prospective studies and economic evaluations to support HTA and reimbursement decision-making.

A HÁZIORVOSI ÉS FOGORVOSI ELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSÁNAK LEHETSÉGES MEGÚJÍTÁSA

Szécsényi-Nagy Balázs

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

BEVEZETÉS Az alapellátás az egészségügyi rendszer belépő szintje, amely megelőzési, definitív ellátói és kapuőri, további ellátásokra beutaló feladataival az egészségügyi rendszer alapját képezi. A háziiorvosi és ügyeleti ellátás előirányzata 2026. évre 300,83 milliárd Ft, a fogászati ellátásé 86,77 milliárd Ft volt. Ebből a bértámogatás összege a háziiorvosi finanszírozásban 118,15 milliárd Ft, a fogorvosi finanszírozásban 39,22 milliárd Ft. A teljesítménnyel, a teljesítés mértékével arányos díjazás mindkét esetben a finanszírozás kisebb részét teszi ki, különösen a háziiorvosi ellátás esetén alacsony annak mértéke. Az ellátás minőségétől, illetve a betegek visszajelzésétől függő elem jelenleg nincs a finanszírozásban.

CÉLKITŰZÉSEK olyan finanszírozási technikák azonosítása, amely növeli a teljesítménnyel arányos kifizetések mértékét és esetlegesen minőségi, valamint betegelégedettségi elemeket is figyelembe vesz.

MÓDSZER Olyan, már alkalmazott vagy alkalmazható szabályozók, ösztönzők keresése, amelyek a finanszírozást a vizsgált, mérhető tényezők mentén a tevékenység mennyiségével és minőségével szorosabb összefüggésbe hozhatják.

EREDMÉNYEK A bértámogatások felülvizsgálata összegük és arányuk miatt megkerülhetetlen. A háziiorvosi ellátási kassza 39,3%-át, a fogászati ellátási 45,4%-át teszik ki. Összegük az orvos gyakorlati idejétől, praxisközösségi tagságtól és a foglalkoztatás óraszámától függ. A praxisközösségi tagság a legtöbb esetben névleges, nem tekinthető teljesítményelemnek. A bértámogatás részleges vagy teljes teljesítménydíjba építése esetén a beavatkozások után kifizetett díj jobban fogja tükrözni annak valós állami (finanszírozói) bekerülési árát és az egyes praxisok díja az elvégzett beavatkozásoktól fog

alapvetően függeni. A háziorvosi ellátásban teljesítmény elem lehet a vizsgálatokhoz, beavatkozásokhoz díjtétel hozzárendelése; az indikátorrendszer fejlesztése; eredményalapú díjazás bevezetése, betegelégedettség figyelembevétele, az időalapú tevékenységek tényleges mérése.

KÖVETKEZTETÉSEK A háziorvosi és fogorvosi ellátások finanszírozása számos ponton mérhetővé tehető – bértámogatások visszaszorítása, teljesítményalapú finanszírozási tételekbe átépítése, eddig nem mért, díjazott tevékenységekhez pontérték vagy díjtétel rendelése, indikátorrendszer fejlesztése, eredményalapú díjazás bevezetése, betegelégedettség mérése és figyelembevétele, rendelkezésre állási jellegű szolgáltatások megvalósulásának pontos nyilvántartása és mérése útján. Ezek bevezetése a finanszírozást jelentősen elmozdíthatja a teljesítményarányosság irányába és új érdekeltégi elemeket vihet a rendszerbe.

EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MAGYARORSZÁGON EURÓPAI (EU) ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN

Szécsényi-Nagy Balázs

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

BEVEZETÉS Magyarországon az egészségügyi kiadások mind a GDP arányában (6,7%), mint abszolút összegében az EU tagállamaihoz (átlag 10,4%) képest alacsonynak tekinthetők (2022). Ezen belül a lakossági kiadások magas aránya (24%) és az alacsony GDP egyszerre jelent korlátot a további egyéni kiadások előtt, másrészt összességében utal a rendszer alulfinanszírozottságára.

CÉLKITŰZÉSEK Az EU tagállamai egészségügyi kiadásainak és kiadásszerkezetének alapulvételével arányos(abb) forrásteremtési lehetőségek elemzése.

MÓDSZEREK Az egészségügyi kiadások összehasonlítása összegükben (vásárlóerőparitáson), arányukban az egyes szektorok, finanszírozási források, valamint kiadási tételek vizsgálatával.

EREDMÉNYEK Az abszolút összegek nemcsak az EU átlagához, hanem a hasonló helyzetű országokhoz képest (különösen Csehország, Szlovákia, Horvátország) is alacsonyabbak. A lakossági kiadások aránya az EU átlagához képest (15%) kifejezetten magas (24%), habár vannak ennél magasabb arányú országok is (pl. Bulgária 35%). Horvátország értéke 9%, és arra is volt példa, hogy 4 év alatt a lakossági kiadásokat jelentősen mérsékeltek (Ciprus, 2018: 44%, 2022: 15%). Az ellátórendszer által fedezett költségrész (állami kiadásokkal együtt) az EU-ban átlagosan 77%, Magyarországon 72%. A költségvetési kiadásokon belül az egészségügyi kiadások a 15%-os EU átlaggal szemben Magyarországon 10%-ot tesznek ki. Az összes

egészségügyi kiadáson belül az EU átlagot meghaladó a fekvőbeteg-ellátás (EU 28%, Magyarország 34%), a gyógyszerek, orvosi termékek (EU 18%, Magyarország 25%), közel azonos az alapellátás, járóbeteg-ellátás, otthoni ellátások aránya (EU 29%, Magyarország 31%), jelentősen kisebb viszont a hosszú távú ellátások aránya (EU 15%, Magyarország 4%). Az egészségügyi rendszerek eltérő besorolásai és ellátástípusai miatt az összehasonlíthatóság korlátozott. Különbözőek továbbá az ellátások eredményének mérésére, a betegek visszajelzésére vonatkozó szabályok, eljárások. Magyarországon közfinanszírozott ellátásban jelenleg a teljesítményalapú díjazási elemek aránya a bértámogatásokra és más fix díjakra tekintettel alacsony. Mindemelett egyes teljesítményalapú finanszírozási tételek (súlyszámok, német pontok) naprakészsége nem biztosított.

KÖVETKEZTETÉS Az egészségügyi kiadások arányának emelése indokolt a lakossági terhek további növelése nélkül. Célszerű mindegyik ellátásformánál az eredményesség-mérés, megfelelő érdekeltégi rendszer bevezetése, teljesítményalapú finanszírozás arányának növelése és a beteg-visszajelzések beépítése.

KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEK TERHE AZ ELHÍZÁSSAL ÉLŐ SZEMÉLYEK KÖRÉBEN

Szöllősi Gergő József¹, Havanyecz Lilian¹, Pataki Jenifer², Hegyes Gergő³

¹Debreceni Egyetem Gazdaságtudományi Kar,

²Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar,

³Debreceni Egyetem Orvostudományi Doktori Iskola

BEVEZETÉS Az elhízás és a kardiovaszkuláris betegségek közötti szoros kapcsolatot számos bizonyíték támasztja alá, amely így napjaink egyik legjelentősebb népegészségügyi és egészséggazdasági kihívásává vált.

CÉLKITŰZÉSEK Kutatásunk célja az elhízás és a főbb kardiovaszkuláris megbetegedések kapcsolatának vizsgálata volt, kiemelt hangsúlyt fektetve az érintett betegpopuláció átlagos egészségügyi ellátási költségeinek meghatározására vonatkozóan.

MÓDSZEREK Elemzésünk a magyarországi Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adataira épült. Az elhízott és nem elhízott csoportok összehasonlítása során a zavaró tényezők, többek között az életkor, a nem, az iskolai végzettség, a családi állapot, a jövedelem és az általános egészségi állapot kontrollálására propensity score matching módszert alkalmaztunk. A vizsgálat során elemeztük a kardiovaszkuláris betegségek előfordulásának gyakoriságát, valamint az azzal összefüggésben lévő ellátás lehetséges költségeit.

EREDMÉNYEK Az eredmények alapján az elhízottak körében jelentősen több kardiovaszkuláris kockázati tényező és megbetegedés gyakrabban fordult elő. Kiemelendő, hogy a hipertónia prevalenciája az elhízott csoportban szignifikánsan magasabb volt a kontrollcsoportéhoz képest. Ez a hipertónia meghatározó közvetítő szerepére utalhat az elhízás és a kardiovaszkuláris megbetegedések közötti kapcsolatban. Az elemzés emellett rávilágított az elhízással összefüggő egészségügyi ellátás jelentős direkt gazdasági terhére is.

KÖVETKEZTETÉSEK Eredményeink megerősítik, hogy az elhízás jelentős kardiovaszkuláris és egészséggazdasági terhet jelent Magyarországon. Az elhízás korai felismerése és kezelése, valamint a kardiovaszkuláris kockázati tényezők időben történő felismerése és kontrollja fontos szerepet tölthet be a megbetegedések és az egészségügyi kiadások mérséklésében.

A GYERMEKKORI 1-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZ REJTETT MINDENNAPI TERHEI: HÁZTARTÁSI IMPLEMENTÁCIÓS KERETRENDSZER A MODERN TECHNOLÓGIAHASZNÁLAT ÉS A CSALÁDI ELLÁTÁS ÉRTELMEZÉSÉRE

Tesch Zsanett, Buzás Norbert

Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Egészség-gazdaságtani Intézet

BEVEZETÉS A gyermekkori 1-es típusú diabétesz (T1D) kezelése a modern diabétesz-kezelési technológiák elterjedésével jelentősen átalakult. A folyamatos glükózmonitorozás, az inzulinpumpák, az automatizált inzulinadagoló rendszerek és a távoli adatmegosztás javíthatják a kezelés biztonságát és eredményességét, ugyanakkor alkalmazásuk új időbeli, digitális, szervezési és döntéshozatali feladatokat ró a családokra.

CÉLKITŰZÉS Célunk egy olyan koncepcionális keretrendszer kialakítása volt, amely a hagyományos egészség-gazdaságtani megközelítéseken túl láthatóvá teszi a gyermekkori T1D mindennapi családi megvalósításához szükséges erőforrásokat.

MÓDSZEREK Koncepcionális narratív irodalmi áttekintést végeztünk a gyermekkori T1D, a diabétesztechnológia, a közvetlen és közvetett költségek, az informális gondozás, a szülői teher és diabétesz distressz, az iskolai diabéteszellátás, a digitális egészségértés és az időteher szakirodalmának integrálásával. Emellett számba vettük a gyermekkori T1D ellátás valamennyi háztartási költségét és terhet.

EREDMÉNYEK Az elemzés alapján kidolgoztuk a T1D-ELB-P (Type 1 Diabetes Everyday-Life Burden-Pediatric) keretrendszert. A modell három szintet különít el: a klinikai és finanszírozási rendszerben

látható költségeket; a család által viselt háztartási implementációs terheket; valamint ezek gyermekekre, szülőkre és a családi rendszerre gyakorolt mindennapi hatását. A háztartási implementációs teher öt, egymással összefüggő területet foglal magában: **(1)** életmódbeli és táplálkozási alkalmazkodás; **(2)** nem vagy csak részben finanszírozott fogyóeszközök és kiegészítők; **(3)** digitális infrastruktúra és digitális egészségértés; **(4)** idő-, figyelem- és döntési teher; valamint **(5)** oktatási, szabadidős és munkahelyi koordináció. A diabétesztechnológia nem önálló területként, hanem valamennyi dimenziót átszelő tényezőként jelenik meg.

KÖVETKEZTETÉSEK A modern gyermekkori diabéteszellátás fenntarthatósága nem kizárólag a technológiához való hozzáféréstől, a finanszírozástól vagy a klinikai hatásosságtól függ. Meghatározó az is, hogy a család rendelkezik-e a mindennapi alkalmazáshoz szükséges időbeli, digitális, kognitív és szervezési kapacitással. A T1D-ELB-P keretrendszer hozzájárulhat a gyermekkori T1D valós családi terheinek pontosabb méréséhez, ugyanakkor empirikus validációja további vizsgálatokat igényel.

VALÓS ÉLETBELI KLINIKAI EREDMÉNYEK SZEREPE AZ EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI DÖNTÉSHOZATALBAN: ARPI-TERÁPIÁK ÖSSZEHASONLÍTÓ META-ANALÍZISE MHSPC-BEN

Valikovics Anikó^{1,2}, Bacsó Dániel³, Nyirády Péter³, Balázs Péter⁴, Szarvas Tibor³

¹*Semmelweis Egyetem Transzlációs Medicina Intézet PhD hallgató,*

²*Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika szakorvos,*

³*Semmelweis Egyetem Klinikai Központ Urológiai osztály, Budapest,*

⁴*Budapesti Corvinus Egyetem Egészségpolitika Tanszék, Budapest*

BEVEZETÉS A metasztatikus hormonszenzitív prosztaták (mHSPC) kezelésében az androgénreceptor-jelátviteli útvonalat gátló készítmények (ARPI) alkalmazása jelentősen javította a betegek klinikai kimenetelét. Az abirateron, enzalutamid és apalutamid egyaránt alkalmazható kombinált kezelés részeként, ugyanakkor közvetlen randomizált összehasonlító adatok korlátozottan állnak rendelkezésre. A terápiák klinikai eredményei, tolerálhatósága, költsége és finanszírozási feltételei közötti különbségek miatt a valós életbeli eredményesség vizsgálata egészség-gazdaságtani és finanszírozói szempontból is releváns.

CÉLKITŰZÉSEK Vizsgálatunk célja az abirateron-, enzalutamid- és apalutamid-alapú kezelések valós életbeli eredményességének és biztonságosságának

összehasonlítása, valamint az eredmények döntéshozatali implikációinak értékelése volt.

MÓDSZEREK Szisztematikus irodalmi áttekintést és meta-analízist végeztünk a PRISMA 2020 ajánlásainak megfelelően. Az elemzésbe az mHSPC-ben alkalmazott abirateron-, enzalutamid- és apalutamid-alapú terápiákat közvetlenül összehasonlító valós életbeli vizsgálatok kerültek. A fő vizsgált végpontok az összes túlélés (OS), a kasztrációrezisztens állapot kialakulásáig eltelt idő (ttCRPC), a PSA-alapú válaszok, valamint a biztonságossági és tolerálhatósági eredmények voltak.

EREDMÉNYEK Összesen 16 retrospektív obszervációs vizsgálat 18 275 betegének adatait elemeztük. Az apalutamid az abirateronnal összehasonlítva kedvezőbb összes túléléssel társult (HR=0,79; 95% CI: 0,67–0,93; p=0,004), és több PSA-alapú végpont, valamint a ttCRPC tekintetében is szignifikáns különbség volt kimutatható. Az enzalutamid és az abirateron között az összes túlélésben nem mutatkozott szignifikáns különbség. Az apalutamid és az enzalutamid eredményei a legtöbb végpont tekintetében hasonlóak voltak. A klinikai előnyöket ugyanakkor a tolerálhatósági eredmények árnyalták: az apalutamid esetében magasabb mellékhatás miatti kezelésmegszakítási arány volt megfigyelhető az abirateronhoz képest.

KÖVETKEZTETÉSEK A valós életbeli eredmények alapján az azonos indikációban alkalmazott ARPI-terápiák között klinikailag releváns különbségek lehetnek, miközben egyetlen készítmény sem tekinthető valamennyi vizsgált kimenetel alapján egyértelműen optimális választásnak. Az eredmények arra utalnak, hogy a finanszírozási és terápiás döntéshozatalban a gyógyszerköltség önmagában nem elegendő döntési kritérium: a túlélést, a progresszió késleltetését, a tolerálhatóságot és az ezekhez kapcsolódó potenciális erőforrás-felhasználást együttesen szükséges értékelni. A valós életbeli evidenciák ezért fontos kiegészítő információt jelenthetnek az innovatív onkológiai terápiák értékalapú finanszírozásában.

AZ EGYEDI MÉLTÁNYOSSÁGI GYÓGYSZERFINANSZÍROZÁS JELLEMZŐI MAGYARORSZÁGON 2020–2025 KÖZÖTT

Zsólyom Adriána¹, Gerencsér Zsolt^{1,2}, Rózsa Péter^{1,3}

¹Mediconcept Kft. Budapest,

²Szent Margit Kórház, Budapest Budapest, Budapest,

³Eötvös Loránd Tudományegyetem TáTK
Közgazdaságtudományi Tanszék Budapest

BEVEZETÉS Az egyedi méltányosság keretében történő gyógyszerfinanszírozás (EMK) olyan terápiák társadalombiztosítási támogatását teszi lehetővé,

amelyek az adott beteg számára az általános támogatási szabályok szerint nem, vagy nem az adott indikációban érhetők el. Az EMK keretében megvalósuló gyógyszerfelhasználás és annak betegsúly jellemzői ugyanakkor korlátozottan ismertek.

CÉLKITŰZÉSEK Kutatásunk célja az EMK keretében finanszírozott gyógyszerfelhasználás jellemzőinek feltárása Magyarországon 2020 és 2025 között. Vizsgáltuk a támogatáskiáramlás készítmények közötti megoszlását, az indikáción túli gyógyszeralkalmazás előfordulását, valamint a kezelés időtartamát és az első EMK-kiváltást követő halálozásig eltelt időt.

MÓDSZEREK Retrospektív, leíró elemzésünket a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő 2020. január 1. és 2025. december 31. közötti egyedi méltányossági gyógyszerkiváltási adatain végeztük. A támogatás összege alapján azonosítottuk a 20 legnagyobb támogatáskiáramlással járó brandet. E brandek esetében a gyógyszerkiváltásokhoz kapcsolódó BNO-kódokat összevetettük a törzskönyvezett indikációkkal az indikáción túli alkalmazás becsült arányának meghatározására. Betegszinten vizsgáltuk az első és utolsó EMK-kiváltás, valamint az első kiváltás és a halálozás között eltelt időt.

EREDMÉNYEK Interim eredményeink alapján a TOP20 készítmény esetében az indikáción túli alkalmazás becsült átlagos aránya közel 10% volt; egyes készítményeknél meghaladta az egyharmadot. Az első és utolsó EMK-kiváltás között átlagosan 8,5 hónap telt el (SD: 11,9 hónap). Az első EMK-kiváltástól a halálozásig eltelt idő az elhunyt betegek körében átlagosan 18,3 hónap volt (SD: 16,7 hónap), mediánja 12,8 hónap.

KÖVETKEZTETÉSEK Az EMK keretében finanszírozott gyógyszerfelhasználás brandenként eltérő mintázatokat mutat. Az indikáción túli alkalmazás aránya egyes brandek esetében meghaladta az egyharmadot, miközben a kezelés időtartamában és a halálozásig eltelt időben is eltérések figyelhetők meg. A betegsúly EMK-adatok elemzése hozzájárulhat a finanszírozott terápiák tényleges alkalmazásának és az érintett betegpopulációk jellemzőinek pontosabb megértéséhez.

Könyvismertető



Az áprilisi kormányváltással politikai prioritássá vált egy jól működő egészségügyi rendszer kialakítása. Orosz Éva könyve ehhez az elmúlt évtizedek örökségének és az egészségügy jelenlegi válságához vezető folyamatoknak a feltárásával járul hozzá. A könyv áttekinti a rendszerváltozás óta eltelt kormányzati ciklusok meghatározó folyamatait. Bemutatja az egészségügyi rendszer kritikus pontjait, külön fejezetet szentelve a köz- és a magánszektor kapcsolatának. A szerző nemzetközi összehasonlításban is vizsgálja Magyarország helyzetét: rámutat arra, hogy a rendszerváltozáskor remélt felzárkózás helyett Magyarország az egészségügyi kiadások és a lakosság egészségi állapota tekintetében is leszakadó pályára került – nemcsak a fejlett EU-tagállamokhoz, hanem a többi posztoszocialista uniós tagállamhoz és a visegrádi országokhoz képest is. A könyv utolsó fejezete megrajzolja a felzárkózás és a rendszerváltozás kudarcához vezető tényezők hálózatát, az utószó pedig kitér a „hogyan tovább” kérdésére is.

**A nyomtatott kötet megvásárolható
az ELTE Eötvös Kiadó webshopjában:**

<https://eotvoskiado.hu>

**A könyv pdf formátumban elérhető
az ELTE Reader oldalán:**

<https://www.eltereader.hu>



MAGYAR EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI TÁRSASÁG

A **Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság** vitafórumot biztosít az egészség-gazdaságtani szakemberek és érdeklődők számára.

Egyesületünk közvetlen politikai tevékenységet nem folytat, szervezete a pártoktól minden tekintetben független, azokat anyagi támogatásban nem részesítheti és azoktól anyagi támogatást nem kaphat.

A Társaság tisztségviselői önkéntes alapon, a szabadidejük terhére, külön díjazás nélkül végzik munkájukat.