

## A finanszírozói kockázatkezelés jövője a gyógyszer-támogatásban

Dr. Bacskai Miklós, Komáromi Tamás, Dr. Nagy Bence  
Healthware Tanácsadó Kft.

A gyógyszerellátás stabilitása szempontjából állandó dilemma az iparpolitikai és finanszírozói érdekek összeegyeztetése. A biztosítói működés változatos kerület és kínálat-módosító eszközökkel rendelkezik, azonban a nagy költségű, széles körben igényelt terápiák támogathatósága továbbra is feszültségeket hordoz. A költség-szabályozó módszerek együttes használata sokszor a hozzáférés indokolatlan korlátozását jelenti, ami a méltányosság és társadalmi haszon csökkenésével járhat. A támogatási szerződésekben megjelenő feladatmegosztás a betegvezetés, beteg-együtműködés és a vállalt hatásosság fenntartását biztosíthatja, az adminisztrációs terhek növekedése mellett az ellátás hatékonyságát is növelheti. Az új szabályozási elemek hatékony alkalmazásával kölcsönösségen és átláthatóságon alapuló partnerség jöhet létre a résztvevők között. A mennyiségi szemléletet fokozatosan felváltó minőségi alapelvek elfogadható stratégiát hordoznak a gyógyszerpiac szereplőinek, és a kockázat kezelésére létrejövő összetettebb biztosítási termékek kiindulási pontjául szolgálhatnak.

*The future of risk-sharing in drug reimbursement. The standard problem of the pharmaceutical supplies is to reconcile the conflict between the manufacturer's and the third-party payer's interests. The Insurance Funds have a lot of financing tools for cost-containment on demand and supply, but it's rather difficult to use in case of some high cost innovative drugs which have more well-established advantages. Too many cost-containment rules can restrain the patient access to medical services and also be regardless of the equity and social principles. Some new elements of the price-volume contracts as the patient education, compliance- and performance-based reimbursement practices mean special outsourcing activities, and against of the higher administration give special possibilities to optimize the individual patient-paths. The appropriate uses of these methods can build a new type of partnership between the participants. The modification of the simple volume-control rules to an outcome-based monitoring methods can increase the chance to create fair risk-sharing agreements and provide reliable information to develop more suitable insurance product for the financing problems in the future.*

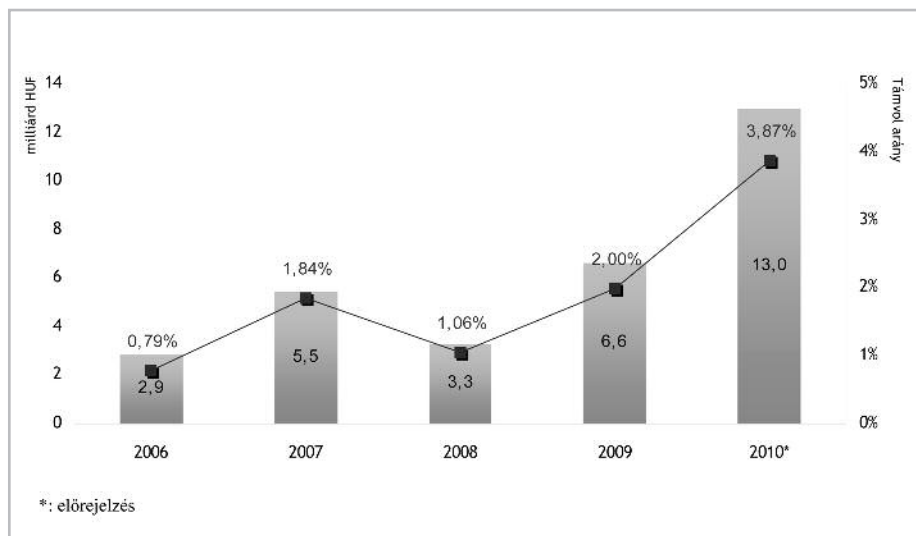
### HÁTTÉR

Az új innovatív terápiák finanszírozása jelentős terhet jelent az öregedő korfával és kedvezőtlen egészségi állapotú lakosság problémáival küszködő állam számára. A nehézségek nem ismeretlenek a jóléti államokban sem, ahol egyre összetettebb finanszírozási protokollok születnek az áttörést jelentő, de nagy költségű biológiai és onkológiai terápiák biztosítására. Az információs és adminisztrációs igények kiszolgálása, az elvart eredményesség elérésének támogatása a gyártói vállalások szintjének emelkedésével jár, a pénzügyi kockázatmegosztás és különböző szintű minőségi garanciák elterjedése mellett. A fenti elvárások mentén kialakított megállapodások típusai egymás után jelentek meg az Egyesült Királyság, Ausztrália, Svédország, Franciaország, Németország és Olaszország gyógyszer-támogatásában az elmúlt évtizedben. A speciális eljárások a befogadási döntések utólagos megerősítését jelentik, feltételes határozat mellett folytatható vagy meghatározott teljesítmény esetében folyósítható támogatási szerződések formájában. A már elfogadott költség-hatékonyságtól függetlenül gyakori jelenség a pénzügyi kockázatok megosztása, ami az előre tervezett források túllépésének esetében a finanszírozási terhek jelentős részének áthárítását jelenti a gyártó felé [1, 2, 3].

Magyarországon 2003-tól folyamatosan növekedett a klasszikus támogatásvolumen szerződések száma, majd 2009-ben a gyakorlat egységesítése és szélesebb alapokra helyezése történt meg az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatójának rendelkezései alapján. Az előírások jelenleg négy módszert nevesítenek: az egyszerű dobozonkénti befizetést, a támogatásvolumenre, a beteg-együtműködésre valamint a terápia eredményességére vonatkozó szerződéseket [4]. A lefedett termékkör szerződéseinek kapcsán esedékes befizetések 2010 végéig elérték a 13 milliárd forintot, ami összegben az éves kassza 3,9 százalékának felel meg (1. ábra).

### A KOCKÁZATMEGOSZTÁSI SZERZŐDÉSEK TÍPUSAI

A kockázatmegosztási technikák általában pénzügyi és egészségnyereség alapú megállapodásokra csoportosíthatók. Míg az előbbi egy adott betegkör kezelésére felhasználható terápiás mennyiség határértékkel történő korlátozását jelenti, addig az utóbbi az elvart eredményesség teljesítésének minőségi kritériumok szerinti megfeleltetését. A teljesítmény szerinti megítélés lehet egészségnyereség függő,



**1. ábra**  
A támogatásvolumen szerződések kapcsán befizetett összeg és aránya az adott évi támogatási ki-  
ramláshoz  
Forrás: OEP

vagy az elérhető terápiás eredményességet befolyásoló beteg-együtműködés optimalizálására vonatkozó megállapodás. Mind az értékhatárhoz köthető, mind az eredményesség alapú szerződések beteg és populációs szinten is kialakíthatóak a megfelelő vizsgálati kritériumok és statisztikai módszertanok segítségével. Példa erre a dobozsintű visszafizetés, a támogatás szempontjából maximalizált kúraköltség vagy a kassza szinten limitált kifizetendő támogatás a pénzügyi megfontolások, míg adott beteg vagy betegcsoport kezelése terápiás sikerének klinikai vagy köztes végpont segítségével történő megítélése a teljesítmény-alapú szerződések esetében [1, 2, 5].

Bár az általános mennyiségi korlátozást felváltó minőségi garanciák tartós megoldást jelenthetnek a finanszírozási kockázatok vállalható és igazságos megosztásában, a hazai gyártói oldalon erős ellenérzések tapasztalhatóak. Az elmúlt évek bizalmi válságának alapja a csökkenő kiszámíthatóság, így az új finanszírozási módszerek elfogadhatóságának feltétele, hogy ne csak egy újabb határozatlan időre szóló, adójellegű hozzájárulás formájában kerüljenek bevezetésre. Még egy szakmailag megalapozott, minden fél számára elfogadható szerződés esetében is kérdéses, ki állja a megvalósíthatósághoz szükséges adminisztráció és szakképzett háttértámogatás kialakítási és fenntartási költségeit.

A lehetséges érdekek és ellenérdekek mellett számos gyakorlati probléma is felmerül a teljesítmény-alapú szerződéses formák esetében. Mind a populációs, mind az egyéni szinten definiált eredményesség igazolásához jelentős adatkezelési és biostatistikai kapacitások szükségesek. A jogszerű és minőségi adatfeldolgozás megkövetelheti az egységes betegregiszterek kialakítását, konszenzus alapján meghatározott kemény vagy köztes végpontú klinikai paraméterek objektív mérőszámként történő kiválasztását és kezelését. Egy indikátorrendszer kiépítése vagy a jelenlegi finanszírozási rekordokhoz illesztése kétséges időtávú, költségekkel járó folyamat, és kérdéses, hogy terheit milyen mértékben vállalja magára az állami oldal. A monitorozás terheinek gyártókra hárítása egyértelműen jelenik meg a beteg-együtműködési szerződéseknel, de a szolgáltatói oldal emelt szintű adminisztrációjának finanszírozása megoldatlannak tűnik egyelőre.

Ugyancsak problémát jelent, hogy míg az eredményesség alapszintű fokmérője egyes beavatkozások, szövődmények elkerülése, az ellátórendszerrel való távolmaradás, addig a szerződések csak a gyógyszer-támogatási előirányzat betartására születnek, s az egyes kasszák közötti megtakarítások nem kerülnek meghatározásra. Míg a támogatási listára kerülés alapvető feltétele az inkrementális költséghatékony kimutatása valamennyi direkt költségvetel vonatkozásában, az elvileg jóváhagyott értékek betartatására elnyesző gyakoriságú az eredményességre vonatkozó szerződések kialakítása. Az igazsághoz tartozik, hogy a normál befogadási eljárásrendbe aligha férhet bele egy jól megalapozott teljesítmény-alapú szerződés felépítése. A klinikai vizsgálatra és a valós ellátásra jellemző körülmények összevethetősége, illetve a kezelésbe vont betegpopulációk közötti különbségek feloldása legtöbbször csak összetett statisztikai módszerekkel lehetséges, s különösen igaz ez, ha egy már befogadott terápiához való viszonyítás a siker megítélésének záloga.

Mindezek miatt a pénzügyi alapú szerződések elterjedése csaknem kizárólagos és rövid távon nem is valószínű az eredményesség-alapú megállapodások tömeges önálló megjelenése, bár a különféle típusú szerződések kombinációja lehetőséget adhat a kellő tapasztalatok megszerzésére.

Az eltérő célra és cselekvésre ösztönző szerződéstípusok önmagukban egyértelmű hatékonysággal bírhatnak, de együttes használatuk a kívánt hatások maximalizálásáért nehézségekbe ütközik. Általános probléma, hogy az érték-

határhoz kötött és az eredményorientált felhasználás abszolút sikeressége között fordított arányosság figyelhető meg. Az optimális terápiás válasz elérése sokszor többletköltségekkel jár a dóziszemelés, a beteg monitorozás és megfelelő együttműködés kialakításával. A túlköltség tervezhetősége szempontjából nem segít a maximált kúraköltségek és compliance figyelembevétel sem, ha az előírt betegszámot meghaladja a kezelés.

Az összetett elvárások együttes érvényesítése szigorú feltételeket és szabályozást igényel. Egy gyógyszer életciklusa alatt több kihívással szembesül, mind marketing, mind finanszírozási szempontból. A gyártók termékeik piaci jelenlétének, elérhetőségének, részesedésének és árának maximalizálására törekednek, míg a felügyeleti szervek ezzel kapcsolatban kompromisszumokat kötnek a terápiás kínálat szélesítése érdekében. Bár a hivatalos tárgyalási szituációk háttérbe szorultak az uniós Transzparencia direktíva hazai bevezetésével, a kockázatmegosztási szerződések kialakítása és fenntartása rengeteg egyeztetést igényel, különösen egy legalább három évre előírt megállapodás időtartama alatt.

## KOMBINÁLT SZERZŐDÉSEK KIALAKÍTHATÓSÁGA

A fenti problémák szisztematikus kezelése számos előnnyel járhat, amennyiben a szereplők hosszú távú konszenzusra törekednek. A betegoktatás és betegregiszterek hangsúlyozásával, a szolgáltatói jelentések minőségének javításával a biztosító felügyeleti tevékenysége is fejleszthető. A jelenlegi általános értékhatáros tervezést felválthatja a minőségi elvek betartására való törekvés, a betegutak kiterjedt elemzésével, a betegállapotok és életminőség mérésével. Az összetett minőségi garanciaelvek a nagyobb arányú, illetve korai beteghozzáférést segítik, miközben a költségeket a piac szereplői megosztják egymás között. A finanszírozási kockázat mellett a tapasztalatok és a felelőségek megosztása szabályozott outsourcing formát ölthet, amennyiben mindehhez klasszikus ellátás-szervezői tevékenységet végző új szereplők asszisztálnak.

A sikeresség szempontjából alapvető a betegjogok védelme, a betegirányítás jogkörének, illetve magának a beteg felelősségi szintjeinek meghatározása. A sokszereplős együttműködés motivációjában a bizalom megteremtése nagy fontossággal bír. A gyártói közreműködések időszakos, kötelező elrendelése helyett érdemes bizonyos terápiás csoportokra hosszabb távú finanszírozási programokat nyitni, ami egyértelművé és nyíltá teszi a támogatás elérésének feltételeit. Az utólagos elszámoltatás helyett a rendszeres elszámolás tervezhetővé teszi a folyamatot a szereplők számára, s nem csak a biztosító, de a beszállítók és szolgáltatók kiadásai, illetve pénzügyi hozzájárulásai is elismertetésre kerülhetnek. A megosztott menedzsment-alapú szerződések lehetőséget adnak a különböző típusú kockázatmegosztási szerződések együttes, illetve egymásra épülő használatára.

Miután egy termék finanszírozási életciklusában egymást követő kihívások kezelésére van szükség, megfontolandó a közös érdekek feltárása és folyamatos egyeztetése. A befogadás során ez az aktuális termékárhoz és ellátási viszonyokhoz illesztett inkrementális költséghatékonyság igazolása és elfogadása. A bevezetési időszakban a megfelelő terápiás használat és beteg-együttműködés kialakítása, illetve az elfogadható tendenciájú betegszám növekedéshez meghatározott kiadási értékhatárok betartása. A változó szerkezetű és költségterhű terápiás kínálatához való igazodás megköveteli a dobozonkénti ármérséklés lehetőségét és egyéb kedvezmények alkuját a költséghatékonyság fenntartására. Mindezek a lépések egy programszerűen egymást követő, interaktív folyamat eredményeképpen egészíthetik ki egymást, egy új, tételes szintű finanszírozási módszer kialakításával.

Az átlátható szabályozás lehetőséget ad a szolgáltató-vásárló számára a tőkéletes piac közelítésére, a betegpreferenciák és a vállalható választási autonómia biztosítására a finanszírozhatóság fenntartása mellett. Minden termék életciklusában elérkezik a hasonló, illetve szabadalmi szempontból azonos követőmolekulák megjelenése, amikor a finanszírozási szituáció egyre nagyobb mértékben az ár függvényévé válik. A csökkenő finanszírozás a beteg térítési díjak emelkedését jelenti bizonyos termékeknél, de mi történhet azokban az esetekben, ahol az éves terápia értéke milliós nagyságrendű és a gyakori terápiaváltás szakmailag megkérdőjelezhető? A terápián tartás költségeit a biztosító eddig is részben vállalta, illetve a piaci szereplők osztoztak a túllépés kockázatainak finanszírozásában. A megjelenő többlet-hozzájárulási igényt a betegek nem tudják, míg a finanszírozó nem kívánja kielégíteni. A kiegészítő biztosítók lehetnek azok a szereplők, akik jelentős tartalékokkal bíró pénzügyi intézményként jelenhetnek meg a betegoldali terhek átvállalására.

Jelenleg hazánkban nem jelentős a kiegészítő biztosítók szerepe, miután az induló csomagok finanszírozhatósága túl sok kérdést vet fel, amire vonatkozólag kevés információ áll egy kockázati tőkebefektető rendelkezésére. A kérdéses pontok egy menedzsment-alapú szerződés mellett fennálló tételes finanszírozási konstrukcióból könnyen megválaszolhatóak lehetnek. Megfontolandó, hogy hasonló termékkel közvetlenül maga az állam is megjelenjen, hiszen így is jelentős adminisztrációs kereteket tart fenn, és a betegekkel kialakítandó valós szerződéses jogviszony nem csak cselekvési szabadságot adna az OEP kezébe, hanem az előtakarékoságból származó egyéni befizetések feletti rendelkezés lehetőségét is. Miután bizonyos termékek piaci és terápiás szerepe, hatékonyságának tartós elfogadhatósága tipizálható, sok esetben már a befogadás pillanatában érdemes biztosítás-alapú együttműködések kialakítására törekedni a gyártókkal. Természetesen mindez a szolgáltatási és költségvetési szerepek felülvizsgálatát is megköveteli, az éveken átnyúló minőségi és pénzügyi garanciavállalás, illetve alapkezelési módszertanok gyakorlatba történő bevezetésével.

A menedzsment-alapú konstrukciók biztosítás-alapú szerződésekkel történő felváltása az adott évre meghatározott finanszírozási keretek túllépését és a rendszer kialakításának többletterhét osztja meg az együttműködő felek között akár 5-10 éves távon. A kezdeti bevezetési költségek ellentételezéseként a termékkör garantált támogatásban marad és a finanszírozási kockázatot az előtakarékossági alapok veszik át. Az eseti túlcsoportot a várólisták alkalmazásával, a terápiás terület értékhatárhoz kötött finanszírozásának szigorítását a kezdeti teherviselők felé történő jóváírással kezelhetné a finanszírozó (2. ábra).

## ELLENŐRZÉS ÉS ELSZÁMOLÁS

Egy ideális együttműködés során a szereplők a finanszírozási kockázatok közül csak a felelősségük körébe tartozókat felelnek. Az értékhatárhoz kötött volumenszerződések kereteinek túllépései mögött előkelő helyen áll a betegregiszterek, a várólisták és finanszírozási protokollok hiánya is a gyártói marketing tevékenységén túl. A szolgáltatók a limitált kapacitási környezetben ugyanolyan mértékben érdekeltek a lehívható finanszírozási tételek halmozásában, mint maguk a beszállítók. A kockázat-optimalizálás során a gyártók és szolgáltatók elsősorban a minőségért, az ellátásszervező és finanszírozó pedig a tervezhetőségért, azaz a mennyiségi kontroll fenntartásáért kell garanciát vállaljon.

A források felügyeletének intenzív formái; az elkülönített mikrokasszák kialakítása, a pénzügyi alapkezelés és az interaktív, ciklikus tervezés nem tipikus jellemzői a jelenlegi finanszírozási környezetnek. Mindezek azonban alapvető követelmények lennének akkor, ha a betegdallal kötött szerződések is köteleznék a finanszírozót az átláthatóság és gazdaságosság betartására. A klasszikus tétel a túlzott adminisztrációs terhekről napjainkig állandó kifogásként él a

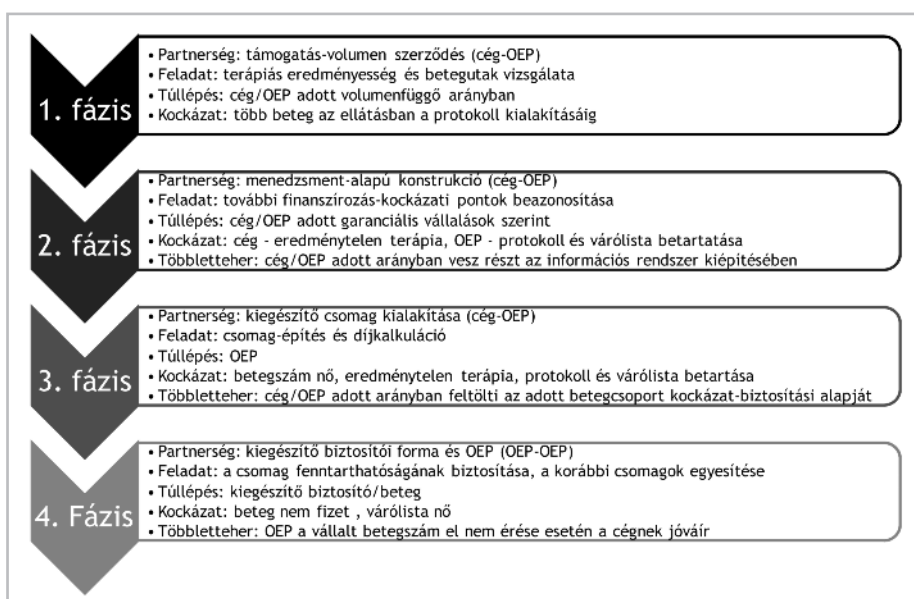
járuλέkos lakossági forrásbevonás megszervezése ellen, pedig a jogszabályi, technikai és informatikai környezet hatalmas fejlődésen esett át az elmúlt 10 évben is, a paraszolvencia rendszere pedig töretlenül virágzik. Az univerzális kártya és kedvezményrendszerek korábban megkérdőjelezhetőnek tűnik a tételes finanszírozási formákkal szembeni ellenállás a nagy értékű, illetve a széles körben igényelt ellátások területén.

A finanszírozási problémák tartós kezelése az előtakarékosság fejlesztésével, az egyedi betegutakból és preferenciákból származó túlköltési kockázat a betegoldali teherviselés és kockázatvállalás erősítésével kezelhető. Egy járuλέkos, akár a kockázatközösségen belüli eszközfelhalmozás többletbevétel és többletjogosultságot jelenthet, ami tételes elszámolási technikákkal ellenőrizhető. A probléma a biztosítás alapjául szolgáló forrás felhalmozhatósága, amihez a biztosítás-alapú szerződések gyártói befizetési célzott és áthidaló segítséget nyújthatnak (1. táblázat).

Lehet, hogy egy bizalomra épülő üzleti kultúra megjelenése a TB-finanszírozás területén túlzó idealizmust feltételez, kialakítása azonban egyértelműen hasznos lenne. A gondos tervezést követő korrekt elszámolás, a szereplők által végzett közös alapkezelés és innovatív fizetési technikák, mint az elektronikus pénzhelyettesítők bevezetése, további partnerségek és megtakarítások kialakítására adhatnak lehetőséget.

## PARTNERSÉG ÉS MEGTAKARÍTÁS

A mikrokasszákhöz illesztett elektronikus pénzhelyettesítők felhasználásának előnyei között említhetjük a tételes elszámoltathatóságot a szolgáltatói lánc szereplői részére. A kiutalt támogatás útja a patikáktól a gyártókig jól visszakövethető, amennyiben nem használják fel egyéb kifizetésre,



2. ábra

Egy összetett biztosítás-alapú szerződés kialakításának lehetséges lépései

<p><b>Erősségek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A felügyeleti szerv nem változik, jogosítványa egyértelmű a minőségi garanciaelvek betartására</li> <li>▪ Ösztönzés és költségek a betegen</li> <li>▪ Felelősség a piacon és betegen</li> <li>▪ Hozzájárás kisebb korlátozása és betegmegtartás</li> <li>▪ Korrekt pénzügyi elszámolás, stratégiai tervezés és előtakarékoság bevezetése</li> <li>▪ Szerződéses formák legmagasabb szintű intézményesülése</li> </ul>	<p><b>Gyengeségek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betegoldali szerződéskötés</li> <li>▪ Többletadminisztráció, intenzív tájékoztatás</li> <li>▪ Intézményi háttér kialakítása</li> <li>▪ Csak nagy betegszámú, krónikus kórképek esetén használható optimálisan</li> <li>▪ Betegoldalra történő kockázatterelés magas szintű egészségpolitikai közreműködést igényel</li> </ul>
<p><b>Lehetőségek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Társadalmi és egyéni hozzájárulások arányának beállítása</li> <li>▪ Az egyes szerződések kockázatainak összevonása, biztosítási termék kialakítása</li> <li>▪ Forrásallokáció hatását a forrásteremtés lehetősége megsokszorozza</li> <li>▪ Az alapkezelés ösztönzése, befektetési termékekkel kapcsolása a járulékos kockázatközösségek kialakítását eredményezheti</li> </ul>	<p><b>Veszélyek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kollektív kockázatközösség sérülhet, ha az újabb állami feladatvállalás szabadon kiszervezhető</li> <li>▪ A kiterjesztett használat ellenérzéseket szül</li> <li>▪ Hosszú előkészítés a protokollok és az érdekközösség kialakítására</li> <li>▪ Bürokratikus eljárásrend</li> <li>▪ Várólisták felvállalt kommunikációjára van szükség</li> </ul>

1. táblázat

A teljesítményértékeléssel és biztosítási csomag kialakítással kombinált kockázatmegosztási szerződések jellemzői

illetve nem váltják valós forintra. Az ellenőrzési szemponton túl, jelentős e-pénz forgalom alakulhat ki a piaci szereplők egymás közötti és az állam felé történő fizetési teljesítéseivel. A közös takarékoskodás során a forgó pénz mögött lekötött fedezet megtakarításokat termel, a megtakarított pénz e-pénz forgalomban tartásával többszöröződik az éves szinten felhasználható források mennyisége, amit a szereplők új betegek beemelésére vagy tartalékképzésre fordíthatnak. A tartalékok új termékek és szolgáltatások befogadására, kedvezmények kialakítására, az egyéni kiadások túllépésének finanszírozására, vagy akár erre vonatkozó kockázati biztosítás díjaira fordíthatódnak.

Egy ilyen modell kialakítása nem kötelezően a jövő ígérete. Az OEP a finanszírozási protokollok fejlesztésében, a szakma és a gyártók a minőségfejlesztésben és hatékonyságban érdekeltek, és speciális finanszírozási szerződéseket köthetnek. Az ígéretes partnerség fejlesztő eszköznek tekinthető pénzhelyettesítő, szerver oldali elektronikus pénzként gyorsan bevezethető, amikor minden felhasználó elektronikus számláját az állami kibocsátó kezeli, amiről igazolást ad ki [6]. Az igazolások egy része pénzforgalmi elszámolásnak is megfelelne, ami lehetővé tenné a kibocsátó, NAV és Államkincstár közötti műveletek elfogadható egyszerűsítését. A mikrokassa-kezelésében a megcímkézett e-pénz folyamatos lekötésben marad és a megfelelő működés során megjelenő többletforrások az adott betegcsoport ellátásában vehetnek részt. A nevesített mikrokassa akár valóban egyesítheti az eltérő költségvetési sorokon kezelt kasszákat adott betegcsoportra szánt finanszírozási összegét. A betegutak és szolgáltatási folyamatok átvilágítása lehetőséget adhat a teljes ellátás költséghatékony átalakítására, megvalósulhat a kasszákat régen várt átjárhatósága.

Az éves végelszámolás után megjelenő megtakarítás a bázisévet követő év ráfordítás tervezése során használható fel. Ha az állam továbbkezelésre meghagyja az adott összeget, kvázi többlettámogatást tervez az adott ellátási körre, ami több célra fordítható. A bázisévben kitermelt megtakarítás ugyanis a tárgyévi pénzforgalom sebességétől függően többször is felhasználható, ami így megsokszorozva egészítheti ki a forrásokat. A rendszer takarékosági potenciálja a hozamok (e-pénz kibocsátás és a tartalékalap kezelésének haszna), illetve a gazdaságélénkítő hatások (pl.: a szövetkezeti tagok ÁFA befizetéseinek nagysága) figyelembevételével számszerűsíthető. Az így kifejezett többletet az egyes ellátási szereplők a működési költségeik támogatására, illetve az elszámolás-fizetési rendszert használók számára juttatható adójellegű vagy egyéb kedvezmények jóváírására is fordíthatják (2. táblázat).

A pénzügyi szolgáltatások az elektronikus pénzt kibocsátó szakosított hitelintézet, illetve szövetkezeti hitelintézet létrehozásával, az elszámolás és tőkekezelés hitelintézeti elszámolóház és befektetési alapkezelők segítségével történhet. Az intézmények 250-300 millió Ft jegyzett tőkével létrehozhatók, de a kérdéses funkciókat közreműködő pénzpiaci szereplők vagy az Államkincstár jogosítványai is lefedhetik. A szövetkezeti jelleg az együttműködés szabályainak pontos meghatározására és a közös felelősségvállalás jogi biztosítékaira tűnik ideálisnak [7]. Az OEP szerződéses vállalásait az Államkincstár pénzügyi szolgáltatásaival hatékonyan teljesítheti, a forrásteremtő potenciál a finanszírozói technika több területre történő kiterjesztésével gyorsan növekedhet. Az elfogadás és intézményi fizetési mód elterjedésének nincs könyvelési akadálya, az elektronikus pénz adott bankszámlaszámon tartott pénzeszköznek számít, az-

<p><b>Finanszírozó;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ az éves hozzájárulás növekedési üteme tervezhető,</li> <li>▪ a finanszírozás ellenőrzésében minden szereplő érintett,</li> <li>▪ célzott, programszerű forrásbevonás lehetősége</li> </ul>	<p><b>Szolgáltató;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ teljesítmény és tételes finanszírozás díjtételei és szabálykönyvei korrigálhatóak,</li> <li>▪ új, főleg humán erőforrást igénylő szolgáltatások számolhatóak el</li> </ul>
<p><b>Beszállító/gyártó;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ visszafizetési volumenszerződések határértéki egyetértés mellett módosíthatóak,</li> <li>▪ adójellegű befizetések csökkenthetőek,</li> <li>▪ új termékek bevonására, originálisok benntartására tartalékok képezhetőek,</li> <li>▪ ellátást támogató egyedi pénzügyi hozzájárulások és kedvezmények beszámíthatósága a közös tehervállásba</li> </ul>	<p><b>Beteg;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ költségtudatos, öngondoskodó viselkedés erősítése</li> <li>▪ széles választék és hozzáférés</li> <li>▪ várólisták csökkentése</li> <li>▪ kiegészítő biztosítások kialakíthatósága</li> <li>▪ előtakarékoság és szolidaritás</li> </ul>

2. táblázat

*Az innovatív elszámolási technikákból származó megtakarítások felhasználásának lehetőségei*

az forgóeszközként analitikus és főkönyvi nyilvántartási rendszerben megjeleníthető; a kapcsolatos gazdasági események bizonylatolása, elszámolása, mérlegben és bevételekben való szerepletetése megoldható. A helyzet leginkább a nemzetközi PayPal kifizetési rendszeren keresztül lebonyolított pénzforgalom kezelésével analóg.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A sikeres kezelés biztosítása és az előremutató innovációk elismertetése a beszállító, a vásárló és a szolgáltató közös érdeke. Az átlátható és kölcsönösen elismert elvárások fenntartható együttműködést eredményezhetnek, ami a volumenszerződések garancia-elvek szerinti átforgatásához vezethet. A hosszabb távra kialakított kockázatmegosztási szerződések lehetőségét adnak mind a gondos előké-

szítésre, mind a feltételes vagy több fázisú támogatási együttműködés megvalósítására, amikor a megfelelő tervezés és betartható protokoll segítségével az előnyök a szereplők számára maximalizálhatóak. Az összetettebb megállapodások újabb szereplők megjelenésével járnak, erősödő szakmai és finanszírozói jelenlétet eredményezve egyre több terápiás ellátási terület esetében, míg a biztosítás-alapú szerződések a kockázatokat szélesebb alapon és hatékonyabban kezelő kiegészítő biztosítások kialakításához csoportosíthatják az igényeket és szükségleteket. A közös érdekek felismerése, az ellátások minőségének és a kockázatközösség nagyságának optimális kialakítása olyan szolgáltató-vásárló közösség kialakításával jár, ahol az egymásrautaltság innovatív elszámolási technikákat, a hálózaton belül felhasználható kedvezményeket és megtakarításokat eredményezhet.

## 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] M. Pugatch, P. Healy, R. Chu: Sharing the Burden: Could risk-sharing change the way we pay for health-care? The Stockholm Network 2010, október
- [3] G. de Pouvourville: Risk-sharing agreements for innovative drugs: a new solution to old problems? Eur J Health Econ 2006;7:155-7.
- [4] Országos Egészségbiztosítási Pénztár 35/2009. számú főigazgatói utasítás
- [5] JJ Carlson, LP Garrison, SD Sullivan: Paying for outcomes: innovative coverage and reimbursement schemes for pharmaceuticals, J Manag Care Pharm 2009;15(8):683-7.
- [6] 2004. évi XXXV. törvény az elektronikus pénzt kibocsátó szakosított hitelintézetéről
- [7] 2009. évi LXXXVI. törvény a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 1996. évi CXII. törvény pénzforgalmi intézményekkel és pénzforgalmi szolgáltatással összefüggő módosításáról

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