

**Разход-минимум (cost-minimization)
и
Разходи за терапия (cost of illness)**

Доц. Г. Петрова



Различия при двата метода

- Анализът разход-минимум (минимизация) се прилага при сравнение на разходите за терапия на конкретно заболяване с конкретни лекарства, когато е доказано, че резултатите при използваните лекарства са еквивалентни. Този анализ е фармакоикономически.
- Анализът разходи за терапия се прилага при цялостна оценка на разходите за лечение на заболяемостта (новорегистрираните болни за една година) или болестността (известните болни). Този анализ е икономически.

Анализ разход – минимум (cost-minimization)

Същност на метода

- При анализа разход-минимум се сравняват алтернативни лекарства или терапевтични подходи, при които е доказано, че получените резултати са еквивалентни.
- В този случай разходите и резултатите се съпоставят обикновено в пари и се отговаря на въпроса:
 - При условие че резултата е еквивалентен, кой е най-евтиния начин за постигане на този резултат?
 - (Пример апендектомията)
- Основно ограничение на метода е изискването за еквивалентност.

Еквивалентност

- Изискването за еквивалентност е ограничение особено при лекарствата, поради точния начин на установяването ѝ.
- Еквивалентността при лекарства може да се разглежда като:
 - **фармакологична** – продукти, които съдържат едно и също активно вещество в еднаква дозова форма;
 - **in vitro** – имат еднаква разтворимост и мембранен транспорт;
 - **in vivo** – имат еднаква резорбция и екскреция;
 - **терапевтична** – удовлетворяват и трите по-горе посочени условия.
- **фармацевтична** – законодателството у нас въвежда понятието фармацевтична еквивалентност. Съгласно дефиницията на ЗЛАХМ фармацевтично еквивалентни са лекарствени продукти, които съдържат еднакви количества от едно и също лекарствено вещество (вещества), в един и същи вид на лекарствената форма, предназначена за прилагане по един и същи път, и които отоговарят на еднакви или съпоставими спецификации.
- Законодателното тълкуване е по-широко и позволява да се сравняват продукти на различни производители. Логично е да се предположи, че фармацевтично еквивалентен лекарствен продукт с по-ниски разходи за един терапевтичен курс удовлетворява условията на анализа разход-минимум, тъй като представлява алтернативата с по-ниски разходи за употреба.
- В този случай трябва само да се опишат и остойността всички възможни разходи – директни, индиректни и трудно оценими.

Дефиниции за биеквивалентност

- СРМР – две лекарствени форми са биеквивалентни, ако са фармацевтично еквивалентни или алтернативни и техните биналичности (скорост и степен на резорбция) след прилагане на еднакви моларни дози са толкова подобни, че техните ефекти са практически безопасни по отношение на ефективност и безопасност;
- Обикновено биеквивалентността е предпоставка за терапевтична еквивалентност, поради допускането, че еквивалентността във фармакокинетичното поведение означава еднаквост в клиничния отговор.

Понятие за екви-ефективни дози

- Дозите на лекарствата, които имат еквивалентен ефект.
 - Източници на данни за екви-ефективните дози са:
 - Данни от рандомизирани сравнителни проучвания (внимание при различия в терапията и различия в началните проучвания и по-късна практика);
 - Данни от пост-маркетингови проучвания;
 - Експертни оценки.

Основни стъпки в провеждането на анализа разход-минимум

- уточняване перспективата на изследване – обикновено този анализ се провежда с оглед намиране най-евтината стойностна алтернатива, което е в интерес на болницата, на здравно-осигурителната каса или на пациентите.
- представяне и обсъждане на доказателствата за еквивалентност.
- описване на видовете разходи при сравняваните алтернативи.

Възможни директни разходи са: разходите за терапия, за медицински и фармацевтични грижи, капитални разходи, разходи на пациента – за пътуване, доплащане на стойност или лекарства, разходи на време за пациента.

Индиректни разходи са разходите за болничен престой, загуби на обществото, риск от развитие на НЛР и по-късно лечение на придобити НЛР.

- измерване и остойностяване на разходите:

измерва се броя на единиците изразходвани ресурси (Q)

определя се цената/стойността на една единица (P)

изчислява се средната стойност на разходите по формулата

$$S_{\text{ср.}} = (Q_1 \times P_1 + Q_2 \times P_2 + \dots + Q_i \times P_i)$$

- сравняване на изчислените стойности на разходите:

- изчисляване на средни разходи и маргинални разходи или;

- изчисляване на съотношението средни спрямо маргинални разходи за намиране на минималната възможна стойност.

Разход -минимум във фармацевтичната литература

- Chin и др. “Стойностен анализ на два дозови режима на Clindamycin”. Ann. Pharmacotherapy, 1989, 23:980-3
- Сравняват два различни интравенозни дозови режима на Clindamycin за профилактика на хосоперативни инфекции;
1сви: режим - смес на
Clindamycin phosphatate 900 mg
Gentamycin 1.5 mg/kg
Всеки 8ми час.
2ри режим – по отделно
Clindamycin 600mg(всеки 6ти час)
Gentamycin (всеки 8ми час)
- съществуват фармакокинетични доказателства от литературата, че терапевтичният резултат е еквивалентен;
- изчислява се стойността на разходите за прилагане на двата режима: стойност на придобиване + подготовка и прилагане + лабораторна оценка + фармацевтична консултация + доставяне + болнични дни);
- получават резултата, че режим 2 има значително по-висока цена на доставяне, труд на сестрата, фармацевтични и технически разходи;
- препоръчват първия режим да бъде одобрен и включен в стандартните терапевтични схеми на болницата.
- Посоченият пример представя една от най-честите причини за прилагане на метода разход-минимум във фармацевтичната практика, а именно сравняване на разходите при терапевтични режими с различни дозови концентрации на един и същ продукт.

Пример 2

- **Пример**

Arroyo S и колеktiv. Анализ разход-минимум при монотерапия на начално диагностицирана епилепсията. Анализирани са разходите за терапия с lamotrigine (LTG), carbamazepine (CBZ), phenytoin (PHT) и valproic acid (VPA) чрез анализ на публикувани данни за ефикасността и толерантността на сравнителни клинични проучвания на монотерапевтични схеми. Установяват, че ефикасността и на четирите продукта при новопроявена епилепсия е сходна. Изграждат модел на оценка на директните медицински разходи.

Установяват, че лечението с LTG е 2 до 3 пъти по-скъпо в сравнение с останалите лекарства. Останалите разходи не повлияват значително цената на терапията.

- **Azithromycin спрямо erythromycin при пневмония, придобита в обществото – анализ разход минимум, Howard KB, Blumenschein K, Rapp RP.**(Amer Journal of health system pharmacy, 56, 1521-1524)

Сравняват разходите за i.v. приложение на erythromycin спрямо azithromycin при лечение на пневмония. Проучват 473 пациенти ретроспективно по данни на болничните истории на заболяването. Проследяват данните от микробиологичните изследвания и установяват, че са с близки показатели за времето на лечение.

Разходите, които остойността са за придобиване на лекарствата, фармацевтичните разходи, време на медицинската сестра за подготовка и апликация, разходи за доставка на лекарства и лечение на усложненията.

Установяват, че средните общи дни за терапия са 5,1 при azithromycin и 5.6 при erythromycin. При първата терапия средните общи разходи на пациент са \$66.46 при azithromycin и \$96.56 при erythromycin.

Заключението е, че двете терапия са с близки разходи и идентични клинични ефекти.

Разход -минимум във фармацевтичната литература

Пример 4

- **Rubio-Terres C, Tisaire JL, Kobina S, Moyano A. Cost-minimisation analysis of three regimens of chemotherapy (docetaxel-cisplatin, paclitaxel-cisplatin, paclitaxel-carboplatin) for advanced non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer, Volume 35, Issue 1 January 2002, Pages 81-89***
- **Цел:** да се сравни ефикасността и съпостави с разходите на три терапии първи избор при напреднал белодробен рак (фаза IIIB и IV) предложени от Източната онкологична група: **docetaxel/cisplatin** (75/75 mg/m²)/дневно, 1 h интравенозна (i.v.) инфузия на docetaxel), **paclitaxel/cisplatin** (175/75 mg/m²)/дневно, 3 или 24 h i.v. инфузия на paclitaxel) и **paclitaxel/ carboplatin** (175/400 или 225/400 mg/m²)/дневно, 3 h i.v. инфузия на paclitaxel).
- **Метод:** Резултатите от проучване на онкологичната група ECOG при 1594 пациенти (Proc. Am. Soc. Clin. Oncol. 19 (2000) демонстрират еквивалентна ефикасност (преживяемост, обективен отговор) на трите терапии, затова е приложен анализ разход-минимум.
- **Резултати:** Средните терапевтични разходи на пациент (4 цикъла) при docetaxel/cisplatin са 1 067 836 испански песети (Ptas) (6418 Euros; 5741 USD), 136530 или 1439369 Ptas (8205 or 8651 Euros; 7340 or 7738 USD) за paclitaxel/cisplatin (3 или 24 h инфузия, съответно), и 1417995 или 1616784 Ptas (8522 или 9717 Euros; 7623 или 8692 USD) (paclitaxel в доза от 175 или 225 mg/m²)/дневно) при paclitaxel/carboplatin.
- **Заключение:** Терапевтичната схема docetaxel/cisplatin, спестява разходи между 297 468 и 548 948 Ptas (1788 и 3299 Euros; 1599 и 2951 USD) на лекуван пациент. Тази разлика е главно поради ниските разходи за терапия с docetaxel

Fraxiparin (nadroparin Ca) спрямо Clexan (енохарпарин Na)

- **Fraxiparin (nadroparin Ca) спрямо Clexan (енохарпарин Na)**
- **Holzheimer RG. Low-molecular-weight heparin (LMWH) in the treatment of thrombosis. Eur J Med Res. 2004 Apr 30;9(4):225-39.**
- **HTA, Chapter 3. Results literature search and abstract review systematic search (463 публикации), www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1.section.98159 - 80k**
- И двата източника предоставят данни за **терапевтична еквивалентност** на двата продукта при състоянията за които е разрешена употребата им – профилактика на тромбоемболични усложнения в хирургичната практика, предотвратяване коагулация при хемодиализа, лечение на доказана дълбока венозна тромбоза, лечение на нестабилна стенокардия и МИ в острия стадий.

Разход -минимум

Пример 5

Fraxiparin (nadroparin Ca) спрямо Clexan (enoxaparin Na)

Fraxiparin	Цена	Clexan	Цена
0,3 ml 2850 IU aXa	5,74	20mg/0.2 ml	7,83
0,4 ml 3800 IU aXa	7,65	40mg/0,4 ml	12,50
0,6 ml 5700 IU aXa	11,48	60mg/0,6 ml	15,80
0,8 ml 7600 IU aXa	15,32		
Fraxiparin forte			
0,6 ml 11400 IU aXa	22,97		
0,8 ml 15200 IU aXa	30,43		

РАЗХОД -МИНИМУМ

Пример 5

Fraxiparin (nadroparin Ca) спрямо Clexan (enoxaparin Na)

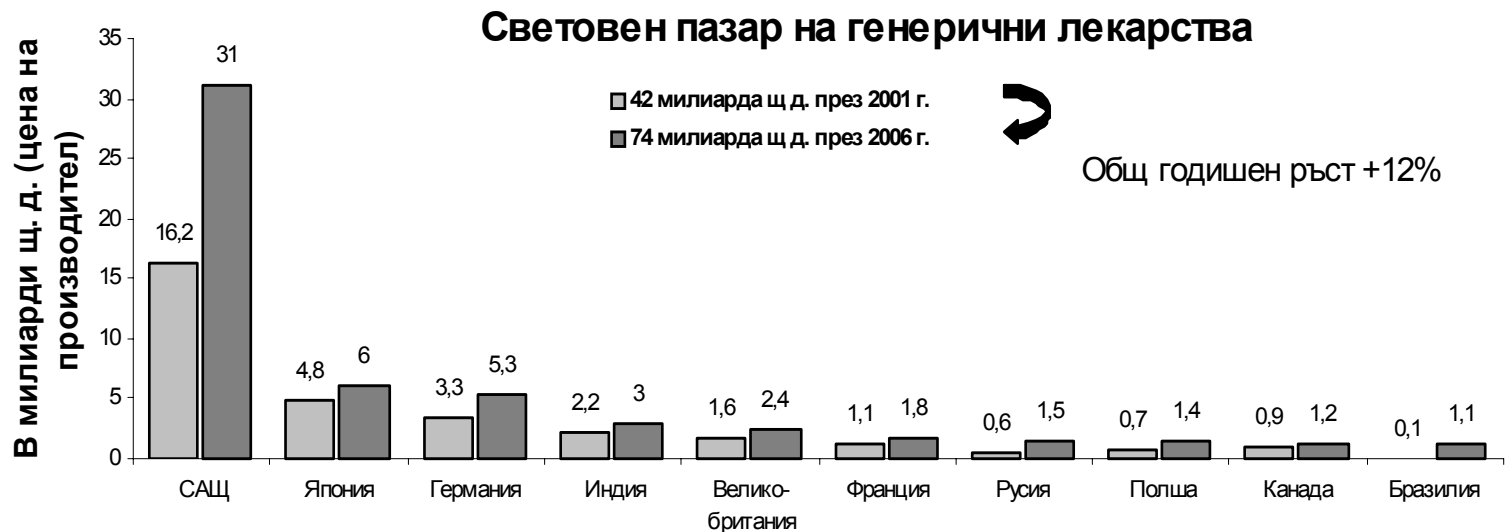
Разходи за едnodневна терапия при основните показания

Fraxiparin	Стойност	Clexan	Стойност
<u>Профилактика на</u>	<u>венозна</u>	<u>тромбоза</u>	
0,3 ml 1 x дневно	5,74	20-40 mg 1 x дневно	7,83-12,5
<u>Ортопедия</u>			
0,3 или 0,4 или 0,6 ml	5,74 – 7,65-11,48	1 или 2 x 30 mg на 12 ч.	12,50 - 15,8
<u>Профилактика на</u>	<u>венозния</u>	<u>тромбоемболизъм</u>	
0,3 ml 1 x дневно	5,74	20-40 mg 1 x дневно	7,83-12,5
<u>ДВТ с или без</u>	<u>тромбоембол</u>	<u>изъм</u>	
1ml/10kgна 12 ч. до 10 дни	11,48(15,32) x2 = 22,96 (30,64)	1,5 mg/kg еднократно до 10 дни	12,50+15,80 28,3
<u>Нестабилна АП с</u>	<u>ИМ</u>		
0.1 ml / 10 mg	22.96 – 30.64	1mg/kg на 12 ч.	25 – 31.6

Разход-минимум и значение на генеричния пазар

- Генеричното лекарствено предписване и употреба могат да се считат като още един пример на стойностно-минимизираща терапия, която в редица страни се подкрепя законодателно чрез създаване на генерични лекарствени стратегии.
- Режима на разрешаване на употребата на генерични лекарства гарантира, че те са съществено подобни на оригиналните продукти, т.е. биоеквивалентни.
- Проучвания на лекарствената употреба показват, че през 2001 година са предписвани 18% оригинални продукти за 32,7 милиона €, при условие, че е имало възможност за генерична субституция.
- На първите 30 най-скъпи лекарства, предписвани във Великобритания през 2001 се падат 50% от разходите, а 11 от тях имат генерични еквиваленти. Оценено е че генеричната субституция би спестила €5.65 милиона на Великобритания.

В световен мащаб генеричния лекарствен пазар отбелязва ръст от 15% през 1996 г.- 2001 г. За сравнение през същия период ръстът на пазара на иновативните лекарства е едва 6% за същия период. През 2001 г. световният пазар на генерични лекарства се оценява на около 42 млрд. щатски. долара /щ.д./., което представлява 11% от пазара на предписаните лекарства.



2001 –2006 г. годишен ръст	+14%	+4%	+10%	+8%	+8%	+10%	+20%	+15%	+6%	+52%
2006 г. пазарен дял	43%	8%	7%	4%	3%	2%	2%	2%	2%	2%

Фигура. Структура и развитие на световения пазар на генерични лекарства между 2001 - 2006 г.

Разходи за терапия (cost of illness) Последователност на провеждане на анализа

- **Два подхода:**
 - Отгоре надолу
 - Отдолу нагоре

Отгоре надолу

- Първият подход (“отгоре надолу”) е свързан с оценка на общите икономически последици на заболяванията и се фокусира върху честотата на болестността на отделните заболявания (броя на засегнатите през дадена година) и анализ на разходите през годината.
- Аналогично би могло да се изчислят разходите за лечение на новорегистрираните болни по данни за честотата на заболяемостта (брой нови случаи в рамките на една година) и оценка на разходите за загубено време на тези пациенти. Оценката на разходите, свързани със заболяемостта е по-трудна, тъй като изисква информация за прогресирането на заболяването и свързаните с това нарастващи (инкрементални) разходи.
- Проследяването на извадка от пациенти в рамките на дадена година и прогресията на заболяването във времето се използва за да се измерят нарастващите разходи и да се подпомогне решението за това кое е по-стойностно ефективно профилактика, първични грижи или хоспитализация.
- Принципното приложение на тези проучвания е в очертаване важността на дадено заболяване и вземане на решение за разпределяне на ресурси за лечението му.

Отгоре надолу - недостатъци

- Проблемите, които се дискутират във връзка с прилагането на анализа на разходите за терапия се свеждат до два недостатъка:
 - първия е, че повечето автори остойносттават косвените разходи чрез загубата на трудоспособност и така насочват вниманието към заболявания в трудоспособна възраст.
 - втория е, че измерването на разходите за терапия не предоставя информация за сравнителната ефективност на профилактичните интервенции.
- По правилно е анализа да се основава на определяне на нуждите, за да се оценят спестяванията при лечение, а не на сложността на заболяването.

Примери

Заболяване	Брой болни	Годишни разходи за терапия (млрд. долари)	Брой лекарства в разработка
Алцхаймер	4,000,000	100	17
Артрит	40,000,000	55	28
Злокачествени заболявания	8,000,000	107	316
Сърдечно- съдови	13,900,000	96	38
Депресия	17,600,000	53	13
Диабет	15,700,000	98	21
Остеопороза	10,000,000	14	27
Шизофрения	1,500,000	23	22

Отдолу нагоре

- Вторият подход (“отдолу нагоре”) се основава на проспективно събиране на данни за отделни пациенти.
- Той има две цели:
 - първата е да остойности разходите;
 - втората е да ги преразпредели към подходящите индивиди или бюджет.
- По същество този подход се осъществява по модела на анализ на разходите от третата лекция:
 - определяне перспективата на изследване;
 - описване и преброяване на разходите;
 - остойносттаване на разходите;
 - анализ на чувствителността на данните.

Източници на вариране на разходите в здравеопазването

- Различия в стойността на разходите за терапия се наблюдават, както в рамките на една държава, така и между държавите. Когато се интерпретират резултатите, анализира се чувствителността на анализа и особено когато се трансферират проучванията между отделни държави е важно да се имат предвид различията.
- Източните на различна информация, които влияят върху изчисленията на разходите са:
 - счетоводните системи;
 - реимбурсните системи;
 - икономии от количества;
 - размер на извадката и метод на статистическа обработка;
 - различия в медицинската практика

Счетоводни системи

- Твърдите разходи като заплати, поддръжка на сградния фонд, капиталните вложения, дълготрайни материални активи са едни от най-големите в бюджета на всяка болница. Практиката на осчетоводяване на тези разходи се различава в отделните болници, поради различната им амортизация, източници на финанси (бюджет, НЗОК, платени услуги). На следващите таблици са илюстрирани тези различия за някои болници в България. Очевидно е, че ако бюджетните разходи се използват за остойностяване на разходите, то ще има сериозни различия между отделните болници, години и отделения.

Пример 3

- **Salewski E, Bassaris HP, Calangu S, Kitzes R, Kosmidis J, Raz R, Kompan L.** **Cost-minimisation analysis of sequential treatment with ofloxacin or ciprofloxacin in hospitalised patients.** *Pharmacoeconomics*. 1997 Apr;11(4):359-66
- Анализира разходите за последващо лечение с ofloxacin (1 път дневно) или с ciprofloxacin (2 пъти дневно) при 474 хоспитализирани пациенти в различни държави. Пациентите са лекувани интравенозно за най-малко 3 days, след това перос за 7 до 10 дни или за 3 дни до изчезване на симптомите на инфекция.
- Клиничният отговор (86.8% при ofloxacin и 89.6% при ciprofloxacin) както и нивото на бактериологичен отговор са близки (89.9 и 89.0%, съответно) и затова е проведен анализ разход-минимум.
- Остойностени са разходите за придобиване на ofloxacin и ciprofloxacin в Гърция, Израел, Словения и Турция в DEM, и са анализирани разходите за приложение във всяка болница. Включените са и различни стойностни категории при пероралното или интравенозно лечение (напр. вземане на посявки, мониториране на лекарството, разходи за доставка).
- Общите разходи на пациент варират между отделните държави, но са по-високи при ciprofloxacin (ofloxacin: DEM239 до DEM724; ciprofloxacin: DEM540 до DEM976). При изравняване на разходите за придобиване, обаче общите разходи за лечение са по-високи при ciprofloxacin, поради по-ниските разходи при прилагане на ofloxacin в еднократния дозов режим. Продължителната интравенозна терапия ще бъде 50% по-скъпа в сравнение с преминаването на перос терапия; на винаги когато е възможно при двете лекарства трябва да се

Пример

§	Наименование	1998	1999	2000
01	Заплати на персонала	39 448	46 124	45 458
02	Други възнаграждения и плащания	425	1 502	1 670
03	Социални осигуровки за фонд ДОО	14 766	17 306	13 845
04	Вноски за фонд ПКБ		1 872	1 911
05	Здравно осигурителни вноски		1 713	2 911
10	Храна	3 738	5 329	2 364
11	Медикаменти	7 587	17 555	11 387
12	Постеловъчен инвентар	172	-	-
14	Материали, горива, енергия	13 258	18 777	19 881
15	Външни услуги	3 280	5 364	3 543
16	Текущи ремонти	329	5 211	-
17	Разни	413	611	407

Счетоводни различия

Практиката на осчетоводяване е доста различна и в отделните държави. Например във Великобритания лекарствата се остойностяват по цена на придобиване и това обикновено е цената, публикувана в British National Formulary, но тя е по-висока от цената по която лекарствата се доставят в болниците, защото последните обикновено получават отстъпки. От своя страна обаче болниците не начисляват разходи за фармацевтични дейности, като разпределяне, подготовка и мониторинг на лекарствата.

В САЩ съществува тенденция да се начисляват някои фиксирани разходи, свързани с употребата на лекарства. Проучване в 71 болници разкрива, че 93% начисляват такса за приготвяне, 63% такса за разпределяне, 68% други променливи надценки, особено за лекарства като gentamicin който изисква интензивно мониториране от фармацевтичния отдел. Максимално начислената надценка в една от проучените болници била 961% към цената на придобиване на gentamicin. Загубите от лекарства са друг източник на счетоводни различия

Система на реимбурсиране

- Системите за реимбурсиране, които заплащат на лекуван пациент лесно начисляват постоянните разходи на броя лекувани пациенти. Намаляването на продължителността на престоя позволява да се лекуват повече пациенти и така да се увеличат постъпленията. В системите за здравеопазване, в които болниците имат бюджет или фиксиран договор за брой пациенти е по-трудно да се постигнат спестявания поради ранно изписване на пациентите. На практика в тези болници намаляването на престоя довежда до нарастване на следно дневните разходи в болницата. Този парадокс се появява защото разходите за терапия не се разпределят съобразени изцяло с приема на пациенти. Те изглеждат по-високи в началото на приема, когато изследванията и лечението са по-интензивни до поставяне на диагноза.
- В идеалната ситуация болниците трябва да се финансират на база успешно лекувани пациенти, което би намалило ранното изписване на пациенти. За съжаление досега нито една болница не е постигнала този идеал.

Икономии от количества и пределни разходи

Единичната цена на всяка стока е свързана с броя на произведените единици. Като цяло цената намалява при производство на по-големи количества, защото производителите могат да се договорят за по-ниски цени на суровините. Разбира се винаги има оптимално количество, което може да се произведе, защото нарастването на количествата довежда до нарастване на постоянните разходи (сгради, машини, капитал, персонал и др.).

Икономическият анализ трябва да предоставя информация за вероятните последици от нарастването или увеличението на количеството на продукцията, в допълнение на данните за съотношението разход-ефективност на тази продукция.

Пределните разходи се използват за да опишат именно намалението или увеличението на разходите при производство на допълнителни стоки или услуги. Повечето производствени процеси реализират смес от постоянни (сгради, оборудване, заплати за персонала) и променливи (консумативи) разходи. По правило пределните разходи за производството на още една услуга са само за консумативи, но от гледна точка на общото количество услуги те включват и част от постоянните разходи.

Взаимовръзката между производството и пределните разходи се илюстрира от проучване на лабораторните разходи, свързани с анализа на серумното ниво на аминокликозидите. Пределните разходи за провеждане на още едно изследване са разходите за реагенти. Времето на персонала и оборудването са фиксирани и не варират при добавяне на още едно изследване. В проучването са анализирани средните разходи за реагенти за едно изследване лабораторни изследвания чрез разделяне на годишните разходи за реагент на броя на изследванията. Наблюдавана е експоненциална зависимост между производството и средните разходи за реагенти на изследване от двоен пакет. Производството повлиява пределните разходи по два начина - чрез отстъпките при закупуване на големи опаковки и чрез техниката на калиброването на апаратурата, която изисква фиксирано количество реагенти. Колкото повече изследвания се правят, толкова по-ниска е цената им.

Икономии от количество също повлияват разходите за лекарства и приготвяне. По-

Размер на извадката и метод на статистическа обработка

- Разпределянето на здравните разходи често е непропорционално и това оказва влияние върху анализа и интерпретацията на данните. Понякога наличната информация е много малко и оценките на средните и медианни стойности трябва да се извършват при интервал на доверителност от 95%. Медианата са разходите, които се осъществяват поне от 50% от извадката и така тази стойност се доближава до разходите на индивидуалния пациент. Средната е недостатъчна при обхващане на пациенти с много големи разходи и затова медианата е по-добра за оценка на общите разходи за определен период от време.
- Каква статистика трябва да се използва? Това зависи от перспективата на проучване. Ако анализа се провежда от гледна точка на бюджета средните стойности са подходящи, защото те са нужни за определяне на бюджета. В този случай може да се представи информация и за размера на извършените услуги. Необходима е също информация за броя на пациентите, които създават допълнителни разходи, защото това може да даде допълнителна светлина за анализа. Правило при извършване на анализа е да се дава приоритет на проблеми от индивидуален, сериозен или и характер. Трябва да се внимава също така доколко променлив променлив е проблема.

Различия в медицинската практика

- Съществуват доказателства за редица различия между практиката на предисване на лекарства, които лекарите често обясняват с различия в епидемиологията на заболяванията, но това не обяснява различията в пазара на лекарства.
- Проучваната показват, че съществуват значителни различия между начина на прилагане на антибиотиците например, i.v. или пер орално, продължителността на лечение с тях, продължителността на хоспитализация при инфекциозни заболявания. Предписването на антибиотици във Великобритания е предимно за перорален прием, включително и в болниците, а хоспитализациите са по-кратки, в сравнение с другите европейски страни. Така лечението на инфекция във Великобритания е по-евтино от това в Германия.
- Сравнителен анализ на разходите за антибиотична профилактика и лечение на жени след цезарово сечение в САЩ и Великобритания показва, че разходите в САЩ са почти 100 пъти по-високи. Отчасти различието се дължи на различието в осчетоводяването на разходите, защото цените на лекарствата са близки в двете страни. Но най-сериозната причина за различията е, че лекарите в САЩ обикновено предписват 7 дневна i.v. терапия, докато в UK преобладаващата част от инфекциите се лекуват пер-ос, а разликата в цените на дозовите форми и почти 10 пъти в полза.

Пример за анализ на разходите

- Сравнение на разходите за терапия на епилепсия между 12 Европейски държави, Heaney DC, Sander JW, Shorvon SD.
- Цел на анализа е да проследи степента на влияние на цените на антиепилептичните лекарства и здравните услуги влияят на терапията на епилепсията в 12 държави от ЕО и да определи факторите, които влияят върху различията и оцени валидността на международния анализ на разходите.
- Остойнотени са цените и таксите на обслужване на епилептични болни, вкл. НЛР. Перспективата на проучване е тази на заплащаната институция във всяка държава. Цените са валидирани чрез експертна оценка от страна на лекарите. Разликата между най-евтиното и най-скъпото обслужване варира 24 пъти между отделните държави, докато разликата в цените на лекарствата варира 4,4 пъти. Авторите считат, че цените на лекарствата не влияят съществено стойността на лечение.