

A preferált referenciaársáv működésének első tapasztalatai

Dankó Dávid, Dr. Molnár Márk Péter, Budapesti Corvinus Egyetem

A kormányzati nyilatkozatok szerint a gyógyszer-támogatási rendszert érintő megszorítások gyakorlati kivitelezésében kiemelt szerep hárul a referenciaárazás („fixesítés”) szabályainak módosítására. Ennek jegyében került sor a preferált referenciaársávnak nevezett támogatáspolitikai eszköz bevezetésére, amely a fixesítés módosított, differenciált válfájának tekinthető. Cikkünkben áttekintjük ezen eszköz működését, és megpróbálkozunk értékelésével is, kitérve a rövidtávú és a hosszú távú következmények közötti lehetséges ellentmondásokra. Bizonyos, hogy az írásunkban megfogalmazott vélemények pontosításra fognak szorulni, ahogy a preferált referenciaársáv meghonosodik a hazai gyógyszer-támogatási gyakorlatban, ám a kezdeti tapasztalatok alapján néhány következtetés talán már megfogalmazható.

Modifications to the rules concerning reference pricing have a major role in executing a severe budget cut in the pharma budget in 2011-2012. A system called 'preferred reference band' has been introduced, which can be regarded as a differentiated variation for internal referencing. Our article describes how the new mechanism is expected to function, and we analyze the possible conflicts between short-term results and long-term consequences. Our assessment will inevitably have to be revised as experience with this new technique has been accumulated, nevertheless we believe that some conclusions can already be formulated based on the first lessons learnt.

A PREFERÁLT REFERENCIAÁRSÁV LÉNYEGES ELEMEI

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) első alkalommal 2011. augusztus 1. és 20. között bonyolította le a referenciaárak meghatározására irányuló (fixesítési) eljárást a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet megváltozott szabályai szerint [1]. A gyógyszer-támogatási rendszer gerincét adó rendelet nyár eleji módosítása során a fixesítés (licit) szabályait differenciálták: az újonnan versengővé váló hatóanyagpiacokon a referenciacsoporthoz képzése a korábbi szabályok szerint negyedévente történik, a legalább 3 fixesítési cikluson átesett, versengő hatóanyagpiacokon azonban eltérő logika lép életbe. Eszerint a fixesítésre (licitre) fél-évente kerül sor, ám a referenciakészítmény támogatási összegére csak azok a gyógyszerek válnak jogosulttá, amelyeknek a licit eredményeként kialakuló ára az ún. preferált

referenciaársávba esik. Ebbe a referenciakészítmény áránál legfeljebb 5%-kal magasabb árú készítmények kerülnek a hatóanyag-alapú fixcsoportok esetén mind normatív, mind emelt és kiemelt támogatási kategóriában, illetve a referenciakészítmény áránál legfeljebb 10%-kal magasabb árú készítmények kizárólag a normatív támogatású terápiás fixcsoportokban. (Az emelt és kiemelt támogatású terápiás fixcsoportokra a preferált referenciaársávot nem alkalmazzák. Ár alatt mindig napi terápiás költség értendő.) Azok a gyógyszerek, amelyek ára kívül esik a preferált referenciaársávon, a referenciakészítmény támogatási összegének 15%-ával (és nem százalékponttal) csökkentett értékét kapják támogatásként, és nem rendelhetők közgyógyellátás jogcímen. A delistázási szabályok nem változtak, és a módosítások önmagukban nem érintették a licit lebonyolításának eljárási szabályait.

ELMÉLETI MEGFONTOLÁSOK

Először nézzük meg az új rendszer működését elméleti nézőpontból, majd ezt követően térjünk át a gyakorlati tapasztalatok értékelésére! A fixesítési rendszer differenciálása alapvetően racionális támogatáspolitikai elképzelés, mind az elmélet szemszögéből vizsgálva [2], mind pedig azt figyelembe véve, hogy a referenciaárazás magyarországi rendszere az elmúlt két évben elvesztette azt a lendületét, amelyet a finanszírozó a fixesítéstől rendszerint várni szokott. Egyet lehet érteni azzal az elvvel, hogy a már versengővé vált hatóanyagpiacokon ritkább fixesítési gyakoriság célravezető, hogy az árcsökkentésekért cserébe a piaci szereplők hosszabb távú tervezhetőséget, kiszámíthatóbb piaci környezetet, illetve forgalomnövekedést kapjanak. Helyes az is, hogy az újonnan versengővé váló hatóanyagpiacokon megmaradt a gyakoribb fixesítés, és – bizonyos mértékig – a generikus befogadási küszöb szigorítását is el lehet fogadni, különösen, ha az első piacra lépő készítmény által biztosítandó árelőnyt vizsgáljuk. Indokolt és jogos kivételt tett a szabályozó akkor, amikor az emelt és kiemelt támogatási kategóriában képzett terápiás fixcsoportokat kivonta a preferált referenciaársáv szabályai alól. Végezetül – szintén elméleti szemszögéből – a vaklicit alkalmazására vonatkozó elképzelést sem lehet kifogásolni, hozzátéve, hogy minden ilyen – tenderjellegű – támogatáspolitikai eszköz magában hordozza azt a kockázatot, hogy alig marad választék egy hatóanyagpiacon, és a finanszírozó a rövid távú megtakarításért cserébe függésbe kerül egy vagy két szállítótól [3]. Ez különösen akkor veszélyes, ha a „vadul licitáló” gyártók pl. felhalmozódott készleteiktől akarnak megszabadulni, de valószínűleg nem követnek hosszabb távú motivációkat.

Elméleti szemszögből negatívumként említendő egyfelől az, hogy nem a referencia készítmény – vagy a preferált referenciaársávba tartozó készítmények – részesülnek többeltámogatásban, hanem az ezen kívül eső gyógyszerek lesznek alacsonyabb támogatási kulcsra jogosultak. Ez első pillantásra megfogalmazás kérdése, valójában azonban rendszertervezési hiba: azáltal ugyanis, ha az utólagos áralkalmazkodás során a preferált referenciaársávon kívül eső készítmények akkora mértékű árcsökkentést hajtanak végre, hogy térítési díjuk a referencia készítmény térítési díjával egyezzen meg, úgy a preferált referenciaársávba eső gyógyszerek – a „közgyógy piac” kivételével – minden versenylőnytől elesnek. (A gyakorlatban ez meg is történt, ahogy alább látni fogjuk.) A szabályozó ezt az ellentmondást ezzel védhette volna ki, ha az utólagos áralkalmazkodást a referencia készítmény áráig teszi lehetővé.

A rendszer további elméleti gyengesége, hogy nem differenciál az eltérő hatóanyagpiacok között. Ha a klinikai farmakológiai megfontolásokat is figyelembe vesszük, úgy az adagolás szempontjából kritikus hatóanyagok (critical dosage drugs, CDD, [4]) esetében a preferált referenciaársáv modellje nem alkalmazható, ezt azonban a jelenlegi szabályozás nem veszi figyelembe. Ez a későbbiekben – pl. az immunosuppresszív terápiák forgalomba kerülése esetén – komoly problémákhoz vezethet minden olyan hatóanyag esetében, amelynek terápiás indexe szűk, és/vagy a beteg kezelése a gyógyszer személyre szabott titrálását – a plazmakoncentráció többlépcsős beállítását, ennél fogva a vérszint folyamatos monitorozását – kívánja meg [5]. A rendszer jövőbeni finomítása esetén mindenképp fontolóra kell venni azt a tényt, miszerint az adagolás szempontjából kritikus gyógyszerek esetében a klinikailag igazolt bioekvivalenciából sem következik az automatikus helyettesíthetőség [6]. Ezeket a gyógyszereket tehát ki kell vonni a preferált referenciaársáv logikája alól, és a biohasonló gyógyszerekkel analóg módon szükséges kezelni, megfelelő versenyfokozó technika alkalmazásával.

Ha a rendszer működését tágabban értelmezzük, úgy a generikus belépési küszöb kapcsán felmerül annak túlzott szigorúsága. A jelenlegi szabályrendszer az originális készítmény árának 37%-ára csökkenti a generikus árszintet az egymást követő generikus gyógyszerek piacra lépése során, mivel az újabb belépő készítmény árát 40%, 20%, 10%, illetve 3*5%-kal kell alacsonyabban meghatározni a közvetlenül megelőző gyógyszerhez viszonyítva. Finanszírozói szemmel a tömegtermelésben előállított hatóanyagok piacán ez nem jelent vállalhatatlan kockázatot, az alacsonyabb forgalmú, kisebb hatóanyagpiacokon viszont akadályozhatja a generikus készítmények belépését, az árverseny kialakulását, s így végeredményben „visszafelé sülni el”: csökken a finanszírozó megtakarítása. Végezetül elméleti gyengeségként említhető, hogy a rendszer nem vesz tudomást a nagykereskedőknél és a gyógyszertárakban bekövetkező árréstömeg-csökkenésről, ezzel összefüggésben pedig arról, hogy a preferált referenciaársáv az árrés-szabályozás újragondolása nélkül számos

kisebb forgalmú patika gazdasági életképességét aknázza alá.

ÉSZREVÉTELEK A GYAKORLAT TALAJÁN – RÖVID TÁV

Nézzük meg most ezeket az elméleti szempontokat a gyakorlati tapasztalatok tükrében! Ha az első eredményeket pénzügyi szemszögből értékeljük, úgy a preferált referenciaársáv első alkalommal történő meghatározása az OEP várárazáson felüli „győzelmével” végződött. Az OEP 2011. augusztus 24-én sajtóközleményt adott ki, miszerint 2011. október 1-jétől (amikor is a licit nyomán kialakult árak hatályba lépnek) 458 gyógyszer ára fog csökkenni, átlagosan 25%-os mértékben [7]. A licit zárását követő utólagos áralkalmazkodás lehetőségével azonban tömegesen éltek a piaci szereplők, így szeptember 10-ig még körülbelül ugyanennyi termékre érkezett árcsökkentési ajánlat. Végeredményben tehát több mint 900 készítmény listaára csökken október 1-jétől, s ez az esetek többségében a térítési díjak csökkenését is eredményezi. A licit elérte a hozzá fűzött fiskális célokat, és 2011. utolsó negyedévére akkora megtakarítást generált, amelynek révén ismét az a valószínűbb, hogy a gyógyszerkassza túllépése utáni ún. sávós (igaz, immáron már teljes egészében a gyártók által állt) befizetésekre idén nem kerül sor.

A finanszírozó „pénzügyi győzelme” nagyrészt arra vezethető vissza, hogy a 15%-kal alacsonyabb támogatás – azaz a preferált referenciaársávból való kikerülés – veszélye átalakította a piaci szereplők stratégiáit. Míg a negyedéves fixítés hagyományos rendszerében a vaklicitnek nincs súlya (mivel a licit lezárását követően utólagos áralkalmazkodás keretében a referencia készítményével azonos támogatási feltételekhez lehet jutni), addig a preferált referenciaársáv esetében a licitáló gyártók reális és érdemi veszélyként fogták fel a fent bemutatott 15%-os támogatáskülönbséget. Ez számos hatóanyag esetében (ide tartozik gyakorlatilag minden olyan gyógyszer, amelynek dobozára ezer forintos nagyságrendű, vagy magasabb) jelentős, a pénztárca által is érezhető térítésidej-különbséget eredményezhet a beteg számára. Ezen megfontolások mentén egyes generikus gyártók jelentős, 50-70%-os árcsökkentési ajánlatokat nyújtottak be, feltételezhetően abban bízva, hogy ezt más gyártó nem teszi meg, s így csak saját készítményeik – vagy nagyon kevés más márkánév – kerül a preferált referenciaár sávon belülre. Sarkosan megfogalmazva: az új rendszer arra ösztönözte elsősorban a kis forgalmi részesedéssel rendelkező piaci szereplőket, hogy radikális árcsökkentési ajánlatok révén próbálják meg piaci részesedésüket növelni.

Ezek az „árletörő” stratégiák beváltak a tekintetben, hogy némely hatóanyag esetében – pl. egyes antipszichotikumok körében, ahol gyakorlatilag senki sem számított ekkora mértékű árcsökkentésekre – a konkurens nem-hogy a preferált referenciaár sávon, hanem a delistázási küszöbön is kívülre kerültek. Az összképet tekintve azonban

az árletörő stratégiák sikeressége megkérdőjelezhető. Egyfelől egyes fixcsoportokban harmad akkora árcsökkentéssel is megszerezhető lett volna a referenciastátusz, azaz a radikális árletörő stratégiák – tisztán üzleti szempontból vizsgálva – feleslegesen „zúztak szét” egyes piacokat. Másfelől az utólagos áralkalmazkodás során bekövetkezett az, amire vélhetően előzőleg nem számítottak sem a rendszer tervezői, sem a radikális árcsökkentési ajánlatokat benyújtó cégek: ti. a preferált referenciaár sávon kívülre kerülő gyógyszerek jelentős része a referenciaár alá korrigálta saját árát, méghozzá úgy, hogy térítési díja a 15%-kal alacsonyabb támogatás dacára is megegyezzen a referenciakészítmény térítési díjával. Ennek hatására viszont az árletörő stratégiák közvetlenül nem tudják a piaci részesedés növelését eredményezni, sőt a radikális árcsökkentéseket benyújtó cégek – hacsak nem sikerül háromszorosára növelniük forgalmukat egy harmadakkora árszintű piacon – saját maguk is árbevételről esnek el. Elgondolkodtató, hogy a licit sikeréhez az OEP és a szabályozó részéről szinte semmilyen taktiliai húzásra nem volt szükség: a gyártók közötti érdekegyezőségek hiánya, valamint a játékelméleti alapokon valószínűsíthető, de előre biztosra nem vehető egyéni stratégiák mentén maguk a licit szereplői juttatták – legalábbis rövid távon – győzelemhez a finanszírozót.

LEHETSÉGES HOSSZÚ TÁVÚ ÉS SZÁRMAZÉKOS HATÁSOK

Jóval összetettebbnek gondoljuk a hosszabb távú implikációkat. Ezek kiegyensúlyozott értékeléséhez észre kell vennünk egyfelől azt, hogy a mai magyar gyógyszer-támogatási rendszer – amely immáron Európa túlzás nélkül egyik legszigorúbb rendszere – szabályozási logikája a rövidtávú fiskális szemlélet dominanciájára épül. Ez számos hatóanyagpiacon a generikumok számára sem kínál kedvező piaci környezetet, nem ösztönzi új belépők megjelenését, így összeütközésbe kerül a hosszú távú fenntarthatóság, illetve hatékonyság szempontjaival. A vélhetően irreális megtakarítási elvárások okán a rendszer túlfeszített: a piaci és a bürokratikus szabályozók olyan kombinációját alkalmazza, ami a piac dinamikája szempontjából már „túl sok”. A kettős szabályozási logika talán bizonytalanságot is tükröz: a szabályozó és a finanszírozó nem bíznak abban, hogy a piaci ösztönzőkre alapuló eszközök rendszerszinten működni fognak, s így „B-tervként” megteremtik a lehetőséget olyan eszközök használatára is, amelyek bürokratikus úton kényszerítik ki a piaci alkalmazkodást.

Mit jelent mindez konkrétan? A vaklicit olyan támogatáspolitikai felfogást tükröz, amely hisz a generikus árversenyben, így annak hatékony működési kereteit kívánja megteremtteni. Az alacsony generikus belépési küszöbök alkalmazása ezzel szemben a spontán árversenybe vetett hit hiányára, a „ragadós áráktól” való félelem meglétére utal. Ilyenkor a szabályozó bürokratikus eszközökkel – jogszabályi úton – kívánja kikényszeríteni az alacsony generikus készítményárakat. Önmagában mindkét megközelítés elképzelhe-

tő szabályozási logikát jelent, ám a mai magyar rendszerben a szabályozó és a finanszírozó mindkét megközelítést egy-szerre akarja alkalmazni. Először a belépési küszöbök révén az originális készítményár 37%-ára csökkentik a referencia-árszintet, majd a vaklicit révén további versenyre kényszerítik a piaci szereplőket. Több mint kétséges, hogy e kettős szabályrendszer felállításakor számoltak-e azzal: ilyen restriktív szabályozás mellett a tömeggenerikumok piacain kívül akár meg is szűnhet a generikus verseny, mert már a generikus cégeknek sem éri meg készítményeikkel piacra lépni. Senki sem tudja pontosan, hogy a gyógyszeripar egyes szereplői mikor jutnak el ténylegesen arra a pontra, hogy Magyarországon nem tudnak gazdaságosan működni, de a „kivéreztetés” – és ezzel egy fontos nemzetgazdasági ágazat megroppanása – egyre közelebbinek látszik. Kérdés az is, hogy a kormányzat mit tud – és mit kíván – tenni az esetben, ha bizonyos hatóanyagok – a túlzottan restriktív környezetben – nem lesznek Magyarországon hozzáférhetőek.

Az ilyen szcenáriók említését a finanszírozó gyakran tekinteti retorikai fogásnak, ám jelen esetben egy teljesen új – tenderjellegű – működési modell indulásáról van szó, ami megköveteli, hogy ilyen eshetőségekkel a szabályozó – az ellátás folyamatossága érdekében – érdemben kalkuláljon. Való igaz, a nemzetközi tapasztalatok alapján nem az ellátásbiztonsági kérdések okozzák a legnagyobb galibát a tenderjellegű megoldások alkalmazásakor, ezzel együtt Hollandiában és Belgiumban épp az vezetett hasonló finanszírozói kezdeményezések visszavonásához, hogy a tenderfolyamat végére nem maradt szállítani képes, megnyugtató infrastrukturális háttérrel rendelkező gyártó [3]. Ezt a kockázatot a magyar rendszer is magában hordozza. Az OEP ugyan – jogszabályi előírás alapján – nyilatkoztatta meg a preferált referenciaár sávba tartozó készítmények gyártóit arról, hogy a folyamatos betegellátáshoz szükséges mennyiséget biztosítani tudják, ám kérdés, hogy éles helyzetben egy ilyen nyilatkozat mennyire kikényszeríthető, illetve a szállításra való képtelenség révén okozott károk mennyiben lesznek átháríthatók. Annyi bizonyos, hogy ellátási zavar esetén a felelősség kérdése egyértelmű: az a késedelembe eső gyártót terheli.

Szót kell ejteni néhány olyan származékos hatásról, amely a gyógyszerkasszában kívül jelentkezhet. Egyfelől a szabályozó és a finanszírozó a licit megtervezése és lebonyolítása során nem vették tekintetbe azt az amúgy igen visszás állapotot, hogy a magyar háziorvosok – és egyes szakorvosok szakmák – javadalmazásának elfogadható szintre hozásában központi szerepet játszanak a gyógyszeripar által biztosított juttatások. Ezek költsége per definitionem beépült a készítményárakba, azaz a gyógyszerkassza finanszírozza a háziorvosi és a kórházi kasszákat. Az egész Széll Kálmán Terv legsúlyosabb és alapvető félreértése, hogy a magyar gyógyszerkassza aránytalanul magas: ez így nem igaz, ehelyett az igaz, hogy a kasszák között strukturális feszültségek vannak. Viszont a jelenlegi rendszer keretein belül maradva, ha a szabályozói és finanszírozói intézkedések

hatására az árszint olyan alacsony lesz, hogy eltűnik az orvosoknak biztosított legális juttatásokra fordítható termékfedezet, úgy két dolog lehetséges: vagy eltűnnek az orvosoknak biztosított kiegészítő juttatások, vagy eltűnnek maguk a generikus termékek, s így csökken a rendszerszintű forrásfelszabadítási potenciál. Az állam mindkettővel veszít, igaz, más kasszában, és a feszültségek is más formában jelentkeznek.

Másfelől az augusztusi licit igen negatív hatással lehet a magyarországi gyógyszeriparra nézve. Tény, hogy az iparpolitikai szempontok érvényre juttatásának nem a gyógyszerkassza a megfelelő terepe, ennek ellenére a mostani beavatkozás legalább három fontos ellentmondást hordoz magában. Egyfelől nemzetgazdasági egyenlege negatív lehet: a most kialakult alacsony árszintek tovagyűrűzése – mind az exportbevételekre, mind a foglalkoztatásra gyakorolt hatásokon keresztül – nettó veszteséget okozhat a magyar gazdaságnak. Másfelől a kormányzat a jövőben várhatóan kevésbé számíthat a „nemzeti” gyógyszergyártók lojalitására: a gazdasági racionalitás alapján ezek – a forgalmuk túlnyomó többségét kitevő exportbevételek védelme érdekében – termékkivonatokat fognak végrehajtani, illetve közpétávon a hazai termelés helyett a tömeges hatóanyag-import is előtérbe kerülhet. Harmadrészt önmagában visszás, hogy a szabályozás mostani logikája – a kinyilvánított iparpolitikai elképzelések dacára – az alacsony fixköltségekkel működő importőrcegeket részesíti előnyben a hazai gyártókkal és az új generikumokat piacra vivő nemzetközi generikus cégekkel szemben.

Szintén kedvezőtlenül érinti a preferált referenciaársáv a nagykereskedőket és a gyógyszertárakat. Számukra egyfelől problémát jelent önmagában az árréstömeg várható csökkenése, s ez – ahogy fentebb említettük – az árrés-szabályozás átalakítása nélkül komoly gazdasági következményekkel járhat esetükben, melyek közül a patikacsődök és patikabezárások a legkönnyebben észlelhetők mindenki számára. Szintén érzékelhető hatással lesz az ellátási minőségre, ha – a költségnyomás okán – csökken a nagykereskedői kiszállítások száma, avagy egyes logisztikai központok bezárásra kerülnek. Másfelől az árréstömeg csökkenéséből fakadó problémát tovább súlyosbítja, hogy az utólagos áralkalmazkodás nyomán a termékéleségek száma

alig csökkent, így a kereskedelem szereplőinek – némi leegyszerűsítéssel – szinte ugyanakkora választékot kell forgalmazniuk jóval alacsonyabb árszinten. Közel biztosra vehetjük, hogy ezt nem fogják „szó nélkül” megtenni, így fel kell készülni arra, hogy sok termék nem lesz készletről elérhető, így a mai helyzethez képest is terjedni fog az a gyakorlat, hogy a gyógyszertárak csak a vény birtokában rendelik meg a gyógyszert, és a betegeknek legalább kétszer kell menniük a patikába.

További származékos hatás, hogy a benyújtott radikális árcsökkentési ajánlatok akár azt az üzenetet is közvetíthetik a hatóságok felé, miszerint a mai magyar gyógyszer-támogatási rendszer egészére ilyen mértékű tartalékok jellemzők. Ez bizonyosan nincsen így, ám ha a Széll Kálmán Terv implementációja során a döntéshozók az augusztusi árcsökkentési ajánlatokból indulnak ki, és azokat általánosítják, úgy kevés esély marad az európai színvonalú gyógyszerellátás megőrzésére. A cégszintű üzleti stratégiák ekkor hatalmas taktikai hibává összegződnek iparági szinten. Ezzel együtt azonban azt tartjuk valószínűnek, hogy a gyártók a jövőbeni árlicitek alkalmával óvatosabbak lesznek: a mostani árletörés után várhatóan „rebound-effektus” következik, és elmaradnak az érdemi árcsökkentések. Az, hogy az utólagos áralkalmazkodások miatt a preferált termékek aligha tudják érdemben növelni piaci részesedésüket, szintén az árverseny elmaradását valószínűsíti a következő licit eljárás során. Az OEP ugyanakkor egy ciklusra még biztos megtakarítással kalkulálhat annak révén, hogy a referenciaárak a mostanihoz 15%-kal alacsonyabb szintre fognak csökkenni. (Igaz, ezt még egy ciklussal később már többletkiáramlás követheti amiatt, hogy minden olcsó termék bekerül a preferált referenciaársávba, és nem marad olyan, amely 15%-kal alacsonyabb támogatási összegre volna jogosult.)

Elemzésünk lezárásaképpen pedig kritikával illethető az is, hogy a preferált referenciaársáv révén elért megtakarítások semmilyen mértékben nem az új, innovatív gyógyszerekre fordítódnak vissza, hanem ehelyett forráskivonásra kerül sor. Az új hatóanyagok piacra jutását tehát a preferált referenciaársáv önmagában nem segíti; azok továbbra is saját magukat finanszírozva, („nulla költségvetési kihatás”) kiadás semlegesen kerülhetnek támogatásba, ami közép- és hosszabb távon aligha fenntartható megoldás.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Országos Egészségbiztosítási Pénztár – Hirdetmény a 2011. október 1-jével életbe lépő fixesítésről. URL: http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/SZAKMA/OEPUSZAK_EUSZOLG/GYOGYSZER/FIXES%C3%8DT%C3%89S/HIRDETMEY_20111001%200801.PDF Letöltés ideje: 2011. szeptember 19.
- [2] DANKÓ D. – MOLNÁR M.P. [2010b]: Stratégiai szemlélet a gyógyszertámogatásban IV. rész – Cselekvési program és a paradigmaváltás szükségessége in: IME, 9. évf., 3. szám, 10-20. o.
- [3] KANAVOS, P. ET AL. [2009]: Tender systems for outpatient pharmaceuticals in the European Union: Evidence from the Netherlands, Germany and Belgium. LSE, London.

- [4] Colaizzi JL, Lowenthal DT. Critical therapeutic categories: a contraindication to generic substitution? Clin Ther. 1986;(4):370-379.
- [5] European Medicines Agency (CHMP). Guideline on the investigation of bioequivalence. 2010 január.
- [6] Helderma, JH. Generic Substitution for Immunosuppressive Drugs. Dialysis & Transplantation. 2011(1), 37-40.

- [7] Jelentősen csökkenő gyógyszerárak október 1-től – Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár közleménye. URL: http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_HIREK/SAJTOSZOBA/TAB36490194/K%C3%96ZLEM%C3%89NY20110823.PDF. Letöltés ideje: 2011. szeptember 19.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dankó Dávid közgazdász, a Budapesti Corvinus Egyetem (BCE) Vezetéstudományi Intézetének kutatásvezetője, doktorjelöltje. 2003 és 2008 között szakértőként vett részt számos stratégiai és egészségügyi tárgyú projektben. 2008-tól 2010 elejéig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztályának stratégiai, elemzési és integrációért felelős főosztályvezető-helyetteseként fő feladata a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre vonatkozó ártámogatási koncepciók kialakítása, a

döntés-előkészítést támogató elemzési tevékenységek koordinálása, valamint a főosztály nemzetközi kapcsolatainak irányítása volt. Jelenleg elsődlegesen támogatáspolitikával, valamint a beteg-együttműködés fokozásával kapcsolatos kérdésekkel foglalkozik. Emellett az Ideas & Solutions stratégiai tanácsadó cég ügyvezetőjeként stratégiai üzleti modellek, piacra viteli és portfólióstratégiák kialakításán dolgozik gyógyszeripari és orvostechnikai vállalatokkal. E témákban nemzetközi konferenciák rendszeres előadója, számos szakkikk és tanulmány szerzője, illetve társszerzője.



Dr. Molnár Márk Péter orvos-közgazdász. Orvostudományi és közgazdasági diplomáit 2005-ben szerezte, majd a Budapesti Corvinus Egyetem (BCE) Vezetéstudományi Intézetében folytatott oktatói és kutatói munkát, elsődlegesen az egészségügyi szervezetek teljesítményének mérése, egészségügyi intézmények irányítása, változásvezetés témakörökben. Emellett az ESKI Technológia-értékelő Irodájának külső munkatársaként gyógyszerkészítmények kritikai értékelését végezte. 2006 decemberétől

2010 elejéig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Gyógyszerügyi, majd Ártámogatási Főosztályát vezette, ahol kiemelt céljai a gyógyszerártámogatási rendszer hosszú távú stabilitásának megőrzése, a főosztály belső szakmai munkájának fejlesztése, valamint a gyógyászatsegédeszköz-ellátás átalakítása voltak. 2010-től a Budapesti Corvinus Egyetem kutatásvezetője, elsődleges tudományos érdeklődési területe a beteg-együttműködés és az egészségkommunikáció, illetve ezek figyelembevétele a gyógyszerártámogatási rendszerben. Emellett a Magyar Egészségkommunikációs Egyesület (MEKE) elnöke, konferenciák rendszeres előadója, több publikáció szerzője.

Újabb többletfinanszírozás a kórházaknak

Réthelyi Miklós nemzeti erőforrás miniszter közel 3 milliárd forintnak megfelelő, összesen 19589,45 súlyszám kiosztását engedélyezte a 2011. évi fekvőbeteg-szakellátást szolgáló tartalékkerete terhére (jelenleg 1 súlyszám értéke 150 000 forint). A többletfinanszírozást az intézmények három hónapos (augusztus, szeptember, október) teljesítményük alapján használhatják fel.

A NEFMI Egészségügyért Felelős Államtitkárságának javaslata alapján az elosztás bázisát a 2010. november. 1. és 2011. július 31. közötti teljesítményvolumen-korlátot (TVK-t) teljes mértékben igénybevetett szolgáltatók adták.

A tartalékkeret:

- 80%-a a kórházak teljesítményeinek arányában, de maximum a TVK 110%-áig,
- 20%-a az egynapos sebészetet végző intézmények egynapos teljesítményeinek arányában került felosztásra.

Az egészségügyi szolgáltatóknak most kiosztott súlyszám-mennyiséget az Országos Egészségbiztosítási Pénztár előzetes értesítője tartalmazza.

Az egészségügyi szolgáltatók Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló kormányrendeletben meghatározott tartalékkeret kiosztása a korábbiakhoz hasonlóan, a szolgáltatókat képviselő szakmai szervezetekkel folytatott előzetes egyeztetés után, az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével történik.

NEFMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011 szeptember 30.