

# A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum észrevételei a Széll Kálmán Terv gyógyszerpolitikai egyeztetéséhez /egységes szerkezetben/

## 2011. júliusától bevezetésre javasolt intézkedések

	Intézkedés	Jogszabály módosítási szükséglet	Bevezetés ideje	Hatás 2011 (Mrd Ft)
<b>bevételt érintő intézkedések</b>	1. 12%-os adó emelése 18%-ra	Gyftv.	2011. július 1. (hatás 2011. szeptembertől)	3,9
	2. Orvoslátogatói díj emelés	Gyftv.	2011. július 1. (hatás 2011. szeptembertől)	1
	3. Támogatás volumen újrakötés	nincs	2011 folyamatosan	2
<b>kiadást érintő intézkedések</b>	1. Generikus program	Gyftv., 32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet	2011. július 1-től folyamatosan	4
	2. Lejáró szabadalmak	nincs	2011. július 1-től folyamatosan	1
	3. Első generikum térnyerése	32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet	2011. július 1-től folyamatosan	1
	4. Terápiás felülvizsgálati rend	már bevezetett	2011. folyamatosan	2
	5. Eredmény alapú támogatás	217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet	2011. folyamatosan	1
	6. Nemzetközi referenciaárazás	32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet	2011 folyamatosan	1
	7. Kombinációk fixesítése	már bevezetett	2011. január	4
	8. Koleszterinszint csökkentők támogatásának felülvizsgálata	32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet	2011. július	5
<b>Mindösszesen:</b>				<b>25,9</b>

Az intézkedések bevezetésének célja a gyógyszer-támogatás kiadási és bevételi oldalán a költségvetési törvényben meghatározott 300 Mrd Ft-os egyenleg tartása. A számítások során abból a feltételezésből indultunk ki, hogy egyéb intézkedések nélkül a 2011. éves kiadások elérhetik a 370 Mrd Ft-os szintet.

### I. Bevételi oldal:

#### 1. **A 12%-os befizetési kötelezettség mértékének 18%-ra történő emelése**

Jelenleg a gyógyszergyártók a törvényben előírt kötelezettségük alapján a támogatott forgalmuk után a termelői árra eső TB támogatás 12%-át fizetik be az E. Alapba havi rendszerességgel. Az ebből származó bevétel 2010-ben 28 Mrd Ft volt. Az egyenleg javítása érdekében szükséges a befizetési mértéket felemelni, egységesen 18%-ra. Tekintettel arra, hogy a befizetési kötelezettség a támogatás kiáramlást követő 3. hónapban keletkezik, ezért az intézkedés hatása 2011. utolsó negyedévében jelentkezik.

A szabályozáshoz a **Gyftv. módosítása** szükséges.

Az intézkedés hatása **2011-re: + 3,9 Mrd Ft**

**Az új szabályozást elfogadjuk, azonban a hatása áremelő erővel jelentkezhet, ugyanis a megnövekedett terheket a gyógyszergyártók a betegekkel fizettetik meg. Erre legyen a kormányzat figyelemmel.**

#### 2. **Orvoslátogatói díj mértékének emelése**

Jelenleg minden gyógyszerforgalmazó cég egy bejelentett orvoslátogató után éves szinten 5 millió Ft díjat fizet havi rendszerességgel. 2010. év során az ebből származó bevétel 9,8 Mrd Ft volt. A marketing tevékenység visszaszorítása érdekében 2011. július 1-jétől célszerű az orvoslátogatói díj mértékének emelése éves szinten 10 millió Ft-ra.

Jelenleg 2619 bejelentett orvoslátogató van, azonban az intézkedést követően a számuk várhatóan csökkenni fog, emiatt az ellenőrzéseket tovább kell fokozni. A hatás számítása során figyelembe kell venni, hogy a cégek az orvoslátogatói díjat csak a ledolgozott munkanapok után fizetik, így egész éves hatással nem számolhatunk minden alkalmazottnál.

A szabályozáshoz a **Gyftv. módosítása** szükséges.

Az intézkedés hatása **2011-re: +1 Mrd Ft**

**Támogatjuk az orvoslátogatói díj mértékének emelését.**

**Azt mindenki tudja, hogy az orvosok mögött gyógyszercégek állnak, ez nagymértékben befolyásolja a felírt gyógyszereket. Pl. van olyan pszichiátriai otthon, ahol a fogyatékos betegeket antipszichotikumokkal kezelik, holott ezt szakmailag semmi nem indokolja.**

**Az OEP elsősorban gyógyszereket támogat, a pszichiátriai betegek esetében így került előtérbe a gyógyszeres kezelés, a pszichoterápiás kezelések háttérbe szorultak, annak ellenére, hogy sok esetben indokolt lenne az alkalmazásuk, a megfelelő terápiában, a rehabilitációhoz.**

**Különösen indokolt lenne a pszichoterápiás kezelés kellő súlyú finanszírozása egy olyan rendszerben, ahol 5 perc jut egy betegre!**

### **3. Támogatásvolumen szerződések újrakötése**

A támogatásvolumen szerződések kötése esetén a finanszírozási kockázatmegosztás érdekében a biztosító és a forgalmazó között polgárjogi szerződés kerül megkötésre. A gyógyszerkassza betarthatósága érdekében megfontolandó a már lejárt szerződések újrakötése hozzávetőleg 10%-kal alacsonyabb határértékkel, ami a gyártói befizetések emelkedését jelenti. A 2010. éves elszámolásokból már látható, hogy a befizetések 2011-ben intézkedések nélkül is kb. 1 Mrd Ft-tal túlteljesülnek a költségvetési törvényben meghatározotthoz képest. Az előlegfizetés bevezetésével további 1 Mrd Ft bevétel várható az intézkedéstől 2011 során.

Az intézkedéshez nem szükséges jogszabály módosítása.

Az intézkedés hatása **2011-re: +2 Mrd Ft**

## **II. Kiadási oldalt érintő intézkedések**

### **1. Generikus program, preferált referencia ársáv rendszer, generikus ösztönzés**

Az originális készítmény szabadalmának lejártja után a generikus készítmények piacra lépését követően, a fixesítés után kialakult referencia termék jelenleg nem élvez piaci előnyöket, mely érdekeltté tenné a forgalmazókat, hogy árcsökkentés révén készítményeik referencia terméké váljanak. Szükséges egy olyan több összetevős rendszer kialakítása, mely a betegeken felül a piac minden szereplőjét érdekeltté teszi a referencia termék státuszának erősítésben.

Ennek elérése érdekében olyan rendszert kívánunk kialakítani, mely egyrészt ösztönzi a gyártókat a belépéskor nagyobb árkedvezmény biztosítására, másrészt érdekeltté teszi az orvost a kedvezőbb költséghatékonyságú gyógyszer rendelésében, a gyógyszerészt a kedvezőbb térítési díjú és támogatású gyógyszer expedálásában, illetve a közgyógyellátási rendszer változásával kedvező piaci pozícióba hozza az adott készítmény gyártóját. Ezen intézkedések feltételezik, hogy mind a felíró orvosok ösztönzésére, mind pedig a gyógyszert kiadó gyógyszerészek részére a jelenlegi ellenérdekeltséget megszüntető, motiváló elem is kidolgozásra kerül.

A rendszer kiszámíthatóbbá teszi a gyógyszerpiacot hosszabb időre, és nem kényszeríti sem a beteget, sem az orvost a negyedévenkénti, vagy havonkénti gyógyszerváltásra.

A rendszer nem csak a referencia terméket, hanem az annál olcsóbb termékeket is preferált helyzetbe hozza. Ezen intézkedési kör keretében hosszabb távon megoldási alternatívát jelenthet a hatóanyag alapú gyógyszerfelírás is.

2011-ben bevezetendő intézkedések:

A generikus belépési korlát módosítása 40%-20%-10%-ra, majd ezt követően a referencia árszint alatt 5%-kal. Meg kell teremteni a jogszabályokban annak lehetőségét, hogy az OEP speciális licit-eljárás során hosszabb távú kedvező piaci helyzetet biztosítson a licit nyerteseinek mint például a közgyógyellátás

jogcímen és a kiemelt támogatási kategóriákban való kizárólagos felírhatóság. Továbbá meg kell teremteni a jogszabályi háttérét a fix csoporton belül alkalmazandó degresszív támogatási rendszernek is, ami lényegében a referencia árnál egy meghatározott szinttel magasabb költségű gyógyszerek esetén csökkentett fix összegű támogatást jelentene. Ezzel egyidőben a delistakorlát eltörlésre kerülhet.

Az intézkedéshez a Gyftv. és a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet módosítása szükséges.

Az intézkedés hatása **2011-re: +4 Mrd Ft**

## 2. Lejáró szabadalmak

A következő években, több nagy forgalmú készítmény szabadalma jár le, a generikus készítmények bejövetele jelentős megtakarítást eredményezhet. Különösen fontos, hogy ez több ponton is érinti a kiemelt, indikációhoz kötött (Eü100%) támogatási kategóriát. 2011-ben elérhető lesz generikus formában 2 onkológiai szer és egy skizofrénia elleni készítmény. 2012-től az egyik legnagyobb forgalmú onkológiai készítmény is elérhetővé válik generikus formában.

Az intézkedéshez nem szükséges rendeletmódosítás.

Az intézkedés hatása **2011-re: +1 Mrd Ft**

**A kiemelt támogatású gyógyszerek a dobozdíj bevezetésének hatására a felhasználóknál nem jelentkeznek 100%-os támogatásként, 300 Ft-ot fizetnek érte. A pszichiátriai betegek további gyógyszerár emelkedést, terheket nem tudnak elviselni, a jelenlegi helyzetben már sok beteg számára problémát jelent a folyamatosan szedett gyógyszerek kiváltása. Egyszerű, valós példa: A gyógyszer 90%-os támogatással 175 Ft-ba kerülne a betegnek, kiemelt támogatási kategóriában (Eü100%) jelenleg a készítmény 300 Ft (dobozdíj). A kiemelt, indikációhoz kötött (Eü.100%) kategória nem minden esetben árcsökkentő hatású.**

## 3. Első generikum térnyerése

Jelenleg a szabadalom lejártá után forgalomba kerülő generikus termék csak 6 hónap elteltével válhat referencia terméké. Szükséges ennek gyorsítása a gazdaságosabb gyógyszerrendelés érdekében. A megfelelő ellátási garancia a piacon lévő termékek számával biztosítható. Így például azon esetekben, ahol legalább 2 generikus készítmény piacra kerül, akkor már 3 hónap elteltével javasolható a referenciacsoport megképzése, mely 3 havi megtakarítást jelent az állam számára.

Az intézkedéshez a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet módosítása szükséges.

Az intézkedés hatása **2011-re: +1 Mrd Ft**

## 4. Egyes terápiás területek felülvizsgálata

A finanszírozási protokollok lehető legszélesebb körű kialakítása mellett szükséges egy-egy terület felülvizsgálata a támogatási mérték szempontjából.

Jelenleg néhány terápiás területen áll rendelkezésre finanszírozási protokoll, ami megfelelő keretet biztosít az egyes készítmények finanszírozásának. Cél, hogy az összes területen elkészüljön a finanszírozási protokoll, melyeket folyamatosan alakít ki a biztosító. Jelenleg is több nagy területen folyik a felülvizsgálat, melynek hatása már 2011. év során jelentkezhet.

Az intézkedéshez szükséges jogszabály módosítása már megtörtént.

Az intézkedés hatása **2011-re: +2 Mrd Ft**

**A gyógyszerek gyakori átállítása pszichiátriai betegeknél kockázatos, a visszaesések száma emelkedhet, a kórházi beutalások száma növekedik, hatására a kórházi költségek nőnek.**

## 5. Terápiás eredményesség alapú finanszírozás

A nagyértékű terápiák esetében az állam/biztosító nem a klinikai vizsgálatokban elért, hanem az adott betegcsoport esetében a valós hazai körülmények között bizonyított eredmények alapján biztosít támogatást, illetve kompenzál a gyógyszergyártó. Ennek hatékony működése befektetést, komplex, protokoll szintű megközelítést igényel, hiszen az ellátórendszer minden szereplőjének a terápiaeredményességet kell szolgálnia és erre ösztönzők és ellenőrzési rendszer kialakítása is szükséges. 2011. év során azonban a jelenleg is rendelkezésre álló támogatás-volumen szerződéses rendszerben projekt jelleggel szükséges néhány területen ennek bevezetése.

Az intézkedéshez 2011-re nem szükséges rendelet módosítás.

Az intézkedés hatása **2011-re: +1 Mrd Ft**

#### **6. Nemzetközi referenciaárazás**

A rendelkezésre álló eszközökkel, a megfelelő módszerekkel meg kell vizsgálni a Magyarországon elérhető gyógyszerek nemzetközi piaci árait. Semmi nem indokolja, hogy hazánkban a nemzetközileg előfordulónál magasabb áron vásároljuk a készítményeket. Komplex adatbázis hiányában jelenleg csak azonos cég azonos termékei kerülnek összevetésre, de a későbbiekben kiterjeszhető az azonos hatóanyagot tartalmazó, de eltérő forgalmazók által forgalmazott készítmények összehasonlítására is. Első körben a bevezetése azokban a csoportokban indokolt, ahol más költség-kontroll eszköz nem kerül alkalmazásra.

Az intézkedéshez a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet módosítása szükséges.

Az intézkedés hatása **2011-re: +1 Mrd Ft.**

#### **7. Kombinációs készítmények felülvizsgálata**

A jelenlegi szabályozás alapján a kombinációs készítmények csak másik kombinációs készítménnyel vonhatók fix támogatásba, a monokomponensekkel nem. Ennek eredményeképp az OEP több terápiás területen is jelentősen magasabb támogatást fizet kombinációs készítmények után, mint az azok monokomponenseit tartalmazó termékek után.

Az intézkedéshez szükséges jogszabály módosítás már megtörtént.

Az intézkedés hatása **2011-re: +4,1 Mrd Ft**

#### **8. Koleszterinszint csökkentők támogatásának felülvizsgálata**

Egyre több kétely merül fel a koleszterinszintet csökkentő készítmények használatával kapcsolatban. A jelenlegi támogatási áramlás indokolatlan, szükséges ennek felülvizsgálata. A koleszterinszintet csökkentő sztatin készítményekre 27 Mrd Ft-ot költ jelenleg éves szinten az OEP. A készítményeket 80%-os támogatási kategóriában támogatjuk. A nemzetközi tanulmányokban megjelent összefoglalók, valamint a hazai adatok alapján szükséges a támogatási szint csökkentése (megfontolandó esetlegesen egy hatóanyag támogatásának szinten tartása, komoly árcsökkentés esetén). A betegek éves szinten átlagosan mindössze 6 doboz gyógyszert váltanak ki, ezért a térítési díj emelkedése nem lesz annyira megterhelő a számukra, valamint alternatívát jelenthet a magas támogatási kategóriában maradó, alacsony árú készítmény. Ez a mennyiség azt is jelenti egyébként, hogy a betegek nem szedik a hatás kifejtéséhez elegendő ideig a gyógyszereket.

Az intézkedéshez a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet módosítása szükséges a maximálisan adható támogatás tekintetében.

Az intézkedés hatása **2011-re: +5 Mrd Ft**

#### **A fentieket összefoglalva:**

A támogatáspolitikai intézkedések **2011. júliusától kerülhetnek folyamatosan bevezetésre**. Amellett, hogy biztosítják a 2011. évi előirányzat betarthatóságát, áthúzódó hatásuk révén már hozzájárulnak a Széll Kálmán Tervben megfogalmazott 2012. évi célszám eléréséhez.

### **III. Hatósági ár, kvázi hatósági ár (gyártói befizetések emelése)**

Szükséges napirenden tartani a hatósági ár bevezetésének lehetőségét, arra az esetre, ha az eltérő piaci mechanizmusok miatt az intézkedések nem hoznák meg a kívánt egyenleg javító hatást. A hatósági ár 3 verzióban került megfontolásra.

Millió Ft	Teljes forgalom		Térítési díj		KIADÁSOK			BEVÉTELEK				ELŐIRÁNYZATOK		EGYENLEGEK	
	patikai gyógyszerkör	patikai gyógyszerkör	kvázi (központi költségvetésből)	TB támogatás (Patikai gyógyszerkör)	TB támogatás különkeret (10 Mrd Ft; egyedi méltányosság: 5 Mrd Ft)	kiadások összesen	12%-os befizetés tárgyévben	nagyker. befizetés	orvoslátogatói díj tárgy évben	támogatás-volumen befizetés tárgyévben	bevételek összesen	bevételei előirányzat	kiadási előirányzat	egyenleg tervezet	egyenleg tényleges
2010 tény	468 750	113 511	14 029	342 408	15 000	<b>357 408</b>	28 151	512	9 600	13 000	<b>51 263</b>	38 500	345 374	306 874	306 145
2011 intézkedés nélkül	487 000	117 000	14 200	355 000	15 000	<b>370 000</b>	30 000	512	8 500	14 500	<b>53 512</b>	43 500	343 500	300 000	316 488

A gyógyszerkassza kiadásainak jelenlegi összetételét az alábbi táblázat mutatja be:

Forgalom (bruttó fogyasztói áron)	TB támogatás (egyedi méltányossággal)	Betegterítési díj	Kvázi térítési díj (központi költségvetésből)
473 748 579 032 Ft	347 408 907 707 Ft	113 511 481 663 Ft	14 029 897 357 Ft
<b>ÁFA</b>	<b>Ebből TB támogatás</b>	<b>Ebből térítési díj</b>	
23 687 428 952 Ft	17 325 157 309 Ft	5 660 776 775 Ft	
<b>Nagykereskedelmi árrés</b>	<b>Ebből TB támogatás</b>	<b>Ebből térítési díj</b>	
21 809 643 254 Ft	15 951 731 232 Ft	5 212 027 116 Ft	
<b>Kiskereskedelmi árrés</b>	<b>Ebből TB támogatás</b>	<b>Ebből térítési díj</b>	
50 495 209 396 Ft	36 932 562 327 Ft	12 067 249 222 Ft	
<b>Termelői áron számolt forgalom</b>	<b>Ebből TB támogatás</b>	<b>Ebből térítési díj</b>	
378 994 679 372 Ft	277 199 456 839 Ft	90 571 428 550 Ft	

**A gyógyszerkassza összetétele**

## 1-A. Termelői árak csökkentése

Ebben az esetben a **termelői árak csökkenése végigvonul a rendszeren**, tehát az árcsökkentés miatt a nagy- és kiskereskedelmi árrés is csökken. Értelemszerűen a támogatás és a térítési díj egyaránt csökkenni fog. Így a **betegek is jelentősen kevesebbet fizetnek** gyógyszereikért.

**35%-os termelői árcsökkentés esetén 100 Mrd Ft** támogatás kiáramlás spórolható meg (változatlan volumen mellett).

Kockázata, hogy a kiesett árrés a patikák rentábilis működtetéséhez szükséges bevételek jelentős csökkenését jelentheti (ilyen mértékű előre nem látható bevétel -kb. 20% - csökkenés mellett veszteségessé válhatnak, amelyet már nem fognak tudni a költségeik csökkentésével kigazdálkodni), a nagykereskedők pedig vélhetően a kórházi rabatton spórolják meg a veszteségeiket.

A gyártók esetében a nyereségesség nagyfokú csökkenése illetve a nemzetközi referencia árképzés részévé válás (pl. Szlovákiában már a kosárba beszámítják a görög hatósági árakat) kivonulást okozhat (ami Görögországban is megtörtént néhány esetben).

A térítési díjak csökkenése esetlegesen volumen emelkedéshez vezethet.

Mivel ebben az esetben a gyártói befizetések nem tarthatók fenn, mindösszesen egy csökkentett mértékű orvoslátogatói díjjal számoltunk, így ez az intézkedés **csak 48 Mrd Ft egyenlegjavulást hoz éves szinten**. A 2011. éves előirányzat azonban várhatóan betartható lenne a 2011. július 1-jével bevezetett, akár kisebb, 20%-os mértékű intézkedés hatására.

## 1-B. Termelői ár csökkentés a térítési díjak változatlanul hagyása mellett

Az előző verziótól csak annyiban különbözik, hogy a **csökkentett árak mellett a térítési díjak változatlanok maradnának**, így volumen növekedéssel nem számolhatunk. Ez **nem jelent betegteher emelkedést**, hiszen a betegek ugyanannyit fizetnek gyógyszereikért, mint eddig.

A kockázatok a kihirdetett árak csökkentése miatt fennmaradnak (nemzetközi referenciárak csökkenése másutt). Az intézkedés ez esetben is a gyógyszertárak és kórházak működési feltételeinek jelentős mértékű romlását eredményezné, amely a fenntartásukat veszélyezteti, az eladósodottságot növeli.

A térítési díjak szinten tartása azonban majdnem teljes mértékben kompenzálja a kieső gyártói bevételeket, így **egyenleg szintjén a 83 Mrd Ft-os megtakarítás** biztosítható.

## **2. A támogatáscsökkentés csak gyártói befizetéssel kompenzálva**

Ez esetben a **gyártók kihirdetett árakat nem csökkentenék, hanem befizetéssel kompenzálnák** a hatósági ár bevezetésének elkerülését. Tekintettel arra, hogy a termelői árak változatlanok maradnának, a nagy- és kiskereskedelmi árrés is változatlan maradna, ami annyit jelent, hogy az ezekre jutó támogatást is a gyártói befizetésekből szükséges kompenzálni. Ez esetben a **térítési díjak is változatlanok maradnak**

Az egyenleg kívánt csökkentésének eléréséhez, változatlan forgalmat feltételezve 2012. során 134 Mrd Ft befizetést kellene realizálni a jelenlegi befizetés helyett, ehhez az orvoslátogatói díj és a támogatásvolumen szerződéses befizetések mellett a jelenlegi **12%-os befizetési kötelezettséget mintegy 50%-ra kellene emelni**.

A 2011. év szinten tartásához 36% befizetési kötelezettség szükséges (figyelemmel arra, hogy ennek már csak 3 hónapra lenne hatása).

A legkisebb mértékű jogszabályváltozást ez a verzió igényli, mivel itt mindösszesen a Gyftv.-ben kell a befizetés mértékét módosítani.

Ilyen mértékű befizetés bevezetése azonban nem reális jelen körülmények között.

	<b>havonta</b>	<b>összesen</b>	<b>befizetési mérték</b>
2011-ben eddig beérkezett 12% (3 hónap)	2 500	7 500	12%
befizetés emelés hatálybalépéséig (6 hónap)	2 500	15 000	12%
befizetés emelés hatálybalépésétől (3 hónap)	8 167	24 500	36%
<b>Mindösszesen:</b>		<b>47 000</b>	

4. táblázat: Befizetések hatása a kasszára

### **3. Elvi referencia ár rendszer:**

**Elvi referencia ár kialakítása:** a támogatás meghatározásnak alapjául a hatóanyagcsoportokban, a terápiás csoportokban és a kombinációs készítmények esetében alapul vett elvi referenciaár szolgál.

- hatóanyagcsoportok: a már megképzett, azonos hatóanyagú fixcsoportban csoportonként egy elvi referencia ár megképzése.
- terápiás csoportok: a már megképzett terápiás csoportokban a betegséget kezelni képes különböző hatóanyagokra kialakított elvi ár egyszerű számtani átlaga lesz az alapul vett elvi referencia ár.
- kombinációs terápiák: a támogatott fixcsoportban lévő monokomponensekből álló kombinációk esetén a fixcsoportra képzett elvi referencia árak összege lesz egy kombinációs terápia esetében képzett elvi referencia ára.

Ahol még nem alakult ki fixcsoport és **egyetlen originális termék** van az adott betegség kezelésére, ott egy Magyarország gazdasági helyzetét figyelembe vevő, **konstruált referenciaár** lesz alkalmazható.

Az elvi referencia ár meghatározásának módszerei:

- A világ gyógyszerárait feltérképező, nemzetközi árösszehasonlítás alapján a minimális hatóanyagár vagy a legalacsonyabb hatóanyagárú 5-10 ország árainak átlaga
- Az EU tagállamainak és az EGT tagjainak gyógyszerárai közül a legalacsonyabb ár minimális elvi referenciaárként való alkalmazása, vagy a legalacsonyabb hatóanyagárú 5 ország árainak átlagán alapuló elvi referencia-átlagár alkalmazása, vagy
- a Magyarországgal szomszédos piac (Ausztria, Horvátország, Szlovákia, Románia, Szerbia, Szlovénia) minimális ára vagy átlagára alapján kialakított elvi referencia ár alkalmazása.

Elvi referencia áras modell alkalmazása:

- A gyógyszergyártói befizetéseken alapuló lefölözéses rendszer kialakítása: az elvi referencia ártól el lehet térni, azonban az gyógyszergyártói visszafizetési kötelezettséget szül, így a visszafizetés elkerülésére a gyógyszergyártók részéről

egy-  
hatóanyagcsoportokban megindulhat egy árcsökkentés az elvi referencia árhoz közeledve.

Az első-második-harmadik generikus termékre eső, az E. Alap által fizetendő támogatás alapjául vett referencia ár a fenti gazdasági helyzetet figyelembevevő konstruált referencia árhoz képest a jelenlegi belépési szabályok szerinti **30-10-10%-kal csökkentett konstruált referencia ár** lesz. A jelenlegi generikus belépési korlátok (minimális forgalom elérése) megszűnnének olyan értelemben, hogy a generikus termék hazánkban történő megjelenése azonnal hatással lenne az elvi referencia árra, azaz – a jelenlegi kritériumnak való megfelelés nélkül – csökkentené azt. Az utolsó kötelező árcsökkentéskor kialakult ár lesz a kialakult fixcsoportra alkalmazott végső elvi referencia ár.

**Bosszantó, hogy nagy értékű gyógyszerek a fiókban hevernek, majd a szavatossági idő lejárta után begyűjtődnek.**

**Gyakran van arra példa, hogy egy ajánlott gyógyszer a mellékhatások miatt nem válik be és új gyógyszerre van szükség. Lehet ugyan, hogy csak dobozdíjat kell érte fizetni a betegeknek, de a támogatás sok ezer forint.**

**Vannak gyógyszerek, amelyek szemenként vannak lefóliázva azokat bizonyos térítés mellett, - hogy a beteg is érdekelt legyen - érdemes lenne visszavásárolni. Ebből is jókora megtakarítás képzódhetne.**

**Fontos figyelembe venni a 0 forint lelki innovációkat:**

**-pasztoráció (lelkipásztori orvoslás) és lelkiismereti misszió  
-egymást támogató, segítő körök új gazdálkodási jó gyakorlat**

**A Széll Kálmán tervbe szeretnénk helyezni a medikális és gyógyszerkassza -szociális ellátás- érdekvédelmi monitoring együttműködési formálását**

**Közel 10.000 sorstársunk nagyobb pszichicátriai intézetben él, nagy %-ban gondokoltak, sok a kényszergyógykezelt és indikált (Eü 100%) beteg (pszichoszociális fogyatékoság minősítésén dolgozunk) és esetükben a gyógyszerkasszát érintő intézkedések feltételezéseikhez képest eltérő pszichoszociális fogyatékosági patológiás-terápiás-rehabilitációs komplex lelki egészségi eljárásrend kialakítása szükséges a Széll Kálmán tervben. A pszichiátriában jelenleg gyakorlatilag nem létezik rehabilitáció. A szakmát képviselők saját érdekeik céljából egy semmivel sem igazolható hatékonyságú új intézmény létrehozásán fáradoznak, miközben az egyetlen ésszerű döntés egy országos rehabilitációs intézmény létrehozása volna. A forenzikus ellátás jövője is megoldatlan és több oldalról aggályos, de erre nézve is kidolgoztuk javaslatunkat.**

**A pénzfolyamatok és adósságkezelés tekintetében a bonus-malus eszköz segíthet akkor, ha a felhasználók segítő (támogató) körök révén kevesebbet emelnek ki a gyógyszerkasszából, illetve a ritka és súlyos gyógyszermellékhatások fellépésekor a gyógyszerészeti cégek társadalmi kötelezettségvállalásuk mellett befizetéseket teljesítenek a támogató körökbe.**

**Az új szakkollégiumok melletti tanácsokban részvétel indokolt a PÉF részéről (jelenleg a pszichiátria 8-10 vezető szakember szakmai monopóliuma és ismeretes érdekeltiségeiké).**



**A Széll Kálmán tervhez az Önök munkájának megtámogatására mellékelünk néhány alapvető szakanyagunkat.**

**Úgy gondoljuk, hogy a kormányzat valós érdeklődést mutat a civil párbeszéd iránt és úgy ítéljük meg, hogy a vázolt célok jók. A továbbiakban is szoros együttműködésben látjuk a fejlődés lehetőségeit.**

Melléklet:

- ALAPKÉRDÉSEK ÉS VÁLASZOK A 2010. DECEMBER 7-8-ÁN MEGRENDEZENDŐ Farmakovigilancia Fórum és Szaknap KONFERENCIÁRA /szakvélemény/,
- A Pszichiátria Érdekvédelmi Fórum javaslata a magyar pszichiátria jövőjével kapcsolatban

Budapest, 2011. április 11.

**Radó Iván elnök sk.**

Készítették: Keller Bálintné, Radó Iván, Seress Attila, Szőke Zsolt.