

## AZ EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTAN AVATOTT MŰVELŐJE

### WERNER BROUWER PROFESSZOR KÖSZÖNTÉSE, ELŐADÁSA ÉS VÁLASZAI

*2012. október 1-én Werner Brouwer, a Rotterdami Erasmus Egyetem egészség-gazdaságtan professzora a Budapesti Corvinus Egyetemen, Trautmann László dékán úrtól átvette címzetes egyetemi tanári kinevezését, majd Job van Exel és Gulácsi László laudatioját követően megtartotta The Value of Health című előadását. Az előadást követően az Egészség-gazdaságtani Diákkör (HEC) tagjai interjút készítettek Brouwer professzorral.*

### I. GULÁCSI LÁSZLÓ LAUDATIOJA

Professor Werner Brouwer is one of the best known experts in the field of health economics and due to his pioneering work on valuing health gains and the methodology of economic evaluations in the field of health care.

He is a Professor of Health Economics and Chairman (Vice-Dean), Institute of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands.

He received an MSc in Economics from the Erasmus University Rotterdam in 1996 and a PhD in Health Economics from that same University in 1999. Since 2008, he is a Professor of Health Economics at the Institute of Health Policy & Management of the Erasmus University Rotterdam. Moreover, as of 2012, he is the Chairman of the Institute of Health Policy & Management. He has been involved in teaching at different levels within and outside of the institute. His research interests are broad and include behavioural economics, public health economics and the link between economic evaluations and health policy. Still, his main research focus has been the methodology of economic evaluations in health care, studying aspects like measuring and valuing productivity costs, measuring and valuing informal care, discounting, the normative foundations of health economic evaluations, preference elicitation and the monetary valuation of informal care. This has resulted in more than 150 international publications and a similar amount of national publications. Werner has published in journals such as Journal of Health Economics, Health Economics, Medical Decision Making, Social Science and Medicine, Journal of Economic Psychology, WHO Bulletin, British Medical Journal, PLoS Medicine, PharmacoEconomics and Value in Health.

He is an associate editor of Health Economics and member of the editorial boards of the international journals PharmacoEconomics, European Journal of Health Economics and Cost-Effectiveness and Resource-Allocation.

He has a strong commitment to international collaboration in health economics in general and with Hungary in particular.

---

Köszönöm a segítséget *Tóth Katalinnak* (Egészség-gazdaságtani Diákkör, elnök), *Mikudina Boglárkának* (Egészség-gazdaságtani Diákkör, elnök 2011/12 tanév) és *Szrbák Bálint* hallgatótársamnak, akik részt vettek az interjú elkészítésében.

This extraordinary research activity was recognized by the Dean of our faculty and the Rector and the Senate of our university when they awarded him the title of Honorary University Professor of the Corvinus University of Budapest.

Professor Trautmann thank you very much!

Professor Brouwer it is our honour and pleasure to have you here as Honorary University Professor of the Corvinus University of Budapest.

Prof. Brouwer has many talents.

He is a man of productivity, and never absent when he is needed.

He is a man of consistency.

He is direct and straightforward.

Sometimes informal...

He is a man of myth and poetry. He managed to have King Artur, Holy Gral, Merlin, Atlantis and Yetis in great harmony (in 2 sentences!).

He spent his sabbatical in 2009 together at with his family here in Budapest and Balaton, this provided a good opportunity to have more discussions about different things, research topics included. That time we worked together a lot on our paper of subjective expectations.

And this is my final point:

He is a man of expectations...

## II. WERNER BROUWER ELŐADÁSA

### 1. BEVEZETÉS

Werner Brouwer az egészség-gazdaságtan tudományterület kettősségeinek bemutatásával kezdte előadását, egy Mark Twain idézettel („*Denial ain't just a river in Egypt*”) szemléltette, hogy habár a közgazdasági gondolkodás a szűkös erőforrások optimális elosztására tanít minket, amikor azonban egészségügyi kérdésekben kell döntést hozni, akkor nem szívesen fogadjuk el az erőforrások szűkösségének tényét, implicit módon a méltányosság befolyásolja a döntéshozókat. A jóléti közgazdaságtan fő célkitűzése, hogy egy olyan etikai keretrendszert állítson fel, amelynek alapján eldönthető, hogy az egyes politikai intézkedések növelik-e a jólétet. Ehhez pedig szükség van az intézkedések gazdasági elemzésére mind a klasszikus (Pareto-hatékonyság, Kaldor-Hicks-hatékonyság), mind a költséghatékonysági módszerek alkalmazásával. Így meghatározhatjuk, hogy egy-egy változás jóléti előnyei meghaladják-e költségeit.

### 2. GAZDASÁGI ELEMZÉS

Egy intézkedés, akkor növeli a jólétet, ha hasznossága (pénzegységben kifejezett érték és mennyiség szorzata) meghaladja költségeit (1). A mennyiséget mérhetjük QALY-ben (quality-adjusted life year, életminőséggel korrigált életevek).

$$v_i \Delta Q_i - \Delta c > 0 \quad (1)$$

ahol  $v_i$ : pénzegységben kifejezett érték,  $Q_i$ : mennyiség,  $c$ : költség,  $i$ : valamelyik méltányossági alapelv (lásd később). Átrendezve ezt az egyenletet kiderül, hogy amennyiben a költségek és a mennyiség hányadosa kisebb, mint a pénzegységben kifejezett érték, akkor az intézkedés jóléti hatása pozitív.

$$\Delta c / \Delta Q_i < v_i \quad (2)$$

A gyakorlatban legtöbbször a költséghatékonysági elemzést (cost-effectiveness analysis, CEA) és a költség-haszon elemzést (cost-utility analysis, CUA) használjuk. A haszon maga a  $Q_i$  az (1) képletből, amit QALY-ban fejezhetünk ki. A költség-hasznossági elemzések továbbfejlesztései idővel azt eredményezték, hogy az egészségpolitikai intézkedések spektruma beszűkült és csak bizonyos tényezőkre összpontosít, mint például az elérhető legjobb egészségi állapot és egyes szempontok kima-  
radnak a célok közül, például egyes betegcsoportok vagy az általános jólét fejlődése. Az esetek egy részében az *extra-welfarism* kifejezés használata indokolt, mivel a döntéshozók az egészségügyi ágazatban magának a rendszernek a haszonmaximalizálására törekednek, megfelelkezve az egyének hasznosságáról, amely így nem éri el a maximumát [Brouwer et al. 2008]. Azaz különböző célokat kell megfogalmaznunk, nem egy-egy területre kell csak fókuszálni, és ezeket kell megfelelően mérni és értékelni. Mindez két vitás kérdéskört hoz fel, először, hogy kik a döntések kedvezményezettjei, másodsor, melyek azok az elérhető eredmények, amelyeket mérni szeretnénk.

A költséghatékonysági elemzések a (2) egyenlet bal oldalára koncentrálnak, a költség/QALY hányadosra, amelyet *inkrementális költséghatékonysági rátának* nevezünk (ICER) és nem foglalkoznak a jobb oldallal, azaz az értékkel. A kérdés csak az – tette fel Werner Brouwer – hogy mennyi ez az érték, a  $v$ ? A  $v$ , a „nagy ismeretlen” értékét régóta keresik elméleti kutatások, a szakirodalomban azonban nem találhatunk rá egyértelmű választ. Jó közelítéssel elmondható, hogy a fejlett országokban 1 QALY értéke az egy főre jutó GDP 100–300 százaléka közé esik [Gulácsi 2005]. Egy részletes tanulmány szerint 25 000–425 000 dollár/QALY közötti tartományban van [Hirth et al. 2000], egy másik kutatás szerint pedig QALY-ben kifejezve a  $v$ -t, 500–300 000 euró/QALY [Bobinac et al. 2012]. Mindezek az adatok azonban csak elméleti valószínűségeket – mondta Brouwer professzor –, ahhoz pedig, hogy a fenntarthatóságot szolgáló egészségpolitikai döntéseket hozhassunk, elengedhetetlen, hogy legalább megközelítőleg tudjuk mennyi a  $v$  értéke.

A legtöbb országban nem húznak meg egy *határvonalat* (threshold), amellyel megkönnyíthetnék a finanszírozási döntéseket, hogy csak a küszöbérték feletti egészségügyi eljárásokat finanszírozzák és az alatta lévőket nem [Brandtmüller et al. 2008]. Ezekben az országokban, mint Hollandiában is, a költséghatékonysági küszöb mellett más tényezőket is figyelembe vesznek az egészségpolitikai döntéseknél, de a végső döntésből nem lehet visszakövetkeztetni, hogy melyik szempont milyen súllyal szerepelt a döntéshozatali folyamatban. Ilyen tényezők [Brandtmüller et al. 2006, Gulácsi 2012a]:

- a betegség ritkasága (egyenesen arányosan nő a finanszírozási küszöb),
- a betegség súlyossága (egyenesen arányosan nő a finanszírozási küszöb),
- a célpopuláció nagysága (fordítottan arányosan nő a finanszírozási küszöb),

- a méltányosság.

Magyarországon sem tisztázták a prioritásképzési módszerek és nincs szám-  
szerűen meghatározott finanszírozási küszöbérték [Gulácsi 2008].

Hollandiában az eltérő betegségek (eltérő diagnosztikus és terápiás eljárások)  
esetén eltérő QALY-k alkalmazását szemlélteti az 1. táblázat. Kimondható, nincs  
olyan pont, ahol meghúzható egy olyan határvonal, amelyet a társadalom egésze  
méltányosnak érez.

1. táblázat: Diagnosztikus és terápiás eljárások értéke  
(dollár/QALY), Hollandiában, 2012-ben

Eljárás	dollár/QALY
GM-CSF kezelés időskori leukaemiában	235 958
EPO kezelés dializált betegeknek	139 623
Tüdőtranszplantáció	100 957
Végstádiumú krónikus veseelégtelenség	53 513
Szívátültetés	46 775
Osteoporosis didronel terápiaja	32 047
Koleszterinszint csökkentő statinok	18 151
Coronaria intervenció: PTA, stent beültetés	17 889
Körömgomba terbinafin kezelése	16 843
Emlőrákszűrés	5 147
Viagra	5 097
Congenitalis anorectalis malformatio	2 778

Forrás: Werner-Brouwer előadása a Budapesti Corvinus Egyetemen, 2012.10.01.

Rövidítések:

GM-CSF: granulocytá-monocytá kolóniasztimuláló faktor,

EPO: erythropoetin,

PTA: percutan transluminális angioplastica.

Ezzel szemben Nagy-Britanniában például a finanszírozási küszöb relatíve szigo-  
rúan meghatározott, a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)  
megszabta, hogy 20 000 font/QALY alatt van az elfogadási tartomány, a 20–30 000  
font/QALY közötti értékű eljárások mérlegelés tárgyai, 30 000 font/QALY felett  
pedig el kell utasítani az egészségügyi beavatkozások közfinanszírozását [Péntek  
2012a]. Azonban van olyan kontextusa a kérdésnek, mint például a végstádiumú  
betegek életét meghosszabbító gyógyszerek, amelyek esetében szinte lehetetlen  
döntést hozni csak ezt a hüvelykujjszabályt alkalmazva. Annak ellenére, hogy a  
NICE továbbra is ragaszkodik a rendszerhez, egyre több országban elfogadottá  
válí az a nézet, hogy nem létezik olyan, hogy 1 QALY általános értéke („a QALY is  
a QALY”), hanem azt mondják, az egy QALY értéke számos tényezőtől függő válto-  
zó, például a betegség súlyossága, a méltányosság és a szolidaritás fogalmak is befo-  
lyásolják. Meg kell találni az arany középutat a költséghatékonyság és a méltányos-  
ság között.

### 3. A QALY SÚLYOZÁSA – MÉLTÁNYOSSÁG

A méltányossági problémára az első válasz 1991-ben született Hollandiában, ekkor meghatároztak három kritériumot, amelyek alapján az egészségügyi beavatkozások finanszírozásáról dönthetnek, ezek: *szükségesség* (necessity), *hatékonyság* (effectiveness), *hatásosság* (efficiency). A szükségesség kritériumot pontos meghatározás és mérési lehetőség híján csak 2002-től alkalmazták Hollandiában, azóta is folyamatosan politikai és társadalmi viták kereszttüzeiben áll [van de Wetering et al. 2011]. Egyértelművé vált tehát, hogy a szükségesség kritériumát megtestesítő méltányosságot össze kell kapcsolni a költséghatékonysági elemzésekkel, tehát a QALY értékeket súlyozni kell valamilyen méltányossági elv szerint (az előbbi képletben  $i$ ). Ezt szemléltethetjük azzal a hipotetikus példával, hogy feltételezzük, a QALY az életkorral lineárisan korreláló mutató, gyerekek esetében 1 QALY = 100 000 euró, míg 90 éves vagy idősebb korban 1 QALY = 5 000 euró. Referenciaértéknek tekintjük azt a számot, hogy egy 40 éves személynél 1 QALY = 40 000 euró. Így méltányossági súlyokat számolhatunk [van de Wetering et al. 2011]:

$$\begin{aligned} v_{\text{gyerek}}/v_{40 \text{ éves}} &= 100\,000/40\,000 = 2,5 \\ v_{\text{idős}}/v_{40 \text{ éves}} &= 5000/40\,000 = 0,125 \end{aligned} \quad (3)$$

Az így megkapott méltányossági súlyok behelyettesíthetők a (2) képletbe, ahol a  $Q_i$  mennyiséget ezúttal mérjük QALY-ben és szorozzuk a (3) képletben kiszámolt méltányossági súlyokkal ( $i$  = életkor, csak ebben a példában [van de Wetering et al. 2011]):

$$\begin{aligned} \Delta c / \Delta QALY_i \times 2,5 &< v_{\text{gyerek}} \\ \Delta c / \Delta QALY_i \times 0,125 &< v_{\text{idős}} \end{aligned} \quad (4)$$

Ez a példa a méltányossági súlyok alkalmazásán keresztül a rugalmas küszöbérték modell alapját képezi. A további kérdés csak az, hogy melyek azok a méltányossági alapelvek, amelyeket figyelembe vehetünk a QALY súlyozásánál. A szakirodalom két méltányossági alapelvet emel ki, ezek az *igazságos élettartam* (fair innings) és a *várható egészség* (prospective health) [Dolan et al. 2005]. A Williams által leírt *fair innings megközelítés* azon a feltevésen alapszik, hogy minden ember születésekor rendelkezik egy egyénre jellemző maximális élethosszal, amit elérhet. Aki ennél rövidebb ideig él, az egészséghátrányban van, aki ennél tovább él, az egészséget nyer („kölcsonvett idő”) [Williams, 1997]. Az elérhető maximális élettartam függ a meglévő vagy korábban elszenvedett betegségektől és az életkortól. A fair innings feltételezés alapján a QALY-kat úgy kell méltányosan súlyozni, hogy azoknál, akik elérik maximális élettartamukat, 1 QALY kevesebbet ér, mint azoknál, akik várhatóan nem fogják elérni. A *prospective health* elmélet szerint a méltányos súlyokat annak alapján kell meghatározni, hogy egy szükséges kezelés elmaradása esetén hogyan változna egy-egy beteg QALY-ja. Tehát azok a beavatkozások élveznek elsőbbséget, amelyek a legnagyobb várható életévnyereségeket eredményezik, például az akut életmentő beavatkozások. A két méltányossági megközelítés közti alapvető különbséget az 2. táblázat példája mutatja be [van de Wetering et al. 2011].

2. táblázat: Méltányossági alapelvek (fair innings és prospective health) közti különbség.

Betegcsoport	Felhasznált QALY	Megmaradt QALY „prospective health”	Várható teljes QALY „fair innings”
„A”: életveszélyes állapot	60	0	60
„B”: fiatal beteg	40	1	41

Forrás: van de Wetering et al. [2011].

Az „A” betegcsoport az életveszélyes állapotban lévő személyek (bármilyen korosztály), a „B” betegcsoport fiatal páciensek, akik eddigi életükben felhasznált QALY-ja kevesebb, mint a másik csoporté. A fair innings elv a „B” csoportot súlyozná kedvezőbben, mert az fiatalabb életkorú egyéneket foglal magában, akik még több életévet nyerhetnek, ezzel szemben a prospective health elv az „A” csoportba tartozó betegek ellátásának adna nagyobb súlyt, mert ők akut életveszélyben vannak, így náluk nagyobb a várható életévnyereség. Emiatt egyik méltányossági elvet sem támogatja az egész társadalom egybehangzón. Pontosan ezért Hollandiában a két alapelv ötvözésével kidolgozták a *proportional shortfall* modellt, amely a világon az első pragmatikus kísérlet arra, hogy találjanak egy, a társadalom egészének támogatását élvező méltányossági alapelvet, amely a gyakorlatban is alkalmazható [van de Wetering et al. 2011].

#### 4. AZ ARÁNYOS VESZTESÉG MODELL

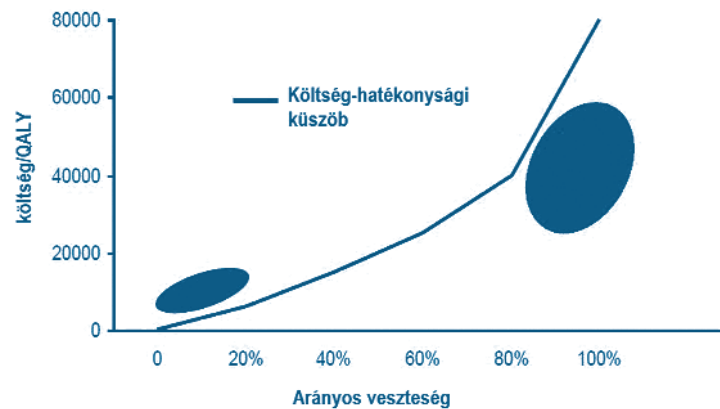
A Hollandiában kidolgozott *proportional shortfall* (arányos veszteség) modell alapja a rugalmas küszöbérték alkalmazása. Így a *proportional shortfall* képletének (5) számlálójába a betegség súlyosságát kifejező *prospective health* kerül, vagyis azok a betegek élveznek elsőbbséget az ellátás finanszírozásban, akik betegségük kezelése nélkül megmaradó egészségük nagyobb arányát (*proportion*) veszítenék el. A nevezőben szerepel a *fair innings*, ez képviseli a várhatóan megmaradó QALY-t a betegség bekövetkezése nélkül, tehát itt épül be a képletbe az idős kor és a már meglévő betegségek esetén jelentkező életminőség-csökkenés súlyozása [van de Wetering et al. 2011].

$$\textit{proportional shortfall} = \frac{\textit{betegséggel összefüggő QALY veszteség}}{\textit{várhatóan megmaradó QALY betegség bekövetkezése nélkül}} \quad (5)$$

Az arányos veszteség számszerűen mérhető egy 0 és 1 közötti skálán vagy ebből százalékosan kifejezve, ahol 0 százalék esetén nem történik egészségkárosodás, 100 százalék pedig az azonnali halált jelenti (1. ábra).

A *proportional shortfall* jelentőségét az adja, hogy számszerűen mérhetővé teszi a méltányosságot, ezzel lehetővé téve, hogy összekapcsolják azt költséghatékonysági vizsgálatok eredményeivel. Tehát a *proportional shortfall*nak köszönhetően a

méltányosság alkalmassá vált a QALY súlyozására és így a szükségességtől függően 1 QALY pénzegységbeli értékének meghatározására. A társadalom fizetési hajlandósága nagyobb egy olyan beavatkozás esetén, amelynek költséghatékonysága kisebb, viszont szükségessége nagyobb, tehát amelynek magas a proportional shortfallja és ennek ellentétéként a társadalom nem fogadja el az olyan beavatkozások finanszírozását, amelyek proportional shortfallja alacsony (0 közeli).



Forrás: Werner Brouwer előadása a Budapesti Corvinus Egyetemen, 2012.10.01.

**1. ábra: Rugalmas küszöbérték Hollandiában:  
a proportional shortfall kapcsolata a költséghatékonysági küszöbértékkel**

Ezt szemlélteti az 1. ábra, ahol a jobb oldali nagyobb ovális terület a magas proportional shortfallal rendelkező eljárásokat (pl. szívatültetés) jelenti, amelyek a költséghatékonysági küszöbérték vonala alatt vannak, így a finanszírozásba esnek, míg a bal oldali kisebb ovális terület az alacsonyabb proportional shortfallal rendelkező eljárásokat jelenti, pl. körömgomba kezelése, ezek a küszöbérték felett vannak, így nem finanszírozzák őket közpénzből.

**5. A QALY TÁRSADALMI ÉRTÉKE HOLLANDIÁBAN – A FIZETÉSI HAJLANDÓSÁG MEGHATÁROZÁSÁNAK MÓDSZERÉVEL**

Általánosan elfogadott nézet, hogy a költséghatékonysági finanszírozási küszöbnek azt az értéket kell közelítenie, amit a társadalom tulajdonít 1 QALY értékének [Gulácsi 2012b]. Conjoint-elemzések eredményei alátámasztják, hogy a betegeknek meghatározott preferenciái vannak az egészségpolitikai intézkedésekkel kapcsolatban, amelyeket szeretnének érvényre juttatni [Akkazieva et al. 2006].

2012-ben Hollandiában *Bobinac* és szerzőtársai [Bobinac et al. 2012] kísérletet tettek tisztán társadalmi szempontból értékelni az egészségügyi nyereséget, egyelőre eltekintve a méltányossági tényezőktől. 1004 személyt bevonva reprezentatív felmérést készítettek, amelyben a holland lakosság fizetési hajlandóságát vizsgálták. A válaszadóknak arról kellett nyilatkozni, hogy mennyit fizetnének egy olyan kezelé-

sért, amely a populáció felében csökkenti az egészségveszteség kockázatát. Kétféleképpen tették fel a kérdést, először úgy, hogy feltételezze a válaszadó, hogy ő is benne van az érintett betegpopulációban, másodsor úgy, hogy nincs benne. Az első esetben 83 000 euró/QALY, a második esetben 52 000 euró/QALY értéket állapítottak meg.

#### 6. ÖSSZEFOGLALÁS

Brouwer professzor előadásának összefoglalásában megemlítette, hogy melyek a legfőbb jövőbeli kutatási irányvonalak a „nagy ismeretlen”, a *v* keresése felé vezető úton. Elsősorban az empirikus becslések (mint a fent említett 2012-es holland kérdőíves kutatás) érvényességének javítása, ezt követően pedig a méltányossági súlyok bevonása jelenthetik majd az előrelépést. A zárszóban a Rotterdami Erasmus Egyetem és a Budapesti Corvinus Egyetem közti szakmai együttműködés erősítéséről beszélt Werner Brouwer és példaértékűnek nevezte az Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközponttal 2012-ben közösen megjelentetett publikációt [Péntek et al. 2012b].

### III. INTERJÚ WERNER BROUWERREL

*Jelenlegi munkahelyén, az iBMG vezetőjeként milyen feladatokat lát el?*

Az iBMG multidiszciplináris intézmény, egészségügyi jogi, egészségbiztosítási, egészségügyi kormányzati és egészség-gazdaságtani tanszékeket foglal magába, ezek közül az utóbbi a legnagyobb, amelynek az elmúlt években vezetőjeként dolgoztam, 2012-től pedig az említett területeket összefogó iBMG igazgatója vagyok, így az egészség-gazdaságtani tanszéken felül immár az egész intézményért felelősséggel tartozom. Nem kerestem a lehetőséget, hogy igazgató legyek, korábbi pozíciómban is boldog voltam, a lehetőség talált rám, de elégedettnek érzem magam, hogy ezt a tisztséget tölthetem be, szeretem, amit csinállok.

*2007-ben az év tanára, 2009-ben az év PhD témavezetője volt az Erasmus Egyetemen. Hogyan tud időt szakítani vezetői tevékenysége mellett a tanításra és kutatásaira?*

Nos, a vezetői feladatok miatt valóban el lehet távolodni a kutatástól. Azt hiszem, én olyan ember vagyok, aki nehezen tud nemet mondani, nem szeretek úgy részese lenni egy projektnek, hogy nem vagyok benne szívvel-lélekkel, hogy nem olvasom át és javítom ki hallgatóim munkáit, ezért csak egy megoldás maradt: többet dolgozom, mint azelőtt.

*Mit gondol az egészség-gazdaságtan jövőjéről Magyarországon?*

A világ szinte minden országában hiány mutatkozik szakemberekben ezen a területen, az egészség-gazdaságtan remek karrierlehetőségeket kínál, egy ilyen diplomá-



val akár az egészségpolitikai döntéselőkészítésben, a gyógyszeripar területén vagy kutatóként is el lehet helyezkedni. Ugyanakkor nagyon fontosnak tartom, hogy a rendszer mindkét oldalán legyenek egészség-gazdaságtani szakértők, így azokon a területeken is, amelyek az előbb felsorolt szektorokat ellenőrzik, tehát a kormányzatban is, mert csak így valósítható meg a költséghatékony működés. Tudom, hogy Magyarország jelenleg gazdasági nehézségekkel küszködik és megszorítások történnek az egészségügyben is, de globálisan elmondható, hogy minden ország ugyanazon problémákkal szembesül: mire költünk, miből tegyük ezt, hol csökkentjük a kiadásokat, melyik megszorítási formát válasszuk? Úgy vélem, az olyan gazdasági helyzetben lévő országokban, mint Magyarország, az egészség-gazdaságtani szaktudás hozzáadott értéke sokkal nagyobb, mert relatív értelemben több jót tehetünk.

*Mit tanulhatunk Hollandiától az egészség-gazdaságtan területén?*

Úgy gondolom, nagyon lényeges, hogy az országok tanuljanak egymástól, azonban Hollandia és Magyarország nem hasonlítható össze, a nemzeti jövedelem és az életszínvonal jelentősen eltérnek, így amiben elsősorban tanulni lehet tőlünk, az a kutatómódszertan.

*Több alkalommal is járt már nálunk a Corvinuson, hogyan kötődik Magyarországhoz, van esetleg kedvenc helye?*

1998 óta rendszeresen járok Magyarországra, 2006-ban Gulácsi László, a Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpontjának vezetője szervezésében itt rendezték a hatodik Európai Egészség-gazdaságtani Konferenciát, amelyen a tudományos bizottság tagjaként vehettem részt. Három évvel később Rotterdamban megkaptam egyetemi tanári kinevezésem, emiatt a nyári szünetben is dolgoznom kellett székfoglaló beszédemen, emellett szerettem volna pihenni is, így olyan nyaralóhelyet kerestem, ahol mindkettőt megvalósíthatom. A Balatont választottam úticélmul, a családommal tíz hetet töltöttünk Balatonszemesen, és emlékszem, közvetlenül a tó szomszédságában, az Ady Endre utcában béreltünk ki egy kis házat. Ezzel egy időben hívtak meg vendégprofesszornak a Corvinus Egyetemre, és ekkor kezdtük meg a ma is fennálló szakmai együttműködést az Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközponttal.

Nagyon szeretem Budapestet, igazán gyönyörű város, de a kedvenc helyem Magyarországon Balatonszemes, ahol 2009-ben azt a csodás két hónapot töltöttük.

*Gratulálunk címzetes egyetemi tanári kinevezéséhez és köszönjük a beszélgetést!*

**RENCZ FANNI**

## IRODALOM

- Akkazieva, B., Gulácsi L., Brandtmüller Á., Péntek M., Bridges, J. (2006): „Patients Preferences for Healthcare System Reforms in Hungary: A Conjoint Analysis” *Applied Health Economics and Health Policy* 5(3):189–198.
- Bobinac, A., van Exel, N. J. A., Rutten, F. F., Brouwer, W. B. (2012): „Valuing QALY gains by applying a societal perspective” *Health Economics* 2012 Oct 19 (megjelenés alatt).
- Brandtmüller Á., Kárpáti K., Májer I, Boncz I., Dózsa Cs., Pékli M., Gulácsi L. (2006): „Költséghatékonysági küszöb alkalmazása a gyakorlatban – nemzetközi kitekintés” *IME, Egészségügyi Gazdasági vezetőik Szaklapja* 5(3):6–14.
- Brandtmüller Á., Kárpáti K., Boncz I., Gulácsi L., (2008): „Költséghatékonysági küszöbérték az egészségügyi technológiák finanszírozási döntéseiben” *Köz-Gazdaság* 3(4):119–136.
- Brouwer, W. B., Culyer, A. J., van Exel N. J., Rutten, F. F. (2008) „Welfarism vs. extra-welfarism” *Journal of Health Economics* 27(2): 325–38.
- Brouwer, W. B. F. (2012): *The Value in Health* című előadása a Budapesti Corvinus Egyetemen, 2012.10.01.
- Dolan, P., Shaw, R., Tsuchiya, A., Williams, A. (2005): „QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature” *Health Economics* 14(2):197–208.
- Gulácsi L. (2005): „Egészség-gazdaságtani elemzés” in Gulácsi, L. (szerk): *Egészség-gazdaságtan*. Budapest: Medicina.
- Gulácsi L. (2008): „Prioritásképzés és a finanszírozási küszöb alkalmazásának kérdései Magyarország, 2008” *IME, Egészségügyi Gazdasági vezetőik Szaklapja* 7(8):8–14.
- Gulácsi L. (2012a): *Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés*. Budapest: Medicina
- Gulácsi L., Hajdú O. (2012b): „Prioritization preferences among general practitioners in Hungary” *East European Politics and Societies* 26(1):20–32.
- Hirth, R. A., Chernew, M. E., Miller, E., Fendrick, A. M., Weissert, W. G. (2000): „Willingness to pay for a quality-adjusted life year: in search of a standard” *Medical Decision Making* 20(3): 332–42.
- Péntek M. (2012a): „Az egészség értékelése, az egészséggel összefüggő életminőség”. in: Gulácsi L. (szerk): *Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés*. Budapest; Medicina.
- Péntek M., Brodszky V., Gulácsi A. L., Hajdú O., van Exel, J., Brouwer, W., Gulácsi L. (2012b): „Subjective expectations regarding length and health-related quality of life in Hungary: results from an empirical investigation” *Health Expectations* 2012 Jun 28
- Van de Wetering, E. J., Stolk, E. A., van Exel N. J. A., Brouwer W. B. F. (2011): „Balancing equity and efficiency in Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall” *The European Journal of Health Economics* 2011 Aug 26
- Williams, A. (1997): „Intergenerational equity: an exploration of the 'fairinnings' argument” *Health Economics* 6(2):117–132.