

A „beragadt” rendszer: A kórházi gyógyszerbeszerzés és felhasználás rendszerszintű hiányosságai

Ecseki Adrienn, Bécsi Rita, MediConcept Kft.

Rózsa Péter, Dr. Gerencsér Zsolt, MediConcept Kft., ELTE TáTK Szociálpolitika Doktori Iskola

A GYEMSZI irányítása alatt jelenleg is folyik az önkormányzati tulajdonú kórházak központi kormányzati irányításba történő átvétele, a szükséges adatok, információk összegyűjtése, feldolgozása. Az intézkedések központjában a korszerűsítés, a megfelelő intézményi háttérrel működő struktúra kialakítása áll.

A „gyógyszerpiacot” érintő állami beavatkozások közvetlenül vagy közvetve hatással vannak a kórházi gyógyszerköltségek alakulására, azonban ezt megfelelő HBCs korrekció az esetek többségében nem követi. Jelen tanulmány, a kórházi finanszírozás, elsősorban a gyógyszerbeszerzés és felhasználás kapcsán vizsgálja a megfelelő adatszolgáltatás, a rendszer elemezhetőségének, mérhetőségének hiányosságait, az egységes kórházi gyógyszerár-szabályozás hiányából adódó problémák meglétét.

Fő állításunk, hogy a HBCs rendszer a revíziók hiányából adódóan nem képes sem az új, költséges technológiák befogadásának racionális kezelésére, sem pedig a járóbeteg ellátás során alkalmazott innovatív gyógyszerár-támogatási rendszer előnyeinek adaptálására. A rendszer „beragadt”, amely állapotból csak a jelenlegi struktúra alapjainak újragondolása, egy megfelelő, fejlettebb ellenőrző, monitoring rendszer kialakítása jelenthet kiutat.

Due to the changes in the ownership structure of Hungarian hospitals the collection of available data and information is in process under the control of Institute for Pharmaceuticals and Improvement of Healthcare Organization and Quality (GYEMSZI). The main political actions are focusing on the implementation, development and modernization of a new operational structure in line with an appropriate institutional background.

The governmental interventions related to the pharmaceutical market have both direct and indirect effects on the amount of hospital drug costs, but the arrangements are usually not followed by the adequate corrections of the Hungarian DRG cost weights. The main goal of this article is to analyze the existing problems, the lack of the transparent hospital drug pricing, the insufficient available database regarding the hospital's drug costs and supply, and the tools of the health care system's measurement, due to the current hospital reimbursement and reporting requirements system.

In our opinion the current Hungarian DRG system – working without periodic renewal – is not able neither to implement the new and costly technologies and nor to adapt the innovative cost-saving techniques, which are available in the outpatient sector. The system is

“stuck”. Only the modification of the current structure and the establishment of an appropriate, advanced control and monitoring system represent a way out.

Az Egészségbiztosítási Alap 2012-ben 1735,4 milliárd forintos kiadással, míg 1700,1 milliárd forintos bevétellel számol, tehát a gyógyító-megelőző ellátásokra fordítható összeg meghaladja az ez évi előirányzatot. A tervezett hiány 35,3 milliárd forint. (2011. évi CLXXXVIII. törvény)

A szakrendelői és kórházi ellátás területén növekménnyel lehet számolni, tervek szerint 617,7 milliárd forint lesz az idei szakellátási kassza. Jelenleg is folyik a kórházak valamint rendelőintézetek központi kormányzati irányításba vétele, mely intézkedéssel az állam a szabályozói funkció mellett a tulajdonosi és a finanszírozó szerepkört is magához veszi [8]. Ehhez azonban elengedhetetlen a megfelelő kapacitásszabályozás eszközzrendszerének kidolgozása. Az intézkedések központjában a korszerűsítés, a megfelelő intézményi háttérrel működő struktúra kialakítása áll.

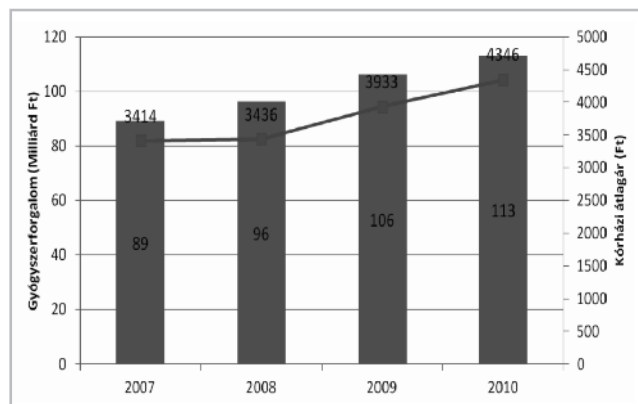
Jelen tanulmány a kórházi finanszírozást elsősorban a gyógyszerbeszerzéssel és felhasználással kapcsolatosan vizsgálja. Célunk bemutatni a működési, valamint technikai hatékonyság elemezhetőségének, mérhetőségének hiányosságait, az egységes kórházi gyógyszerár-szabályozás hiányából adódó problémákat.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER

2012-ben a szakrendelői és a kórházi ellátás költségeit tartalmazó szakellátás esetében, az előző évi 563,7 milliárdhoz képest mintegy 10%-os, 54 milliárd forintos növekedéssel lehet számolni (2010. évi CLXIX. törvény, 2011. évi CLXXXVIII. törvény). Ha azonban ezt az összeget jobban megvizsgáljuk, a növekménnyből ténylegesen csak 10-15 milliárd jut majd a kórházaknak, szakrendelőknek, a fennmaradó összeg az eddig patikai forgalomban kiváltott gyógyszerek finanszírozásának kórházi kasszába történő átcsoportosítását ellentételezi. Emellett szintén számításba kell venni, hogy emelkedett az áfa, emelkednek az energiaárak, valamint az adóváltozásból adódó bércsökkenések is kompenzációra szorulnak. (Ezen felül bizonyosan többletforrást igényel majd az egészségügyi dolgozók bérének szinten tartása, esetleg, rendezése is).

GYÓGYSZERKIADÁSOK

2010-ben a teljes gyógyszerpiac az előző évhez képest 4,1%-os növekedést mutatott, a teljes forgalom ebben az évben 577 milliárd Forint volt.



1. ábra
Gyógyszerforgalmi adatok a kórházszektorra vonatkozóan (2007-2010)

* IMS forgalmi adatok nettó termelői áron számolva.

Az 1. ábra jól szemlélteti, hogy a kórházak gyógyszer-költsége, valamint az átlagos gyógyszerárak is folyamatos emelkedést mutatnak.

KÖZPONTI TULAJDON

A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) jelenleg veszi át központi kormányzati irányítás alá az önkormányzati tulajdonú kórházakat, zajlik a szükséges adatok, információk összegyűjtése, feldolgozása. Megfelelő adatstruktúra nélkül az átvétel nem működhet hatékonyan, hiszen egységes módszertan hiányában az intézmények erőforrás felhasználása is összehasonlíthatatlanná válik. A központi kormányzat fokozott szerepe a jelen gazdasági környezetben a költségek egyre magasabb szintű kontrolljának igényét kell, hogy maga után vonja. Ennek jele, hogy már kialakítás alatt áll az egységes közbeszerzés rendszere, a már meglévő beszállítói szerződések ellenőrzése és újragondolása. Összességében tehát egyre magasabb az igény a kórházi ellátás során felmerülő költségek monitorozására.

A „VÁSÁRLÓ” SZEREP

A finanszírozó, a HBCs súlyszám és az aktuális HBCs alapdíj alapján kalkulált összegért cserébe „vásárolja” meg az adott ellátást. A kórházi részköltségekre vonatkozóan a legtöbb tényező esetében nincs adat, az egyes költségelemek nagyságáról hiányosak az ismereteink. A ki, mit, miért kérdésekre legtöbb esetben nincs válasz. A finanszírozó olyan szolgáltatásokat vásárol, amelyek felhasználásának közvetlen kontrolljára nincs a kezében eszköz. A gyógyszer-költség tehát, mint a HBCs rendszer egy fontos alkotóeleme, kontroll lehetőség nélkül került beépítésre.

A kórházi tulajdon-, és működési viszonyok sikeres átalakításának egyik alappillére a megfelelő input és output-változók rendelkezésre állása. A kórházaknak a gyógyszer-felhasználás tekintetében jelenleg havi szintű, össztézményi költséghely bontású adatszolgáltatási kötelezettsége

van az OEP felé, így a pontos felhasználásra a finanszírozónak nincs ráhatása. A nagykereskedők kórházi kiszállítási adatait (akár napi szinten) az IMS által gyűjtött adatbázis tartalmazza, azonban ennek nagy hátránya, hogy a rabat nagyságáról, valamint a pontos felhasználásról nem hordoz információt (ez kb. 30%). További gondot okoz az adatok validitása, sok esetben a két adatbázis (OEP kötelezettség, IMS adatbázis) összhangjában problémák merülnek fel [1].

A helyzet különösen visszas a tekintetben, hogy a páti-kai forgalom szabályozottsága, elszámoltathatósága messze meghaladja a kórházi szektorét. A finanszírozó, a páti-kai finanszírozás során pontosan tudja, hogy mire mennyit költött, és ennek megalapozottsága bizonyítható (legalábbis utólag ellenőrizhető). Ilyen jellegű és minőségű kontroll a kórházi gyógyszerbeszerzés és gyógyszerelés során nem áll rendelkezésre.

A HBCS RENDSZER ALAPJAI

A HBCs/DRG rendszer a Yardstick competition elmélete alapján került kidolgozásra, mely homogén termelési függvényekkel rendelkező állami irányítású monopóliumok ösztönzését vizsgálta [9]. A HBCs rendszer azonos finanszírozási keretet biztosít minden kórház számára az egyes betegcsoportok tekintetében, nem számol a kórházak jellemzőiből adódó heterogenitásokkal.

Az elmélet alapján a kórházak finanszírozásának egysége a többi kórház „termelésének” átlagköltsége alapján kerül kialakításra. Ezt követően a finanszírozó ezen finanszírozási összeg mellett megfigyeli a piaci egységköltség alakulását, majd ezek alapján egy új átlag kerül kidolgozásra, és így tovább, míg a végső Nash egyensúlyi pontba nem jutunk. Megfelelő finanszírozás mellett a kórházaknak céljuk áldozni a költségeik csökkentésére, hiszen ezzel lesznek képesek növelni profitjukat. Az ösztönző rendszer eredményeképpen tehát mindenki a lehető legalacsonyabb költség mellett fog termelni.

A HBCs finanszírozási technika lényege, hogy a finanszírozási összeg koordinálásával a szolgáltató képes a hatékonyság növelésére anélkül, hogy a vállalat költségcsökkentési technikáját ismerné. Ez azonban csak a költségek rendszeres kontrollja, ellenőrzése, a súlyszámok rendszeres frissítése mellett lehet működőképes. A kórházak bevételi oldalának rendszeres korrekciója nélkül nem lehet az ösztönzést növelni, hiszen a technológia fejlődése, valamint a gyógyszerárak bármely (pozitív, negatív) irányba történő változása hatással van a ténylegesen jelentkező költségekre. A HBCs rendszeres frissítéséhez, a költségek kontrolljához tehát megfelelő inputadatokra (ár, mennyiség) van szükség, mely azonban sok esetben nem áll rendelkezésre.

Jelenleg korlátozottak az információk az optimális, hatékony kezelés során felmerülő gyógyszerrel kapcsolatos költségekre vonatkozóan, így annak vizsgálatára, hogy a HBCS gyógyszer-tartalma a ténylegesen jelentkező költségekkel milyen viszonyban áll, csak korlátozottan van lehetőség. A kórházi rendszer egészét vizsgálva a gyógyszerek esetében

a transzparens ár megléte egy megfelelő mérőszámot jelentene, hiszen közgazdaságtanilag az ár a legjobb koordinációs eszköz.

VERSENY VERSUS SZABÁLYOZÁS

A finanszírozó gyenge pozíciójának következtében a verseny és a szabályozás viszonya a kórházi gyógyszerbeszerzés esetében egyre inkább az oligopol verseny irányába tolódik el, a valós árképzés központilag nem szabályozott. A kialakított árak, a gyógyszerek felhasználása, a megfelelő alaplista összeállítása mind a helyi kórházi menedzsment feladatkörébe tartoznak. A gyógyszerbeszerzés tényleges ára a szabályozás helyett egyre inkább piaci alapokra helyeződik. Problémát az okoz, hogy a piac logikájának megfelelően a tényleges árat leginkább a megvásárolt mennyiség, valamint a menedzsment alkupozíciója határozza meg. Ez jelentős egyenlőtlenségeket okoz a hazai kórházrendszerben, hiszen például az alacsony progresszivitási szinten lévő, kevesebb kapacitással rendelkező kórházak rosszabb helyzetbe kerülhetnek [5].

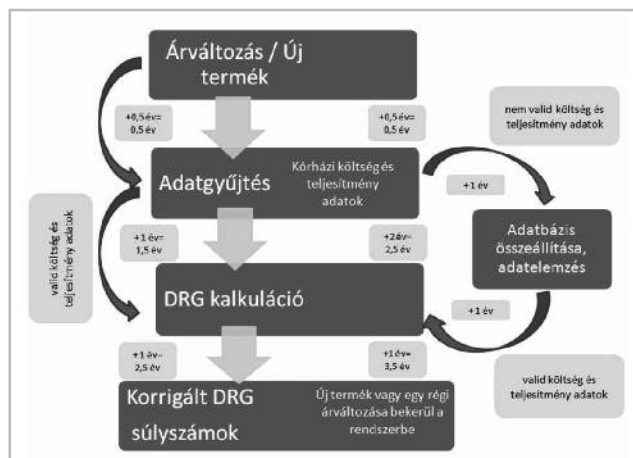
A kórházak gyógyszerbeszerzése során megoldást jelenthet a minél szélesebb körben történő, közös gyógyszerbeszerzés, mely hozzájárulna a rendszer racionálisabbá és költségkímélőbbé tételéhez. Az alapkonceptió lényege, hogy egy olyan gyógyszerlista kerül kialakításra, – rendszeres időközönként történő frissítés mellett, – mely megfelel az egyes kórházak szakma-specifikumának. A gyártók számára ezen megoldás egy komoly fixpiacot biztosít, mely így az árak csökkentéséhez vezethet. Ez azonban a jelenlegi, inkább piaci alukon alapuló rendszer szabályozás felé történő elmozdítását jelentené. (Szabályozás alatt értjük például a központilag, területi vagy akár országos szinten kiírandó tendereket)

Sokak szerint a kórházak gyógyszerfelhasználásának optimalizálása még lehetséges, csökkentésre azonban már legtöbb esetben nincs lehetőség. A rendelkezésre álló kórházi költségek direkt összehasonlítása során a beszerzési árak torzító hatásaival kell szembenézni, ilyen alapok (adathiány, nincs konzekvens struktúra) mellett a felhasználás optimalizálásának kidolgozása nem lehetséges. Fontos szempont emellett a gyártói rabat megfelelő, és egységes módon történő adminisztrációja is.

VÁLTOZÁSOK KÖVETÉSE, FRISSÍTÉS

A gyors technológiai fejlődést, a gyógyszerár változásokat (új, drága készítmények, generikumok) a HBCs a jelenlegi, korrekció nélküli állapotában nem képes azonnal követni. A fejlettebb nyugat-európai országok esetében rendszeres kutatások folynak a DRG rendszer karbantartására, amely nálunk csak nagyon korlátozottan valósul meg [2].

Még az egészségügyi informatikában fejlettebb országokban is, mint Anglia vagy Franciaország, a DRG rendszer frissítése min. 2-3 évet vesz igénybe. A HBCs súlyszámok karbantartásának lépéseit a 2. ábrán látható folyamatleírás szemlélteti [2].



2. ábra
A DRG frissítése
*Forrás: Bechtel, B, 2011

Látható, hogy abban az esetben, ha az árváltozáson átesett, vagy újonnan bevezetett készítményre vonatkozóan összegyűjtött költség valamint teljesítményadatok validitása nem megfelelő, a folyamat nem folytatódhat mindaddig, amíg nem áll rendelkezésre több, megfelelő minőségű adat. Ez akár plusz egy évet is igényelhet.

Jelenleg hazánkban a súlyszám-tömb egyes költségelemeiben számított egyenlegek nem kompenzálják a tényleges költségeket, a negatív egyenlegek túlsúlyban vannak. Az egyes HBCs-k esetén a ténylegesen jelentkező ráfordítás összege gyakorta magasabb a súlyszámok alapján meghatározott értékeknél [7].

A HBCs rendszer elemeinek frissítésekor fontos látni, hogy az egyes tényezők egymással kölcsönhatásban állnak. A technológia fejlődésével ugyanis az átlagos ápolási idő csökken, ezáltal a betegséggel együtt járó összköltségek is alacsonyabbak lehetnek (készítmény áráról függően) [6]. Ebből adódóan az egyes tényezők (gyógyszerfelhasználás, átlagos ápolási idő, kórházi felvételek száma stb.) kizárólag együttesen elemezve adnak teljes képet a rendszer változásaira vonatkozóan, azonban a pontos gyógyszerköltség (ár, mennyiség) ismerete nélkül egy fontos alapváltozó kerül kihagyásra.

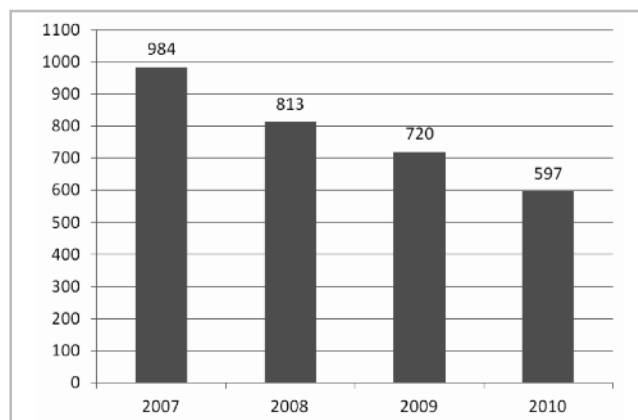
A HBCS SÚLYSZÁMOK „GYÓGYSZERTARTALMA”

A gyógyszerpolitikai intézkedések a kórházakat közvetlenül vagy közvetve érinthetik, azonban a tényleges hatás jelenleg csak korlátozottan, makroszinten mérhető, a jelenlegi rendszer ennek követésére nem képes. A HBCs törzset érintő korrekció az elmúlt 12 évben elmaradt, a HBCs 50 elemű költségtömbje gyakorlatilag változatlan.

A patikai forgalom szabályozottsága, elszámoltathatósága messze meghaladja a kórházi szektorét. Az egészségpolitika a nyíltforgalmú patikák esetén tudatos erőfeszítéseket tesz egy proaktív és innovatív gyógyszer-támogatási rendszer kialakítása és működtetése érdekében. Az intézkedések hatására sikerült a dinamikus növekvő gyógyszerki-

adásokat racionalizálni, valamint számos hatóanyag vonatkozásában jelentős árcsökkentést elérni.

A 2. ábra szemlélteti, hogy 2007 és 2010 között, éves szinten hány termék esetében történt árcsökkenés (TTT alapon, a bruttó fogyasztói ára 1 Ft-nál nagyobb mértékben csökkent).



3. ábra
Árcsökkentett gyógyszerek száma
*Forrás: OEP gyógyszertervez.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény értelmében a gyártók, forgalmazók körében kialakult verseny a gyógyszerárak rendszeres csökkenéséhez vezet, mely hatása a kórházszektorban is megmutatkozik. A kórházak gyógyszerárai egyes esetekben csökkenő tendenciát mutatnak, míg ezzel párhuzamosan drága készítmények kerülnek a rendszerbe [4]. Ezen folyamatok kórházi kiadásokra gyakorolt tényleges hatásait illetően viszonylag kevés információ áll rendelkezésre, melynek legfőbb oka a megfelelő kórházi adatbázis, valamint ebből adódóan a szükséges kontroll lehetőségének hiánya.

Amíg tehát a nyíltforgalmú patikák esetében folyamatos az árak és a felírt dobozforgalom monitorozása, addig a HBCs jelenlegi rendszere (főként a kódkarbantartás hiányából adódóan) nem képes kezelni sem az új, nagyértékű gyógyszerek kórházi finanszírozását, sem pedig a nyíltforgalmú patikai gyógyszer szabályozás során elért nagymértékű árcsökkentéseket. A rendszer beragadt valahol a 2000-es évek elején.

A tételes gyógyszer-finanszírozás egyes, nagyértékű terápiák finanszírozását illetően megfelelő technikának bizonyult. Az OEP egyes drága gyógyszereket a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően külön elszámolás alapján finanszírozza, így azok nem a kórházi költségvetést terhelik. 2012-ben további gyógyszerek kerülnek át ebbe az új finanszírozási formába mind a járóbeteg kasszából, mind pedig az eddigi HBCs finanszírozásból. (A tételes finanszírozás mentén biztosított gyógyszerek listáját a 9/1993 NM rendelet tartalmazza).

Bár a tételes finanszírozás egyre inkább teret nyer, a gyógyszerfelhasználás nagyobb hányadát továbbra is a HBCs keretein belül kívánja az egészségpolitika finanszírozni.

MÉRHETŐSÉG, VISSZAMÉRÉS

A magyarországi kórházszektor esetében a HBCs rendszeren, valamint az önkéntes bevételek alapuló adatbázisok bizonyos szintig megfelelő alapot nyújtanak a kórházak hatékonyságának mérésére. A külső és belső környezeti tényezők, mint a demográfiai, technológiai, szabályozási és finanszírozási környezet változásaira egyértelműen mérhető a rendszer „reakciója” pl.: az átlagos ápolási napok csökkentek, esetszám, ágyszám csökkent stb. [4].

A kórházak hatékonyságának mérésére nemzetközi szinten is elfogadott módszer a DEA (data envelopment analysis) valamint az SFA (Stochastic Frontier analysis) analízis, melyek mindegyike input valamint outputoldali megközelítést alkalmaz [3]. A DEA elemzés nagy előnye, hogy nincs szükség a tényleges termelési függvény ismeretére, a hatékonysági mutató az input és outputváltozók lineáris kombinációjának hányadosaként kerül kalkulálásra.

Az első eredmények azt mutatják, hogy a kórházak hatékonysága nőtt az utóbbi években, azonban ennek transzparens költségoldali vizsgálatára jelenleg adathiány következtében nincs lehetőség. Nem mérhető, hogy a vizsgált kórházak működése mennyiben tekinthető hatékonyak a felmerülő kezelési költségeket is figyelembe véve. A gyógyszerköltségek esetében a pontos rendszerismeret megteremtéséhez szükséges lenne az azonos progresszivitási szinten lévő kórházak, az azonos osztályok, valamint a betegsúly adatok gyógyszerköltségeinek összehasonlítására.

ÖSSZEGZÉS

A kórházakon egyre nagyobb a teher, mindennaposak a cikkek az eladósodottsággal, a gyógyszer nagykereskedőknek való tartozásokkal kapcsolatban. Az elmúlt években az egészségügyi költségek emelkedése, valamint a szektor nem megfelelő finanszírozásának kettőse jelentős adósságállományt eredményezett a rendszerben. A kórházak állami tulajdonba vételével azonban egyre nagyobb igény mutatkozik a monitorozásra, a pontos kórházi működés ismeretére, a megfelelő kapacitásszabályozás eszközrendszerének megteremtésére.

A tanulmány összességében a hazai kórházi rendszernek a gyógyszerfelhasználással kapcsolatos problémáit igyekezett feltárni. A jelenlegi HBCs karbantartási gyakoriság és minőség mellett a HBCs rendszer nem képes sem az új költséges technológiák befogadásának racionális kezelésére, sem pedig a járóbeteg ellátás során alkalmazott innovatív gyógyszerár-támogatási rendszer tartálékainak átmentésére. A rendszer „beragadt”, amely állapotból csak a jelenlegi struktúra alapjainak újragondolása, egy megfelelő, fejlettebb ellenőrző, monitoring rendszer kialakítása jelenthet kiutat.

Jelen tanulmányunk egy több részes cikksorozat első írása. A következő elemzésünkben arra keressük a választ, hogy milyen valós alternatívák segíthetnek hozzá a racionális, hatékony és minőségi kórházi gyógyszerfelhasználás kialakításához.

IRODALOMJEGYZÉK

1. ÁSZ jelentés – az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről, 2009 július
2. Bechtel, B., The Reimbursement and Funding of Inpatient Medicines, 2011-03-10
3. Dózsa Csaba, Ecseki Adrienn A hazai kórházak hatékonyságának elemzése a Data Envelopment Analysis (DEA) módszerének alkalmazásával, IME X. Egészség-gazdaságtani különszám, 2011
4. Dózsa, Cs., Kövi, R., Ecseki, A. (2010). Változások az aktív fekvőbeteg szakellátás egyes szakmacsoportjaiban az utóbbi 10 évben I-II. rész. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), 9(5), 15-19; 9(9), 13-18.
5. Dr. Körösiné Dr. Köhegyi Andrea, Dr. Mike László, HungaroCare Kft., A kórházi gyógyszerfelhasználás optimalizálása, avagy A központosított beszerzés előnyei és tapasztalatai a HungaroCare Kft.-nél, IME, 2011, 10. évf. 3, 4, 5 sz.
6. Gaynor, M., L. Jian and W. Vogt; Is drug coverage a free lunch?; NBER Working Paper 12758., 2006
7. Kis Szölgvényi Mónika, Dr. Polyvás György, Kémenczy Antal, Dr. Papp László, Dr. Higysán Ilona, A feltáró súlyszám-tömb elemzés alkalmazása a gyógyszer-költségsúlyok és a mért, közvetlen gyógyszerköltségek összehasonlító vizsgálatában, IME 2008, VII. (3.) 26-29
8. Kövi Rita, Dr., Tóth Árpád, Dr., Az egészségügyi ellátórendszer új struktúrájának kialakítása – szakmai alapok, a tervezési folyamat és nehézségei, IME 2011, X.(10), 5-12
9. Schleifer, A. (1985). A Theory of Yardstick Competition. The RAND Journal of Economics, Autumn, 16(3), 319-327.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Ecseki Adrienn diplomáját 2009-ben szerezte a Budapesti Corvinus Egyetem gazdaságmatematikai elemző közgazdász szakán valamint egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés mellékszakirányán. 2006 szeptemberétől aktívan közreműködött az Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzés Kutatóközpont munkájában. 2009 szeptemberétől a Med-Econ Kft egészségügyi elemzőjeként dolgozott, fő feladata a magyarországi egészségügyi rendszert, leginkább a kórházszektort (hatékonyság, mérhetőség) érintő elemzések készítése. Jelenleg a MediConcept Kft. egészségügyi közgazdászaként dolgozik.



Bécsi Rita 2011-ben végzett a Budapesti Corvinus Egyetem (BCE) Közgazdaságtudományi kar Gazdaság-matematikai elemző közgazdász szakán, Egészségügyi Közgazdaságtan és Technológiaelemzés mellékszakirányon. 2007-2009-ig BCE, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont kutatási asszisztenseként dolgozott. 2009-től a Mediconcept Kft alkalmazottjaként dolgozik. Egészség-gazdaságtani területen az utóbbi években több publikációja jelent meg.



Rózsa Péter 2007-ben végzett a Budapesti Corvinus Egyetemen nemzetközi gazdaság és egészségügyi közgazdaságtan szakirányon. 2008-ban elvégezte az Eötvös Loránd Tudományegyetem gyógyszerpolitika és gyógyszer-gazdaságtan szakirányú továbbképzési szakát. Jelenleg az ELTE Szociálpolitikai doktori iskolájában PhD-hallgató. Fő kutatási területe a különböző állami szabályozási mechanizmusok hatékonyságának vizsgálata az egészségügyön belül. 2009-től a Mediconcept Kft ügyvezetője.



Dr. Gerencsér Zsolt orvos-közgazdász, belgyógyász, onkológus szakorvos. 1998-tól a Főv. Önkorm. Szt. Margit Kórházának onkológiai osztályán dolgozik. Legfőbb területe a gyógyszer-, valamint az egészség-gazdaságtan témákban történő elemzések készítése. 2009-től a MediConcept Kft. ügyvezetőjeként dolgozik. Tagja a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaságnak.