

Referenciaárhoz rendelt támogatás: eszköz és lehetőség

Komáromi Tamás, Dr. Bacskai Miklós, Healthcare Tanácsadó Kft.

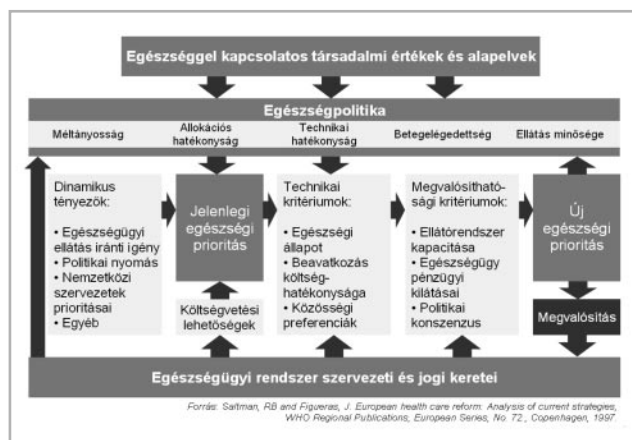
A referenciaárhoz rendelt támogatás nagymértékben hozzájárult az elmúlt években a kínálat oldali beavatkozások szerepének elfogadtatásához a gyógyszerkiadások növekedésének megfékezésében. A vizsgált időszakban a fixesítés az esetek kétharmadában járult hozzá a gyógyszerkassza kiadásainak mérsékléséhez, de a fennmaradó, relatív eredménytelen csoportképzések esetében szükség lenne a kudarcok okainak feltárására és a szabályok felülvizsgálatára. A technikával elérhető megtakarítási potenciál azonban csak rövidtávon jut érvényre, amennyiben nem kísérik egyéb kiegészítő intézkedések. Alkalmazásának korlátai lehetőséget adhatnak újabb szabályozók kialakítására, a felhalmozódó tapasztalatok pedig előnyt jelentenek azok gyakorlati bevezetéséhez.

In the previous years, the method of reference-price adjusted reimbursement focused on the advantages of governmental interventions on supply. In two-thirds of subsidized groups the practice of reference-price reimbursement tool has taken successful effect to reduce the expenditures of the drug budget. The remaining part needs to be analyzed to reveal the causes of the failure and take an appropriate revision. The stable containment of expenses should depend on a more extended generic program in the future. The limits of reference-price reimbursement makes urgent the development of new formulae in the system, furthermore the accumulated experiences give possibilities to introduce them effectively.

EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI ELVEK A GYÓGYSZERTÁMOGATÁSBAN

A társadalmi konszenzus alapjain megszülető egészségügyi ellátórendszerek kialakításánál és működésénél számos elvnek és értéknek kell megfelelni. Ezen – sokszor egymásnak ellentmondó – alapelvek közé sorolhatjuk a méltányosság, igazságosság, egyenlő elbánás elvét, vagy az azonos egészségi szinthez való jogot, de az erőforrásokkal való hatékony bánásmód, a gazdaságos és fenntartható egészségügy igényét is (1. ábra).

Mivel az egészségügyre fordítható források jellemzően zárt kasszából származnak, ezért a különböző elveknek való megfelelés érdekében, valamint az egészségpolitikai prioritások érvényesítése miatt kiemelt szerepet kap az igénybe vehető szolgáltatások hozzáféréseinek szabályozása. Az utóbbi néhány évtizedben az egészségpolitika valamennyi



1. ábra
Társadalmi értékek és alapelvek az egészségügyben

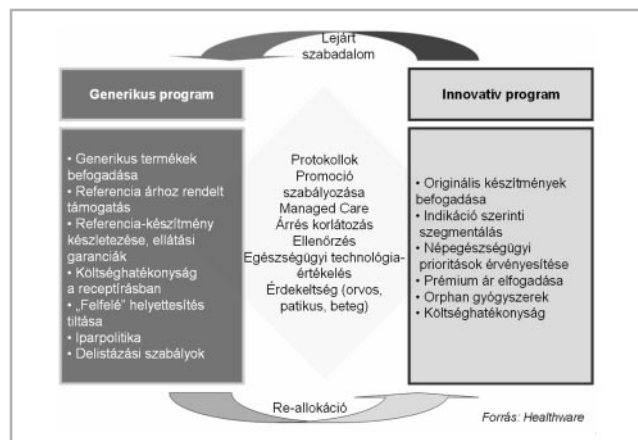
területén, így a gyógyszer-finanszírozás szabályozása esetén is fokozatosan előtérbe kerültek az egészség-gazdasági célkitűzések, élen a rendelkezésre álló források hatékony felhasználásának szükségességével.

Az allokációs hatékonyság növelésére számos eszköz áll rendelkezésre a gyógyszer-támogatási technikák megalkotásakor. Az egyes terápiákhoz való hozzáférés támogatása során mind az egyéni, mind a társadalmi költségérzékenység hatását érvényesíteni lehet. Az egyén leginkább a gyógyszerek árára érzékeny, így ez esetben olyan eszközök lehetnek célra vezetőek, melyek – az egyébként szélesebb választékban jelen lévő – készítmények térítési díját képesek befolyásolni. Fontos, hogy ez által a terápiához való hozzáférés ne csorbuljon. Olyan esetekben viszont, amikor az adott terápia igen drága, és jellemzően kevés készítmény áll rendelkezésre, már társadalmi kérdéssé válik a támogatás léte és mértéke.

Ahhoz, hogy az egyéni és ösztársadalmi érdekek egyszerre érvényesülhessenek a gyógyszer-finanszírozásban, párhuzamosan működő és egymást kiegészítő generikus és innovatív program szükséges.

A jól funkcionáló generikus és innovatív program képes egyensúlyt teremteni a támogatási rendszerben, alapot szolgáltat a hatékony allokációs mechanizmusok kialakulásához (2. ábra).

Egy sikeres generikus programnak a direkt árszabályozáson kívül összpontosítania kell a szereplők megfelelő ösztönzésére, a generikus helyettesítési folyamatok fenntartására. Az informáltság szintjének növelése és a monitorozás mellett számos eszköz ismert az érdekeltség kialakítására mind a felíró orvos, mind a szolgáltató patikus esetében.



2. ábra
A generikus és innovatív program összhangja

Ezek a felhasználói protokolloktól az egyéni gazdasági érdekeltséget adó költségkeretek, célirányosan degresszív ár-rés-rendszerek kialakításáig terjedhetnek.

Bár az egészségpolitikai célok eléréséhez a különböző eszközök folyamatos és együttes alkalmazása vezet, a lassan évtizedes hazai gyakorlatban talán túlzott figyelmet szentelünk a referenciaár-képzéshez kapcsolt támogatás-elosztó intézkedések rövidtávon is jelentkező megtakarításainak maximalizálására.

A továbbiakban a referenciaárhoz rendelt támogatás alkalmazásának hazai eredményeit elemezzük.

REFERENCIAÁRHOZ RENDELT TÁMOGATÁS

A referenciaárhoz rendelt támogatás, vagy más néven finanszírozás lényege, hogy egy előre lefektetett feltételek alapján megképzett homogén csoporton belül, adott szabályok szerint meghatározott referenciaár képezi a kifizetett támogatás alapját a csoportban lévő összes készítmény esetében. Egy terápiás fix csoportot tágabb termékkör, egy-egy négyzintű, ötjegyű ATC (továbbiakban: ATC5) csoport készítményei alkotják, míg hatóanyag fix csoportba csak azonos hatóanyagú gyógyszerek tartozhatnak. A csoportképzés során figyelembe vehetik továbbá az érintett termékek tekintetében az alkalmazási módot, a hatáserejét, a hatástartamot, a bizonyított klinikai előnyt, vagy akár a mellékhatás profilját is.

A két eljárás közös vonása egyrészt az, hogy a meghatározott referenciaárnál olcsóbb, vagy azonos árú termékek a csoport százalékos támogatását kapják, míg a drágábbak a referencia ár szerinti fix összegű támogatást. Másrészt az aktuális szabályok szerinti referenciaárhoz viszonyított felső árkorlátot meghaladó árú készítmények társadalombiztosítási támogatása megvonásra kerül. Ez a két tényező együttesen egy lefelé irányuló árspirált képes beindítani az adott csoportban, mely végső soron a támogatás-kiáramlás mérsékléséhez vezethet. [1, 2]

A gyakorlatban azonban nem minden esetben zajlik le eredményesen az árerőzió. Továbbá, ha csökkennek is az árak, jelentős megtakarítás csak akkor érhető el, ha azt a forgalom kedvező irányú áttérőlése is követi.

Jelentős árverseny csak elegendő számú kompetitor és megfelelő nagyságú piac esetében várható. A támogatott termékcsaládok száma a 2000. évi 1442-ről 2006. év végéig további 21%-kal gyarapodott. Az innovatív készítmények 6,8%-os, míg a generikusok 14,8%-os termékkör-bővülést mondhattak magukénak, ezáltal az arány már a 2007-es befogadások előtt is a generikus készítmények felé billent. Bár utóbbiak egyre növekvő mértékben vettek részt az elmúlt hét év során a terápiás napok számában kifejezett forgalom másfélszeresére történő növekedésében, mégis a forgalomból számított részarányuk három százalékponttal csökkent 2000-hez képest.

A referencia-támogatás alkalmazása a 90-es évek végén kezdődött Magyarországon, de a csoportképzés jelentős kiszélesítése csak 2003 végén történt meg. A szabályok az első csoportképzések és kalkulációk óta számos változáson estek át, bár az aktuális szakpolitikai és finanszírozási szempontok sok esetben dominálták a soros változtatásokat.

A szabályozás és a megfelelő alkalmazás nehézségeit jól mutatja, hogy a csoportok és a támogatási technikába vont jogcímek száma folyamatosan csökkent 2004. és 2007. között 391-ről 299-re, ill. 2547-ről 1932-re. Mind a terápiás fixek részaránya, mind a normatív jogcím feletti emelt/kiemelt kategóriák száma csökkent a fixített készítmények körében, ezáltal a fix csoportokba tartozó termékekre kifizetett támogatási összeg részaránya a 2004-ben jellemző 60,6%-ról 39,8%-ra mérséklődött 2006-ra.

A gyógyszerkassza a 2000-ben fennálló éves 150,8 Mrd Ft-os összegéhez képest nominál értékben 2,5-szeres növekedést mutatott 2006-ra. Az emelt és kiemelt jogcímen történő forgalomművekedés átlag feletti volt, részben az új, innovatív termékek befogadása miatt.

Érthető, hogy az indikációhoz kötött támogatások felülvizsgálata újra és újra kihívásként jelenik meg a rendszerben, különösen annak fényében, hogy a korábbi tapasztalatok alapján ezen támogatási kategóriákban a referenciaár-képzést nem célszerű általános, kiterjesztett formában használni.

AZ ELEMZÉS MÓDSZERTANA

Munkánkban az OEP által a honlapján közzétett publikus forgalmi adatok, valamint gyógyszertervezési ár- és támogatásadatai szolgáltak az elemzés alapjául [3]. Az elemzés során a 2003. és 2007. közötti fixcsoport-képzések eredményességét osztályoztuk a 2007. július 1-jei fixbe vont, orális adagolású hatóanyagokat, illetve – terápiás fix esetén – ATC5 csoportokat alapul véve. Az összehasonlítás során az adott termékkörre jellemző átlagos napi terápiás költség (a termék bruttó fogyasztói ára osztva terápiás napok számá-

val, képletszerűen: $NTK = \text{bruttó fogyasztói ár} / \text{DOT}$) és a forgalommal súlyozott átlagos napi terápiás költség (a termék adott időszaki fogyasztói ár forgalma osztva az azonos időszakra eső terápiás napok számában mért forgalommal, képletszerűen: $SNTK = \text{Fogyasztói ár forgalom} / \text{DOT forgalom}$) időbeni változását vizsgáltuk. Míg az egyszerű számtani átlaggal számított NTK esetleges időbeni eltérése arról ad információt, hogy csökkent-e az adott hatóanyag vagy terápia egy napra vetített költsége (árcsökkentések és/vagy új generikum befogadása miatt), addig a forgalommal súlyozott mutató azt is méri, hogy milyen irányú átterelődés történt a különböző árfekvésű készítmények között a csoporton belül. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy igazán akkor eredményes a referenciaár-képzés alkalmazása, ha mindkét mutató csökkenést mutat a vizsgált időszakban. Ekkor ugyanis egyszerre figyelhető meg az árszínvonal csökkenése és a forgalom átterelődése a kisebb betegterhet és kevesebb támogatáskiáramlást generáló kedvezőbb árfekvésű gyógyszerek irányába.

A hatóanyag-alapú fix csoportok esetében összességében pozitív a mérleg, hiszen jellemzően sikeresnek (44,33%), de legalább félig sikeresnek (10,31%) mondhatók a csoportképzések. Ugyanakkor intő jel lehet, hogy jelentős azon csoportok aránya is, ahol kudarcot vallott (35,05%) a referenciaár-képzés, azaz mindkét mutató emelkedett az elmúlt években. Hatását tekintve nem kielégítő az a helyzet, amikor az NTK csökkenése ugyan megfigyelhető, de azt nem követi a SNTK csökkenése. Az ilyen csoportokban valamilyen okból kifolyólag nem következik be az elvárt forgalmi átrendeződés (1. táblázat).

Besorolás	Fixbe vont hatóanyagok száma	Fixbe vont hatóanyagok aránya	Magyarázat
SIKER	43	44,33%	NTK és SNTK csökkent
FÉLSIKER	10	10,31%	NTK nem csökkent és SNTK csökkent
KUDARC	34	35,05%	NTK és SNTK nőtt
HATÁSTALAN	10	10,31%	NTK csökkent és SNTK nem csökkent

Vizsgált időszak: 2003-2007
Vizsgált termékkör: 2007 július 1-én fixbe vont hatóanyagok; orális adagolásmód

1. táblázat
Hatóanyag-fix csoportok besorolása

Némileg árnyalhatja a képet, ha azt is figyelembe vesszük, hogy az eredményességi kategóriákba besorolt csoportok a támogatáskiáramlás szempontjából mennyire jelentősek. A 2. táblázatban feltüntetett forgalmi megoszlás azt mutatja, hogy a TB-támogatás kiáramlására leginkább hatást gyakorló csoportok esetén a fixcsoport-képzés eredményesnek mondható, hiszen a sikeres kategóriába sorolt hatóanyagok a vizsgált csoportok 2006. évi támogatás forgalmának 71%-át adják. A forgalmi megoszlás tekintetében tehát kisebb a sikertelennek mondható csoportképzések aránya.

A terápiás fix csoportok besorolását tekintve kevésbé egyértelmű a módszer sikeressége, hiszen jelentős számú csoport esetén figyelhető meg egyidejűleg – főképpen a be-

Besorolás	2006-os támogatáskiáramlás megoszlás
SIKER	71%
KUDARC	19%
FÉLSIKER	8%
SEMLEGES	3%
ÖSSZESEN	100%

2. táblázat
Hatóanyag-fix csoportok támogatáskiáramlási megoszlása osztályok szerint

fogadott me-too készítmények miatt – a terápiás költségek emelkedése és a drágább készítmények felé történő átterelődés (41,18%) (3. táblázat).

Besorolás	Fixbe vont ATC5 csoportok száma	Fixbe vont ATC5 csoportok aránya	Magyarázat
SIKER	6	35,29%	NTK és SNTK csökkent
FÉLSIKER	3	17,65%	NTK nem csökkent és SNTK csökkent
KUDARC	7	41,18%	NTK és SNTK nőtt
HATÁSTALAN	1	5,88%	NTK csökkent és SNTK nem csökkent

Vizsgált időszak: 2003-2007
Vizsgált termékkör: 2007 július 1-én fixbe vont ATC5 csoportok; orális adagolásmód

3. táblázat
Terápiás fix csoportok besorolása

Ugyanakkor a gyógyszerkaszára gyakorolt hatás szempontjából a legjelentősebb terápiás fix csoportok esetén – a hatóanyag fix csoportok megoszlásához hasonlóan – sikeres a csoportképzés (4. táblázat).

Besorolás	2006-os támogatáskiáramlás megoszlás
SIKER	79%
SEMLEGES	9%
KUDARC	7%
FÉLSIKER	5%
ÖSSZESEN	100%

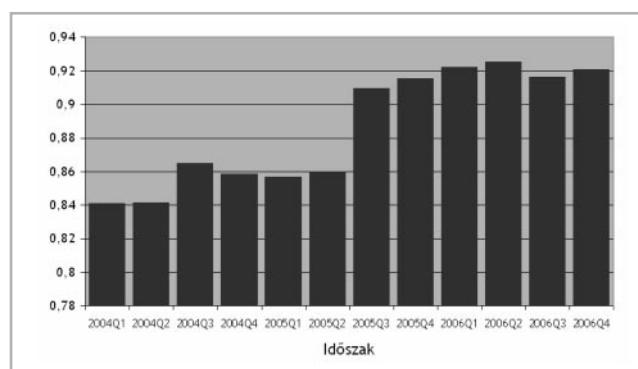
4. táblázat
Terápiás fix csoportok támogatáskiáramlási megoszlása osztályok szerint

2004. és 2006. közötti időszakra vonatkozóan negyedévenként megvizsgáltuk a fixbesorolás alá eső csoportokra jellemző kereslet-rugalmasság viselkedését annak függvényében, hogy a fix csoportba sorolt és kiváltott készítmények átlagos támogatási aránya milyen mértékben közelítette az elérhető támogatás maximális százalékos szintjét. Az értékeket az adott csoport forgalmi súlyának figyelembe vételével összesítve egy 0 és 1 közötti értéket felvevő indexet kapunk, amelynek az 1-et közelítő értéke a magasabb szinten támogatott, jelen esetben olcsóbb terápiák előnyben részesítésére utalhat.

Az index felső határát azokban az időszakokban közelítette meg a referenciatámogatásba vont termékkör, ha a hatóanyag szerinti fixcsoport-képzés dominált, ill. az összerendelt termékek ugyanabba az Országos Gyógyszerészeti Intézet által jóváhagyott helyettesíthetőségi csoportba tartoz-

tak. Ez rámutat arra, hogy a forgalom áttérődése az olcsóbb napi terápiás költségű szerekre főleg akkor volt kimutatható, ha a csoportképzési szabályok az orvos és gyógyszerészeti szempontokat leginkább tükrözték, azaz a terápia váltás a felíró és beteg részére elfogadható alternatívát jelentett.

Ugyancsak ezekben az időszakokban az index értékeinek emelkedő mintázata is felismerhető a támogatási értékek újraszámításai között, ami a folyamatos forgalomátterelődése, azaz az alacsonyabb térítési díjú termékek előnyben részesítésére utalhat (2005 Q3-tól 2006 Q2-ig). Ez egy-egy program esetén rámutat az informáltság fokának fontosságára is. Akkoriban a csoportok támogatásának újraszámítása évente átlagosan egyszeri eseményt jelentett, és az új viszonyokhoz való alkalmazkodás, a készítményváltás is hasonló időtávon történhetett meg a jelenlegi szabályozáshoz képest (3. ábra).



3. ábra
Keresleti rugalmasság a referenciaár-képzésbe vont piaci szegmensekben

AZ ELEMZÉS MEGÁLLAPÍTÁSAI

A referenciaár-képzés árletörő hatása tehát nem általános érvényű, bár a kasszakiáramlás mérséklésének tekintetében megfelelőnek mondható. Árletörő szerepét elsősorban a hatóanyag-alapú fixcsoportokban fejtette ki, de forgalom-visszafogó hatással bírt a terápiás fixcsoportoknál is.

Léteznek olyan terápiás szegmensek, amelyek esetén ez az eszköz nem váltotta be a hozzá fűzött rövid távú eredményeket, és előfordult, hogy a finanszírozási elveket a szakmai megközelítések időszakosan háttérbe szorították, teret adva más szabályozók bevezetésére. Másrészt ez vezetett a szabályok, korlátok, delistázási határok további szigorításához. A fixesítés során ugyanis egy-egy csoporton belül a kijelölt referenciaárnál egy meghatározott mértékkel drágább készítmény lekerül a támogatási listáról, azaz delistázódik, amennyiben nem csökkenti az árát a megfelelő szintre. A tūrési korlátok folyamatosan szigorodtak az elmúlt években, de egy határon túl megfontolandó az ár szerinti összehasonlításra szánt gyógyszer-csoport összetételének

szakmai alapokon történő felülvizsgálata. Különösen igaz ez a több gyógyszer-generációt egy kalap alatt kezelő terápiás fixek esetében, ahol a tūrési sáv 300%-ról 50%-ra csökkent.

KÖVETKEZTETÉSEK, TOVÁBBLÉPÉS

Számításaink szerint az idej három fixesítési ciklus éves szinten 2006-os változatlan forgalmi struktúrát feltételezve, ceteris paribus közel 25 Mrd forint megtakarítást hozott a gyógyszerkasszában. Az eszköz állandó aktualitása és fontossága tehát megkérdőjelezhetetlen a gyógyszer-finanszírozásban.

Hosszú távú eredményessége nagy mértékben múlik egyfelől azon, hogy egyidejűleg zajlik-e, és ha igen, milyen generikus program, vagyis érkeznek-e a már befogadott készítmények közé olcsóbb helyettesítő termékek, melyek alternatívát jelenthetnek a szabadalmi védelemmel már nem rendelkező drágább gyógyszerek mellett. Léteznek-e az ellátási lánc különböző szereplőit ösztönző, illetve szabályozó elemek, valamint ellátási garanciák.

Generikus program hiányában a referenciaárhoz rendelt támogatás csupán ár-kartellek létrejöttét erősíti. Ezért önmagában vett megtakarítás-potenciálja csak rövid távon érvényesül. A rövid távú költségvetési célok érdekében tett gyakori szabálymódosítások felesleges terhet és kockázatokat hordozhatnak egy kiszámítható támogatási piaci stratégia szempontjából.

Nem hozhat kellő eredményt egyetlen finanszírozási eszköz – így a referenciaár-alapú támogatás – sem, ha az nem egy egységes rendszer keretein belül működik, a számos egymásra épülő és egymással kölcsönhatásban álló alkotóelem egyikeként. Ugyancsak fontos tényező egy jól átgondolt innovatív program keretében az emelt és kiemelt indikációk kialakításának összhangja, mind a referenciaárazással, mind a generikus programmal.

Az idén egymást szorosan követve már bevezetett vagy tervezett reformintézkedések megnyitották a kapukat a gyógyszer-finanszírozási rendszer további átalakítása előtt. Ugyanakkor rengeteg kérdés fogalmazódik meg az egyes rendelkezésekkel kapcsolatban. Megkérdőjelezhető az ad hoc, kényszerítő jellegű szabályok hosszú távon való fenntarthatósága és sikere, amire példa az orvosok gyógyszerrendelésének ösztönzéséről szóló rendelet. A gyógyszerlista, az Eü-pontok felülvizsgálata és egészség-gazdaságtani küszöbértékek, indikációkhoz kapcsolt szempontrendszerek meghatározása még előttünk áll. A gyógyszerellátásban megjelenő jelentős direkt betegterhek pedig a küszöbön álló előtakarékossági, kockázatkezelési formák fő motorjaivá válhatnak.

A csoportképzés és referencia támogatás nagymértékben hozzájárult az elmúlt években a kínálati oldali beavatkozások szerepének elfogadtatásához. Alkalmazásának korlátai lehetőséget adhatnak újabb szabályozók kialakítására, a felhalmozódó tapasztalatok pedig előnyt jelentenek azok gyakorlati bevezetéséhez.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] 2006. évi XCVIII. tv. gyógyszer-gazdaságossági törvény
 [2] 32/2004. (IV. 26.) ESZCSM-rendelet a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba

- való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról
 [3] Publikus OEP törzs- és forgalmi adatok. www.oep.hu

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Komáromi Tamás a Healthware Táncsádó Kft. vezető elemző munkatársa. 2005-ben a Budapesti Corvinus Egyetemen (volt BKAE) szerezte közgazdász diplomáját. Egyetemi éveit alatti ismereteit a Rajk László Szakkollégium tagjaként szélesítette, ahol a különböző szakmai kurzusokon és vitákon való részvételén kívül a társadalmi problémák iránti nyitottságát is mélyítette. Szakmai érdeklődése középpontjában jelenleg a gyógyszer-finanszírozási rendszerek szerepelnek.



Dr. Bacskai Miklós a Healthware Táncsádó Kft. ügyvezető igazgatója. Diplomáit Debreceni Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán (1999), a Szegedi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Karának orvos-szakközgazdász szakán (2000) szerezte. 2000-tól az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Gyógyszerügyi Főosztályán dolgozott, 2001-2002 között elemzési osztályvezető, 2002-2004 között gyógyszertámogatási osztályvezető munkakörben. Szakmai gyakorlatait farmakoökonomia és információs rendszerszervezés területén szerezte.

Pszichiátriai műhely a Kútvölgyben

Javában zajlik az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) feladatainak szétosztása a különböző egészségügyi intézmények között. A Semmelweis Egyetem (SE) 95 aktív pszichiátriai ágy, három komplett osztály tevékenységét veszi át az OPNI-től. Az első ütemben, április 1-jétől 34 ágy került az egyetem Pszichiátriai Klinikájához, a második – jelenlegi – ütemben, október közepétől 61 ágy feladatát veszi át a Kútvölgyi Klinikai Tömb.

A Kútvölgyi Klinikai Tömb két felújított emeleti szintjén három új pszichiátriai osztály kezdte meg működését. A területi ellátási kötelezettség alapján ez 430 ezer lakos pszichiátriai ellátását jelenti. **Dr. Tulassay Tivadar** professzor, a Semmelweis Egyetem rektora az átszervezésről szólva elmondta: az OPNI pszichiátriai ágainak átvétele beleilleszkedik abba a reformfolyamatba, amelyet az egyetem négy éve indított. Hozzátette: az új Pszichiátriai Műhelyben a betegek ellátásán túlmenően az oktatási és a kutatási tevékenység is fontos szerepet kap. Terveik szerint az OPNI laboratóriumi komplexumát is átveszik, valamint előremutató tárgyalásokat folytatnak a Fővárosi Önkormányzattal arról, hogy bizonyos feladatköröket a Szent János Kórháztól átvegyenek. Az infrastrukturális racionalizálás és telephely-átalakítás során eddig összesen 100 millió forintos beruházást hajtottak végre, amelynek forrását pályázati úton teremtették elő.

A Kútvölgyi Tömbben kialakított új pszichiátriai részleget **Dr. Horváth Ágnes** egészségügyi miniszter is megtekintette. Kijelentette, hogy az egyetem által végrehajtott épület felújítási munkáknak köszönhetően az OPNI pszichiátriai betegek jó körülmények között gyógyulhatnak tovább. Kifejezte abbéli reményét, hogy az OPNI dolgozói eredményesen folytathatják tovább munkájukat az egyetemen, vagy más intézményekben.

Tasnádi Zoltán miniszteri megbízott beszámolt arról, hogy bár a feladatátadás nem volt egyszerű, fáradozásai eredményeképpen olyan környezetet sikerült kialakítani az egyetemen, amely a betegek gyógyulását szolgálja. Mindössze csak az a néhány tíz hektár zöld felület hiányzik, amely a hűvösvölgyi intézményben megvolt – tette hozzá. **Dr. Stubnya Gusztáv**, a Semmelweis Egyetem stratégiai főigazgatója elmondta: a betegellátás december közepére szűnik meg a Lipótmezőn, ahol jelenleg 244 ágyon tartózkodik még beteg. Az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet főigazgatójával kidolgozott részletes munkaterv szerint a stroke betegek ellátását a jövőben az Amerikai úton fogják végezni. Az addiktológia a Szent István Kórház Merényi Gusztáv Kórház területén működő telephelyére, a gyermekpszichiátria pedig átmenetileg a Nyírő Gyula Kórházba, majd 2008 nyarától a Heim Pál Kórházba kerül.

Munkatársunktól