

A Visegrádi országok nettó gyógyszer-közkiadásainak elemzése 2010 és 2015 között

Dr. Dankó Dávid, Páll Nóra, Ideas & Solutions Kft.

A WHO és az OECD számos indikátort használ a nemzeti gyógyszer-közkiadások összehasonlítására. Azonban, mivel az egyes országok eltérő gyógyszerfinanszírozási és -támogatási rendszerekkel rendelkeznek, a direkt összehasonlítások félrevezető eredményekhez vezethetnek további, nemzeti szinten történő kiigazítás nélkül. Elemzésünkben a visegrádi négyek nettó gyógyszer-közkiadásait hasonlítottuk össze oly módon, hogy figyelembe vettünk minden lehetséges költségvetési forrást, beleértve a visszafizetéseket is. Az eredményeink alapján a GDP arányos gyógyszer-közkiadások mértéke Magyarországon a vizsgált időszakban csökkenő tendenciát mutatott, Szlovákiában és Csehországban stagnált, míg Lengyelországban egy nagyon enyhén növekvő tendencia volt megfigyelhető.

In order to compare the pharmaceutical spending on international level, several indicators have been used by OECD and WHO. However, because of the different reimbursement structures and funding systems, direct comparisons without additional adjustment on national level may lead to false conclusions. Our analysis compares net public pharmaceutical expenditure (NPPE) across the so-called Visegrad countries by aggregating all sources of public pharmaceutical funding in each country and adjusting these for paybacks and discounts provided by pharmaceutical companies. Based on our results, NPPE as a share of GDP shows a decreasing trend in Hungary, stagnates in the Czech Republic and Slovakia, and increases very slightly in Poland.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi rendszerek elemzése során az egyes országok gazdasági helyzete, az egészségügyi kiadások és az állami gyógyszerköltségek gyakran összehasonlításra kerülnek [1]. A Visegrádi országok (Magyarország, Szlovákia, Csehország, Lengyelország) sem mutatnak ez alól kivételt, Magyarországon és Szlovákiában például a gyógyszerpolitikát rend szerint ilyen összehasonlítások alapozzák meg, melyek általában az OECD nemzetközi adatbázisából származó adatokra támaszkodnak [2]. Ez az adatbázis azonban nem tartalmaz minden költségvetési forrást, és nem veszi figyelembe a különböző visszafizetési technikákat sem (pl. költség- és kockázatmegosztási szerződések [3, 4]), amelyek jelentősen befolyásolhatják a nettó gyógyszer-közkiadásokat (továbbiakban NPPE) a közép-európai uniós tagállamokban, valamint jelentőségük egyre növekvő a térségben [5].

Az OECD-adatok fentiekben említett jellemzőinek következtében úgy véljük, hogy szükség van egy de novo elemzési keretrendszerre az NPPE számítására vonatkozóan, amely biztosítja az NPPE átfogó értékelését minden országban, ezáltal megalapozva a valid döntéshozatalt a közpolitikában.

MÓDSZERTAN

Az NPPE forrásainak teljeskörű feltérképezéséhez a Visegrádi országok gyógyszerfinanszírozási rendszereinek egy átfogó, strukturált vizsgálatát végeztük el, mely során áttekintettük az NPPE lehetséges forrásait, a költségvetési struktúrát, a kötelező iparág-specifikus adókat, valamint a gyógyszerbefogadási folyamat minden olyan lehetséges lépését, amelynek hatására a nettó árak eltérhetnek a lista-áraktól. Ennek alapján kidolgoztunk egy olyan számítási módszertant, melynek értelmében a nettó gyógyszer-közkiadások mértékét úgy kapjuk meg, hogy az állam által a gyógyszerekre fordított teljes kiadás összegéből levonjuk az iparág által fizetett kötelező visszafizetések, illetve a költség- és kockázatmegosztási szerződések és a közbeszerzési eljárások során nyújtott kedvezmények értékét. Az 1. táblázat mutatja be azokat a költség- és bevétel elemeket, amelyeket az elemzésünk során figyelembe vettünk. A vakcinákra fordított közkiadásokat az elemzés megbízható forrás hiányában nem tartalmazza. Utolsó lépésként egy egységes struktúrában összesítettük a kiadásokra és a kiadásokat csökkentő tényezőkre vonatkozó összes adatot hat pénzügyi évre vonatkozóan (2010-től 2015-ig), majd elvégeztük a szükséges kalkulációt és összehasonlítást.

Kiadások	Bevételek
<ul style="list-style-type: none"> • Patikai (jártóbeteg) gyógyszerkiadások • HBCs rendszeren kívüli fekvőbeteg gyógyszerkiadás (központi tenderek) – az egyedi szerződésekben foglalt pénzügyi kedvezményekkel kiigazítva • A kórházi HBCs rendszeren keresztül elérhető gyógyszerek (fekvőbeteg és járóbeteg) • Egyéb finanszírozási formák (pl. egyedi méltányosság, különkeret) 	<ul style="list-style-type: none"> • Iparág-specifikus adók • Iparági visszafizetések kasszatállás esetén • Költség- és kockázatmegosztási szerződésekkel adódó visszafizetések

1. táblázat

Az elemzésben felhasznált kiadási és bevételi elemek

A kiadások és költségvetési bevételek kiszámításához mind a négy országban nyilvánosan elérhető forrásokat használtunk, ideértve a finanszírozó által közzétett adatokat (minisztériumok, egészségbiztosítók, egészségbiztosítási alapok), a statisztikai hivatalok adatbázisait, az éves költségvetési jelentéseket, illetve egyéb, nyilvánosan hozzáférhető országspecifikus forrásokat [1, 6-26]. Habár az elemzéshez szükséges legfontosabb adatok direkt vagy indirekt módon levezethetők, néhány korlátozó tényező felmerült az elemzés során, mivel bizonyos adatok nem publikusak:

- Lengyelország esetében a költség- és kockázatmegosztási szerződések forrása egy szakértői becslés, és az adatok a 2012-es évtől kezdődően vannak feltüntetve, mivel ezek a megállapodások ekkor lettek bevezetve az országban.
- Csehország esetében az adatok csak a teljes kórházi kiadásokra (gyógyszer- és nem gyógyszerkiadások) voltak elérhetőek. Következésképp a gyógyszerkiadásokat közvetett módon becsültük meg: a HBCs rendszeren belüli gyógyszerköltséget a National Reference Center [9] által közétett, HBCs rendszeren belüli gyógyszerkiadásokra vonatkozó arányszámmal közelítettük. Továbbá, a HBCs rendszeren kívüli fekvőbeteg kiadásokat a teljes gyógyszerkiadás és a becsült HBCs gyógyszerkiadások különbségeként határoztuk meg. Fontos megjegyezni, hogy ezek az adatok már nettó kiadások, így a költségvetési bevételek már levonásra kerültek.
- Szlovákia esetében a nemzeti tenderekre vonatkozó adatok publikus módon nem hozzáférhetőek, így elemzésünk nem számolt ezzel a tényezővel. Következésképpen, a nettó gyógyszer-közkiadások Szlovákia esetében némileg alulbecsültek az elemzésben. A járóbeteg- és fekvőbetegellátás gyógyszerköltségei a kórházi és a járóbeteg gyógyszerárak adatai alapján kerültek kiszámításra.
- Magyarország esetében csupán a kórházi tenderekre vonatkozó adatok nem elérhetőek nyilvánosan, vagy számíthatók ki közvetett módon, azonban ennek mértéke elhanyagolható.

EREDMÉNYEK

Az alábbi táblázat összegzi a Visegrádi országok nettó gyógyszer-közkiadásainak szerkezetét.

	Lengyelország	Csehország	Szlovákia	Magyarország
KIADÁSOK				
Patikai (járóbeteg) gyógyszerkiadások	+	+	+	+
HBCs rendszeren kívüli fekvőbeteg gyógyszerkiadás (központi tenderek) – az egyedi szerződésekben foglalt pénzügyi kedvezményekkel kiigazítva	+	+	+	+
A kórházi HBCs rendszeren keresztül elérhető gyógyszerek (fekvőbeteg és járóbeteg)	+	+	-	+
Egyéb finanszírozási formák (pl. egyedi méltányosság, különkeret)	+	+	+	+
BEVÉTELEK				
Iparagspecifikus adók	-	-	-	+
Iparági visszafizetések kasszatülpés esetén	-	-	-	+
Költség- és kockázatmegosztási szerződésekből adódó visszafizetések	+	+	-	+

2. táblázat

A V4 országok nettó gyógyszer-közkiadásainak szerkezte
Jelmagyarázat: + jelöli, hogy az adott eszköz használatban van az adott országban, – jelöli, hogy az adott eszköz még nem került bevezetésre az adott országban

A 2. táblázat alapján megállapítható, hogy a gyógyszerekre fordított költségelemek szerkezete mind a négy vizsgált országban meglehetősen hasonló: a patikai (járóbeteg) gyógyszerkiadások és a HBCs rendszeren kívüli fekvőbeteg gyógyszerkiadások (központosított tenderek) a gyógyszerfinanszírozási és –támogatási rendszerek általánosan használt eszközei, míg a HBCs finanszírozási rendszert egyedül Szlovákiában nem vezették még be. Más, speciális finanszí-

rozási formák (pl. egyedi méltányosság), melyek korai hozzáférést biztosítanak az új, innovatív terápiákhoz, Csehországban, Szlovákiában és Magyarországon gyakran használt eszközök, míg Lengyelországban nem számítanak alapvető finanszírozási formának.

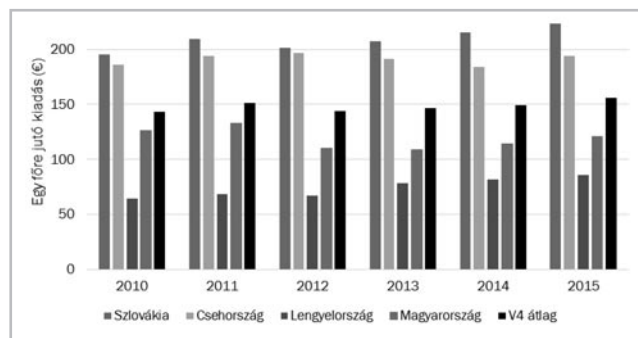
Mindazonáltal a költségvetési bevétel elemek (kiadás-csökkentő tényezők) tekintetében jelentős különbségek mutatkoznak. Magyarországon kívül, amely 20%-os (bizonyos esetben 30%-os) forgalomarányos kötelező visszafizetést (adót) ír elő a patikai gyógyszerkasszán keresztül, valamint az egyedi méltányosság alapján támogatott gyógyszerek után, egyik Visegrádi ország sem alkalmaz iparagspecifikus különadókat a szektorban. A költség- és kockázatmegosztási szerződések Magyarországon széles körben elterjedt eszköznek minősülnek (újonnan támogatott hatóanyagok esetén kötelező elem), továbbá gyakorinak mondhatók Csehországban és Lengyelországban is, azonban Szlovákiában gyakorlatilag egyáltalán nincsenek használatban, ugyanis a jelenlegi jogi szabályozás tiltja szerződéses megállapodások legtöbb típusát – habár e tekintetben változás várható 2018 első negyedévével.

Amennyiben további támogatási technikákat is összehasonlítunk, az alkalmazott referenciaárazás módszereiben jelentős különbségeket találunk az elemzett országok között: Lengyelországban és Magyarországon vaklicitet alkalmaznak, Szlovákiában a nemzetközi referenciaárazás gyakorlatát követik, míg Csehországban a terápiás elvű referenciaárazás (jumbo) széles körű használata van gyakorlatban.

Elemzésünkben az NPPE összehasonlítása két fő mutatóra épült: egy főre jutó gyógyszer-közkiadás mértéke (euróban kifejezve), illetve a GDP arányos nettó gyógyszer-közkiadás értéke. Összehasonlítva a kiigazítás nélküli, teljes NPPE értékeket az országok között elmondható, hogy a kiadások Lengyelországban a legmagasabbak és Szlovákiában, illetve Magyarországon a legalacsonyabbak. A kiadásokban jelentkező különbségek nagyobb része az egyes országok jelentősen eltérő lakosságának tulajdonítható: Lengyelország megközelítőleg 40 millió lakossal rendelkezik, Csehország és Magyarország hozzávetőleg 10 millió fővel, míg Szlovákia lakossága 5,5 millió főre tehető [6, 12, 18, 23]. Az eltérés kisebb részben pedig az országspecifikus szabályozásokkal és egészségügyi prioritásokkal magyarázható: ennek az egyik legszembetűnőbb példája, hogy a nettó gyógyszer-közkiadások 60%-kal magasabbak Csehországban, mint Magyarországon, pedig a két ország hasonló lakosságszámmal rendelkezik.

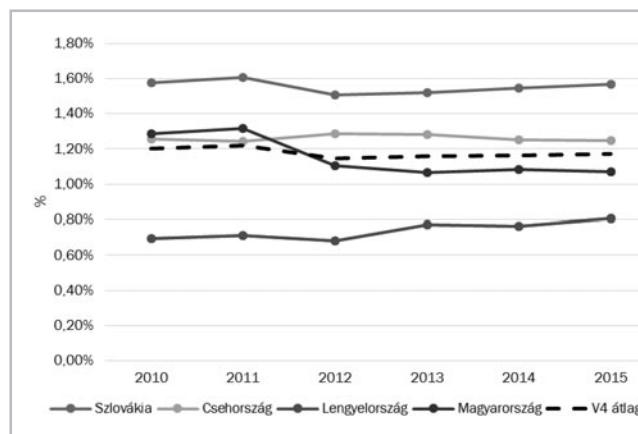
Amennyiben az eltérő lakosságszámból fakadó torzító hatást kiszűrjük (ld. 1. ábra), Szlovákia rendelkezik a legmagasabb egy főre eső NPPE-vel minden vizsgált évben (átlagosan 209 €). Ez az adat Csehország tekintetében a második legmagasabb, azonban a különbség Szlovákiához képest 2012 óta növekedett. Magyarország rendelkezik a második legalacsonyabb egy főre eső NPPE értékkel (átlagosan 119 €). Magyarországon a nettó gyógyszer-közkiadások mértéke alacsonyabb volt 2015-ben, mint 2010-ben, ami a 2011/12-es jelentős kiadás-csökkentési intézkedésekkel magyaráz-

ható, és amely tendencia további Visegrádi országban nem figyelhető meg. Végezetül, Lengyelország rendelkezik a legalacsonyabb egy főre eső NPPE adattal (átlagosan 74 eurós érték, amely egy enyhe emelkedést mutat, de még így is 50%-kal elmarad a Visegrádi országok súlyozatlan átlag-értékétől).



1. ábra
Az egy főre eső nettó gyógyszer-közkiadások mértéke a V4 országokban

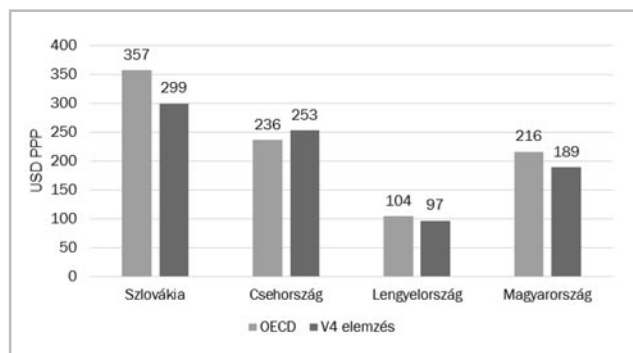
Amennyiben a nettó gyógyszer-közkiadásokat a GDP arányában hasonlítjuk össze, a kapott eredmények hasonlóak az egy főre eső kiadások elemzése során előállt értékekhez (2. ábra).



2. ábra
A GDP arányos nettó gyógyszer-közkiadások a V4 országokban

A GDP arányos nettó gyógyszer-közkiadások Szlovákiában voltak a legmagasabbak (1,55%, növekedés nem tapasztalható a vizsgált időszakban), majd a második legmagasabb értéket Csehország érte el (1,26%; nincs növekedés). Magyarország a Visegrádi országok közül a harmadik helyen áll ebben a rangsorban (átlagosan 1,15%; 0,21%-pontos csökkenés volt megfigyelhető 2010-ről 2015-re, amely megfelel egy 17%-os relatív csökkenésnek 6 év alatt). Következésképp Magyarország az egyetlen olyan Visegrádi ország, ahol a GDP arányos nettó gyógyszer-közkiadás szintje csökkent a vizsgált időszak alatt. Ebben az összehasonlításban is Lengyelország szerepel a legalacsonyabb értékkel (átlagosan 0,74%-os GDP arányos érték), azonban a lengyel adat esetében enyhe növekedés volt megfigyelhető (0,11%pont 6 év alatt).

A 3. ábra összehasonlítja a 2013-as évre vonatkozó számításainkat a 2013-as OECD-adatokkal, az egy főre eső, vásárlóerőparitással (PPP) korrigált nettó patikai gyógyszer-közkiadások tekintetében. Általánosságban elmondható, hogy az OECD adatai Csehország kivételével túlbecsülik a gyógyszer-közkiadások mértékét a Visegrádi országokban. Ez összefügg az OECD által használt módszertan főbb jellemzőivel.



3. ábra
Az OECD által becsült és az elemzésünk eredményeképpen kapott nettó gyógyszer-közkiadások mértékének összehasonlítása (PPP USD, 2013)

KÖVETKEZTETÉSEK

Elemzésünkben egy egységes módszertani keretrendszer dolgoztunk ki a Visegrádi országok nettó gyógyszer-közkiadásainak becslésére. Eredményeink alapján számos következtetést levonhatunk.

- Elsősorban, a gyógyszerfinanszírozás és –támogatás főbb strukturális elemei hasonlóak a vizsgált négy országban. Az egyetlen főbb különbségnek az tűnik, hogy Szlovákiában ezidáig a HBCs finanszírozási rendszer nem került bevezetésre. Ugyanakkor az egyes országokban az árszabályozási eszközök eltérő módon vannak használatban. Jelenleg Szlovákiában nem alkalmazzák a költség- és kockázatmegosztási szerződéseket. Iparágspecifikus forgalomarányos adók pedig csak Magyarországon vannak érvényben.
- Másodsorban, a nettó gyógyszer-közkiadások szintje csak Magyarországon csökkent a vizsgált időszakban. Az NPPE értékek stagnáltak Csehország és Szlovákia esetén, míg Lengyelországban egy enyhe növekedés volt megfigyelhető. Tekintettel arra, hogy a vizsgált időszakban egy mérsékelt, de folyamatos GDP növekedés volt megfigyelhető az elemzett országok mindegyikében (köztük Magyarországon is), ezen adatok értelmében a gyógyszerfinanszírozás depriorizált terület a magyar egészségpolitikában. További alternatív magyarázatként szolgálhat, hogy Magyarországon a vizsgált időszakban egy jelentős kiadáscsökkentési hullám befolyásolta a gyógyszerkiadásra vonatkozó eredményeket.
- Végül úgy véljük, hogy a fentebb bemutatott módszertani keretrendszer előnye az OECD adatokkal szemben az,

hogy figyelembe veszi a különböző költségvetési és finanszírozási formákat, és így számítja ki a nettó gyógyszer-közkiadások mértékét, míg az OECD jelentés elsősorban a patikai (járóbeteg) kasszaadatokra épül, és nem veszi figyelembe az olyan további költségsökkentő tényezők hatását, mint például az ágazatspecifikus adók és visszafizetések. (Ez utóbbi elem azonban egyre nagyobb jelentőséget kap az új gyógyszerekhez köthető magasabb terápiás költségekből adódóan.)

Következésképp javasoljuk, hogy a jövőben az OECD adatok figyelembevétele mellett a nettó gyógyszer-közkiadások értékének ilyen típusú kiszámítása is részét képezze a közpolitikai döntéshozatalnak. Mindamellett megjegyezzük, hogy további elemzésekre is szükség lehet az olyan transzparens keretrendszerek kidolgozásához, melyek úgy teszik lehetővé a visszafizetési technikák alkalmazását, hogy közben fenntartják a szerződések titoktartási kötelezettségét is. A bizalmas megállapodások, beleértve a rabattmegállapodásokat, fontos eszköznek számítanak a közpolitikában, alkalmazásuk további kutatások tárgyát képezheti.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] OECD, Health at a Glance 2015: OECD indicators, 2015.
- [2] OECD. OECD Statistics. 2016 [Letöltve: 2016 07.15]; <http://stats.oecd.org/>.
- [3] Ferrario A, Kanavos P: Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: A comparative analysis of the use of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden, *Soc Sci Med*, 2014, 124: p. 39-47.
- [4] Carlson JJ et al.: Linking payment to health outcomes: A taxonomy and examination of performance-based reimbursement schemes between health care payers and manufacturers, *Health Policy*, 2010, 96(3): p. 179-190.
- [5] Matuszewicz W et al.: Improving the managed introduction of new medicines: sharing experiences to aid authorities across Europe, *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 2015, 15(5): p. 755-758.
- [6] Statistical Office of the Slovak Republic. Demography and social statistics. 2016 [Letölve: 2016 07. 15]; https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/themes/demography/population/news/!ut/p/b1/jZDLdOlwEEU_qVMor2VBKRWCtIhiN4aFMRgBF8bvtxBWJrbObtJzemcGKdQiNXbv_ta9-mnsHnOv_IsleBjHmEIYHx3gQSIxLgTLMdHAWQPwoyh8-aXcAj_QiskdwUC81TcAs5_WIUMjwpKN3Kf6OXHCuvAdALz6CaMZCQqAsGAecJo1MhKuC9T9b35DgCmf-RZfA5b8E1ILYtpgAUwnth1JGadoAssPeosym4Yreg6NrhZ6ficfiPGivQ!!/dl4/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/.
- [7] Statistical Office of the Slovak Republic. Statistical Yearbook of the Slovak Republic, 2015, https://www7.statistics.sk/wps/portal/ext/home/!ut/p/b1/04_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfGjzOIDzT0tnJwMHQ0s_IjCDTxDHAPcg7xMDA1MTIEKIoEKDHAARwNC-sP1o8BKnN0dPUzmfQwMLHzcTQ08HT1CgywDjY0NHI2hCvBY4eerN5uqX5AbYZBI4qgIAL9TbiU!!/dl4/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/.
- [8] Ministry of Healthcare. Summary of Drug Policy for the Council for Economic and Social Agreement of the Czech Republic, 2014 [Letöltve: 2016 07.15]; www.acmn.cz/file.php?nid=1140&oid=3749224.
- [9] National Reference Center. System DRG. 2014 [Letöltve: 2016, 07. 15]; http://www.nrc.cz/system/files/2013/11/inmed_2013_prezentace_kozeny_pdf_13654.pdf.
- [10] Ministry of Finance. Analysis of effectivity and transparency of the public healthcare system, 2014, [Letöltve: 2016, 07.15]; <http://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskovezpravy/2015/mf-vytvorilo-analyzu-nakladu-a-uhrad-zdr-20546>.
- [11] Czech Statistical Office. Health Expenditures Analysis Summary, 2000-2013, 2015, [Letöltve: 2016 07.15]; <https://www.czso.cz/documents/10180/20554903/26000515k2.pdf/14054d21-8941-4d58-bfc9-dde2e3392a99?version=1.1>.
- [12] Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Health service as a part of national economy, 2013, [Letöltve: 2016 07. 15]; www.uzis.cz/system/files/zdrnarekon2013.pdf.
- [13] Czech Statistical Office. Macroeconomics of the Czech Republic, 2016, [Letöltve: 2016 02. 15]; http://apl.czso.cz/pll/rocnka/rocnkavyber.makroek_prod.
- [14] IKARPro database, [cited 2016, 07. 15]; Available from: <http://ikarpro.pl/>.
- [15] Ministry of Health (Republic of Poland). Program zdrowotny: Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2012-2018, 2016, [Letöltve: 2016 07. 15]; <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/krwiodawstwo/program-zdrowotny-narodowy-program-leczenia-chorych-na-hemofilie-i-pokrewne-skazy-krwotoczne-na-lata-2012-2018/>.
- [16] KRAJOWE CENTRUM DS. Informacja o sprawozdaniach z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, 2016, [Letöltve: 2016, 07. 15]; <http://www.aids.gov.pl/bip/45/>.
- [17] Narodowy Fundusz Zdrowia. Plan finansowy NFZ na 2016 r. 2016, [Letöltve: 2016 07. 15]; <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>.
- [18] Central Statistical Office of Poland, 2016, [Letöltve: 2016. 07. 15]; <http://stat.gov.pl/>.
- [19] NEAK. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása, 2016, [Letöltve: 2016 07. 15]; <http://>

www.oep.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/gazdalkodasi_adatok/koltsegvetes_beszamolok/EAlap_bev_etel_kiadas/havi_jelentes_archivum.html.

- [20] NEAK. Közbeszerzési információk, 2015, [Letöltve: 2015 11.08]; http://www.oep.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/kozbeszerzesi_informaciok/kozbeszerzesi_eljarasok/2015_unios_eljarasrend.
- [21] NEAK. Gyógyító megelőző ellátások éves statisztikája, 2015, [Letöltve: 2016 03.20]; http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelőzo_forgalmi_adat.
- [22] NEAK. Gyógyszerforgalmi adatok, 2016, [Letöltve: 2015 06. 15]; http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyszer_forgalmi_adatok.

- [23] Központi Statisztikai Hivatal. Tájékoztató adatbázis, 2015, [Letöltve: 2015. 08. 13]; <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?&lang=hu>.
- [24] Az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi költségvetésének végrehajtása, 2012, [Letöltve: 2016 07. 15]; <http://www.parlament.hu/irom39/08196/adatok/fejezetek/72.pdf>.
- [25] Az Egészségbiztosítási Alap 2014. évi költségvetésének végrehajtása, 2015, [Letöltve: 2016 07. 15] <http://www.parlament.hu/irom40/05954/adatok/fejezetek/72.pdf>.
- [26] Az Egészségbiztosítási Alap 2012. évi költségvetésének végrehajtása, 2013, [Letöltve: 2016 07. 15]; <http://www.parlament.hu/irom39/12002/adatok/fejezetek/72.pdf>.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Dankó Dávid jelenleg a Corvinus Egyetem, Gazdálkodástudományi Kar, Vezetés és Kontroll Tanszék kutatásvezetője, az Ideas & Solutions Kft., ügyvezetője. Felsőfokú végzettségek: 2003-2012 Gazdálkodástani PhD program, Budapesti Corvinus Egyetem, 1997-

2003 BKÁE, Pénzügy szakirány. 2012-ben PhD tudományos címet szerzett, a Budapesti Corvinus Egyetemen. Munkahelyei: 2010 – Budapesti Corvinus Egyetem Vezetéstudományi Intézet, kutatásvezető, 2010 – Ideas & Solutions Kft., ügyvezető, 2008-2010 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Ártámogatási Főosztály, Stratégiai, elemzési és integrációért felelős főosztályvezető-helyettes.



Páll Nóra 2013-ban végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetem Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mester szakán, egészség-gazdaságtan szakirányon. 2014-ig az ELTE-TTK eScience

Regionális Tudásközpontjában egészségügyi adat-elemzéssel és hálózat-kutatással foglalkozott. Jelenleg az Ideas & Solutions stratégiai tanácsadó egészség-gazdaságtani elemző munkatársa.

A világ legjobb 400 egyeteme között a Semmelweis a Times Higher Education képzésterületi rangsoraiban

Élettudományokban, valamint az orvos-egészségtudományi kategóriákban is a 301-400. hely között szerepel a Semmelweis Egyetem a londoni székhelyű Times Higher Education (THE) friss nemzetközi képzésterületi rangsorában.

A világrangsor készítői a képzésterületek vizsgálata során – az összegyűjtött rangsorhoz hasonlóan – öt terület mutatói alapján mérik az intézményeket, ezek az oktatási környezet, kutatás, idézettség, ipari bevételek és nemzetközi orientáció. A THE idén összesen 11 képzésterületben rangsorolta a világ legjobb egyetemeit, a korábbi 100-as listák mellett ezúttal top 200-as, valamint top 500-as rangsorokat is készített.

A magyar egyetemek közül az élettudományok képzésterületi rangsorára a Semmelweis mellett szintén a 301-400. helyen végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetem, a világrangsort a Harvard University vezeti a kategóriában. Az orvos-egészségtudományterületen a hazai társegyetemek közül a Pécsi Tudományegyetem került a Semmelweis mellé a 301-400. helyre a listán, a Debreceni Egyetem és a Szegedi Tudományegyetem pedig a 401-500. helyen végeztek a rangsorban, amelynek élén a University of Oxford áll.

SE Keresztes Eszter