

A Széll Kálmán Terv gyógyszerágazati fejezetének szakmai megalapozottsága és következményei

Dr. Kaló Zoltán, Merész Gergő, ELTE TáTK, Syreon Kutató Intézet,
Mezei Dóra, Syreon Kutatóintézet, Dr. Tóth Árpád, Erzsébet Kórház, Zirc,
Dr. Inotai András, ELTE TáTK, Syreon Kutató Intézet

A kormányzat a gyógyszerekre fordított hazai közkiadások jelentős csökkentését tűzte ki célul a Széll Kálmán Tervben a 2012-2014 közti időszakban. Munkacsoportunk célja az volt, hogy értékeljük a radikális kiadáscsökkentő intézkedések szakmai megalapozottságát és lehetséges következményeit. Munkánk során feldolgoztuk az elérhető legfrissebb szak- és laikus irodalmi forrásokat, konferencia előadásokat, valamint beszélgetést folytattunk a gyógyszerágazat számos szereplőjével. A gyógyszerekre fordított közkiadások szintjét idősoros elemzésben és nemzetközi összehasonlításban értékeltük, és figyelembe vettük a gyártói befizetések nagyságát.

A Széll Kálmán Terv előtti időszakban az ország gazdasági fejlettségének és a visegrádi országok átlagának megfelelő volt a gyógyszerekre fordított közkiadások egy főre jutó értéke és a GDP-hez viszonyított relatív mértéke. 2014-re az OEP gyógyszerkasszája a 2002-es nominális kiadási szintre fog visszaesni. Reálértéken a 2014-es gyógyszerkassza az 1994-es kasszájának az 50%-át fogja érni. A radikális kiadáscsökkentés az ágazat összes szereplőjét negatívan fogja érinteni, beleértve a gyógyszereszedő lakosságot, orvosokat, egészségügyi intézményeket, gyógyszertárakat, nagykereskedőket, és gyógyszergyártókat, sőt az adóbevételeket is.

Következtetésünk az, hogy a gyógyszerkiadások nemzetközi összehasonlításánál a gyártói befizetések és a kórházi gyógyszerkiadások arányának figyelembe vétele nélkül helytelen leszögezni a hazai gyógyszer közkiadások csökkentésének szükségességét. A gyógyszerekre fordított közkiadások jelentős csökkentése ugyan javíthatja az államháztartási egyensúlyt, és rövidtávon eredményes makrogazdasági intézkedést jelenthet, azonban egészségpolitikai szempontból a kiadáscsökkentés, és különösen annak mértéke nem indokolható. A politikai döntéshozóknak tisztában kell lenniük azzal, hogy milyen következménnyel jár a gyógyszerkiadások csökkentése. A várható hatásokról célszerű objektív módon tájékoztatni a szakmai szereplőket, a gyógyszereszedőket és a lakosságot. A közelmúlt egészség- és gazdaságpolitikai intézkedései alapján megfontolandó az OECD gyógyszerkiadási struktúrájának felülvizsgálata, melynek keretében a tagállamok által kialakított szakértői munkacsoport javaslatokat tehetne az OECD felé a gyógyszerkiadások egységes jelentési rendszerének kialakítására és a kiadások összehasonlíthatóságára vonatkozó ajánlások megfogalmazására.

The Hungarian government significantly decreases the public pharmaceutical spending between 2012-2014 according to the Széll Kálmán Plan. Our aim was to assess the rationale and characterize the implications of radical cost containment measures. We reviewed the most recent professional and lay literature references, conference presentations and interviewed several stakeholders in the pharmaceutical care and provision. The level of public pharmaceutical spending was analyzed in time series and international comparison, and we took into account the increasing payback by pharmaceutical manufacturers.

The public pharmaceutical expenditure per capita and in GDP% was in line with the economic status of Hungary and the average of Visegrád countries before the implementation of the Széll Kálmán Plan. By 2014 the public pharmaceutical budget of the National Health Insurance Fund will drop to the nominal level of 2002. In real terms the public pharmaceutical spending will be 50% of its value in 1994. The radical cost containment measures influence all stakeholders, including patients, general practitioners, hospitals, pharmacies, wholesalers, manufacturers, even the national tax incomes.

Our conclusion is that without considering the payback of manufacturers and the utilization of pharmaceuticals in hospital care based on international benchmarks, the reduction of Hungarian public pharmaceutical expenditure cannot be justified. Severe reduction of the public pharmaceutical budget may improve the equilibrium of the state budget, and so it can be an efficient macroeconomic tool on the short term. However, from the health policy point of view these cost-containment measures, and especially their magnitude, cannot be justified. Policymakers have to understand the implications of the pharmaceutical cost containment measures. Health care professionals, patients and the lay audience have to be informed about expected outcomes. As a consequence of recent macroeconomic and health policy implications it is reasonable to revise the structure of pharmaceutical expenditure in the OECD databases, an expert panel from OECD member states may propose changes in the reporting of pharmaceutical expenditure and set up standards for the interpretation of international comparisons.

Az utóbbi években kevés elfogulatlan értékelés jelent meg a hazai gyógyszerkiadások nagyságáról. Sokan – elsősorban a gyógyszerágazat szereplői, az orvosok és a betegszervezetek képviselői – érveltek amellett, hogy a lakosság egészségi állapotához képest alacsony a hazai gyógyszer közkiadások mértéke, mások – főleg az aktuális kormányzatok költségvetéséért felelős szakemberei és a nemzetközi pénzügyi szervezetek képviselői – a gyógyszer közkiadások további csökkentése érdekében sorakoztatták fel érveiket.

A vitákat figyelemmel kísérve sokunknak az volt a benyomása, hogy mindkét félnek igaza lehet, de egyik fél sem mutatja be a teljes igazságot. A közfinanszírozott egészségügyi rendszerek jelenlegi válságának egyik oka az, hogy a finanszírozói döntéseket nem transzparens módon, objektív kritériumok alapján hozzák, a döntések háttérdokumentumai nem hozzáférhetőek a közvélemény és a kutatók számára. Tanulmányunkban arra a feladatra vállalkoztunk, hogy a hazai gyógyszerkiadások nagyságáról átfogó képet mutassunk be annak érdekében, hogy a gyógyszerkiadások csökkentésének indokoltóságát vagy éppen cáfolatát értékelhessék a szakemberek, a gyógyszerágazat szereplői és a politikai döntéshozók. Munkánk során feldolgoztuk az elérhető legfrissebb szak- és laikus irodalmi forrásokat, konferencia előadásokat, valamint beszélgetést folytattunk az ágazat számos szereplőjével. Közleményünk az ebből készült tanulmány legfontosabb üzeneteinek összefoglalóját tartalmazza, melynek teljes verziója a Syreon Kutató Intézet honlapján elérhető (<http://www.syreon.eu/Tanulmanyok-2012>).

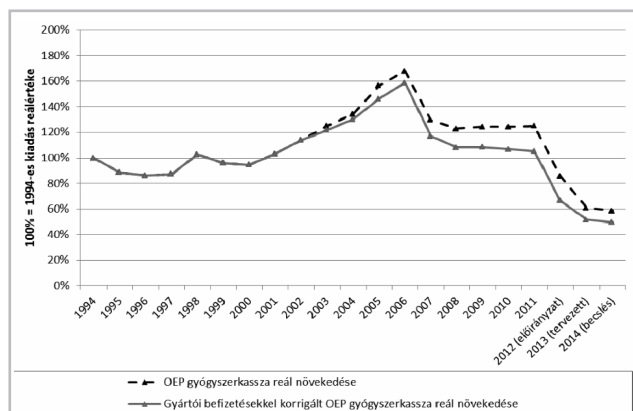
Előjáróban meg kell jegyezni, hogy a gyógyszerellátás rendszerében ma is komoly hiányosságok mutatkoznak, a rendszerben rejlő tartalékok nagysága jóval kisebb, mint a javításra váró hibák. Amennyiben az egészségpolitika azt tűzné ki célul, hogy a népegészségügyi szempontból jelentős betegségterületeken (pl. szív- és érrendszeri betegségek, cukorbetegség) növelje a betegek gyógyszeres terápiajának eredményességét a célértékek elérésével és a betegek indokolt terápian maradásának javításával, akkor a jelenlegi kiadási szintnél jóval magasabb kiadás volna szükséges. Ezért a gyógyszerellátás rendszerében a tartalékok feltárása csak a rendszer jelenlegi hiányosságainak orvoslására fordítható, de a kiadások csökkentésére semmiképpen nem. Természetesen lehet a kiadásokat csökkenteni anélkül is, hogy a jelenlegi rendszer hiányosságait nem vizsgáljuk, és így nem ismerjük el, hogy van ilyen, ez azonban azt jelenti, hogy negligáljuk a legfőbb egészségpolitikai célt, a lakosság katasztrofális egészségi állapotának javítását.

HAZAI GYÓGYSZER KÖZKIADÁSOK IDŐSOROS ELEMZÉSE

A Széll Kálmán Terv az OEP gyógyszerkassza radikális csökkentését irányozza elő a 2012-2014-es időszakban. Végrehajtásával a gyártói befizetésekkel korrigált OEP gyógyszerkassza a több mint 10 évvel ezelőtti szintre esik vissza. Ráadásul a gyógyszerkassza idősoros elemzése nominálértéken nem a valós képet mutatja, hiszen részben a

forint elértéktelenedésének, részben az új gyógyszerek magasabb relatív árszintjének köszönhetően az azonos nominális szint még nem biztosítja a kassza értékállóságát.

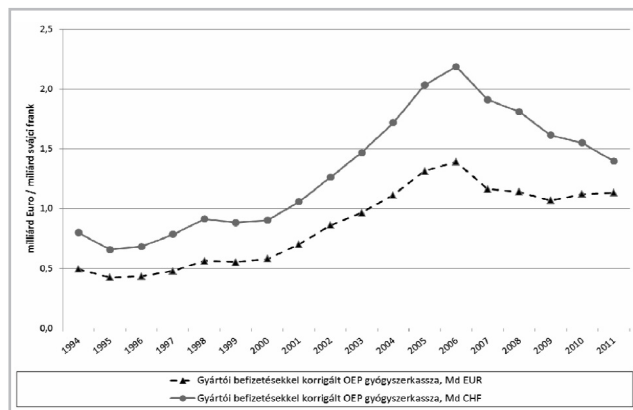
Az 1. ábra az OEP gyógyszerkassza alakulását mutatja 1994-2014 között, reálértéken. A lakossági gyógyszer közkiadások reálértéken csak 2000 és 2006 között növekedtek, 2006-2008 között szignifikánsan csökkentek, majd stagnáltak 2011-ig. A Széll Kálmán Terv megvalósulása azt eredményezi, hogy a gyártói befizetésekkel korrigált OEP gyógyszerkassza 20 év alatt 50%-ra csökken.



1. ábra
OEP gyógyszerkiadások várható alakulása reálértéken (1994-2014) 2012-re és azt követően becsült fogyasztói árindex: 3,9%

Hasonló képet mutat az euróban és svájci frankban számolt gyártói befizetésekkel korrigált OEP gyógyszerkassza (lásd. 2. ábra), azaz 1994-2000 között stagnálást, 2000-2006 közötti növekedést, 2006 óta csökkenést. Amennyiben a Széll Kálmán Tervet végrehajtják, és a forint nem erősödik igen jelentősen a következő 2-3 évben az euróhoz és svájci frankhoz képest, úgy a gyártói befizetésekkel korrigált OEP gyógyszerkassza nagysága nemzetközi valutákban számítva az 1994-es kiadási szintre esik vissza. Viszonyításképpen a globális gyógyszerpiac a közepesen fejlett és fejlett országokban évi 4-8%-os növekedést ért el ezen időszakban.

Ezért az OEP járóbeteg gyógyszerkiadásainak nagyságát reálértéken (azaz inflációs rátával korrigálva), valamint



2. ábra
Gyártói befizetésekkel korrigált OEP gyógyszerkiadások Euróban és svájci frankban az aktuális éves MNB középárfolyamon átszámítva (1994-2011)

euróban vagy svájci frankban kifejezve is szükséges elemezni. A Széll Kálmán Terv megvalósulása azt eredményezi, hogy a gyártói befizetésekkel korrigált reálértéken számított OEP gyógyszerkassza 2014-ben az 1994-es kiadásnak az 50%-ára csökken. Amennyiben a Széll Kálmán Tervet végrehajtják, és a forint nem erősödik igen jelentősen a következő 2-3 évben az euróhoz és svájci frankhoz képest, úgy a gyártói befizetésekkel korrigált 2014. évi OEP gyógyszerkassza nagysága a nemzetközi valutákban számítva az 1994-es kiadási szintre esik vissza.

Bár az OEP gyógyszerkasszájából az intézményi kasszába átsorolt tételek jelentősen megnehezítik a következők általánosíthatóságát, összességében azonban megállapítható, hogy 1994 óta az OEP gyógyszerkassza fiskális kontrollja erős volt, a kassza nem követte a gyógyszerpiac globális növekedési rátáját. A 2000-2006 közötti reál növekedési periódus hatását messze felülmúlja a 2000 előtti évek és a 2006 óta tartó időszak kiadáscsökkentési intézkedéseinek a hatása.

HAZAI GYÓGYSZERKIADÁSOK 2011-BEN

A tanulmányban 2011-re vonatkozóan pénzforgalmi szemléletben kíséreltünk meg becslést adni arról, hogy a különböző csatornákon keresztül mekkora volt a hazai gyógyszerkiadások nagysága, hiszen a pénzforgalmi szemlélet jobban megfelel a költségvetési tervezés módszertának, és a nemzetközi adatbázisokban szereplő adatoknak. A közfinanszírozott gyógyszerkiadások tételei tartalmazzák az OEP gyártói befizetésektől tisztított gyógyszerkasszáját, az OEP által finanszírozott intézményi gyógyszerkiadásokat, a tételes elszámolású gyógyszereket, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal oltóanyag-kiadásait, és az E-alapot nem érintő közgyógyellátás keretében finanszírozott kvázi térítési díjakat. Ezen tényezők figyelembevételével a magyarországi gyógyszer közkiadások 2011. évi szintjét 407,8 Mrd Ft-ra becsüljük.

A 227,3 Mrd Ft-ot kitevő magánkiadások tartalmazzák a támogatott gyógyszerek térítési díját, a nem támogatott vény nélküli és vényköteles gyógyszerek forgalmát. A magánkiadások között nem szerepeltettük a gyártók által az OEP-nek befizetett 60 Mrd Ft-ot, hiszen ez az összeg az utólagos elszámolás miatt nem eladásként, hanem fiskális teherként fogható fel a gyártók szemszögéből, a társadalom szempontjából pedig gyógyszer árcsökkentésként, vagy ingyenes gyógyszerként.

Ez alapján 2011-ben a magyar gyógyszerkiadás nagysága 635,1 Mrd Ft-ra tehető, melynek 35,8%-át magánforrásból finanszíroztunk. A teljes gyógyszerkiadások a GDP 2,3%-át tették ki, melynek jelentős csökkenése várható a 2012-2014 közti időszakban. Pénzforgalmi szemléletben az OEP gyártói befizetésekkel korrigált járóbeteg gyógyszerkiadása 2011-ben a GDP 1,1%-át tette ki (üzemgazdasági szemléletben 1,0%-át), azonban 2012-ben várhatóan a GDP kritikusan tekinthető 1%-os küszöbértéke alá fog esni még akkor is, ha figyelembe vesszük a tételes finanszíro-

| Gyógyszerkiadások összetevői | Kiadás |
|---|---------------------|
| OEP bruttó járóbeteg gyógyszerkassza | 376,0 Mrd Ft |
| Gyártók befizetései* | - 60,0 Mrd Ft |
| OEP gyártói befizetésektől tisztított gyógyszerkassza | 316,0 Mrd Ft |
| OEP finanszírozott intézményi gyógyszerkiadások | 55,5 Mrd Ft |
| Tételes elszámolású gyógyszerek | 9,3 Mrd Ft |
| OTH oltóanyag-kiadásai | 8,7 Mrd Ft |
| Közgyógyellátás keretében finanszírozott (E-alapot nem érintő) kvázi térítési díjak | 18,3 Mrd Ft |
| Gyógyszer közkiadások összesen | 407,8 Mrd Ft |
| Támogatott gyógyszerek térítési díja | 119,9 Mrd Ft |
| Vény nélküli gyógyszerek | 107,4 Mrd Ft |
| Gyógyszer magánkiadások összesen | 227,3 Mrd Ft |
| Gyógyszerkiadások összesen | 635,1 Mrd Ft |

1. táblázat
Magyarországi gyógyszerkiadások 2011-ben.
Forrás: OEP, IMS
* pénzforgalmi szemléletű, gyártói befizetéseket összkkiadások csökkentő tételként értelmezve

zásba átsorolt gyógyszerkör tervezett kiadásait is. Az OEP járóbeteg gyógyszerkassza a tételes finanszírozásba átsorolt gyógyszerekre fordított kiadásokat is figyelembe véve 2013-ban várhatóan a GDP 0,7%-a alá esik.

A GYÓGYSZERKIADÁSOK NEMZETKÖZI ÖSSZEHAJONLÍTÁSÁNAK MÓDSZERTANI KORLÁTAI

A hazai gyógyszerkiadásokat nemzetközi összehasonlításban elemezve említést kell tenni az összehasonlíthatóságot korlátozó módszertani nehézségekről. A különböző országokban a gyógyszerkiadások közé sorolt technológiák kosarának eltérősége, a kiadásokat csökkentő nem nyilvános árcsökkentések, gyártói befizetések és különdókj figyelembevétele vagy figyelmen kívül hagyása, és hogy mi jelenik meg a járóbeteg gyógyszerkiadások között, illetve mi sorolódik a kórházi gyógyszerkiadások közé, jelentősen befolyásolja az OECD adatbázis szerinti gyógyszerkiadások mértékét. Ezen tényezők egységes kezelése jelentősen befolyásolná Magyarország relatív helyzetét a GDP százalékában mért gyógyszerkiadások rangsorában. A gyártói befizetések miatti kiadások korrekciója 2011-ben önmagában 0,2 százalékponttal csökkentené a gyógyszerekre fordított hazai közkiadások nagyságát a GDP százalékban. Hibát követünk el, ha a gyógyszerkiadások nemzetközi összehasonlításánál a gyártói befizetések és a relatíve alacsony kórházi gyógyszerkiadások arányának figyelembe vétele nélkül szögezzük le a hazai gyógyszer közkiadások csökkentésének szükségességét.

A GYÓGYSZERKIADÁSOK NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSÁNAK TÖRVÉNYSZERŰSÉGEI

Az 2. táblázat nyers adatai az OECD Stat Extracts adatbázisból származnak. Az adatgyűjtés során a legfrissebb elérhető (2009) adatokat alkalmaztuk. Ahol ez nem állt rendelkezésre, ott 2007-ig visszamenőleg kerestünk adatokat. A vizsgálatba az európai és észak-amerikai kontinens OECD tagországa kerültek be. Kizártunk azonban minden 300 000 lakosnál kisebb országot. Az elemzés során megkülönböztettük a fejlett (GDP/fő > 30 000 USD) és a közepesen fejlett (GDP/fő < 30 000 USD) országokat.

| Paraméterek | | Közepesen fejlett országok átlaga | Fejlett országok átlaga | P-érték |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------|---------|
| Egészségügyi kiadás | USD | 1659 | 5181 | <0.001 |
| Gyógyszer és nem tartós GYSE kiadás | USD | 380 | 658 | 0.001 |
| Egészségügyi kiadás | GDP százalékában | 8,5% | 10,6% | 0.003 |
| Gyógyszer és nem tartós GYSE kiadás | | 2,0% | 1,4% | 0.004 |
| Gyógyszer és nem tartós GYSE kiadás | Teljes egészségügyi kiadás százalékában | 23,6% | 13,4% | <0.001 |

2. táblázat

Az egészségügyi és gyógyszerkiadások nagyságának összehasonlítása a magas és közepes jövedelmű országokban (2009)

A táblázat adatai alapján megállapítható, hogy a magas jövedelmű országok nemcsak abszolút értékben költenek többet egészségügyre, de a GDP-jük nagyobb hányadát is fordítják egészségügyi kiadásokra. Ezzel ellentétben a kisebb jövedelmű országok mind a GDP-jük, mind a teljes egészségügyi kiadásuk nagyobb hányadát költik gyógyszerekre amiatt, hogy a gyógyszerek ára nemzetközi viszonylatban nem különbözik oly módon, mint az egészségügyi dolgozók fizetése, vagy a kórházi költségek. Ennek fő okai többek között a közfinanszírozók által indukált nemzetközi árreferencia rendszer és az európai uniós szabadkereskedelmi szabályozásból fakadó parallel kereskedelem, melynek következtében a gyógyszergyártók nem engedhetik meg annak az egyébként joggal elvárható árpolitikának az alkalmazását, hogy az alacsonyabb jövedelmű országokban alacsonyabb áron forgalmazzák gyógyszereiket.

HAZAI GYÓGYSZERKIADÁSI ADATOK NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN

Az OECD egészségügyi adatbázisának elemzése alapján kijelenthető, hogy a közepes jövedelmű országokhoz hasonlóan Magyarországon 2009-ben relatíve magas volt a teljes gyógyszerkiadások aránya a GDP százalékában (2,4%). Az adatbázis alapján a gyógyszer közkiadások aránya is relatíve magas (1,4%), de ez az adat torz, hiszen a gyártói befizetések miatt szükséges korrekció mértéke 0,2%. A teljes egészségügyi kiadásokon belül relatíve magas a gyógyszerkiadások részaránya, de ez döntően az alap-, járóbeteg és fekvőbeteg ellátás jelentős alulfinanszí-

rozottságából ered. Összességében megállapítható, hogy Széll Kálmán Terv előtti időszakban az ország gazdasági fejlettségének és a visegrádi országok átlagának megfelelő volt a gyógyszerekre fordított közkiadások egy főre jutó értéke és a GDP-hez viszonyított relatív mértéke.

Az OEP gyógyszerkassza egy főre jutó közkiadása még a gyártói befizetések korrekciójának figyelembevételével is abszolút értékben csak két OECD ország (Észtország és Lengyelország) kiadásait haladta meg 2009-ben. Ezért, illetve a lakosság rossz egészségi állapota és a kórházi ellátást helyettesítő gyógyszeres terápiák szükségessége miatt az OEP gyógyszerkassza jelentős csökkentése semmiképpen sem támasztható alá szakmai és gazdasági érvekkel.

GYÓGYSZER KÖZKIADÁSOK CSÖKKENTÉSÉNEK HATÁSAI

Az tanulmány során végzett interjúk és szakmai anyagok feldolgozása alapján leszögezhető, hogy a gyógyszerpiac minden szereplőjét jelentősen érinteni fogja az OEP gyógyszerkasszájának tervezett mértékű csökkentése, a változások dominóelvé szerint dinamikusan hatnak majd az egyes szereplőkre. Csökkenhet a betegek hozzáférése a gyógyszeres terápiákhoz, mely befolyásolhatja egészségi állapotukat. A gyógyszer közkiadások radikális csökkentése negatívan hat majd a foglalkoztatásra is a gyógyszerágazatban, és részben ezért az államháztartási egyenlegre tervezett pozitív hatás is jóval kisebb lesz a vártnál. A hatások mérhetőségének kidolgozása és a következmények folyamatos monitorozása jelentős kihívást jelent majd a kutatók és a civil szféra számára.

ÖSSZEGRÉS

A gyógyszerekre fordított közkiadások jelentős csökkentése ugyan javíthatja az államháztartási egyensúlyt, és rövidtávon eredményes makrogazdasági intézkedést jelenthet, azonban egészségpolitikai szakmai és gazdasági érvekkel sem támasztható alá az OEP gyógyszerkassza csökkentése. Különösen a csökkentés mértéke nem indokolható, hiszen figyelembe kell venni a lakosság rossz egészségi állapotát és a kórházi ellátást helyettesítő gyógyszeres terápiák szükségességét. Az elemzések alapján kijelenthető, hogy rövid- és hosszútávon az összes érintett szereplő sokat fog veszíteni.

A politikai döntéshozóknak tisztában kell lenniük azzal, hogy milyen következménnyel jár a gyógyszerkiadások csökkentése. A várható hatásokról célszerű objektív módon tájékoztatni a szakmai szereplőket, a gyógyszereszedőket és a lakosságot.

A közelmúlt egészség- és gazdaságpolitikai intézkedései alapján megfontolandó lépésnek tűnik az OECD gyógyszerkiadási adatainak és jelentési rendszerének felülvizsgálata, melyet Magyarország kezdeményezhetne. A felülvizsgálat keretében a tagállamok által kialakított szakértői munkacsoport javaslatokat tehetne az OECD felé a gyógyszerkiadások egységes jelentési rendszerének kialakítására és a kiadások összehasonlíthatóságára vonatkozó ajánlások megfogalmazására.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA

**Dr. Kaló Zoltán MSc, PhD**

Jelenlegi beosztás: 2006: igazgató, Egészség-gazdaságtani Kutató Központ, TáTK, ELTE; 2008: ügyvezető igazgató, Syreon Kutató Intézet; 2012: Director on the ISPOR Board of Directors
Korábbi szakmai pályafutás: 2006-2007: intézetvezető egyetemi docens, Egészség-gazdaságtani Intézet, SZTE; 2004-

2006: orvosigazgató, Novartis Hungária Kft., Pharma; 1999-2003: egészség-gazdaságtani és stratégiai árképzési vezető, Transzplantáció és immunológiai üzletág, Novartis Pharma AG, Basel, Svájc; 1997-1999: egészség-gazdaságtani programvezető, Novartis Hungária Kft., Pharma részleg

Iskolai végzettség és tudományos fokozat: 1993: Budapesti Közgazdasági Egyetem 1993, üzemgazdász; 1995: Semmelweis Orvostudományi Egyetem 1995, általános orvos; 1996: University of York egészségügyi közgazdász M.Sc.; 2006: SE Gyógyszertudományok Doktori Iskola, PhD; 2011: ELTE Szociológiai Doktori Iskola, habilitált doktor
M megbízatások: a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság elnökségi tagja és elnöke (2003-2004; 2007-2008) és leendő elnöke (2013-2014); a Szakmai Kollégium menedzsment és egészség-gazdaságtan tagozatának tagja (2011-); a Magyar Személyre Szabott Medicina Társaság elnökségi tagja (2010-); tagja az IME-Egészségügyi vezetők szaklapja szerkesztőbizottság tanácsadó testületének, valamint a Lege Artis Medicinae szerkesztőbizottságának.



Merész Gergő diplomáit a Szegedi Tudományegyetemen szociológia alapszakán (2009) és az Eötvös Loránd Tudományegyetem egészségpolitika tervezés és finanszírozásmestersza-

kán (2011) szerezte. Gyakornokként a dolgozott Healthcare Tanácsadó Kft.-nél valamint a Syreon Kutató Intézetnél, 2011 júliusa óta a Syreon Kutató Intézet munkatársa, valamint az ELTE óraadó oktatója. Szakmai érdeklődése a biostatisztika és epidemiológia tárgykörökre terjed ki.



Mezei Dóra diplomáját a Budapesti Corvinus Egyetem gazdaságmatematikai-elemző mesterszakán (2012) szerezte. Gyakornokként dolgozott a Healthcare Tanácsadó Kft.-nél 2010-2011 között, majd a Syreon Kutató Inté-

zetnél 2012 tavaszán. Fő érdeklődési köre a statisztika és modellezés. Diplomamunkájának témája az élettartammal és életminőséggel kapcsolatos várakozások statisztikai elemzése volt biológiai terápiát kezdő rheumatoid arthritises betegek egy hazai felmérése alapján.



Dr. Tóth Árpád orvos (SOTE 1996), egészségügyi szakmenedzser (SOTE EMK 2000). 1996-tól a SOTE PhD hallgatója és patológus gyakornoka. 2001-től a veresegyházi Misszió Egészségügyi Központ munkatársa, 2003-tól a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház által szervezett Irányított Beteg-ellátási Modellkísérlet helyettes vezetője, majd ugyanitt

2011-ig több igazgatói beosztásban dolgozott. 2008-tól a Zirc Városi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet főigazgatója, mindezek mellett 2000-től az Országos Mentőszolgálat mentőorvosa. A Magyar Kórházszövetség vezetőségi tagja. 2011-től GYEMSZI szakértő. Érdeklődési területe: kistérségi és megyei egészségügyi ellátórendszerek szervezése, fejlesztése; kórházmenedzsment; sürgősségi ellátás. Az IME Szerkesztőbizottságának a tagja.



Dr. Inotai András 2007-ben gyógyszerészi diplomát (Semmelweis Egyetem – PharmD), 2008-ban gyógyszerpolitikai és gyógyszergazdaságtani szakértői szakképesítést (ELTE-TáTK), 2011-ben doktori fokozatot (Semmelweis Egyetem – PhD) szerez. Gyógyszer-gazdaságtani területen 5 éves kutatási gyakorlattal rendelkezik. 2009 óta a Syreon Kutató Intézet

munkatársa, fő kutatási területei az egészségügyi technológiák gazdasági elemzése, egészség-gazdaságtani elemzések kritikai értékelése, betegségteher- és gyógyszerutilizációs vizsgálatok valamint az egészségnyereség mérése. 2011 óta az ELTE Egészség-gazdaságtani Kutatóközpont külső oktatója (Egészségnyereség mérése tantárgy). Két könyv társszerkesztője, 18 nemzetközi és hazai lektorált tudományos közlemény szerzője illetve társszerzője.