

Innovációk és támogatási elvek összehangolása a gyógyszerellátásban

Dr. Bacskai Miklós, Dr. Nagy Bence, Healthware Kft.,
Dr. Dávid Tamás, Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete

Egy gyógyszer életciklusa több dekádra terjed ki, a hatóanyag felfedezésétől a törzskönyvezésen és forgalomba hozatalon át, a terápiás használatból való kivonásig. A forgalmazás ideje alatt a gyártó a bevételeinek maximalizálására, míg a szolgáltatásvásárló kiadásai alacsony szinten tartására törekszik, sokszor nemcsak az árak és támogatások, hanem a támogatott listán eltolható idő csökkentésével. Az elmúlt években a gyártók és finanszírozók között kötött szerződések tekintetében jelentős fejlődési folyamat figyelhető meg nemzetközi és hazai szinten, ahol a hozzáférést befolyásoló intézkedések zömében a nagy értékű, innovatív termékeket érintik. A betegség-menedzsment és teljesítményalapú finanszírozás alkalmas eszköz lehet az átlátható szabályozás kialakításához, sőt a szükséges erőforrások jelentős részét sokszor az állam piaci partnerei szolgáltatják az Unióban. A hazai extraadók logikája a célzott ráfordítások hatékonyságának útjában áll, az elmozdulás iránya a közszolgálati partnerség fejlesztése, a közös egészségügyi programok és az ezt támogató adókedvezmények rendszerének kialakítása lehet. A támogatási rendszer fejlesztése során a kölcsönös együttműködés és a finanszírozási kockázatok közös vállalása lehetőséget adhat az állami forráskivonás tendenciájának megváltoztatására, a betegellátás minőségének javítása mellett.

A pharmaceutical product's life-cycle takes more decades from the authorization till the elimination, the Manufacturer aspire to maximize its revenues while the Financer to minimize its expenditures. The interventions of the Financer for predictable expenditures reduced not only reimbursed prices and amounts, but the reimbursed period, too. In recent years, many new cooperation forms were observed at the international practice that was created commonly by the Manufacturers and Financers. On the new forms of cooperation like disease-management and performance-based agreements manufacturers ensure the needed extra capacity in Europe, while in Hungary the new added pharma-taxes may stand in way of the targeted expenditures. The scheme for the development of mutual cooperation and common responsibilities in the financing commitment provides an opportunity to change the tendency of the government handle of resources and improve the quality of patient care.

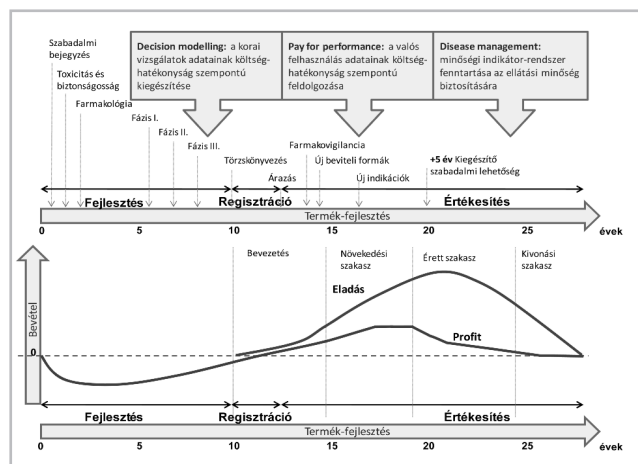
HÁTTÉR

Az egyes egészségügyi terápiákhoz való megfelelő hozzáférés biztosítása általában a méltányosság és méretgazdaságosság közötti vitába torkollik. A társadalombiztosítás legnagyobb kihívása, hogy minél több ember számára biztosítsa az egészség visszanyeréséhez szükséges kezelést, s mindezt a beteg számára elfogadható pénzügyi terhek mellett. A véges források arra ösztönzik a biztosítót, hogy csak akkor cseréljen le bizonyos terápiás lehetőségeket, ha az alternatíva megfelelő költség-hatékonysággal rendelkezik, s a hozzáférést kapott betegek körében ez az eredményesség várhatóan igazolódik. Sajnálatos tény, hogy a rászorulóknak száma mindig nagyobb egyes innovatív terápiák tekintetében, mint amit a biztosító első körben finanszírozni tud. Az ellátott betegszám, a szabályozott kínálatból szűkített hozzáférés méltányolható szintje egészségpolitikai döntést, míg a gazdasági fenntarthatóság és hozzáférés bővíthetőségének vizsgálata folyamatos egészség-gazdaságtani és finanszírozási felügyeletet igényel.

A gyógyszergyártók ellenben tökebefektetéseik gyors és biztos megtérülésében érdekeltek, amit részükről egy adott terápia kifejlesztési és bevezetési költségének nagyságrendjei indokolnak. Egy molekula fejlesztése átlagosan 8-12 évig tart, aminek költsége meghaladhatja 800-1000 millió USD-t, s a közvetlen kiadásokat tovább növeli, hogy 10 000 szintetizált molekulából, csak 5 humán vizsgálatban is tesztelhető hatóanyag nyerhető, amiből csak egy-egy darab éri el a piacot. További kockázat, hogy három bevezetett molekulából várhatóan egy válik jó eséllyel nyereségessé, amit a versenytársak fellépése és a szolgáltatásvásárlók közötti alkuk sikeressége jelentősen befolyásol.

Az általános iparági magatartás e tekintetben úgy alakult át, hogy a gyártók tudatosan törekednek befektetéseik tőkekockázatának mérséklésére. Egyrészt már egy termék életciklusának korai szakaszában megosztják kockázataikat a klinikai vizsgálatokat kivitelező kutatóműhelyekkel, a farmakoökonomia módszereivel ciklusokban igazolják a terápia költség-hatékonyságát a szolgáltatásvásárló irányába, a minőségi garancia vállalás kiterjesztéseként egyre inkább szolgáltatásszerű, aktívabb szerepet vállalnak a betegoktatás és beteg-vezetés területein az életciklus érett fázisában. Alapvetően érdekeltek a finanszírozóval köthető együttműködések formáinak fejlesztésében, hiszen a befektetés megtérülésének legfontosabb záloga a támogatásba kerülés idejének lecsökkentése, illetve a pozitív listán töltött idő maximalizálása, lehetőleg a szabadalmi védettség lejáratát követően is.

A gyógyszer-támogatásban egyre nagyobb szerepet kapnak az adott terápiás területre alkalmazott kockázat-megosztási szerződések, amik azonban sokszor csak makrogazdasági okokra visszavezetett pénzügyi kötelezettséget takarnak a generikus molekulák megjelenéséig. A gyártói oldal egyre inkább abban érdekelt, hogy az egyoldalúan előírt kedvezmények rendszerét, a terápia és ellátás eredményességét és minőségét igazoló tervezhető, tartós programok és együttműködés váltsa fel a jövőben [1].



1. ábra
A gyógyszergyártók beavatkozási stratégiái egy termék életciklusa során

A GYÓGYSZER-TÁMOGATÁSI RENDSZER ÁTALAKÍTÁSI FOLYAMATA

A 2011. év gyógyszer-támogatási előirányzatának betartását szolgáló, valamint a Széll Kálmán-terv alapján a gyógyszer-támogatási rendszer átalakításának elemeit tartalmazó törvénymódosítási javaslatcsomag jelentős szakmai és felügyeleti kihívásokat határozott meg. Az összetett egészség-gazdaságtani szempontok kiemelten jelennek meg a támogatási kifizetések, volumen szerződések értékelése és újratárgyalása során, ahol a finanszírozási terhek megosztása érdekében a biztosító és a forgalmazó között polgárjogi szerződés kerül megkötésre. A tervezett felhasználási keretszámoknak jelentős befolyása van az ellátói rendszer minőségének és méretgazdaságosságának kiépítésében, amihez a terápiás eredményesség alapú finanszírozás garanciavállalásai és a finanszírozási kockázatok kezelésére bevezetett, a betegek felelősségét is nevesítő protokollok társulhatnak.

Különösen a nagy értékű terápiák esetében az állam nem a klinikai vizsgálatokban elért, hanem az adott betegcsoportra a valós hazai körülmények között bizonyított eredmények szerint érdekelt a támogatás biztosításában, s ez képezi a gyógyszergyártói kompenzálás alapját az eredménytelenség igazolhatósága esetén. A széles körben felvállalható finanszírozói logika érvényesítése és hatékony működtetése befektetést, komplex, obszervációs vizsgálati protokoll szintű megközelítést igényel, hiszen az ellátórendszer minden szereplőjének a terápia-eredményességet kell szolgáltatnia.

Mindez feltételezi a garancia-szempontok, az értékeléshez használatos statisztikai számítások, elfogadási tartományok és hibahatárok előzetes definiálását, de az értékelhetőség maga a megbízható teljesítmények fenntartásán alapul. A folyamatok előre meghatározott cél szerinti működéséhez teljesítmény alapú ösztönzők és ellenőrzési rendszer kialakítása, valamint az ellátási- és betegregiszter feladatok adminisztrációs támogatása is szükséges.

Jelentős újdonságot hordoz a betegek részéről elvárt együttműködést, a direkt költséghatékosság fokozásával ösztönző intézkedéscsomag. A kormányzat elkötelezte magát, hogy egyes krónikus betegcsoportokban (pl. magas vérnyomás, 2-es típusú cukorbetegség, vérszírvagy, krónikus tüdőbetegség) az együttműködő betegek magasabb, míg a nem együttműködő, az előírt célértékeket el nem érő betegek alacsonyabb támogatási kulcsot kapjanak.

Az összetett célok és feladatok eredményes és igazságos kivitelezése megvalósíthatósági és stratégiai háttér tanulmányokat, információs és adminisztrációs rendszerek fenntartását igényli a szereplők részéről a betegek eredményes és költség-hatékony ellátásának biztosításához. Célszerűnek tűnne az igényelt elemzések elvégzéséhez a GYEMSZI, az OEP és az érintett piaci szereplők erőforrásaik, szakértői kapacitásainak együttes felhasználása a döntéshozatali és felügyeleti mechanizmusok hatékonyságának növelése érdekében.

A SZOLGÁLTATÁS VÁSÁRLÓI MAGATARTÁS FEJLESZTÉSE

Egy-egy támogatott ellátás folyamatos árfelülvizsgálaton esik keresztül, ami a befogadás pillanatától a támogatás időszakára szól. A tapasztalatok alapján meghatározott befogadási árkorlát egyre jobban pontosítható a valós felhasználás során megállapított eredményességi és bizonytalansági tényezők alapján. Az előbbieket alapján a finanszírozó konkrét elvárt ár felállítását is alkalmazhatja, amivel a cég által beárazott előnyöket kérheti számon, az utóbbiak hatékony kezelése érdekében – a megfelelő szabályozás kialakításáig – árkedvezményekre tarthat igényt, illetve a célok eléréséhez meghatározott mértékű befizetési kötelezettségeket szabhat ki.

Az árak kérdésében a gyártók többnyire merev álláspontot képviselnek, hiszen a globalizálódott piacon történő profitmaximalizálás érdekében ezen a téren kevés mozgásteret engednek egy-egy ország esetében. Tény, hogy a gyártók termékeik beárazása során több megtérülés-kockázati tényezőt is figyelembe vesznek, de ezek kezeléséhez igényt is tartanak az árbevételből származó tartalékokra. A visszafizetési logika csak akkor elfogadható számukra, ha annak terhére stratégiai lépések történnek termékeik terápiás sikerességének és a támogatotti körben való tartós elérésének biztosításához. Megfigyelhető tendencia, hogy a gyártók bevételeik optimalizálása végett egyre inkább a betegközpon-tú, kapcsolt szolgáltatások fejlesztésében válnak érdekeltté a jövőben. Mindez több etikai problémát vethet fel, az-

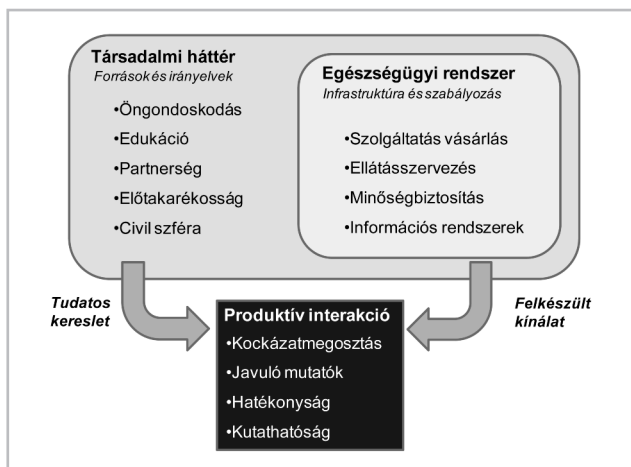
az befizetések terhére kialakított közszolgáltatások csak a saját termékeket igénybe vevő betegek részére címzett kedvezménynek minősülnek-e, továbbá ez összhangba hozható-e az uniós elvekkel, ami a támogatott gyógytermékek reklámozására, illetve egyéb ösztönzők felhasználásának felügyeleti kontrolljára vonatkozik [2, 3].

A felmerülő problémák és az eltérő érdekeltségeket komplex módon kezelő szabályozás bonyolultságának ellenére nemzetközi példák mutatják be, hogy a nagy értékű, innovatív és/vagy jelentős kiadásokkal járó krónikus betegségek egy részénél, tartós együttműködés alakítható ki a finanszírozó, szolgáltató, gyártó és beteg között. Az ún. betegség-menedzsment programokban a szereplők közösen vesznek részt a terápiás siker biztosításában, adminisztrációjában, sokszor magában a finanszírozhatóság fenntartásában, ami kockázatok megosztásával, valamint fix díjak vállalásával járhat. A kapcsolódó indikátor és ösztönző rendszerek a minőség fenntartására szolgálnak az adminisztráció, a terápiás eredményesség, a beteg-együttműködés bónusz-málsuz logikájú értékelésével [4, 5].

Jelenleg a hatásosságot igazoló klinikai kimenetek jelentős részét nem rögzítik az OEP jelentési rendszerei, azok eddig csak tételes, helyszíni ellenőrzés során voltak elérhetőek. A kapacitástervezéshez és az ellátási események körülményeinek részletesebb rögzítéséhez kiépülő betegregiszterek feladataik kombinálásával nem csak a betegállapot és az egészségügyi szolgáltatások követésére, de mind az egyéni, mind a betegpopulációra vonatkozó eredményesség meghatározásában is részt vehetnek. Az egyén szintjén lehetőséget adnak a protokoll szerinti beavatkozások időben megfelelő alkalmazására, míg populációs szinten az eredményorientált ellátási lépések kialakításában, a szereplők kölcsönös felelősségének meghatározásában, a kockázatmegosztó szerződések kialakításában.

Miután a terápiás eredményességet befolyásolhatja az ellátóhely, orvosok és betegek különbözőségei, mind a felkészültségük, mind az együttműködésük hatékonysága alapján, ezért indokolt olyan indikátorok használata, amivel ezeket a hatásokat kiszűrhetjük az érintett terápiák hasznosságának megítélésükor. A fentiek figyelembe vételével már nemcsak a terápiás költségek különbségét, hanem az eredményesség közötti eltérés is meghatározható a megfelelően korrigált mutatók segítségével, s ez akár inkrementális költség-hatékonyság ráták használatán alapuló támogatás-szerződések kialakítását is lehetővé teszi [6].

Egy jól működő betegség-menedzsment rendszer epidemiológiai, népegészségügyi, beteg-együttműködés mérésével kapcsolatos információkat hordoz. Az eltérő célú és szerkezetű mutatószámok nem csak finanszírozási feladatokra használhatóak fel, hanem a rendszerszintű teljesítmény és az elvárt minőség fejlesztésére is. Bár egy finanszírozási protokoll kialakításánál a gazdaságosság értékelése áll a középpontban, fontos az indikátorok kapcsolatainak tisztázása az eredményesség, a biztonság, a beteghozzáférés, a méltányosság, a hatékonyság, az elfogadhatóság és az alkalmasság dimenzióival is. Az eltérő populációs, beteg-



2. ábra
A betegség-menedzsment programok felépítése

központú és klinikai nézőpontok kifejezésére a strukturális, a folyamat és a kimeneti indikátorok összetett csoportjai alakíthatók ki [7].

MŰKÖDTETÉSI LEHETŐSÉGEK

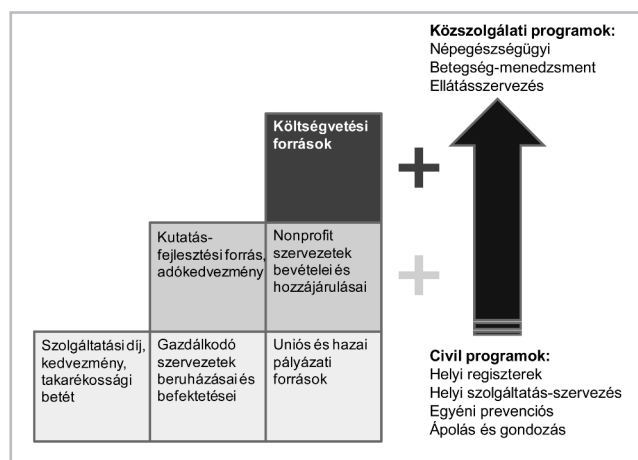
A többcélú és magas adminisztrációs igényű rendszernek nem csak a létrehozása, de tartós működtetése is jelentős mértékű, jól tervezhető bevételeket igényel. A gyógyszergyártókat terhelő adó és díj jellegű befizetések komoly forrásokat jelentenek a kassa fenntartásában, azonban a konkrét célú hozzájárulások helyett az általános visszafizetési logika érvényesül. Formailag az árvo-lumen szerződések felelhetnek meg a továbbfejlesztés irányának, ahol polgárjogi szerződés keretein belül keveredik az árkedvezményre és kockázatvállalásra ösztönző irány. A kötelezettségek vállalása és felelősségek áthárítása némileg egyoldalú a gyártói oldal terhére, de a szóban forgó összegek konkrét felhasználásának megkötésével a kétoldalúság optimalizálható.

A rendszer bevezetéséhez és fejlesztéséhez egyértelmű pénzeszközt jelentenek az újranyitott uniós pályázati források, azonban a működtetés biztonsága egy idő után már a költségvetési források rendelkezésre állásának is a függvénye. A gyártói befizetések egy részének célirányos felhasználása mellett az OEP további tartalékokat képezhet az egyes gyógyító kasszák közötti átcsoportosítások végrehajtásával. Hatékony megoldásként, a betegség-menedzsment programok önálló mikrokasszák felállítását jelenthetik, amik akár a külön nem címzett költségvetési és önálló gazdálkodásból származó források gyűjtőhelyeivé válhatnak.

Új típusú gyártói kötelezettségek definiálhatóak az ellátási feladat támogatásához szükséges betegregiszter bevezetésére és finanszírozására. Az emelt szintű minőségbiztosítási háttérre épített ellátásszervezési szolgáltatások többetbevételel eredményezhetnek a lakosság oldaláról is. Amennyiben az európai gyakorlathoz hasonlóan a beteg-ösztönzés szempontjából éves betegdíjak is meghatározásra kerülhetnek, megteremtődik a beteg-együttműködésre

épülő támogatási rendszer következő pillére is. A visszahívásra, edukációra és betegnapló vezetésére kötelezett betegek nem csak a szankciók, hanem bizonyos termékek és szolgáltatásokhoz való hozzáférésük biztosításával, pozitív ösztönzők alanyaivá is válhatnak.

Az intézményi háttér tekintetében az önállóan működő és gazdálkodó költségvetési szervezetek, alaptevékenységeinek teljes körű ellátása mellett, a szabad kapacitásainak kihasználásával vállalkozói tevékenységet is végezhetnek. A vonatkozó jogszabályok értelmében az OEP akár gazdálkodó szervezetet is alapíthat, abban tagsági jogviszonyt létesíthet, részesedést szerezhet. Egy állami gazdálkodó szervezet eseti konzorciumi tagságának sincs jogi akadálya, ahol a finanszírozó és végrehajtó tagok elkülönülnek, míg az elért eredmények létrehozásában kivett munkarész biztosíthatja a szereplők szellemi és vagyoni tulajdonjogának alapját. A 100%-os állami tulajdonban lévő nonprofit szervezetek a megfelelő kontroll-mechanizmusok kialakításával rendkívül rugalmas feladat-ellátási és szervezési formát biztosíthatnak. Az egyes ellátási területek vonatkozásában társult közhasznú nonprofit szervezeteken keresztül a feladatfinanszírozás kiegészülhet az adományok és felhasználható innovációs járulékok bevonásával is [8, 9].



3. ábra
Betegség-menedzsment programok lehetséges működési forrásai és környezete

Egy új közszolgáltatás létrehozását az állam különböző mértékben a magánszférára is bízhatja. A közbeszerzés hagyományos modelljében az állam a nyújtani kívánt közszolgáltatás szempontjai alapján határozza meg infrastrukturális igényeit, míg a kockázatot és a finanszírozást maga viseli. A PPP (Public Private Partnership) a közszolgáltatások biztosításának olyan formája, amelyben a közfeladat ellátásához szükséges létesítmények, intézmények, eszközök tervezésébe, létrehozásába, fenntartásába, finanszírozásába az állam bevonja a magánszektort. A DBFO (design – build – finance – operate) struktúra esetében a finanszírozás is a magánszektort terheli, ami által új finanszírozási források válnak elérhetővé. Az összeadódó források révén az egyes beruházások hamarabb megvalósulnak, javítva a megtérülési feltételeket és a célok elérését.

A megoldás sokat vitatott jellege ellenére hatékony kockázat-megosztási mód lehet az állam szolgáltatásvásárlói szerepének továbbfejlesztésére, betegregiszterek, betegség, illetve betegellátási programok kialakítására és országos kiterjesztésére. Mindez az együttműködés átlátható és vállalható jogi szabályozását tételezi fel, a feladatok és felelőségek pontos definiálása mellett [10, 11].

KUTATÁS-FEJLESZTÉSI FORRÁSOK

A gyógyszergyártói oldal és magánszféra forrásbevonásának további ösztönzője lehet a betegség-menedzsment szolgáltatások kiépítése során végzett kutatási és fejlesztési feladatok elismerése. Az Európai Közösség kutatási, technológiafejlesztési és demonstrációs tevékenységekre vonatkozó hetedik keretprogramjának (2007–2013) kiemelt célja az egészségügy, a társadalom-gazdaságtan és a human tudományok területein zajló kutatások fejlesztése. A téma keretében elsődleges kutatási célként jelenik meg az egészségügyi ellátó rendszerek minőségének, hatékonyságának és szolidaritásának javítása, ill. annak lehetővé tétele, hogy az egyes országok tanulhassanak más egészségügyi rendszerek tapasztalataiból és fenntarthatóságából. A tevékenység a különböző beavatkozások költségének, hatékonyságának és előnyeinek felmérésére, az egészségügyi rendszerek szervezeti, finanszírozási és szabályozási kérdéseire, gyakorlati megvalósítására és eredményeire összpontosít.

Az ágazatot felügyelő állami szervek feladatai között az ellenőrzési és felügyeleti teendők mellett jelentős szerepet kapnak a tervezési és fejlesztési tevékenységek is. Az OEP fejleszti az egészségbiztosítás feladatainak ellátásához szükséges informatikai rendszereket, részt vesz az egészségbiztosítást érintő rövid, közép- és hosszú távú fejlesztési koncepciók kidolgozásában, a GYEMSZI az egészségügygel, az egészségügy finanszírozásával kapcsolatos fejlesztési, elemzési és értékelési, kutatási, szakértői és szakmai támogatási feladatokat lát el. Az államigazgatási szervezetek és közfeladatok kutatási projekteken keresztül támogatása mind a kapcsolódó feladatvégzés minőségét, mind célirányos működési költségvetéseik bevételi oldalát növelheti [8, 9].

A kutatás-fejlesztési tevékenység jelenlegi és jövőbeli adókedvezményekkel történő ösztönzése új forrásokat és lehetőségeket nyithat meg az egészségügyi piac szereplőinek oldaláról, hogy a befogadási tárgyalásokon valós adatokon alapuló kassza-hatás modellekkel, vállalható minőségi- és teljesítmény-garanciákra, betegregiszterekre és finanszírozási technikákra vonatkozó javaslatok birtokában jelenjenek meg.

ÖSSZEFOGLALÁS

A gyógyszeripari érdekek és gyógyszer-támogatási elvek igazán eredményes összehangolása nem a tárgyalászatóknál előre vagy utólag meghozott szankciókon keresztül,

hanem a célirányos szolgáltatás és ellátásszervezés valós idejű folyamatai során valósulhat meg. A sokszereplős és többtényezős folyamatok tervezése, elfogadtatása, elindítása és sikerorientált kiszolgálása jelentős elkötelezettségek mellett történhet meg. Az eredményes végrehajtás összetett szervezési és tervezési kihívásokat hordoz az igazságos és méltányolható hozzáférés szabályozásának kialakításával, a beteg-oktatás és együttműködés hatékonyságának biztosításával. A szereplők tevékenységének követése és érdekeltységük hosszútávú fenntartása nem csak megalapozott pénzügyi forrásokat, de egységes minőségbiztosítási, ellenőrzési protokollok és indikátorok használatát igényli. Alapvető fontosságú a több éves ciklusokra vonatkozó finanszírozási tervezés, hiszen nem csak egy-egy program beindítása, de működtetése is jelentős humán- és anyagi erőforrások meglétét feltételezi. A pályázati pénzek becsatornázása ideális a lépésenként történő fejlesztések fedezetéhez, de a működési költségek költségvetésben történő szerepeltetése nagymértékben járulhat hozzá a felületei program sikeréhez. A gyógyszergyártói adók egy részének járulék szintű elhatárolásával a közteherviselés igazságosabb és hatékonyabb formája alakítható ki. A betegek együttműködéshez kötött támogatás elvei utat nyithatnak a rendszer díj jellegű bevételeinek kialakításához, a szolidaritási elvek figyelembe vételével pedig teret kaphatnak a járulékos biztosítások változatos formái is.

Az eredmények transzparens bemutatása és kutathatóságának biztosítása lehetőséget adhat a kutatás-fejlesztési források rendszerbe emelésére, valamint megbízható formában szolgálhatja ki a minőség- és teljesítmény alapú kockázat-megosztási megállapodások értékelési folyamatait. A civil kapcsolatra épülő, nonprofit jellegű üzemeltetés további lehetőségeket tartogat az adományszerű hozzájárulások kezelésére, a betegszervezetek és egyesületek működési szinergiáinak felhasználására. A hasonló háttéren keresztül megjelenő pilot-programok részleges állami kezelésbe kerülhetnek, ami a támogatáselosztás programokhoz kapcsolódó finanszírozási technika elterjedését hozhatja a gyógyszer-támogatás és TB finanszírozás költség-hatékony átalakítása mellett.

Az országos jelentőségű programok központi felügyelettel, de akár a régiókra épülő decentralizált irányítási és kockázat-felügyeleti formában is fenntarthatóak. Mindez lehetővé teszi a szolgáltatásvásárlói és az ellátásszervezési funkciók együttes fejlesztését, míg a döntően központi forráselosztás a szerződés-kötési hatékonyságot. A kölcsönös előnyök elismerése és a felelőségek megosztása, a hosszú távú tervezhetőség, a transzparencia és a betegellátás minőségének biztosítása valamennyi szereplő megalapozására szolgál, s jó mintát adhat az egészségügyi rendszer átszervezési folyamatainak sikeres végrehajtásához.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Adamski et al.: Risk-sharing arrangements for pharmaceuticals: potential considerations and recommendations for European payers, *BMC Health Services Research* 2010, 10:153
- [2] Az Európai Parlament és a Tanács Irányelve az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről (2001/83/EK)
- [3] 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól
- [4] R. Busse, M. Blümel, D. Scheller-Kreinsen, A. Zentner: Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges, *WHO Observatory Studies Series No 20*, 2010
- [5] GYEMSZI, Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály: A betegút-szervezés nemzetközi tapasztalatai, 2011
- [6] Agency for Healthcare Research and Quality: Registries for Evaluating Patient Outcomes; A User's Guide, 2010
- [7] E. Kelley, J. Hurst: Health Care quality indicators project conceptual framework paper OECD health working papers No. 23., 2006
- [8] 319/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet az egészségbiztosítási szervekről
- [9] 59/2011. (IV. 12.) Korm. rendelet a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet-ről
- [10] WHO Report; Public-Private Partnerships for Product Development: Financial, scientific and managerial issues as challenges to future success, 2005
- [11] The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank: Public-private partnerships and collaboration in the health sector, 2006

Dr. Bacskai Miklós bemutatása lapunk IX. évfolyamának 7. számában, **Dr. Nagy Bence** bemutatása pedig lapunk VII. évfolyamának egészség-gazdaságtani különszámában olvasható.