

疾病負担はまた患者や一般人によっても、費用対効果に並ぶ重要な論拠としてしばしば持ち出される。その好例は、NICE の市民会議の報告書に見ることができる。この市民会議は、疾病負担を費用対効果と比較検討しなくてはいけないのか、またその方法について詳細に討論した。具体的には、2008 年 1 月に NICE の市民会議が 2 日半にわたって開催され、次のテーマで話し合われた。

NICE とその諮問機関は、決定を下す際に疾病の重症度を考慮すべきなのか？考慮すべきであれば、諮問委員会は、1) 費用や臨床効果のエビデンスと共に重症度を「考慮」すべきなのか、2) あるいは QALY 計算をする際に重症度を含めるべきなのか (NICE 2008、4 ページ)。

1 つ目のサブクエスチョンが、疾病負担に関する部分で本報告書の問題提起とぴったり一致していることに注目してほしい。2 つ目の問いは 1 つ目の問いの運用可能性に関することである。1 つ目のサブクエスチョンに対する市民会議の結論は次の通りである。市民会議は賛成票 24 反対票 2 で、NICE とその諮問機関は決定を下す際に疾病の重症度を考慮すべきだという結論に達した。この見解を支持した我々のうち 24 名はその方法について満場一致で、重症度を QALY 計算に含めるよりも、費用や臨床効果のエビデンスと共に「考慮」すべきだという結論に達した。我々はアンケート (EuroQoL EQ-5D を意図している) や QALY の廃止を求めているのではなく、むしろこれまでの経験を踏まえて、疾病負担を思慮深い、鋭い見直しにかけるときがきていることを提言しているのである (NICE 2008、4 ページ)。

重要なのは、NICE の市民会議が批判的な態度をとりながらも、QALY の理論的枠組みは却下せず、費用対効果と共に疾病負担を比較検討するように喚起していることである。これは、何年も前から作成されてきた CVZ の各報告書や RVZ の調査書に沿った内容であり、特に ACP などの評価委員会に馴染むものである。

17.b. 疾病の希少性 (オーファンドラッグ)

RVZ の調査書「賢明かつ持続可能な医療介護」の中で、既に RVZ は疾病負担と共に患者群の大きさにも目を向けるよう訴えている。患者群が小規模であればこのグループを対象とする医薬品の総売上高も少ないと考えられる。つまり製薬会社にとっては開発費の回収が困難ということになる。新しく開発された薬について、患者 1 人あたりの価格を引き上げても良いならば話は簡単である。しかし、RVZ は次のように記している；「これらの患者の抱える不調、疾病または障害の発生が散発的だという事実により、彼らが犠牲になるようなことがあってはならない」 (RVZ、2007、22 ページ)。よって RVZ は、疾病の希少性が費用対効果の閾値の緩和を検討するきっかけになると考える。

RVZ のこの考えは広く容認されている。CVZ に至ってはこのような場合に応じるため、別途審査手順を策定した。この審査手順はまだ完全には発効していないが、この手順で、RVZ が言及した QALY あたりの費用の上限、€80,000 をはるかに超える額の介入が許容されることに

なると思われる。この考え方に批判がないわけではない。これに反対する者は、今までこの思考過程に完全な理論的裏付けを与えることができた人はいないと指摘している。この点が、オーファンドラッグの特別扱いが「倫理的」に適切であると主張することを困難にしている。(McCabe、Claxton、Tsuchiya、2005)

このような完全な裏付けが欠けていることは、その結果を見れば明らかである。つまり、日常的な疾病を患う人の治療を認めず、珍しい疾病の患者には財布の紐を弛めることをどうやって正当化できるのだろうか？（疾病の希少性以外は同じ条件において…）

上記のような批判があるにもかかわらず、希少な疾病について費用対効果の審査緩和を支持する層は幅広く存在するようだ。それは恐らくオーファンドラッグが、疾病負担が重い、保健医療介護を差し控えた場合の犠牲者を認識しやすい、予算の影響が小さい、といった他の好意的な論拠も存在する状況で適用されることがしばしばだからかもしれない。社会の幅広い支持層、完全な理論的枠組みの欠如、その他の好意的論拠の存在／付帯の組み合わせにより、オーファンドラッグの審査はACPにとっての大きな課題である。

17.c. インフォーマルケア

CVZ の薬剤経済学研究ガイドラインには、費用効果分析を患者での治療効果に限定しなければならないと書かれている。つまり「介護者の効果」は含まれていない。しかし、アルツハイマー病や境界性人格障害、障害児などの症状を審査する際には、「介護者の効果」の比較検討が重要になる可能性がある。「介護者の効果」が明確に存在する場合は、費用効果比にこれらの「患者」も含めることで、言うなれば効果を拡大することができる。

17.d 公衆衛生上のリスク

以下は、介入の比較的安い、よく見られる症状には保険をかける必要がないという主張である。例えば、鎮痛剤と成人の経口避妊薬がその例である。しかしこれにも例外がある。ある患者が自分の疾患を放置した場合に自身または周囲に危険を及ぼすような場合、金銭的障害を取り除くことは有意義かもしれない。例として、予防接種、乳児のケア、未成年者の経口避妊薬、薬物中毒患者のケアなどが挙げられる。このような場合は、いわば閾値をできる限り低くしたいと考えるだろう。なぜなら、患者自身が想像できる以上に深刻な結果を招くからである。いくつかの費用効果分析では、患者周辺の追加費用や効果を分析の中に組み込むことにより、既にこのような考え方が適用されている。このような場合、分析には既に全ての効果が含まれているため、効果の追加評価は不要である。しかし、費用効果分析が患者での効果のみに限定されている場合もあるので、その場合は、患者以外における費用と効果を追加で比較検討することが適切である。

18. 費用対効果に対する要求を厳格化する基準

18.a. 保健医療サービスの分野と限定的にしかオーバーラップしていない

QALY 分析を用いると、保健医療サービスのほぼ全ての治療について、費用対効果を審査することができる。ただし、この論法をそのまま倒置することはできない。つまり、QALY 分析によって審査できる全ての治療が、保健医療サービスの分野に含まれるわけでもないからである。例えば、美容整形外科が非常に良い費用効果比を誇る場合も考えられる。トレーニング（失読症）や育児支援についても同じことが言えるだろう。しかしそれだけで、これらの 3 つの例がまた保健医療サービスの分野に明確に当てはまるということにはならない。医学が標準以下の状態にある患者の治療に専念しなければいけないのに対して、美容医療は、自然な平均的ラインよりもむしろ上の結果を得るのに用いられる医学とみなされる。このことは、Stolk、Brouwer、ならびに Busschbach（2005）がバイアグラの償還に関する議論をめぐり、「享樂の追及」対「苦痛の回避」という原則として仕上げられた。ここにもまた疾病負担との関係が見られる。つまり、疾病負担は平均値を下回って初めて存在するものであるため、社会保険パッケージに、患者を標準以上に引き上げる医学のための余地はないのである。

18.b. 予算の影響

よく言われることだが、補償に関する議論において、必要となる予算の規模を問題にしてはいけない（RVZ、2007、23 ページ）。現に予算の影響は、必要性、効果、費用対効果、実施可能性の 4 つのパッケージ原則にも意図的に含まれていない。ただ、償還に関する議論で、非公式にでも予算の影響に触れられないのかどうかは疑問である。肯定的に捉えれば、希少性の高い介入の補償で気前が良いのは、予算の影響が関係している一例である（上記参照）。また、ほぼ全ての国で、償還申請の際に必要な予算の見積もりを必ず添えなくてはいけないことから、予算の影響が検討に重要であるのは明らかである。特に、介入の使用と（費用対）効果の不確実性が増している場合、予算の影響が関与してくるようである。言ってみれば、高い予算が不確実性を拡大させるとも考えられるだろう。小規模予算での過ちなら問題も小さいが、大規模予算での過ちは大きな問題になる。その意味においては、大規模予算に制約を加えるのも理に適っている。また予算の影響の論拠について、理由付けをさらに詰めることに関心が高まりつつある（Cohen、Stolk、Niezen、2008）。近い将来、この論拠に関してより踏み込んで記述されることが予想される。

18.c 将来的な医療費が含まれていない

現在、患者の将来的な医療費をどのように費用効果分析に組み込むかが議論されている。薬剤経済学研究ガイドラインによると、「疾病の治療と関連しない医療費は評価に組み込んではない」（CVZ、2006）。よって、治療した癌患者が 3 年後に心臓病で死亡した場合、

心臓病治療にかかった費用は分析に含めてはいけない。しかしこの患者が癌の再発で死亡した場合は、その治療費を分析に含めなくてはならない。この分析手順は、そうしなければ、関係ない症状を理由に延命治療が「高価」になるという根拠に基づく。しかし最近では、全ての将来的な医療費を含めることが支持される傾向にある。例えばこれは、嫌煙キャンペーンにも関係している。多くの人の予想に反して、このキャンペーンで保健医療介護費はかえって高くなるが、これは喫煙をやめた人の寿命が延びて、保健医療介護の利用が増えるためである。しかし、この場合の費用対効果は依然として変わらず良好である。他方で、多くの QALY が追加で獲得されるためである。これによって、QALY あたりの費用は良好に維持される。将来的な保健医療介護をどう組み込むかについての議論は未だ決着していない。当面は、そういった費用に関係性があるかどうか、また分析に組み込まれているのかどうかを調べるのが推奨される。もし、将来的な保健医療介護費が分析に含まれていなければ、含まれている場合以上に費用効果比を厳しく審査しなければいけない。

18. d. 有病率が高く保険が適用されない

有病率が高い症状に対する安価な介入、例えば、通常使用される鎮痛剤や絆創膏などは、誰もが定期的に直面するものであり、（ほぼ）誰にでもその費用を支払うことができるため、保険の対象にはあまり適していない。保険をかけることで日用品は不必要に高くなってしまふ。我々がパンに保険をかけないのと同じ理屈である。言い換えれば、保険は「高額な医療費」から自分自身を守るためにかけるものであり、有病率の非常に高い症状に対する介入が安価であれば、それは「高額な医療費」には該当しない。歯科治療がその好例である。日常的な歯科治療には任意でのみ保険を掛けられるが、事故による歯科損傷の場合には歯科医療が補償される。よって、日常的な保健医療介護は保険の対象外で、大きな災難に遭遇した後の保健医療介護は保険の対象となる。上記のことは、次の基準と同様これまでに「自己責任」と題して要約されている。

18. e 治療の適用量が患者のコンプライアンスに大きく依存するために保険が適用されない

独立した損害査定者、すなわち、健康問題で言うなら、医者の中介がある場合のみ、保険が機能する。受給者自身が損害査定者になった場合は、効率を向上する動機の欠如と不適切な使用（濫用）によって、保険の効率は低下する。個人所有物の紛失に対する旅行保険が非効率である例を参照されたい。それゆえ睡眠薬や眼鏡、歯科治療、避妊薬の使用など、治療の適用量が患者のコンプライアンスに大きく依存する手段に関しては、保険の適用が当然ではないのである。このことは、例えば禁煙（Zyban）や減量の自助努力など、コンプライアンスの低い介入の補償にも当てはまる。この基準は「自己責任基準」とも呼ばれている。

18. f. 介入の合目的性が不確実

合目的性とは、本来の対象患者が治療を受ける度合いのことである。規定された診断以外で介入が実施されるという不確実性が大きく存在する場合（合目的性が低い）、費用対効果は一層批判的に検討されるべきである。このような場合費用はすぐに増加し、効果は減少するからである。それは、とりわけ予算の影響が事前に大きく見積もられている場合に言えることである。これが明確に関与している例が、希少性の高い疾病における高価な介入である。高価な介入が希少性の高い疾病に限らず投入されれば、すぐに費用が嵩み、（費用対）効果は悪化する。そういった理由から、オーファンドラッグの条件付償還において、長期にわたる合目的性の追跡が重要な役割を果たす。

19. 勸案されるべきでない基準

19. a. ライフスタイル／危険な行為

「ライフスタイル」という概念の定義には、文献において困難な歴史がある。この表現は概して無頓着に使用され、償還に関する議論の中では否定的な意味合いで使われることがほとんどである。ライフスタイルという概念が言及し得るものの例を挙げると、贅沢な治療、危険な行為（スキー、無防備な性行為、喫煙）、奇抜な嗜好（性転換、美容整形手術、過激なスポーツ）などである。この報告書ではGilbert（1999）の定義で通すことにする。彼は「生活改善薬」という表現の数通りの使われ方を整理している。

- 1) 健康問題とは言えない問題に使う薬。これに関連して、標準以上に健康にする薬についても触れられる。ここで例としてよく挙げられるのがバイアグラだが、皮膚の老化を阻止するための化粧品を想起する人もいるだろう。ライフスタイルという表現をこのような意味合いで使うことは、既に「疾病負担」という基準や保健医療サービス分野の範疇に含まれている（保健医療サービス分野を参照）。
- 2) 肥満症、胸焼け、注意欠陥多動性障害、喫煙など、（部分的に）自己責任の範疇にある問題に投入可能な介入。

患者自身の行為が原因である事故や疾病が発生して投入される介入について、補償するのを止めれば保健医療介護の予算不足が緩和されるだろう、という考えは魅力的である。その例に、しばしば喫煙とスキー事故が挙げられる。しかし、この論法には実際上の厄介な問題がある。健康問題の多くは、その病気が少なくとも部分的に患者自身の行動に関係していると指摘することができるからである。このことはスキー事故だけでなく、台所の踏み台から転落した場合や糖尿病についても当てはまる。危険な行為と日常的な事故または疾病との間には、明確な境界線が存在しない。それが相変わらずこの論法の最も脆弱な部分であることは、討論で明らかになっている。ライフスタイルと危険な行為の論拠を擁護する人らは、例えば、「その論法を一貫して実施すると、事故に遭っても補償の対象になるのは、誰かに押された場合だけということになる」といった指摘を受ける。このような厄介な問題があるため、ライフスタイルと危険な行為の考え方は、よく話題になるが実施されたことはない。

しかしながら、ライフスタイルと危険な行為に関する論拠は治療中に関係してくる。例えば、患者が治療に十分取り組まない場合には、治療を打ち切ることができる。アルコール依存症から脱していない患者には、肝移植は実施されない、というのがよく知られる例である。しかしこのような場合ですら、これは「ライフスタイル」の論拠というよりもむしろ、治療効果の明らかな欠如とみなす余地がある。心血管リスクマネジメントに関する学際的ガイドライン（2006）を見ると、ライフスタイルの論拠はさらに脆弱になる。このガイドラインによると、喫煙は確かに思い止まらせなければならないが、その一方で、喫煙者には非喫煙者よりも先に薬が処方されている。つまり、ライフスタイルの論拠で意図されたところの逆であ

る。よって治療中においてすら、ライフスタイルの基準はしばしば当てにされていたほど強力な論拠でないことが分かっている。

ライフスタイルに関する議論は、潜在能力の概念をめぐる展開を利用することができる。「潜在能力」という概念は、本人がその能力を使用するかどうかに関わらず、その人に備わっている能力のことを言う (Verkerk、Busschbach、Karssing、2001)。「社会保障」は往々にして、その利用者の特徴に付随する潜在能力に対して提供される。ある一定の年齢までは高等教育を受けられるという可能性がその一例である。高齢者も学業を続けることはできるが、金銭的により多くの自己負担をしなくてははいけない。その点でバイアグラは (ライフスタイルの概念がよく言及される議論だが)、若年の糖尿病患者の使用と、高齢者の使用とでは意味合いが違ってくる。もう1つ、ライフスタイルを解釈する上で助けになる概念は「公正な要求」である。つまり、健康は「通常健康」とされるレベルまで、社会によって保証されている (Stolk、van Donselaar、Brouwer、Busschbach、2004)。

19. b. 年齢、性別、民族性、性的指向と社会経済的地位

保健医療介護の受給資格を規制する目的で、年齢、性別、民族性、性的指向、社会経済的地位を主要因として用いてはならないという幅広いコンセンサスがある。そして、費用効果分析も、細心の注意を払ってこれらの要因を混入させないようにする流儀に則ったものである。このことは、次の信条で言い換えることができる。

「1QALYは1QALYである。それを獲得するのが誰であるかは関係ない」(Alan Williams、2001)

ただし、例外がある。これらの要因の1つを理由に、ある介入の効果が同要因に限って見た他群の効果より大きい／小さいこと、またその効果の差が他の要因では説明できないことが、科学的調査に基づいて明確化する場合である (RVZ、2007、19ページ)。このことはRVZが次の例で説明している。2005年、アメリカ食品医薬品局 (FDA) は、黒人患者の心不全治療薬としてBiDiLを登録した。これは、本剤を使用した結果、黒人心不全患者の死亡者数が43%、入院件数が39%減少したという調査結果を受けたものである。他の民族グループで本剤の効果はほとんどなかったため、本剤は、黒人患者に処方された場合のみ補償されることになった (RVZ、2007、19～20ページ)。

さて、このRVZの例では、不利な条件におかれたグループにほとんどまたは全くメリットのない調査結果だったが、そのメリットが限定されたものであれ存在している場合、この論法が同じく通用するのかどうかは疑問である。よく知られた例が高齢患者である。高齢患者は、残りの生存年数がより少ないという理由であるにせよ、概して介入の効用があまり良くないと予想される。それでも年齢基準を明確に定めると、多くの動揺を招く。例えば80年代の終わりごろ、心臓移植に55歳の年齢制限を定めることについて議論が起こった。このような年齢制限によって、不足したドナー心臓を、移植後の余命が一番長い患者に割り当てるこ

とができるというものである。Schuyt (1990) は激しい論争を予測し、実際その通りになった。調査では高齢が明らかな危険因子として示されたが (Simoons と Weimar, 1990) 、年齢を明確な基準とする案は結局消えた。

心臓移植の例は、年齢をはっきり持ち出して基準とするのは不適切であることを示している。ただし、年齢が他の医学的要因に組み込まれている場合は、先に RVZ が示したような方法で年齢が解釈される。例えば、コレステロールガイドラインでは、高齢者は除外されており、男性と女性には、効果基準に基づいて個別の基準が設けられている。

「作業部会は、70 歳以上の男性および 75 歳以上の女性にスタチン系薬剤を処方しないよう推奨している。これを年齢差別とみなしてはならない。」 (Casparie、Van Hout、Simoons、1998 ; 2076 ページ)

以上より、年齢や性別などが介入の効果に関与し、かつ許容範囲内で治療に差異をもたらすことは十分に考えられる。(費用対) 効果との関連がない場合、これらの基準の適用は、社会健康保険制度の平等主義的性質に合致していないと思われる。これらのことは、NICE の市民会議によっても以下のように明確に支持されている。

保健医療資源の割り当てに際して、年齢を考慮に入れるべきか、またどのように考慮すべきかについては、多くの論争がなされている。市民会議では、ある年齢層の健康が他の年齢層よりも高く評価されるべきでなく、かつ異なる年齢での社会的役割が費用対効果の判定に影響してはならないと判断する。しかしながら、年齢がメリットまたはリスクの指標となるときは、考慮に入れても良いとしている (NICE、2007) 。

参考文献

- Buxton, M. Looking for willingness-to-pay (WTP) threshold for a QALY - does it make sense? A practical view. *ISPOR Connections* 2007;13:9-11
- Cairns J. Providing guidance to the NHS: The Scottish Medicines Consortium and the National Institute for Clinical Excellence compared. *Health Policy*. 2006 Apr;76(2):134-43
- Casparie AF, Van Hout BA, Simoons ML. Richtlijnen en kosten. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 1998;142:2075-77
- Claxton K, Briggs A, Buxton MJ, Culyer AJ, McCabe C, Walker S, Sculpher MJ. Value based pricing for NHS drugs: an opportunity not to be missed? *BMJ*. 2008 Feb;336(7638):251-4
- Cohen JP, Stolk E, Niezen M. Role of budget impact in drug reimbursement decisions. *J Health Polit Policy Law*. 2008 Apr;33(2):225-47.
- Culyer AJ, McCabe C, Briggs A, Claxton K, Buxton M, Akehurst R, et al. Searching for a threshold, not setting one: the role of the National Institute for Health and Clinical Excellence. *J Health Serv Res Pol* 2007;12:56-8
- CVZ. College voor Zorgverzekeringen. Toenders WGM. Breedte Geneesmiddelenpakket. Uitwerking criteria noodzakelijkheid, eigen rekening en verantwoording en lifestyle. Publicatienummer 01/05, 27 april 2001, College voor Zorgverzekeringen, Amstelveen.
- CVZ. College voor Zorgverzekeringen. Rapport pakketbeheer in de praktijk.
- Mastenbroek, C, G., Van der Meer, FM, Zwaap, J, Rikken, F, Polman, P. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2006.
- CVZ. College voor Zorgverzekeringen. Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek, geactualiseerde versie. Geldig vanaf 1 april 2006. Volgnummer 25001605. College voor zorgverzekeringen, Diemen Maart 2006
- Day B. A meta-analysis of wage-risk estimates of the value of statistical life. Centre for Social and Economic Research on the Global Environment. London: University College London, 1999.
- Dear, J, O' Dowd, C, Timoney, A, Paterson, KR, Walker, A, J., WD. Scottish Medicines Consortium: an Overview of Rapid New Drug Assessment in Scotland. *Scottish Medical Journal* 2007;52:20-26.
- Devlin, Parkin. Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. *Health Econ* 2004;13(5): 437-52
- Flynn TN, Louviere JJ, Marley AA, Coast J, Peters TJ. Rescaling quality of life values from discrete choice experiments for use as QALYs: a cautionary tale. *Popul Health Metr*. 2008 Oct 22;6(1):6.
- Gyrd-Hansen, D. Looking for willingness-to-pay (WTP) threshold for a QALY - Does it make

sense? A critical view. *ISPOR Connections*, 2007 Aug;13(4):5-8

Gilbert D. *Lifestyle drugs: Who will pay?* Scrip report. London: PJB Publications; 1999.

Hirth RA, Chernew ME, Miller E, Fendrick AM, Weissert WG. Willingness to pay for a quality-adjusted life year: in search of a standard. *Med Decis Making*. 2000 Jul-Sep;20(3):332-42.

House of Commons, HC. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *First Report of Session 2007-08*. 2007.

Jönsson B. IQWiG: an opportunity lost? *Eur J Health Econ*. 2008 Aug;9(3):205-7.

Krauth C, John J, Aidelsburger P, Brüggengjürgen B, Hansmeier T, Hessel F, Kohlmann T, Mook J, Rothgang H, Schweikert B, Seitz R, Wasem J. AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation. Comments by the Working Group for Methods of Economic Evaluation in Health Care (AG MEG) to IQWiG's Draft Guidelines "Methods for Assessment of the Relation of Benefits to Costs in the German Statutory Health Care System" [Article in German] *Gesundheitswesen*. 2008 Jun;70(6):e1-16.

Martin S, Rice N, Smith PC. The link between health care spending and health outcomes: evidence from English programme budgeting data. University of York: Centre for Health Economics, 2007. (Research Paper 24.)

McCabe C, Claxton K, Tsuchiya A. "Orphan drugs and the NHS: should we value rarity?" *BMJ* 331(7523): 1016-9.

Meerding WJ, Polder JJ, Hollander AEM de, Mackenbach JP. Hoe gezond zijn de zorguitgaven?. *Zorg voor euro's - 6*. De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten. *Zorg voor Euro's - 6*. RIVM Rapport 270091002. ISBN: 978-90-6960-174-8, 2007

Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Nederlands Huisartsen Genootschap. ISBN-10: 90-8523-131-0. www.cbo.nl

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence. *Guide to the Methods of Technology Appraisal*. London: NICE, 2003

NICE, 2007. *Social value judgements. Principles for the development of nice guidance*. Second draft: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2007 November 2007. <http://www.nice.org.uk/media/998/50/SVJ2ForPublicConsultation.pdf>

NICE, 2008. Report on NICE Citizens Council meeting Quality Adjusted Life Years (QALYs) and the severity of illness 31 January - 2 February 2008. 16 July 2008.

<http://www.nice.org.uk/media/2C3/31/CCReportOnQALYsAndSeverity.pdf>.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zinnige en duurzame zorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag. 2006

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Rechtvaardige en duurzame zorg.

Publicatienummer 07/04. ISBN-13: 978-90-5732-183-2, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag. 2007

Schuyt, C. J. M. (1990). "Tragische keuze." Volkskrant (Open Forum) 14/2/1990

Simoons, ML, Weimar W. (1990). Indicatiestelling en selectie bij harttransplantatie.

Bulletin Nedelandse Transplantatie Vereniging, 1, nr. 3, december 1990

Stolk EA. Equity and Efficiency in Health Care Priority Setting: how to Get the Balance Right? Doctoral thesis, Erasmus University Rotterdam, 2005

Stolk EA, Brouwer WDF, Busschbach JJV. Rationalising rationing: economic and other considerations in the debate about funding of Viagra. Health Policy 2002;59:53-63

Stolk EA, van Donselaar G, Brouwer WB, Busschbach JJ. Reconciliation of economic concerns and health policy : illustration of an equity adjustment procedure using proportional shortfall. Pharmacoeconomics. 2004;22(17):1097-107.

Towse A, Raftery J. Should NICE's threshold range for cost per QALY be raised? Yes / No BMJ. 2009;338:268-9.

Verkerk MA, Busschbach JJV, Karssing ED. Health-related quality of life research and the capability approach of Amartya Sen. Quality of life Research 2001;10:49-55

Williams, A. The 'fair innings argument' deserves a fairer hearing! Comments by Alan Williams on Nord and Johannesson. Health Econ 2001;10:583-585.

付録

略語一覧

ACP	パッケージ諮問委員会
CFH	医薬品援助委員会
CVZ	医療保険審議会
FDA	アメリカ食品医薬品局
IQWiG	医療品質効率研究所
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PCT	プライマリ・ケア・トラスト
QALY	質調整生存年
RvB	理事会
RVZ	保健福祉委員会
SMC	Scottish Medicines Consortium
VWS	保健福祉スポーツ省
WHO	世界保健機関

医療経済評価研究の
政策への応用に関する予備的研究
報告書(詳細版)

平成 23 年 6 月

発行：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11
第 11 東洋海事ビル

TEL : 03 (3506) 8529

FAX : 03 (3506) 8528

本報告書の全部または一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。