EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete közgazdasági folyóirata

49. évfolyam 6. szám, 2011. december

Gyógyszerpiac különszám

MEGELŐZÉS ÉS GYÓGYÍTÁS

Az AstraZeneca Kft. és az ELTE Társadalomtudományi Karának Egészség-gazdaságtani Kutatóközpontja az idén immár 10. alkalommal rendezte meg hagyományos egészség-gazdaságtani szimpóziumát.

Az AstraZenecánál mindannyian nagyon komolyan vesszük az egészség helyreállítását, megőrzését, javítását. Nyitottsággal, és energiával rendelkezünk ahhoz, hogy eredményesen működjünk együtt az egészségügy minden szereplőjével azért, hogy a hosszú távú problémákra hosszú távú megoldásokat találjunk.

Az egészségügy változik, így mi is változunk.
Mert biztosan tudjuk: Összeköt minket az Egészség!

AstraZeneca
Összeköt az Egészség

PENO0097HU20111212

Tartalom

KÖSZÖNTŐ

Előszó (Dr. Bodrogi József) 2

ADATOK, TÉNYEK

A lakosság közvetlen gyógyszerkiadásai az ELEF2009 alapján (Németh Renáta, PhD) 4

SZAKCIKK

Gyógyszerkiadások nagyságának értékelése Magyarországon
a Széll Kálmán-terv tükrében (Inotai András, Merész Gergő, Kaló Zoltán) 9

A gyógyszeripar és a hatóság együttműködésének lehetőségei
(dr. Erős László, Harsányi Zsolt, dr. Kósa József) 14

A teljes ellátórendszer szerkezetét érintő átalakításokra van szükség (Dávid Tamás) 20

Válság – gyógyszeripari valóság (dr. Ilku Lívia) 26

A magyarországi gyógyszernagykereskedelem helyzete és jövőképe (dr. Feller Antal) 33

Mi lesz veletek, patikák? (dr. Hankó Zoltán, dr. Torma Árpád, dr. Bodrogi József) 55

FÓKUSZ

Tervezhetőség és átláthatóság (Christophe Gourlet) 53

VÉLEMÉNY

Elvi, etikai megfontolások az egészségügyi reformról (prof. dr. Széll Kálmán) 61

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: Nemzeti Erőforrás Minisztérium
és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Megjelenik: kéthavonta
Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.
Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u 8. • telefon: (1) 788-9212
fax: (1) 700-2998 • web: www.weborvos.hu
Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója
Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4–6.
Telefon: (1) 795-1009
Főszerkesztő: Kövesi Ervin
Orvosigazgató: Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt
A Szerkesztőbizottság elnöke: prof. dr. Orosz Éva
A tanácsadó testület tagjai: dr. Ari Lajos, Bodrogi József,
dr. Gaál Péter, dr. Rácz Jenő, Skultéty László

Nyomdai előállítás: MEGA Kft.
Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató
Az Egészségügyi Gazdasági Szemle
utcai terjesztésre nem kerül.
Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.
További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276
Éves előfizetési díj: 6615 Ft

Minden jog fenntartva!
A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez
a kiadó írásbeli engedélye szükséges.
A hirdetések tartalmáért a hirdetők vállalják a felelősséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet
a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

Előszó

A második tematikus számot tartja a kezében a kedves olvasó. A különszám a gyógyszerpiac mozgásával, várható trendjeivel, a Széll Kálmán-terv gyógyszerpiacot újraszabó hatásaival foglalkozik, a meghatározó gyógyszerpiaci szereplők szempontjából. Tehát „klasszikus" stakeholder-elemzést és véleménytérképet kívánunk az érdeklődők figyelmébe ajánlani. A tájékozódást néhány elméleti jellegű gondolattal igyekszünk elősegíteni.

Dr. Bodrogi József

Meglátásom szerint a magyar egészségügynek négy „aknát" kell semlegesítenie a közeljövőben, olyan, sokszor fundamentális kérdésekre kell választ találnia, ami szétfeszítheti a rendszert.

1. Kapacitások eloszlása

A kapacitások eloszlása földrajzi és progresszivitási szintek szerint nagy ellentmondásokat takar Magyarországon. Az ellátást szolgáló kapacitások és a szükséglet/kereslet egyensúlya kérdéses, ugyanis a legrosszabb epidemiológiai, népegészségügyi mutatókkal rendelkező megyék, illetve régiók kapacitásellátottsága kívánni valókat hagy maga után.

Az alap- és szakellátás egymásra épülésének gyakorlatát és technikáit nyilvánvalóan újra kell gondolni.

2. Humánerőforrás-krízis

Az egészségügyi szakszemélyzet (orvosok, szakdolgozók) volumene, összetétele az egyik legsúlyosabb megoldásra váró gondja a magyar egészségügynek. Ennek az egyik összetevője a gyalázatosan alacsony jövedelem (a nemzetgazdasági szektorok közül a legutolsók között van az egészségügyi keresetek nagysága), a kiszámíthatatlan életpálya és a sokszor megalázó munkafeltételek kombinációja. Viszonylag kevés hangsúlyt kap, hogy az azonnali intézkedés elhalasztása tíz éven belül kritikus méretű munkaerőhiányt fog okozni. Az orvosi kar korfája egészségtelen, amit csak a képzés dinamizálásával lehet kezelni, nagyon egyszerűen fogalmazva, emelni kell a képzési kvótákat, mert csak így kerülhető el a fenyegető krízishelyzet. Ha egy ilyen döntés megszületne, akkor is – a rendszer tehetetlenségi nyomatéka miatt – tíz év múlva jelentkeznének a képzésből fakadó előnyök.

3. Forrásteremtés

A demográfiai és foglalkoztatási körülmények (magas munkanélküliség) a döntően járulékalapú finanszírozás eltolódott az adóbázisú finanszírozás irányába. Az E-alapon belüli adóhányad 2011-ben meghaladta a 45%-ot, így a költségvetés állapota alapvetően befolyásolja az egészségügy pénzügyi feltételrendszerét és kitettségét. A kiszámítható egészségügyi forrásteremtést függetleníteni kellene a központi költségvetés aktuális problémáitól.

4. Gyógyszervertikum

Az elmúlt évtizedekben a magyar gazdaság legsikeresebb ágazatai közé tartozott a gyógyszeripar. Hagyományai, befektetései, modernizációja, kiszámíthatósága, adóereje, foglalkoztatási potenciálja megkerülhetetlen tényezőnek tekinthető.

A gyógyszer iránti kereslet várhatóan magas marad, hiszen a születéskor várható élettartam a mortalitási és morbiditási mutatók vonatkozásában az EU sereghajtói közé tartozik Magyarország. A népegészségügyi szempontból fontos területek (dohányzás, alkoholfogyasztás, túlsúly, életmódgondok stb.) óriási nyomást jelentenek az egészségügyi rendszerre. Nagy valószínűséggel a közeljövőben az említett egészségügyi gondok hatásos kezelésében az alternatív technológiák még nem játszanak szerepet, így a gyógyszer iránti kereslet stabilan magas marad. Erősíti ezt a tendenciát a krónikus betegségek arányának dinamikus emelkedése is.

Az egészségügy és a gyógyszervertikum sajnos már hozzászokott ahhoz a technikához, hogy a makrogazdasági egyensúly felbomlása esetén „részt vállal" a terhekből, így volt ez 1995-ben, a 2006-os konvergencia-program kapcsán és várhatóan 2012-ben is a Széll Kálmán-terv gyógyszerpiacot érintő intézkedéseivel kapcsolatban is.

A magyar gyógyszertámogatási rendszer kialakulását és mozgását alapvetően befolyásolta a makrogazdaságból ismert „stop and go"-elmélet. Amikor a gazdaság teljesítménye, növekedési potenciálja lehetővé tette, akkor a gyógyszertámogatások dinamikusabban emelkedtek, és egyensúlyjavítás esetén visszaestek (2007 és várhatóan 2012–13).

A kiszámítható gyógyszer- és támogatáspolitika – a fent említett technikák miatt – sok sérülést szenvedett.

A kiszámítható gyógyszertámogatás alapjai társadalmi szinten megszervezhetőek és működtethetőek. A gyógy-

szertámogatás forrásainak pontos megtervezése kifinomult pénzügyi/fiskális és statisztikai technikákat igényelne. Jelenleg ennek látható jelei helyett inkább az esetlegesség és az improvizáció sajátosságai figyelhetőek meg.

Makrogazdaság, illetve a költségvetés egyensúlyának megteremtésében minden szereplőnek részt kell vállalnia, hiszen szűkülnek az egészségügyre fordítható erőforrások. Ebben az esetben még a szokásosnál is indokoltabb az evidenciaalapú döntéshozatal, mert ezen keresztül csökkenthetőek a haszonáldozati költségek.

A gyógyszerpiaci szereplők attitűdjei természetesen eltérőek, mégis egyvalami közös a stakeholdereknél, nevezetesen a feltételek (pénzügyiek, kiszámíthatóság, jövedelmezőség) romlanak. Korábban a gyógyszerpiac struktúrájában (gyártó, nagykereskedő, patika) megfigyelhető volt, hogy a jövedelmezőség adott szintje, azaz a szereplők majd mindegyike túlnyomórészt profitot realizált adott éven belül.

2007-től folyamatosan a gyógyszerpiac leggyengébb láncszeme a gyógyszer-kiskereskedelem lett. A patikai vállalkozások mintegy negyede tartósan veszteséges, ami túl az üzemgazdasági tényen veszélyezteti a gyógyszerellátás biztonságát és megnöveli a gyógyszerhez való hozzáférés egyéni és társadalmi költségeit.

2012-ben egészen biztosan csökkeni fog a másik két gyógyszerpiaci szereplő (gyártók és nagykereskedők) mérleg szerinti nyeresége is. Ilyen vulnerábilis körülmények között talán indokolt lenne a gyógyszertámogatás és -befogadás alapjainak, elveinek és gyakorlatának a szisztematikus áttekintése, hogy a gyógyszerpiac oly fontos optimális működésének a feltételei javuljanak.

Ezekkel a gondolatokkal kívánok az olvasónak hasznos időtöltést, jó „szörfölést" és okulást.

A szerző közgazdász, a különszám szerkesztője.

A lakosság közvetlen gyógyszerkiadásai az ELEF2009 alapján[1]

Az alábbi közlemény célja az, hogy képet adjon a felnőtt lakosság gyógyszerek, illetve gyógyhatású készítmények beszerzéséhez szükséges közvetlen – a termék megvételekor saját zsebből történő – kiadásairól. Elemzésünk e célnak megfelelően mikroszintű, a lakosság szemszögéből indul ki. Ez a szempont jól kiegészíti a rendelkezésre álló makroszintű adatforrások – mint a Nemzeti Egészségügyi Számlák (NESZ) – információit. A felhasznált adatbázis a mintegy ötezres reprezentatív mintán alapuló, 2009-ben végzett Egységes Lakossági Egészségfelmérésből (ELEF2009) származik.

Németh Renáta, PhD

Az **ELEF2009** a KSH szervezésében, az Európai Unió és az Egészségügyi Minisztérium támogatásával valósult meg, bevezetését valamint ötévenkénti megismétlését az Európai Parlament és Tanács rendelete írja elő. Tartalmilag az Eurostat szakértői által összeállított, standard kérdőívre épül. A mikroszintű megközelítésnek köszönhetően az ELEF2009-et felhasználva lehetőségünk van a kiadási adatoknak az egészségi állapottal vagy a jövedelmi helyzettel történő összevetésére is, olyan információk elérésével, mint a krónikus betegség megléte okozta kiadási többlet, vagy a jövedelemből gyógyszerekre fordított hányad. A gyógyhatású készítményeket érintő kiadásokkal is foglalkozunk, ezek nem szerepelnek külön soron a NESZ adatai között.

Az ELEF2009 a nem intézményben élő, bejelentett magyarországi állandó lakcímmel rendelkező lakosokat célozta, mintájából 4899 fő töltötte be 18. életévét, az ő adataikat használtuk fel. Az elemzés elsősorban a következő kérdésekre kereste a választ:

– Az egyének gyógyszerre és gyógyhatású készítményre fordított közvetlen kiadásai[2] mekkora terhet jelentenek (a nettó jövedelmükhöz képest) a lakosság különböző helyzetű csoportjai számára?
– Hogyan befolyásolja a lakosság egészségi állapota és anyagi helyzete az egyének kiadásainak nagyságát és azok egyes összetevőit? Milyen különbség mutatkozik a krónikus betegek és nem krónikus betegek és különböző jövedelmi helyzetű csoportok kiadásainak nagyságában és szerkezetében?

A kérdőív gyógyszerkiadásokat érintő blokkjából a „Menynyit költ Ön általában havonta saját céljára gyógyszerekre?" és a „Mennyit költ Ön általában havonta saját céljára gyógyhatású készítményekre?" kérdésekre adott válaszokat vettük figyelembe, a gyógyszereken belül nem téve különbséget a receptre felírt és recept nélkül vásárolható gyógyszerek között. A kérdőív csak a megkérdezett saját egészségével kapcsolatos kiadásait vette számba, ebbe nem tartoztak bele a család más tagja által a megkérdezett egészségével kapcsolatban kifizetett összegek (pl. ha az idős szülő helyett a vele egy háztartásban élő gyermeke veszi meg a gyógyszereket).

Az „egészségügyi ellátásra fordított kiadás" kifejezés a továbbiakban magában foglalja az ELEF2009-ben megjelent kiadások összes típusát. Az egészségügyi kiadások között a felmérés számba vette a szolgáltatásokra fordított kiadásokat is, ide tartoznak a kötelező egészségbiztosítás szolgáltatásiért fizetett térítések, a hálapénz és a magánszolgáltatóknak fizetett díjak. A következő tételeket nem tartalmazzák az ELEF2009 adatai: gyógyászati segédeszközök (beleértve a szemüveget), az utazásra és gyógyfürdőre fordított kiadások, a természetgyógyászatból pedig csak a gyógyhatású termékre fordított kifizetéseket foglalják magukba. Ezek az ELEF2009-ből kimaradt tételek – más források alapján – a lakosság kiadásainak 10–12 százalékára becsülhetők[3]. Az ELEF2009-en alapuló kiadás-becslés másik bizonytalansága abból fakad, hogy a (gyógyszerre vonatkozó kérdések kivételével) 2009. szeptember–október során zajló kérdezést megelőző 4 hétre vonatkoztak a kiadást érintő kérdések, amiből az éves kiadás nagysága csak óvatosan becsülhető.

Becsléseink érvényessége külső adattal való összevetésben ítélhető meg. A NESZ szerint 2009-ben a lakossági gyógyszerkiadások értéke 243,7 Mrd volt (a gyógyhatású készítményekre vonatkozóan nem közöl adatot). Az ELEF gyógyszerkiadási adata a felnőtt lakosságra vonatkozóan

1. táblázat.

A kiadás típusa	Havi összeg (Mrd Ft)	Fizetők népességbeli aránya (%)	Egy fizetőre jutó havi kiadás	Egy lakosra jutó havi kiadás	Éves összeg (Mrd Ft)
Gyógyszer	24,3	53,5	5580	2986	291,5
Gyógyhatású készítmény	8,3	31,7	3208	1018	99,3

2. táblázat.

A kiadás típusa	Krónikus	Nem krónikus	Krónikus	Nem krónikus	Krónikus	Nem krónikus
	Egészségügyi összkiadásán belül az adott termék részesedése		Egy fizetőre jutó kiadása a felnőtt népesség egy fizetőre jutó kiadásának %-ában		Részesedése az adott termékre fordított lakossági kiadásból	
Gyógyszer	47,6%	16,4%	108,1%	47,2%	93,7%	6,3%
Gyógyhatású készítmény	12,9%	22,4%	105,1%	87,4%	74,8%	25,2%

291,5 Mrd, megbízhatósági intervallumán a NESZ adata kívül esik. Mivel a NESZ adata is mintán végzett interjúkra alapuló becslés (a KSH Háztartási Költségvetési Felvételén alapul), esetében is az ELEF2009-éhez hasonló mintavételi és nemmintavételi hibák merülhetnek fel. A két érték nagyságrendileg megegyezik, ám az eltérés okainak elemzése, továbbá annak eldöntése, hogy melyik forrás tekinthető a megbízhatóbbnak, további elemzést igényel – annyit mondhatunk, hogy a valós érték valahol a két becslés, 243,7 és 291,5 Mrd között van.

A lakosság közvetlen kiadásainak nagysága és szerkezete

Az ELEF2009 adatai alapján a felnőtt lakosság 2009 szeptembere/októbere folyamán havi 57,1 Mrd Ft-ot költött egészségügyi kiadásra, aminek alapján az éves kiadás 685,9 Mrd Ft-ra becsülhető. A vizsgált időszakban a kiadások zömét, közel 42,5%-át a gyógyszerkiadások tették ki, míg a gyógyhatású készítmények 14,5%-ot jelentettek (1. ábra). Együtt a két tétel az összkiadás 57%-át tette ki.

Hogy ez a kiadás egyénenként mekkora terhet jelentett, arról az 1. táblázat nyújt információt. Minden második felnőtt (53,5%) vásárolt valamilyen gyógyszert a vizsgált időszakban, míg gyógyhatású készítményért 31,7%-uk fizetett. Az egy fizető egyénre jutó kiadás havi 5580 Ft volt a gyógyszerek, míg 3208 Ft a gyógyhatású készítmények esetén. Az egy lakosra jutó havi kiadásban (ami nem a fizetők, hanem a teljes lakosság szempontjából jellemzi a kiadások nagyságát) nagyobb az eltérés: 2986 Ft, illetve 1018 Ft.

A krónikus betegek gyógyszerkiadásai

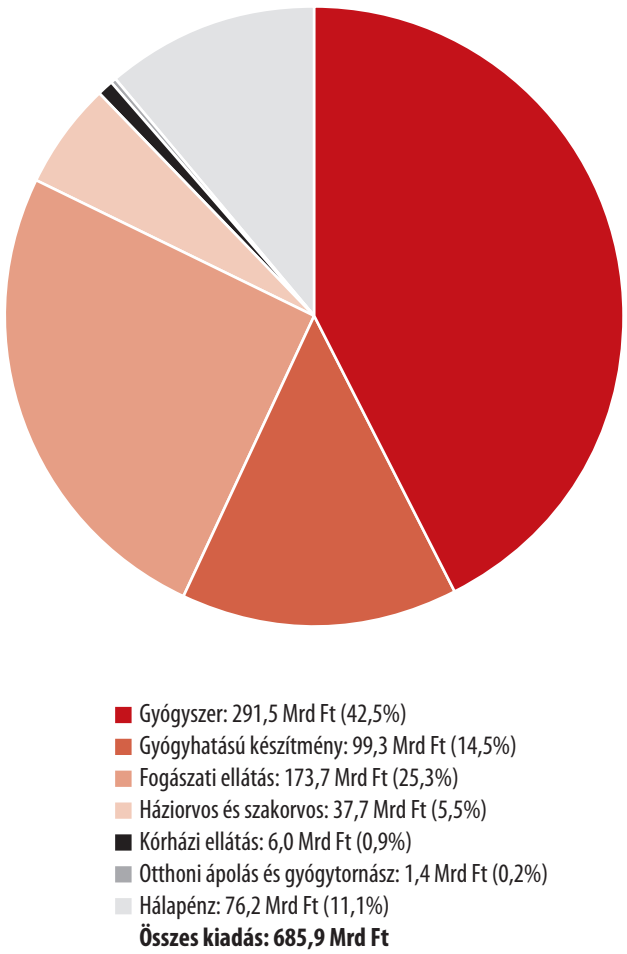
Az alábbiakban az egészségi állapot szempontjából a krónikus betegek[4] és a krónikus betegséggel nem rendelkezők kiadásainak a különbségeit elemezzük. A felnőtt lakosság 62 százalékának volt valamilyen krónikus betegsége, ugyanez az arány az egészségügyi kiadásért fizetők között 78%.

A krónikus betegek és nem krónikus betegek egészségügyi kiadási szerkezetét vizsgálva (2. táblázat, 2-3. oszlop): a krónikus betegek összesített egészségügyi kiadásuk 47,6%-át gyógyszerekre költötték, míg a gyógyhatású készítmények összkiadásuk 12,9%-át tették ki. A nem krónikus betegeknél ugyanezek a számok 16,4%, illetve 22,4%.

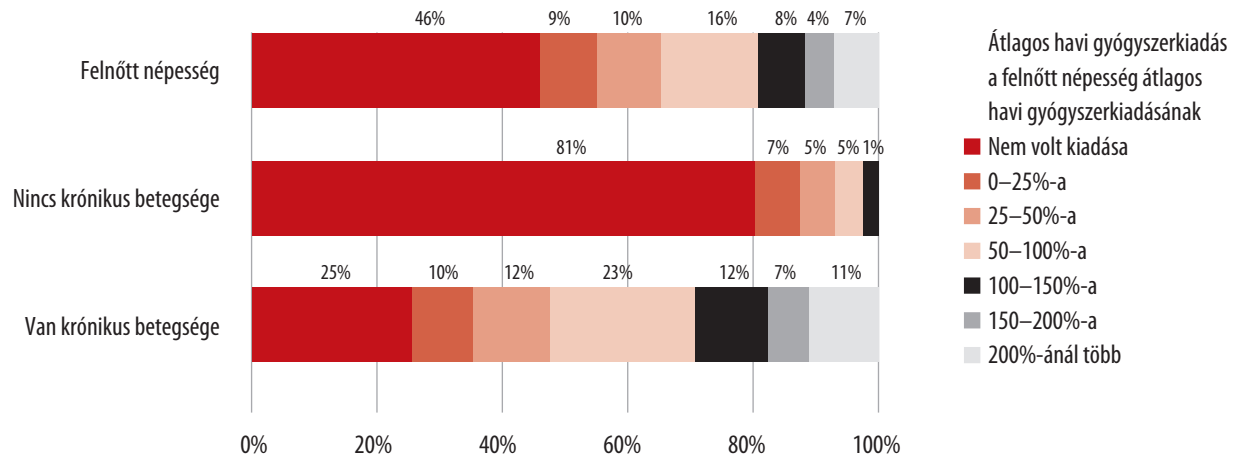
Természetesen nem csupán kiadásaik arányában, hanem összegszerűen is többet költenek a krónikus betegek (2. táblázat 4-5. oszlop). Egy fizetőre jutó gyógyszerkiadásuk 108%-a a teljes lakosság egy fizetőre jutó gyógyszerkiadásának, míg a nem krónikus betegek kevesebb mint felét fizetik annak (47%). A gyógyhatású készítmények esetén is a krónikus betegek fizetnek többet, igaz, kisebb különbséggel (105 vs. 87%).

A közvetlen egészségügyi kiadások 84%-át a krónikus betegek fizették ki. Ennél jobban koncentrálódnak a gyógyszerkiadások (2. táblázat 6-7. oszlop): a lakossági gyógyszerkiadások 94 százalékát a krónikus betegek adták ki. A gyógyhatású készítmények esetén alacsonyabb a koncentráció: 75%-át fizetik ennek a kiadási tételnek a krónikus betegek.

1. ábra. A lakosság kiadásainak szerkezete (magán- és közellátás együtt; N=4899, forrás: ELEF2009)



2. ábra. A felmőtt népesség megoszlása gyógyszerkiadásának nagysága szerint (N=4899, forrás: ELEF2009)



Az adatok azt jelzik, hogy a krónikus betegek egy része számára a kötelező egészségbiztosítás csak korlátozottan nyújt védelmet a gyógyszerkiadások által jelentett anyagi terhekkel szemben. A vizsgált időszakban a krónikus betegek 25%-a nem költött gyógyszerre, 45 százalékuk a lakossági átlagnál (5580 Ft/hó) kevesebbet, 30 százalékuk pedig az átlagot meghaladó összeget költött gyógyszerre (2. ábra). A krónikus betegek 11%-a (több mint 540 ezer ember) havi 11 600 Ft-ot meghaladó összeget költ gyógyszerre. Ugyanakkor a krónikus betegséggel nem rendelkezők 81%-a egyáltalán nem költött gyógyszerre, további 17 százalékuk az átlagnál kevesebbet, és csupán 1,7 százalékuk költött az átlagot meghaladó összeget.

A háztartások gyógyszerkiadási terhe

Fontos kérdés, hogy a gyógyszerért kifizetett összeg mekkora terhet ró az egyénekre, háztartásokra, vagyis jövedelmük mekkora részét használják fel erre a célra.

Ennek jellemzésére azt vizsgáltuk, hogy az egy fizető egyénre jutó gyógyszerkiadások mekkora hányadát teszik ki az egy főre jutó nettó háztartási jövedelemnek az egyes jövedelmi ötödökben[5]. Itt az egy főre jutó gyógyszerkiadás alatt a kérdezett számára vásárolt gyógyszerre kiadott összeget értjük.

Az alábbi eredmények újabb empirikus adalékot szolgáltatnak arra, hogy a közvetlen kifizetések a legnagyobb terhet az alacsonyabb jövedelműekre róják. Új eredmény viszont a krónikus betegek és a krónikus betegségben nem szenvedők helyzetében lévő különbségek feltárása.

A vizsgált időszakban a népesség legrosszabb jövedelmű ötöde esetében átlagosan az egy főre jutó nettó jövedelem 16,7%-át tették ki az egy főre (egy gyógyszerért fizető egyénre) eső gyógyszerkiadások, míg a legjobb jövedelműek esetében csak a 4,9%-át. A felnőtt népesség egészét tekintve pedig 8,6%-át (3. ábra). Ugyanakkor az egy főre jutó gyógyszerkiadás nominális értéke a legrosszabb jövedelmű ötödben volt a legalacsonyabb: 89%-át tette ki a legmagasabb jövedelműek egy főre jutó kiadásának[6].

Fokozottan igaz ez a tendencia a krónikus betegekre. A krónikus betegség súlyos terhet jelent a háztartásoknak. Természetesen a krónikus betegség és a jövedelem nem függetlenek egymástól, a rossz anyagi helyzetűek között nagyobb a valószínűsége a krónikus betegségeknek. Ezért, hogy hatásaikat elválaszthassuk egymástól, az alábbiakban a jövedelmet és a krónikus betegség meglétét egyszerre vesszük figyelembe. A vizsgált időszakban a népesség legrosszabb jövedelmű ötödébe tartozó krónikus betegek esetében átlagosan az egy főre jutó nettó jövedelem 18,2%-át tették ki a gyógyszerkiadások, míg a legjobb jövedelműek esetében csak 5,3%-át (3. ábra). A legjobb jövedelmi kvintilistől a legrosszabb felé haladva fokozatosan növekvő terhet jelentenek az egyének számára a gyógyszerkiadások. (A közepes jövedelmű egyének esetében az egy főre jutó nettó jövedelem 10–12%-át tették ki a gyógyszerkiadások.) Ugyanakkor az egy főre jutó kiadások nominális értéke kismértékben csökken csak a jövedelmi „létrán" lefelé haladva: a legrosszabb jövedelmű ötödbe tartozók kiadásai 84%-át érték el az (egy főre jutó kiadást tekintve legtöbbet költő) 4. jövedelmi ötödbe tartozók egy főre jutó gyógyszerkiadásának. Ebből a 84%-os értékből ítélhető meg az, hogy a krónikus betegségben szenvedő legrosszabb jövedelmű ötöd menynyire fogja vissza gyógyszerkiadásait a jobb anyagi helyzetű krónikus betegekhez képest, vélhetően pusztán anyagi okok miatt – persze a kiadások visszafogása ennél sokkal nagyobb értéket mutatna, ha a szegénység szigorúbb definícióját vettük volna, pl. nem ötödöket, hanem tizedeket vizsgálva. Mivel a nominális értékek kisebb különbséget mutatnak jövedelmi ötödök szerint, mint a gyógyszerkiadás jövedelemhez képesti aránya, feltehető, hogy a szegénység ilyen szigorúbb definícióját alkalmazva a kiadások a jövedelem még nagyobb, 20%-ot meghaladó hányadát érnék el a legszegényebbek között.

Sokkal kisebb terhet jelentenek a gyógyszerkiadások a krónikus betegségtől mentes egyének számára. A háztartási egy főre eső nettó jövedelemnek átlagosan 4,2%-át fordítják gyógyszerkiadásra, míg a krónikus betegek jövedelmük 9,1%-át (3. ábra). A nem krónikus betegek esetében szintén megfigyelhető, hogy a jövedelem növekedésével növekszik a gyógyszerkiadás egy főre jutó nominális értéke. A krónikus betegségtől mentes legalacsonyabb jövedelműek egy főre jutó kiadása csak a 74%-át érte el a legmagasabb jövedelműek

kiadásának. Azaz, az egy főre jutó kiadás nagyságát tekintve a nem krónikus betegek esetében nagyobbak a különbségek, mint a krónikus betegek esetében (a nem krónikus betegek vélhetően lemondhatnak néhány gyógyszer megvásárlásáról, ha az terhet jelent számukra, a krónikus betegek kevésbé). Fontos megjegyezni azonban, hogy a krónikus betegségtől mentes legmagasabb jövedelműek gyógyszerkiadásai nominális értékben csak 57%-át érték el a legalacsonyabb jövedelmű krónikus betegek hasonló célú kiadásainak.

Az ugyanabba a jövedelmi kategóriába tartozó krónikus betegek és krónikus betegségben nem szenvedők között a gyógyszerre fordított kiadási részarány szempontjából több mint kétszeres a különbség (3. ábra). A legrosszabb jövedelmi helyzetű krónikus betegek 2,4-szer nagyobb hányadát fordították a nettó jövedelmüknek gyógyszerkiadásra, mint ugyanebben a jövedelmi csoportban a krónikus betegségtől mentesek. A legmagasabb jövedelműek esetében a legkisebb a különbség a krónikus betegek és a nem krónikus betegek között (1,9-szeres): a krónikus betegek átlagosan az egy főre jutó jövedelmük 5,3%-át, a nem krónikus betegek pedig 2,7%-át fordították gyógyszerkiadásra.

Az egészségpolitikával szembeni egyik elvárás, hogy olyan módon befolyásolja a közkiadások és magánkiadások alakulását, hogy a betegség ne veszélyeztesse az egyének jövedelembiztonságát. Ezért fontos, hogy megfelelő információkkal rendelkezzünk a lakosság egészségügyi kiadásainak az alakulásáról. Ehhez kívánt hozzájárulni ez a közlemény – a krónikus betegség anyagi terhe az itt számba vettnél természetesen lényegesen nagyobb, ebben a tanulmányban csak a gyógyszerkiadásokat vettük figyelembe.

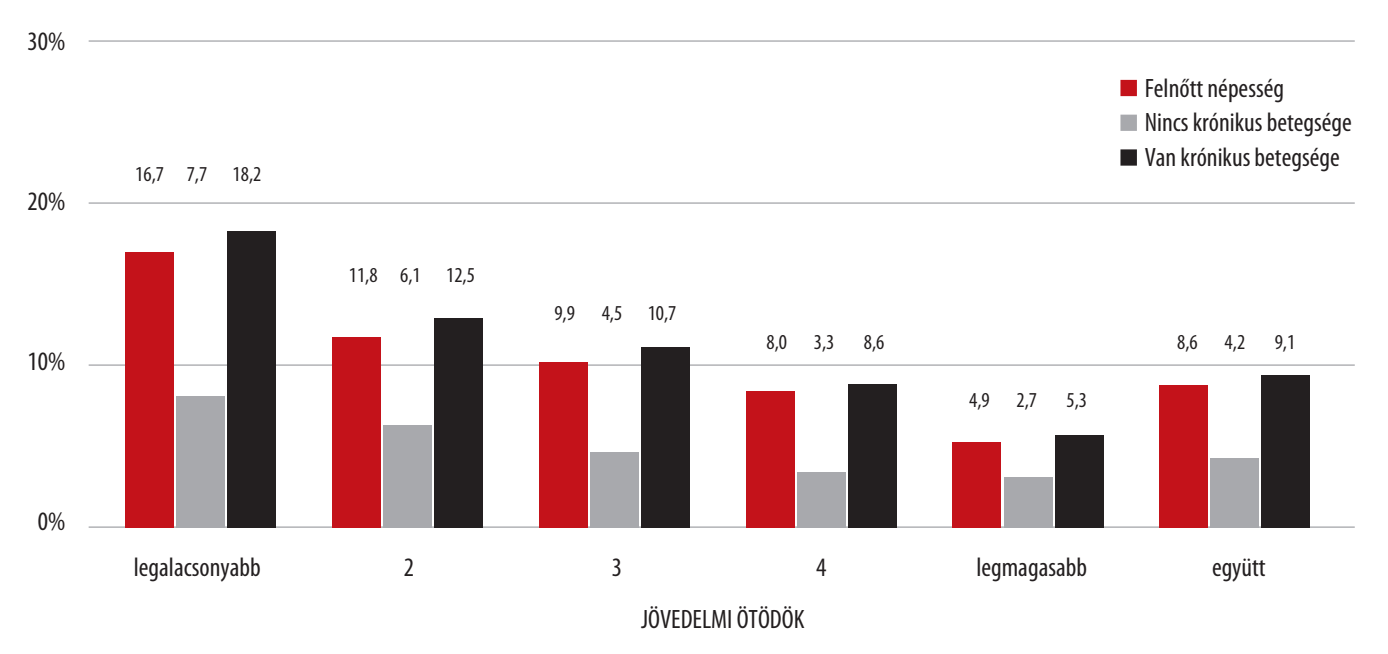
Hivatkozások

1. *A tanulmány a szerző Orosz Évával folytatott kutatásának eredményeire épül, részben a közös szerzőségben íródott „Mennyit költünk »zsebből« egészségügyre? A lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai az ELEF2009 alapján" címet viselő, a KSH ELEF2009-et bemutató, megjelenés alatt álló kötete számára készült tanulmány felhasználásával.*
2. *A továbbiakban a „lakosság kiadásai" alatt csak a lakosság közvetlen kiadásait (out-of-pocket payment) értjük.*
3. *Ezek a tételek a Medián által végzett felmérés szerint (Csaba Iván, 2009) 2007-ben a lakosság kiadásainak 15,5%-át tették ki. Mivel ezen ellátások egy részét (gyógytorna és természetgyógyászati termékek) viszont tartalmazza az ELEF2009, továbbá a gyógyfürdő kiadások egy része nem tekinthető egészségügyi kiadásnak, így azt feltételezzük, hogy a lakosság egészségügyi kiadásainak kb. 10–12%-ára nem terjedt ki az ELEF2009.*
4. *Az alapkérdőív 19-es kérdése alapján soroltuk az egyéneket a két csoportba, mégpedig akkor definiálva valakit krónikus betegnek, ha az ott felsorolt krónikus betegségek (asztma, bronchitisz/tüdőtágulás, szívroham/szívinfarktus, angina, hipertónia, stroke, reuma, ízületi kopás, derékfájás/krónikus gerincprobléma, nyaki fájdalom/krónikus nyaki gerincprobléma, cukorbetegség, allergia, gyomor- vagy nyombélfekély, krónikus májbetegség, rosszindulatú daganat, erős fejfájás/migrén, inkontinencia, krónikus szorongás/depresszió/pszichés probléma, maradandó fogyatékosság, magas koleszterinszint, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség, csontritkulás) bármelyikét orvos diagnosztizálta, és az fennállt a kérdezést megelőző 12 hónapban is.*

Irodalomjegyzék

1. *Csaba Iván (2009): Zsebből fizetve: az egészségügyi lakossági kiadások Magyarországon. (Kézirat)*
2. *Nemzeti Egészségügyi Számlák (NESZ) adatai. Forrás: http://stats.oecd.org/Index.aspx (Health)*

3. ábra. Az egy főre jutó gyógyszerkiadás aránya az egy főre eső nettó háztartási jövedelemhez a jövedelem nagysága szerinti bontásban (N=4899, forrás: ELEF2009)



3. *OECD Health Data, 2011. www.oecd.org/health/healthdata*
4. *Orosz Éva, Németh Renáta (2011): Mennyit költünk „zsebből" egészségügyre? A lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai az ELEF2009 alapján. Kézirat, megjelenés alatt.*
5. *A kiadás/jövedelem arányra vonatkozó becslés eredményét befolyásolja, hogy milyen szintű, részletezettségű jövedelmi adatok állnak rendelkezésre. Az ELEF2009 felmérésből nem álltak rendelkezésünkre pontos háztartási jövedelmi adatok, hanem csak az egy főre eső nettó háztartási jövedelem kvintiliseken belüli átlaga.*
6. *A gyógyszerkiadások egy havi, egy fizetőre számolt értéke 5000 Ft volt a legalacsonyabb jövedelműek és 5600 Ft a legmagasabb jövedelműek esetében.*

A szerző az ELTE Társadalomtudományi Kar, Statisztika Tanszék oktatója.

Gyógyszerkiadások nagyságának értékelése Magyarországon a Széll Kálmán-terv tükrében

A gyógyszerkiadások nagyságának indokolhatósága valamennyi fejlett országban felmerülő kérdés. Bár a téma hazánkban is időről időre napirendre kerül, aktualitását a Széll Kálmán-terv gyógyszertámogatást érintő előirányzatai adják. Jelen tanulmány célja a magyar gyógyszerkiadások nagyságának értékelése a Széll Kálmán-terv tükrében.

Inotai András[1], Merész Gergő[1], Kaló Zoltán[1,2]

Módszerek: Az OECD Health Data alapján keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk az egyes OECD-országok gyógyszerkiadásait illetően. Mivel a kiadások vásárlóerő-paritáson történő számítása a gyógyszerpiac nemzetközi sajátosságai miatt több torzítást is tartalmazhat, az eredményeket hivatalos valutaárfolyamon mutatjuk be. A magyar gyógyszer köz- és magánkiadások arányának alakulását idősoros-elemzés segítségével vizsgáltuk.

Eredmények: Magyarország a valutaárfolyamon vett egy főre jutó gyógyszerkiadás nagysága alapján az OECD-országok sereghajtói között szerepel. Félrevezető a hazai gyógyszerre fordított kiadások nagyságáról a hazai gyógyszerkiadások egészségügyi kiadásokon belüli részaránya alapján nyilatkozni, ugyanis a magas arány oka a nem gyógyszerre fordított közkiadások alacsony mértéke is lehet. A Széll Kálmán-terv gyógyszer-közfinanszírozást érintő előirányzatainak teljesülése esetén a gyógyszertámogatás reálértéken az 1994. évi szintnél 35%-kal alacsonyabb lesz 2014-ben.

Konklúzió: Mivel az utóbbi években a gyógyszerkasszát érintő kiadáskorlátozó intézkedések jelentős terhet helyeztek át a lakosság vállára, nem állja meg a helyét az az érvelés, amely a gyógyszerkiadások egészségügyi kiadásokon belüli magas részarányával indokolja a gyógyszertámogatások további jelentős csökkentését. A lakosság aggasztó morbiditási és mortalitási mutatói, a népegészségügyi és egészségpolitikai célok megvalósítása nem támasztja alá a gyógyszer-közkiadások ilyen mértékű csökkentését.

Háttér

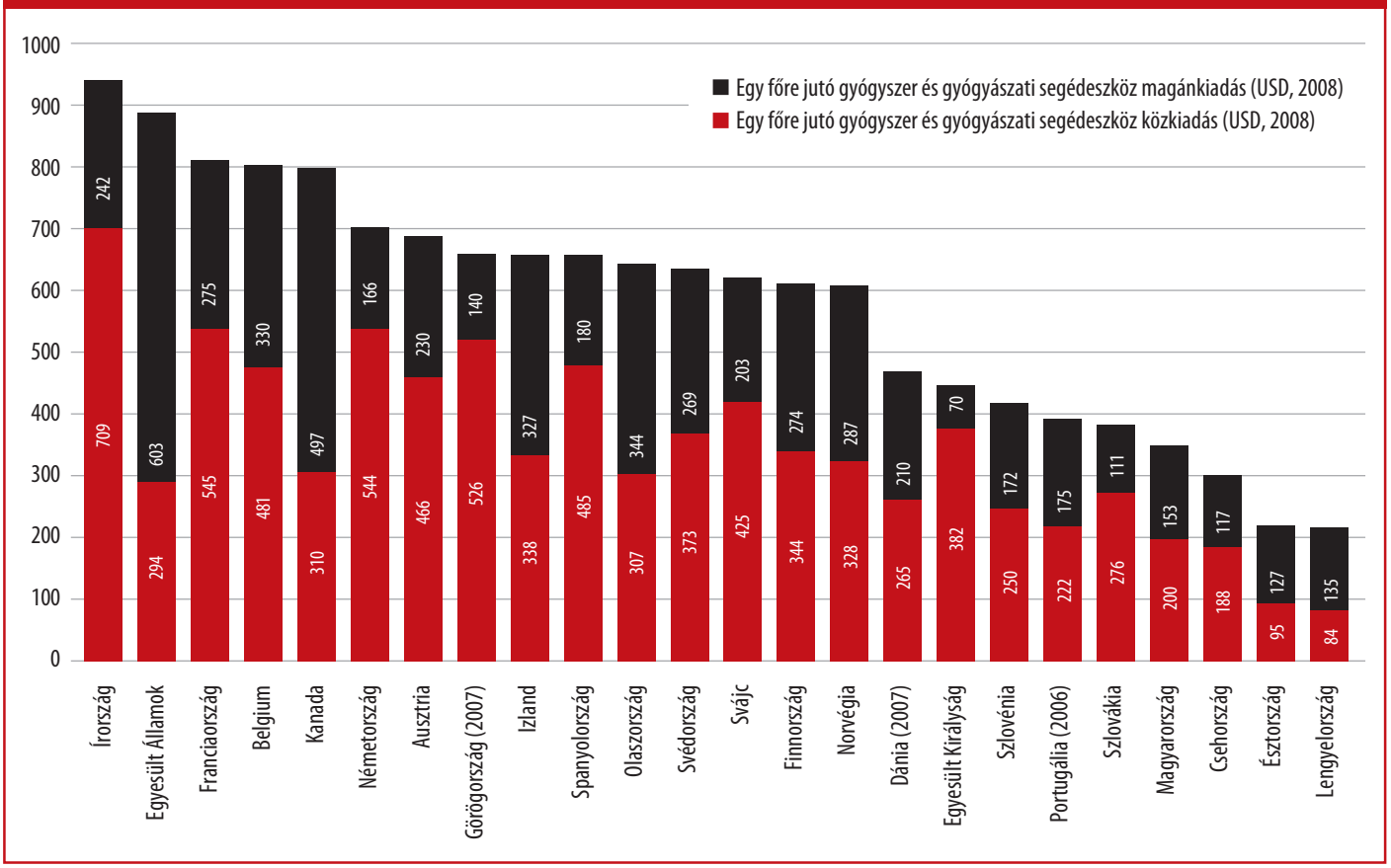
A gyógyszerekre fordított kiadások növekedése sokak szerint az egészségügyi kiadások növekedésének egyik motorja, a gyógyszerkiadások alakulását ezért a fejlett országokban megkülönböztetett figyelem kíséri(1, 2, 3). Magyarországon is időről időre felmerülő kérdés a hazai gyógyszerkiadások aktuális szintjének indokolhatósága (4,5)[VI,V]. Több tanulmány is magasnak tartja a hazai gyógyszerkiadások mértékét (6)[VI]. Az OECD Health Data adatbázis alapján 2008-ban a teljes magyar egészségügyi kiadások 31,6%-át költöttük el patikai forgalmazású gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre, amely igen magas arány az európai OECD-országok (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) országok átlagához képest (7)[X]. Ez a kontextusából kiragadott adat azonban önmagában nem szolgáltat kellő mennyiségű információt annak eldöntéséhez, hogy a magyar gyógyszerkiadásokat tartsuk túl magasnak, vagy ellenkezőleg, a nem gyógyszeres kiadások nagyságát tartsuk kevésnek; illetve ha egészségpolitikai intézkedést tervezünk a gyógyszerkiadások vonatkozásában, azzal a köz- vagy magánkiadásokat célozzuk-e meg. Egy közelmúltbeli tanulmányunkban emellett azt is részletesen elemeztük, helytálló-e a hazai gyógyszerkiadásokat az összes OECD országOECD-ország átlagához viszonyítani, tekintettel a közepes jövedelmű és fejlett országok gyógyszerkiadási struktúrájának jelentősen eltérő voltára (8)[XII].

Jelen tanulmány aktualitását a Széll Kálmán-terv gyógyszerkiadásokra vonatkozó részletei adják (9); vizsgálatunk célja a magyar gyógyszerkiadások nagyságának vizsgálata a Széll Kálmán-terv tükrében. A gyógyszerkiadások kvantitatív elemzésén túl azonban a kiadások kvalitatív vizsgálata (a gyógyszer-közkiadások allokatív hatékonyságának javítása) messze túlmutat jelen dolgozat keretein.

Módszerek

Nyers adataink az OECD Health Data adatbázisból származnak (10)[XV]. Az adatgyűjtés során a legfrissebb elérhető adatokat alkalmaztuk. A gyógyszerkiadásokat több korábban publikált

1. ábra. A gyógyszer köz-és magánkiadások alakulása az OECD-országokban (Forrás: OECD Health Data 2010)



tanulmány vásárlóerő-paritáson adta meg (11,12,13)[XVII– XIX]. A gyógyszerpiac sajátosságainak azonban kevésbé felel meg a gyógyszerkiadások vásárlóerő-paritáson történő értékelése, az alábbiak miatt:

1. Az Európai Unióban az áruk tagországok közötti szabad áramlásának elve a parallel kereskedelem létrejöttét tette lehetővé a gyógyszerek piacán. Ezzel párhuzamosan a finanszírozók a nemzetközi árreferencia módszerét alkalmazzák annak kivédésére, hogy más országoknál magasabb áron vásárolják meg a közfinanszírozott gyógyszereket. Ennek kivédésére az innovatív gyógyszerek árai szűk globális ársávban mozognak, a helyi vásárlóerőhöz igazított differenciált (azaz Ramsey szerinti) árképzés megszűnt (14).
2. A generikus gyógyszerek esetében, a márkázott (ún. branded) generikus gyógyszereket alkalmazó országokban (például Magyarországon) viszonylag magasabb az árszínvonal egyes, a generikus programban hatóanyag alapú gyógyszerfelírást alkalmazó országokkal (például Nagy-Britanniával, vagy egyes skandináv országokkal) szemben.
3. A finanszírozó is hivatalos valutaárfolyamon, euróban kéri a gyógyszerárakat a referencia országokra vonatkozóan a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatására vonatkozó kérelemben (15).

Mindezek alapján a főbb valuták vásárlóereje az innovatív és generikus gyógyszerek fogyasztói kosarában nem a helyi vásárlőerőhöz igazodik. Ennek megfelelően a gyógyszerkiadásokat hivatalos valutaárfolyamon, USD-ben adtuk meg az OECD adatbázisOECD-adatbázis alapján.

Eredmények

Az egy főre eső gyógyszerkiadások nagyságát az egyes OECD-országokban (hivatalos valutaárfolyamon, USD-ben) az 1. ábra mutatja. Az ábra alapján jól látható, hogy a kelet-közép-európai országok gyógyszerkiadásaik abszolút nagysága alapján az OECD-országok közül a sor végén helyezkednek el. Az egy főre jutó magyar gyógyszerkiadás 353 USD, amelyből 153 USD magánkiadás.

Ismeretes, hogy a Széll Kálmán-terv a 2012-es évben 83 milliárd, a 2013-as évben pedig 120 milliárd forintos megtakarítást irányoz elő a gyógyszertámogatásokban, a 2011-es gyógyszerkasszához képest. A 2. ábra a hazai gyógyszertámogatások nominális és reálértéken vett alakulását mutatja, 1994 és 2014 között. Az adatok alapján elmondható, hogy a gyógyszertámogatás 2011-ben 343,5 milliárd Ft-ra tervezett összege 2012-ben várhatóan 260,5 milliárd Ft-ra, 2013-ban 223,5 milliárd Ft-ra csökken. Ennek megfelelően 1994 és 2014 között várhatóan az éves nominális növekedés 6,6%-os, míg a reálértéken számolt növekedés előjele negatív, -1,9%-os lesz az előirányzat teljesülése esetén.

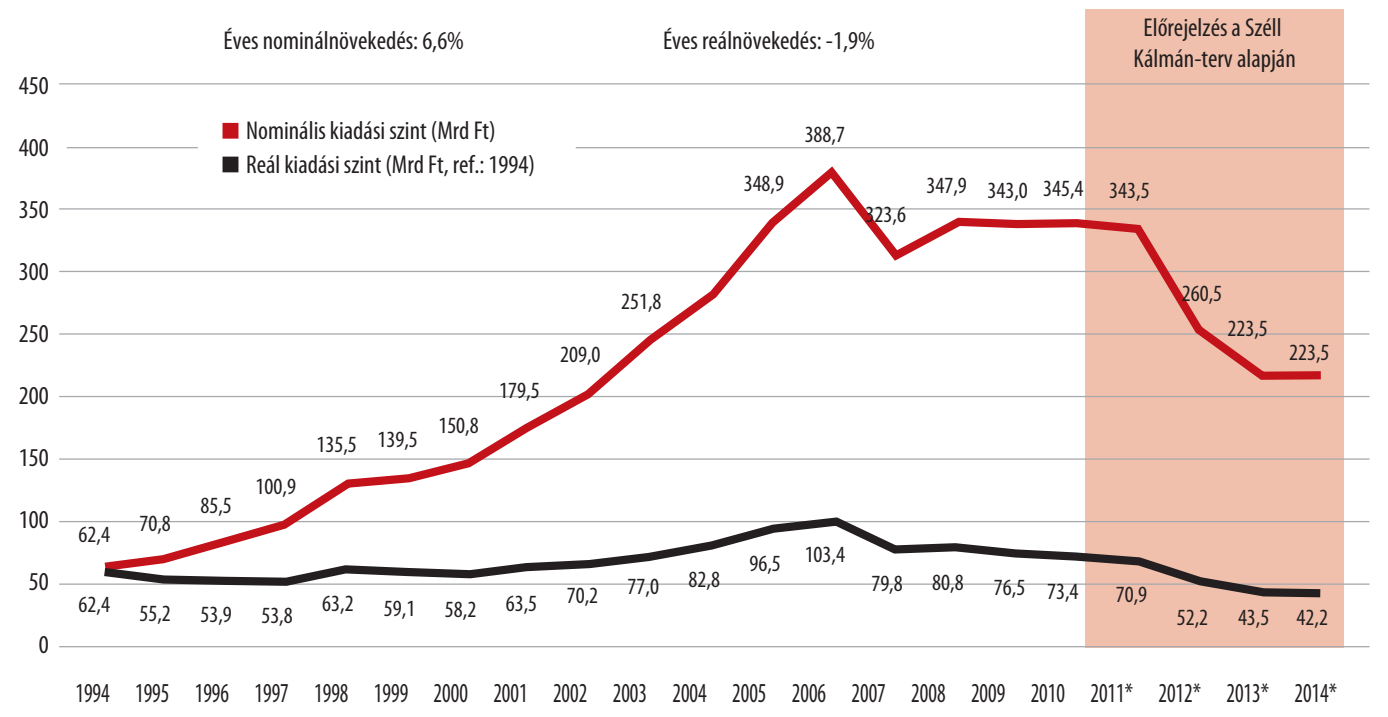
A 3. ábra a köz- és magán-gyógyszerkiadások arányának alakulását mutatja Magyarországon 2001 és 2009 között. Az adatokból látható, hogy 2006-ban a gyógyszer köz-és magánkiadások aránya jelentősen romlott, hiszen a közkiadások részaránya a 2006-os 67,2%-ról 58,5%-ra csökkent (2007). 2008-ban további közel 2%-al, 56,7%-ra csökkent a közfinanszírozás részaránya, jelentősen növelve a betegek terheit. Változatlan magánkiadások mellett a Széll Kálmán-terv realizálódása 46% alatti gyógyszer-közfinanszírozási arányt eredményezne.

Megbeszélés

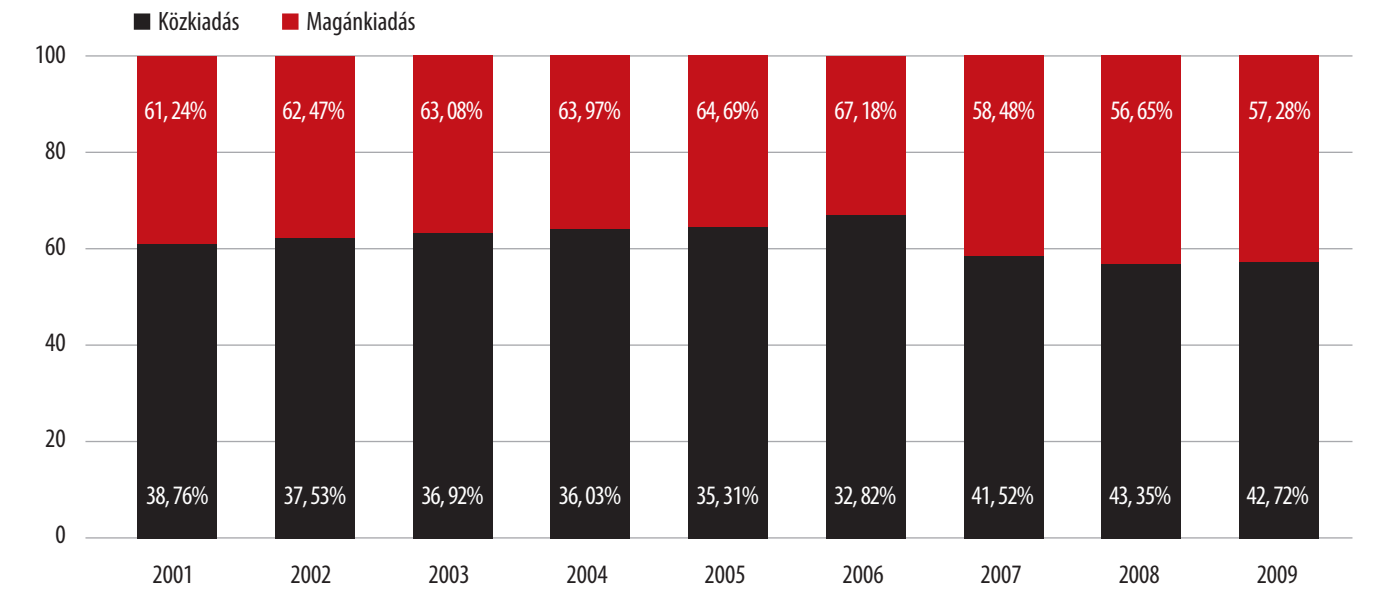
Az 1. ábra alapján látható, hogy nem indokolható a gyógyszerközkiadások nagyságának csökkentése a Széll Kálmán-tervben előirányzott mértékben az OECD-átlagtól való jelentős pozitív eltérésre hivatkozva, hiszen a magyar kiadások abszolút nagysága megfeleltethető a hasonló gazdasági fejlettségű visegrádi országokénak, és jelentősen elmarad a fejlett OECD-országok kiadásának mértékétől. A gyógyszerkiadások egészségügyi kiadásokon belül mért jelentős hazai részarányát nagyrészt nem a gyógyszertámogatásra fordított összeg nagysága, hanem az egészségügyre fordított összeg alacsony volumene okozza.

A 2. ábra által mutatott trendre, a gyógyszertámogatásra fordított összeg reálértéken, 20 éves időtávon vett 1,9%-os éves csökkenésére nem lehet az Európai Unióban hasonló példát találni. A tervezett kivonás megvalósulása az 1994-es reálértéken vett gyógyszer támogatási összegnél 35%-kal kisebb gyógyszer-közkiadást eredményez a 2014-es évre. A kiadások ilyen mértékű lefaragását nem indokolja a hazai lakosság egészségi állapota, amelynek morbiditási és mortalitási mutatói, valamint az egészségpolitika azon célkitűzése, hogy a betegek ellátását alacsonyabb progresszivitási szinten oldja meg, a gyógyszertámogatás és ez által a gyógyszerkiadások nagyságának növelését is alátámaszthatná.

2. ábra. Az OEP-gyógyszerkassza várható alakulása a Széll Kálmán-terv tükrében, 1994–2014



3. ábra. A köz- és magán-gyógyszerkiadások arányának alakulása Magyarországon 2001–2009 (Forrás: OECD Health Data 2011)



A 3. ábra alapján elmondható, hogy a hazai gyógyszerkiadásokon belül a 2006. év végi intézkedések (16) hatására növekedett a gyógyszer-magánkiadások súlya a közkiadások (gyógyszerár-támogatás) rovására. Nem állja meg a helyét ezért az az érvelés, amely a teljes gyógyszerkiadás egészségügyi kiadáson belüli (a többi OECD országOECD-országhoz viszonyított) nagyságával indokolja a közfinanszírozott gyógyszerkiadások további csökkentését.

Az egészségpolitika primer célja a lakosság egészségtőkéjének maximalizálása, és nem a kiadások csökkentése. Utóbbi esetben ugyanis a legegyszerűbb megoldás a gyógyszertámogatások teljes felfüggesztése lenne, ami politikailag természetesen megvalósíthatatlan lépés. A gyógyszerkiadások értékelése ezért nem lehet kizárólag fiskális szemléletű. Ha a gyógyszerkiadásokat nem szakmai szempontok alapján kontrollálják, előfordulhat, hogy a gyógyszerkassza-szintű kiadáscsökkentés mellett más kasszákban a kiadások növekednek, és emellett romlik a lakosság egészségi állapota.

Következtetés

Valutaárfolyamon számolva a gyógyszerkiadások mértéke alapján Magyarország az európai OECD-országok közül a sereghajtókhoz tartozik, a gyógyszerekre fordított magánkiadások aránya azonban a 2006 utáni kiadáskorlátozó intézkedések következményeként jelentősen nőtt a gyógyszerkiadásokon belül. A hazai gyógyszerkiadások abszolút nagysága, növekedési üteme, a lakosság egészségi állapota és a deklarált népegészségügyi célok nem indokolják a Széll Kálmán-tervben előirányzott gyógyszerközkiadáscsökkentés mértékét.

Irodalomjegyzék

1. *Okunade, A.A., Suraratdecha, C.: The pervasiveness of pharmaceutical expenditure inertia in the OECD countries. Soc Sci Med. 2006;63(1):225–38.*
2. *Moreno-Torres, I., Puig-Junoy, J., Raya, J.M.: The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain. Eur J Health Econ. 2010 Sep 1. (Epub ahead of print)*
3. *Bodrogi, J., Kaló, Z.: Közgazdaságtan – egészséggazdaságtan – farmakoökonómia. In: Vincze, Z., Kaló, Z., Bodrogi, J. (szerk.): Bevezetés a farmakoökonómiába. Medicina, Budapest, 2001. pp. 1–5.*
4. *Magyar Egészségügy Zöld könyv, 2006. 38. old. URL.: http://www.terapia2008.hu/public/downloads/zold_konyv.pdf (Letöltve: 2010. 10. 12.)*
5. *Magyar Köztársaság Kormánya: Magyarország konvergencia programja 2005–2009. Pénzügyminisztérium, Budapest, 2006. 46. old. URL.: http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/portalarticles/CAC3F4F5529CF41AC12571DC00429B43/$File/KP_2006_szeptember_final_HU.pdf (Letöltve: 2010. 10. 11.)*
6. *Central European Management Intelligence: Makro egyensúly és gazdasági növekedés. Central European Management Intelligence, 2006. 74. old. URL.: http://www.cemi.hu/data/uploadfile/hu_246/phpM2c9oh.Makro%20egyens%C3%BAly%20%C3%A9s%20gazdas%C3%A1gi%20n%C3%B6veked%C3%A9s.pdf (Letöltve: 2010. 10. 11.)*
7. *OECD.: Value for Money in Health Spending, 2010, ISBN 978-92-64-088881-8 URL.: http://dx.doi.org/10.1787/888932319592 (Letöltve: 2011. 10. 05.)*
8. *Inotai A., Merész G., Kaló Z.: A magyar gyógyszerkiadások nagyságának értékelése [Assessment of the pharmaceutical expenditure in Hungary]. Acta Pharm Hung. 2010;80: 162-172.*
9. *Magyar Köztársaság kormánya: Magyarország konvergencia programja 2011–2015 a Széll Kálmán-terv alapján, Budapest, 2011. 60. old. URL.: http://www.kormany.hu/download/0/42/30000/Konvergencia%20program_2011%20%C3%A1prilis.pdf (Letöltve: 2011. 10. 05.)*
10. *OECD Health Data 2010 adatbázis, www.oecd.org/health/healthdata (Letöltve: 2011. 10. 05.)*
11. *Sax, P.: Spending on medicines in Israel in an international context. Isr Med Assoc J. 2005;7:286–91.*
12. *Tele, P., Groot, W.: Cost containment measures for pharmaceuticals expenditure in the E U countries: a comparative analysis. The Open Health Services and Policy Journal. 2009;2:71–83.*
13. *Vogel, R.J.: Pharmaceutical pricing, price controls, and their effects on pharmaceutical sales and research and development expenditures in the European Union. Clin Ther. 2004;26:1327–40.*
14. *Kaló, Z.: Innovatív egészségügyi technológiák fejlesztési és befogadáspolitikai kérdései. In: Bodrogi, J. A magyar egészségügy, Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleménytérkép. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010. pp. 304–337.*
15. *Kérelem gyógyszer társadalombiztosítási támogatására. OEP. URL.: http://www.oep.hu/pls/portal/url/ITEM/1C494E1BDED5E864E040A8C0CB324DEC (Letöltve: 2010.10.11.)*
16. *Gaálné, K.B.: Költségkontroll mechanizmusok az uniós gyógyszerellátásban. IME Az egészségügyi vezetők lapja. 2008;7:5–10.*

I. *Okunade, A.A., Suraratdecha, C.: The pervasiveness of pharmaceutical expenditure inertia in the OECD countries. Soc Sci Med. 2006;63(1):225–38.*

II. *Moreno-Torres, I., Puig-Junoy, J., Raya, J.M.: The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain. Eur J Health Econ. 2010 Sep 1. [(Epub ahead of print])*

III. *Bodrogi, J., Kaló, Z.: Közgazdaságtan – egészséggazdaságtan – farmakoökonómia. In: Vincze, Z., Kaló, Z., Bodrogi, J. (szerk.): Bevezetés a farmakoökonómiába. Medicina, Budapest, 2001. pp. 1–5.*

IV. *Magyar Egészségügy Zöld könyv, 2006. 38. old. URL.: http://www.terapia2008.hu/public/downloads/zold_konyv.pdf (Letöltve: 2010. 10. 12.)*

V. *Magyar Köztársaság Kormánya: Magyarország konvergencia programja 2005–2009. Pénzügyminisztérium, Budapest, 2006. 46. old. URL.: http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/*

portalarticles/CAC3F4F5529CF41AC12571DC00429B43/$File/KP_2006_szeptember_final_HU.pdf (Letöltve: 2010. 10. 11.)

VI. *Magyar Egészségügy Zöld könyv, 2006. 38. old. URL.: http://www.terapia2008.hu/public/downloads/zold_konyv.pdf [Letöltve(Letöltve: 2010. 10. 12.])*

VII. *Magyar Köztársaság Kormánya: Magyarország konvergencia programja 2005–2009. Pénzügyminisztérium, Budapest, 2006. 46. old. URL.:http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/portalarticles/CAC3F4F5529CF41AC12571DC00429B43/$File/KP_2006_szeptember_final_HU.pdf [letöltve(Letöltve: 2010. 10. 11.])*

VIII. *Central European Management Intelligence: Makro egyensúly és gazdasági növekedés. Central European Management Intelligence, 2006. 74. old. URL.: http://www.cemi.hu/data/uploadfile/hu_246/phpM2c9oh.Makro%20egyens%C3%BAly%20%C3%A9s%20gazdas%C3%A1gi%20n%C3%B6veked%C3%A9s.pdf (Letöltve: 2010. 10. 11.)*

IX. *Central European Management Intelligence: Makro egyensúly és gazdasági növekedés. Central European Management Intelligence, 2006. 74. old. URL.: http://www.cemi.hu/data/uploadfile/hu_246/phpM2c9oh.Makro%20egyens%C3%BAly%20%C3%A9s%20gazdas%C3%A1gi%20n%C3%B6veked%C3%A9s.pdf [letöltve(Letöltve: 2010. 10. 11.])*

X. *OECD.: Value for Money in Health Spending, 2010, ISBN 978-92-64-088881-8, URL.: http://dx.doi.org/10.1787/888932319592 (Letöltve: 2011. 10. 05.)*

XI. *OECD.: Value for Money in Health Spending, 2010, ISBN 978-92-64-088881-8, URL.: http://dx.doi.org/10.1787/888932319592 [letöltve(Letöltve: 2011. 10. 05.])*

XII. *Inotai A., Merész G., Kaló Z.: A magyar gyógyszerkiadások nagyságának értékelése [Assessment of the pharmaceutical expenditure in Hungary]. Acta Pharm Hung. 2010;80: 162-172.*

XIII. *Inotai A., Merész G., Kaló Z.: A magyar gyógyszerkiadások nagyságának értékelése [Assessment of the pharmaceutical expenditure in Hungary]. Acta Pharm Hung. 2010;80: 162-172.*

XIV. *Magyar Köztársaság kormánya: Magyarország konvergencia programja 2011 – 2015 a Széll Kálmán-terv alapján, Budapest, 2011. 60. old. URL.: http://www.kormany.hu/download/0/42/30000/Konvergencia%20program_2011%20%C3%A1prilis.pdf [letöltve(Letöltve: 2011. 10. 05.])*

XV. *OECD Health Data 2010 adatbázis, URL: www.oecd.org/health/healthdata (Letöltve: 2011. 10. 05.)*

XVI. *OECD Health Data 2010 adatbázis, URL: www.oecd.org/health/healthdata [letöltve(Letöltve: 2011. 10. 05.])*

XVII. *Sax, P.: Spending on medicines in Israel in an international context. Isr Med Assoc J. 2005;7:286–91.*

XVIII. *Tele, P., Groot, W.: Cost containment measures for pharmaceuticals expenditure in the EU countries: a comparative analysis. The Open Health Services and Policy Journal. 2009;2:71–83.*

XIX. *Vogel, R.J.: Pharmaceutical pricing, price controls, and their effects on pharmaceutical sales and research and development expenditures in the European Union. Clin Ther. 2004;26:1327–40.*

XX. *Sax, P.: Spending on medicines in Israel in an international context. Isr Med Assoc J. 2005;7:286–91.*

XXI. *Tele, P., Groot, W.: Cost containment measures for pharmaceuticals expenditure in the EUcountries: a comparative analysis. The Open Health Services and Policy Journal. 2009;2:71–83.*

XXII. *Vogel, R.J.: Pharmaceutical pricing, price controls, and their effects on pharmaceutical sales and research and development expenditures in the European Union. Clin Ther. 2004;26:1327–40.*

XXIII. *Kaló, Z.: Innovatív egészségügyi technológiák fejlesztési és befogadáspolitikai kérdései. In: Bodrogi, J. A magyar egészségügy, Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleménytérkép. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010. pp. 304–337.*

XXIV. *Kérelem gyógyszer társadalombiztosítási támogatására. OEP. URL.: http://www.oep.hu/pls/portal/url/ITEM/1C494E1BDED5E864E040A8C0CB324DEC [letöltve(Letöltve: 2010.10.11.])*

XXV. *Gaálné, K.B.: Költségkontroll mechanizmusok az uniós gyógyszerellátásban. IME Az egészségügyi vezetők lapja. 2008;7:5–10.*

1. Syreon Kutató Intézet

2. Egészség-gazdaságtani Kutatóközpont, ELTE TÁTK

A gyógyszeripar és a hatóság együttműködésének lehetőségei

Az elmúlt évek gazdasági és társadalmi változásai a gyógyszeripar jelentős átalakulását eredményezték. Elsődlegesen megváltozott a működésük környezete. Lezárult az a korszak, amikor még jelentős bevételt eredményező, ún. „block buster" termékeket lehetett nagy népbetegségek kezelésére fejleszteni.

Dr. Erős László[1], Harsányi Zsolt[2], Dr. Kósa József[1]

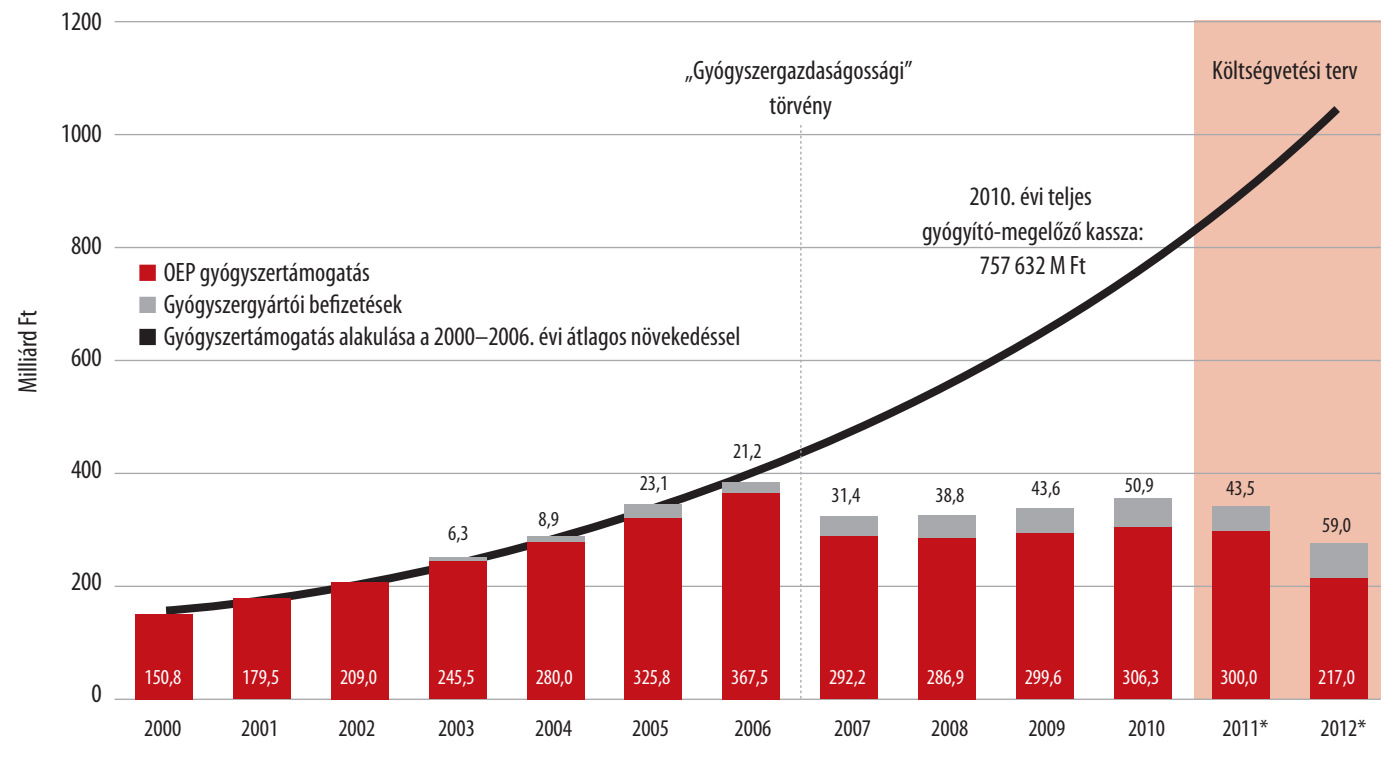
Ma ott tartunk, hogy a nagy népbetegségek – mint a magas vérnyomás vagy a cukorbetegség – kezelésére akár több kiváló gyógyszer is rendelkezésre áll, már az alacsonyabb árfekvésű generikus készítményekből is. Az, hogy akkor miért nem csökken jelentősen az említett populációs betegségek prevalenciája, az már egy másik, a jövő kihívásaira utaló kérdés, de oka semmi esetre sem a gyógyszeres terápiák hiányában keresendő. A betegek igényesebbek és öntudatosabbak lettek, és az ellátórendszer minden szintjén igénylik a jobb minőségű ellátást, egyre inkább tudatában vannak, hogy befizetéseiken keresztül ők a biztosítási rendszerek finanszírozói, és ezzel kritikus elvárással élnek az ellenértékként kapott szolgáltatások minőségét és mennyiségét illetően. Mindemellett a világgazdasági válság a társadalombiztosítási rendszerek kiadásainak visszafogását hozta magával, így a finanszírozók is egyre jobban megnézik, hogy az új termékek befogadásával mekkora hozzáadott értéket kapnak a pénzükért. A növekvő igényeket követve a hatóságok is egyre szigorúbb biztonsági követelményeket támasztanak az új készítményekkel szemben, ami a kutatás-fejlesztési költségek jelentős emelkedését jelentette. A gyógyszercégek ebben a kettős gazdasági szorításban új stratégiákat kell, hogy kiépítsenek, a túlélés érdekében át kell értékelni eddigi üzletpolitikájukat és a társadalmi szerepvállalásukat. A cikk ennek a paradigmaváltásnak a szükségességségére hívja fel a figyelmet, és néhány jövőbe mutató példa segítségével pedig felvázolja a megvalósítás egyik lehetséges útját is.

Átalakul a befogadások rendszere

Korábban a gyógyszerek piacra kerüléséhez elegendő volt megfelelni a gyógyszerügyi hatóságok előírásainak, akik a gyógyszerek hatásosságát, biztonságosságát és minőségét vizsgálták, és amennyiben egy gyógyszer nyújtotta előnyök meghaladták a kockázatokat, vagyis B/R rátája (benefit/risk ratio) kedvező volt, akkor engedélyezték a forgalomba hozatalát, és szinte azonnal társadalombiztosítási támogatást is kapott, hogy a betegek számára megfizethető és elérhető legyen. Ez a gyakorlat Németországban maradt fenn a legtovább, ahol a gyógyszerek regisztrációja után azonnal teljes támogatás mellett forgalomba kerülhettek. A gyógyszerügyi hatóságokkal szemben a biztosítók finanszírozási döntéseiket a gyógyszerek relatív hatásossága (relative efficacy, RE) alapján hozzák meg, vagyis az számít, hogy az adott gyógyszer mekkora többletterápiás előnyt nyújt a jelenleg is elérhető terápiákhoz képest. Az utóbbi időkben a finanszírozók döntéshozói szerepe megerősödött olyannyira, hogy mára ahhoz, hogy egy gyógyszer piacra kerülésének idejét már nem a regisztráció megszerzésének ideje, hanem a társadalombiztosítási támogatás megszerzésének ideje jelenti. Természetesen a piacra jutás követelményeinek emelkedése többletadminisztrációs terhet jelent a gyógyszergyártók számára, a többletinformációk előállítása pedig többletköltséget. Mindezek miatt sokkal kockázatosabbá vált a gyógyszeripari kutatás-fejlesztés, melynek siker-valószínűsége lecsökkent, a fejlesztés drágább lett, a megtérülési idő pedig rövidebb. A betegek tudatos vásárlói szerepe is erősödik, egyre inkább beleszólást kérnek a terápiák megválasztásába, egyre inkább elvárják mind az orvosoktól, mind a gyógyszerek gyártóitól, hogy partnerként kezeljék őket, és mindez a hagyományos gyógyszerismertetési gyakorlat átgondolásának szükségességét hozza magával.

Ezekre a folyamatokra a gyógyszeripar válaszreakciója a méretgazdaságosság általi kockázatkezelés volt, így az elmúlt éveket a felvásárlók és egyesülések jellemezték, vagyis a nagyobb méretű vállalatok nagyobb tőkeerővel és szélesebb piaci lefedettséggel kevesebb, de jobban előkészített gyógyszert fejlesztettek, ennek megfelelően az elmúlt néhány évet a „block buster" molekulák fejlesztése jellemezte. Azonban ez az „aranykorszak" is véget érni látszik, jórészt a gyógyszeripari technológiák áremelkedése és a finanszírozók egyre korlátozottabb lehetőségei közötti szakadék kiszélesedése miatt – olyannyira, hogy ez mára már felveti a legtöbb egészségügyi rendszer hosszú távú fenntarthatóságának kérdését is. A gyógyszerügyi hatóságokra fokozott társadalmi nyomás nehezedik a biztonságosabb

1. ábra. Gyógyszertámogatási kiadások alakulása (* tervezett kiadások; forrás: OEP)



gyógyszerengedélyezés terén, amelynek még szigorúbb biztonságossági és kockázat menedzsmentre vonatkozó követelmények felállításával próbálnak megfelelni. A finanszírozók pénzügyi terheik emelkedése ellen egyre újabb és újabb piacra lépési korlátokkal, illetve a generikus verseny erősítésével próbálnak időlegesen védekezni. Mindezek a folyamatok azonban azt eredményezik, hogy ma egy gyógyszer kifejlesztése és piacra juttatása sokkal költségesebb és kockázatosabb, ráadásul rövidebb megtérülési idő mellett, mint korábban és a részvényesi alapon működő gyógyszeripar ezeket a működési kockázatokat be kell, hogy építse a végtermék, a gyógyszerek árába. Ezért kevesebb, de fajlagosan drágább gyógyszer kerül bevezetésre és így lehetséges, hogy mára már generikussá vált gyógyszerek módosított, de mégis újonnan kifejlesztett hatóanyagai között 10–20-szoros árkülönbség is lehetséges. Ugyanakkor beszűkült azon terápiás területek száma, ahová gazdaságilag kifizetődő gyógyszereket fejleszteni, a nagy népegészségügyi betegségek kezelésére számos jó minőségű és sokszor igen kedvező árú gyógyszeres terápia érhető el, nincs valódi igény újonnan kifejlesztett és emiatt drágább terápiákra. A korlátozottan rendelkezésre álló források csak az egyik oka a finanszírozó részéről a betegszámok korlátozásának, ami nem pusztán az jelenti, hogy finanszírozók esetlegesen így próbálják meg a kiadásaikat csökkenteni. Bár ez is egy potenciális lehetőség, inkább jellemző az, hogy a finanszírozók egyre jobban megnézik, hogy mire fordítják a forrásaikat és próbálnak olyan betegcsoportokat körülhatárolni, ahol jobb terápiás eredményeket lehet elérni így természetesen nemcsak a betegek járnak jobban, de jobban hasznosulnak a rendelkezésre álló erőforrások is. Ez az ún. „rigth drug to the right patient"-irányzat, amely az adott betegnek a legmegfelelőbb gyógyszert próbálja megtalálni és egyben meghatározza a személyre szabott orvoslás filozófiai irányát is.

Az erkölcsi-társadalmi megítélés is abban az irányban hat, hogy olyan területekre költsék a forrásokat, ahol még vannak megoldatlan terápiás lehetőségek, ezek különösen az onkológia és viszonylag kisebb betegcsoportot érintő ritkább betegségek. Másrészről a gyártók oldaláról is vannak olyan érdekek, amelyek az ún. „niche"-finanszírozás irányát erősítik, mivel a gyártókra – kockázataik miatt – jelentős sikerkényszer nehezedik, így maguk gyártók is próbálnak olyan kisebb betegcsoportok felé fordulni, ahol gyógyszereik jobb eredménye jobb költséghatékonyságot eredményez, így bár egy kisebb betegpopulációval, de kockázataikat csökkentve, nagyobb valószínűséggel vagy magasabb áron kerülhetnek be a társadalombiztosítási támogatásba.

A másik, gyógyszerárak emelkedésének irányába ható folyamat, a gyógyszerek piacra kerülését megelőző adminisztrációs és információs terhekkel növekedésével kapcsolatos, amelyek megdrágították a gyógyszerfejlesztést. A bizonyítékokon alapuló orvoslás klasszikusan a 1990-es évek elején kezdett el terjedni, amikor tudományos módszerekkel nagy elemszámú esetek statisztikai elemzésével próbáltak választ találni epidemiológiai, hatásossági és biztonságossági kérdésekre. A klinikai gyakorlat azzal, hogy bizonyítékok alapján próbálta meg kiszűrni a hatástalan eljárásokat, és így megtisztítani a terápiás eszköztárat a hatástalan vagy nem bizonyíthatóan előnyt jelentő eljárásoktól. Az EBM mintájára és módszertani alapjaira épülve kialakult az evidenciákon alapuló döntéshozatal fogalma és gyakorlata elsők között Angliában, ahol a NICE kezdett el evidenciákra

alapozva gazdasági, finanszírozási ajánlásokat tenni. Itt már nem az orvosi eljárások hatékonyabbá tétele volt a cél, hanem az egész ellátórendszeré. A bizonyítékokon alapuló döntéshozatal elterjedésének egyik hozadéka, hogy egyre könnyebben derül fény a gyógyszerbiztonsággal kapcsolatos problémákra, így az utóbbi években reflektorfénybe kerültek a mellékhatásokkal kapcsolatos kérdések, amelyek miatt a hatóságok óvatosabbá és körültekintőbbé váltak a gyógyszerek regisztrációjánál. Mindez azonban azt is eredményezte, hogy a klinikai vizsgálatok „kockázatosabbá" és drágábbá váltak, a gyógyszergyártóknak egyre nagyobb betegszámú és jobban megtervezett klinikai vizsgálatokat kellett végezniük a gyógyszerek hatósági engedélyezéséhez. A támogatásba kerüléshez azonban további gazdaságossági, költséghatékonysági bizonyítékokkal kellett előállniuk, vagyis a több és az újabb információk előállítása jelentős adminisztratív tehernövekedést eredményezett és jelentősen megdrágította, valamint időben is elnyújtotta a gyógyszerek piacra kerülését. Általában kockázatosabbá vált a gyógyszerek fejlesztése, melynek kockázati felára beépült a gyógyszerárakba.

Magyarországon is azt láthatjuk, hogy az egészségügyi, köztük a gyógyszerkiadások folyamatosan növekednek, illetve növekednének, ha a finanszírozó nem tenne kiadáscsökkentő intézkedéseket. A gyógyszerkassza kiadásait 2011-ben közel 343 milliárd forintra tervezték, amelyből a gyártói hozzájárulások 43 milliárdot tesznek ki, az OEP kifizetései 300 milliárd forintban maximalizáltak, és amennyiben az említett kiadáscsökkentő intézkedéseken túl mégis túlköltés keletkezne akkor az e feletti részt a cégek az adott évben igénybe vett tb-támogatások arányában visszafizetik a kasszába, mindezt a már befizetett 43 milliárd forinton felül. Látható hogy a gyógyszercéget jelentős szerepet vállalnak abban, hogy a gyógyszerkassza betartható legyen.

Az 1. ábrán látható, hogy a jelenlegi finanszírozási rendszerben a tervezett OEP-gyógyszerkassza csak úgy tartható, ha a növekvő gyógyszertámogatási kiadásokból egyre nagyobb terheket hárítanak át a gyógyszeriparra vagy a betegekre. Hosszú távon egyik tendencia sem tartható fenn, és új finanszírozási mechanizmusok kidolgozására lenne szükség, ahol a biztosító nem egyedüli szereplőként jelenik meg, hanem a gyártók és a betegek aktív és felelős szereplőivé válnak a rendszernek.

Az egészségügyben tapasztalt költségnövekedés ellen megszorításokkal, költségkontroll-technikák vég nélküli alkalmazásával, forráskivonásokkal védekezni hosszú távon zsákutcát jelent, és hatásuk ellentétes a társadalombiztosítási rendszerek célkitűzéseivel. Az ilyen jellegű intézkedések előbb-utóbb a betegterhek további növekedéséhez vezetnek, ami pedig a beteg-együttműködés (compliance) romlását hozza magával, aminek a következménye egészségi állapotromlás, amelynek visszafordításához további forrásokra lenne szükség, és elindul egy költségnövekedés irányába ható ördögi kör, amely a konzerválja a rendszer forráshiányos állapotát.

Gyógyszeripar új szerepben

A gyógyszergyártók is paradox helyzetben vannak, mivel az egyik oldalon a kezükben van a potenciál a változtatáshoz, hiszen hatalmas felhalmozott szaktudással rendelkeznek a kutatás-fejlesztés, az orvosszakmai kapcsolatok terén, valamint a szakmai tudás mellett anyagi lehetőségük is van, hogy megoldást nyújtsanak gyakorlatilag bármely egészségügyi kihívásra. Paradox módon ez a hatalmas felhalmozott tudás és potenciál, ami a gyártók erejét és életképességét adja, semmit sem ér, ha a gyártók nem veszik figyelembe a finanszírozó társadalom igényeit (2. ábra). Kudarcra lesznek ítéltetve, ha az eddigi profittermelő magatartás lesz a meghatározó a továbbiakban is, és ebből a kivett profitból nem forgatnak vissza eleget a társadalmi felelősségvállalásba. A gyártóknak fel kell végre ismerniük, hogy már nem független profitcentrumok, akik piaci körülmények között vásárlói igényeket elégítenek ki üzleti alapon, hanem társadalmi méretűvé nőtt óriásszervezetek, „dinoszauruszok", amelyek kihalnak, ha az őket eltartó társadalommal nem képesek szimbiózisban élni. Terápiás kihívások mindig lesznek – sőt a társadalmi igények növekedésével, az idősödéssel egyre inkább –, és a megoldásokat nyújtani tudó tőkeerős szervezetekre is mindig szükség lesz, de nem bármi áron, csak olyan áron, amelyet a társadalom képes megfizetni, amilyen áron a kapott értéket még megéri kifizetni.

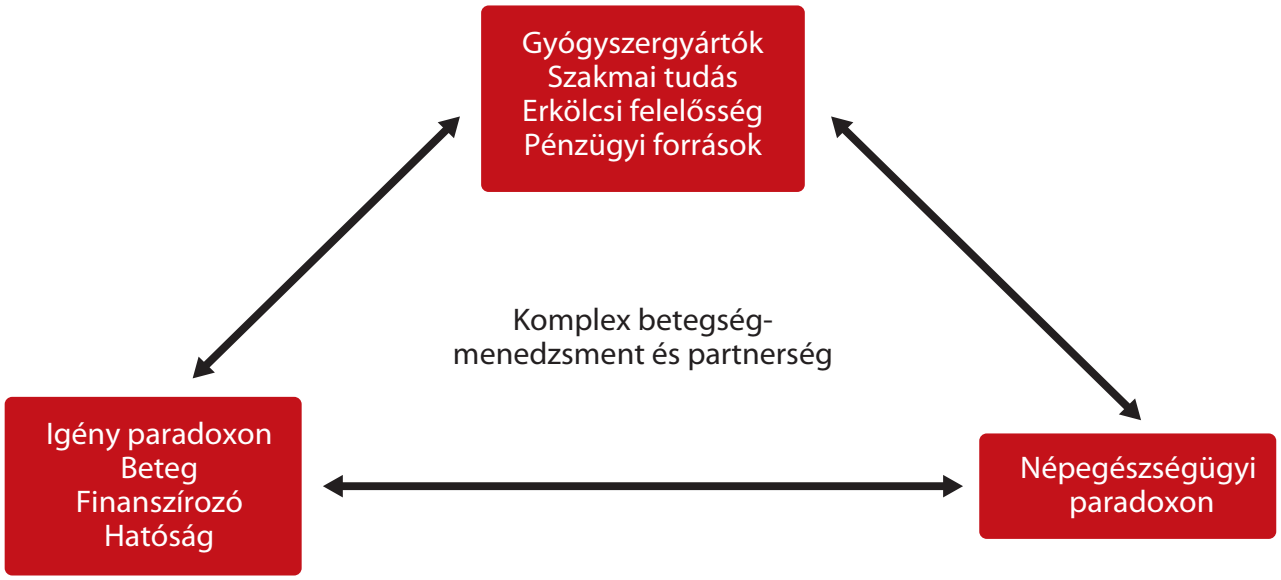
Nem egyszerű felmérni és számszerűsíteni társadalmi értékítéleteket, illetve azok változását, hogy mikor érkezik el az a pont, amikor egy társadalom már nem hajlandó ugyanolyan hasznosnak értékelni, és megvásárolni egy olyan javat – konkrétan egészségnövekedést –, amelyet korábban zokszó nélkül megtett.

Életünk természetes része a folyamatos változás, hogy a környezetünk átalakul, és ahhoz alkalmazkodunk, tanulunk, igényesebbé válunk, eközben elvárásaink is és értékítéletünk is változik. Ennek lehetünk szemtanúi az egészségügyben, és természetesen a gyógyszeripar megítélése is módosul. A gyógyszeriparnak eddig is nagyon rossz volt a társadalmi megítélése, rosszabb, mint ahogy az valójában lennie kellene, az más kérdés, hogy a gyógyszeripar eddig megengedhette a rossz kommunikáció luxusát és mind a belső iparági, mind a külső partneri együttműködések elhanyagolását. Ez az egyik oka annak, hogy a megváltozott helyzetben a gyógyszeripar érdekérvényesítő képessége a leggyengébbek között van. A gyógyszeripar számára ebben a helyzetben a kiutat olyan hozzáadott értéket jelentő szolgáltatások biztosítása jelenti, amelyek egy partneri együttműködés keretei között újra vonzóvá tehetik az adott cég termékeit a szolgáltatást vásárlók körében. Ennek fényében az egyik legfontosabb tennivaló a társadalmi szerepvállalás erősítése és komplex betegségmenedzsment programok kidolgozása, melynek a gyógyszerek is szerves részét képezik, de nem elsődlegesen gyógyszereladásról szól.

Az együttműködés lehetőségei, perspektívái

A finanszírozók számára jelentős veszteséggel jár a nem megfelelő beteg-együttműködés. A gyógyszerek egy része azonnal hat, ezek esetében a gyógyszerszedés ideje alatt fennáll a kívánatos a hatás, a nemszedés ideje alatt pedig nem, és ilyenkor nagyobb kockázatnak vannak kitéve a betegek. Így működnek a vérnyomáscsökkentők, amelynél a kimaradás időszakára megnő a kardiovaszkuláris szövődmények, pl. a stroke kialakulásának kockázata, és helyreáll, amint a beteg ismét elkezdi szedni a gyógyszert. Ezzel szem-

2. ábra. A gyógyszeripar komplex kapcsolatrendszere



ben számos olyan gyógyszer van, amelyeknél a hatás kialakulásához idő kell és a fenntartásához pedig egy adott terápiás hatóanyagszint megléte a vérben. Non-compliance, nemszedés esetén megszűnik a terápiás hatás. Így működnek tipikusan a lipidszint-csökkentők és az igen drága onkológiai készítmények – ezen gyógyszerek esetében fokozottan igaz, hogy a non-compliance miatt a teljes terápiára fordított finanszírozás veszteséget okoz a biztosítónak, melyet egyre inkább próbálnak áthárítani. A biztosítók egyre gyakrabban próbálnak meg nem klinikai vizsgálatok alapján, hanem a valós élet körülményei között tapasztalt klinikai eredményességet finanszírozni, ez az úgynevezett eredményalapú vagy outcome-based finanszírozás, melynek technikájától függően a gyógyszergyártók viselhetik a kockázat akár 100%-át is. Kérdés, hogy mennyire tartható a gyártókkal megfizettetni olyan hatékonyság-veszteségeket, amelyek kívülálló okokból keletkeznek, mint a beteg nem megfelelő együttműködése, vagy az orvos nem megfelelő szakmai felkészültségéből fakadó veszteségek.

A gyógyszeripar és a hatóságok közötti együttműködésnek egyik kardinális területe kell, hogy legyen a compliance-t segítő programok megvalósítása, ami a biztosítónak elemi érdeke volna, a gyógyszeripar pedig könnyen érdekeltté tehető lenne a részvételben. Az egyik ilyen megoldás a betegségmenedzsment, ahol a szorosabb betegkövetés és a betegút-szervezés jelenti a megoldást, azonban ezen felül még számos más lehetőség van compliance javítására: ilyenek a betegoktatási programok, a regiszteralapú betegkövetés vagy a terápiás szokásokat is figyelembe vevő egészségügyi technológiai fejlesztések. Ez utóbbira egy példa a hosszú hatású ún. depókészítmények fejlesztése, vagy az egy tablettába sűrített ún. fix kombinációs készítmények gyártása, amelyek compliance növelő hatására számos klinikai bizonyíték áll rendelkezésre, és a finanszírozónak e készítmények előállítását finanszírozási előny biztosításával kellene ösztönöznie. Sajnos Magyarországon pont ennek az ellenkezője tapasztalható, a kombinációs készítmények fixesítése éppen nem ezt a folyamatot segíti. A fixesítés hatására folyamatosan változó preferált készítmények listája folyamatos terápiaváltásra ösztönzi az orvost, ami tovább rontja a beteg-együttműködést, amelynek veszteségei ugyancsak nem háríthatók át a gyógyszeriparra.

A megszorításokkal szembeni reális alternatíva az egészségügy minden szereplőjével (hatóság, finanszírozó, szolgáltató és a beteg) kiépített partnerségi viszony, amely alapja lehet egy hosszú távon is finanszírozható és fenntartható társadalombiztosítási rendszernek.

Az együttműködés egyik pillérét adhatja, hogy a gyógyszeriparnak tradicionális tapasztalatai vannak a klinikai és a regisztervizsgálatok költséghatékony és jó adatminőséget eredményező menedzselésében, a biztosító pedig naprakész költségadatokat is tartalmazó értékes adatbázis tulajdonosa. A két előny összekapcsolása látványos eredményeket hozhatna a beteg-együttműködés javítása érdekében, mindkét fél kölcsönös előnyére. A biztosító a jobb compliance miatt megtakarított források egy részét regiszterek finanszírozására és/vagy új gyógyszerek befogadására fordíthatná, valamint az eredményalapú kockázatmegosztásra épülő finanszírozás is vonzóbb alternatívává válna a gyógyszeripar számára.

A másik oldalról pedig a gyógyszeriparnak át kell gondolnia értékesítési gyakorlatát, a regiszterprogramok, továbbá a képzési programok ellenőrzött, hatékonyabb, olcsóbb alternatívái lehetnének a jelenlegi kevésbé kontrollálható és – mind a gyártó, mind a biztosító számára – egyre drágábbá váló orvoslátogatói értékesítési gyakorlatnak.

Ilyen rendszerek működésének egyik alapvető feltétele, hogy az információ-technológiai fejlesztések révén legalább a biztosító számára hozzáférhetők legyenek az általa közfinanszírozott egészségügyben keletkező betegadatok (laboradatok, zárójelentések, vizsgálati eredmények), amelyekkel a betegség progressziója, illetve a hozzá rendelt terápia eredményessége mérhetővé válna. Mindezek által a klinikai bizonyítékok előállításának költsége jelentősen olcsóbbá és egyszerűbbé válna a gyógyszeriparban jelenleg

alkalmazott módszereknél, amiért cserébe az ipari szereplők további partnerprogramokat lennének hajlandók megfinanszírozni.

Példaértékű a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészségügyi Szervezési és Szolgáltató Holding Nonprofit Zrt. pilotprojektje, amely szorosabb betegkövetésen és -oktatáson alapuló betegségmenedzsmentet megvalósító projekt a kettes típusú cukorbetegségben szenvedők részére. Technikailag regisztervizsgálatról van szó, ahol a gyűjtött betegadatok információt szolgáltatnak a kezelés eredményességéről és a betegség progressziójáról. A társadalombiztosítás (tb) finanszírozási adatbázisa jelenleg nem gyűjt betegadatokat, így nem képes valódi teljesítményalapon differenciált díjazást megvalósítani. A tb-adatbázis meg tudja mondani, hogy a beteg részt vett-e kontrollvizsgálaton, és hogy ott történt-e HgA1c vércukor-ellenőrzés, azonban azt nem tudja megmondani, hogy eredményes volt-e az orvos munkája, vagy csak rutinszerűen elvégezték az előírt vizsgálatokat. A tb jelenlegi finanszírozási rendszere nem tud különbséget tenni a két eset között, és automatikusan történik a kifizetés, vagyis jelenleg az elhivatottságukon és a lelkiismeretükön kívül semmi sem ösztönzi az ellátókat a jobb teljesítmény elérésére, a magasabb színvonalú betegellátás megvalósítására – ami pedig a munkaerőhiánnyal és finanszírozási gondokkal küzdő egészségügyi rendszerünkben nem egyszerű feladat. Ezzel szemben a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészségügyi Szervezési és Szolgáltató Holding Nonprofit Zrt. a saját ellátási adatbázisában keletkező adatokat tudja használni az ellátás minőségének mérésére, méreténél fogva pedig elég nagy a területi lefedettsége ahhoz, hogy valós és megbízható adatokat kapjanak. Miután az ellátás minősége is mérhető, könnyen bizonyítható hogy egy a holdingban bevezetett, a szokásos rutineljárásnál szigorúbb szakmai protokoll eredményesebb-e, mint a standard eljárás. A pilotprojektben a protokoll egy szorosabb betegkövetés, amely szükség szerint kiegészül betegoktatással is. A protokoll bevezetésétől jobb beteg-együttműködést várnak, amely megmutatkozik a HgA1c-érték, mint természetes eredménymutató javulásában is, melynek már rövidtávon is lehet költségmegtakarító hatása. Az antidiabetikus terápiában alkalmazott szoros kontrollal elért jobb beteg-együttműködés akár 26%-kal is csökkentheti a sürgősségi esetek számát 2-3 év távlatában. (1)

Hosszú távon, pedig a célértéken lévő betegeknél kevesebb szövődmény kezelésének költségével lehet számolni. Vokó Zoltán és munkatársainak tanulmányában egy átlagos orális antidiabetikumot szedő beteg éves egészségügyi kiadását közel 200 ezer forintra teszik. Amennyiben szövődmény jelentkezik, akkor a kezelési költség jóval magasabb lesz, pl. stroke közel 600 ezer, angina pectoris közel 1,2 millió, szívinfarktus közel 1,6 millió, de a lábszárfekély kezelése is megközelíti az 1 millió forintot az első évben, amíg a második évben is jelentős, mintegy 600–800 ezer forintos kiadást jelentenek a társadalombiztosítás számára, tehát a szövődmények megelőzése elsődleges jelentőségű kérdés. (2)

A terápiás hatékonyság és a költségek ismeretében meghatározható az ellátási protokoll bevezetésének és alkalmazásának költséghatékonysága, amely az előzetes irodalomkutatások alapján akár költségmegtakarító is lehet. (3)

Ez esetben a biztosító a megtakarítások egy részét pótfinanszírozásként visszajuttathatja a szolgáltatóknak, ösztönzésként a protokoll használatára.

Az egészségügyi rendszerek fenntartható finanszírozásának záloga, hogy kialakul-e, ki tud-e alakulni olyan új működési modell, amely az egészségügy többi szereplőjét partnerként kezelve a szoros együttműködésre épül. A gyógyszeripar szemszögéből ez azt jelenti, hogy akkor lehet olcsóbb gyógyszereket fejleszteni, ha egyszerűbben és kevesebb adminisztrációs teher mellett lehet a hatósági követelményeket teljesíteni, vagyis egyszerűbben és olcsóbban lehessen a befogadáshoz szükséges klinikai bizonyítékokat előállítani.

Említettük, hogy miközben a gyógyszeripar számára költségesebbé vált a gyógyszerfejlesztés folyamata, a megtérülési idő a szabadalmi védettség rövidülésével lecsökkent, ami további gyógyszerár-emelkedéshez vezet. Erre lehetne jó megoldás egy kölcsönös bizalmon és kockázatmegosztáson alapuló korai befogadás, az ún. feltételes befogadás (conditional reimbursement) alkalmazása, amely évekkel is meghosszabbíthatná a szabadalmi oltalom alatti megtérülési időt a gyártók számára, de a biztosító számára is kedvező lenne, mivel később már a valós élet körülményei között mért klinikai eredményesség és költséghatékonyság függvényében lenne módosítható az adott gyógyszer támogatási feltétele és/vagy ára. Cserébe a gyártók pedig részt vállalnának a regiszter-adatbázisok fenntartásában és ezzel párhuzamosan olyan kockázatmenedzsment-programok (Risk Management Program, RMP) megvalósításában, amelyek csökkentik a finanszírozó korai befogadásban rejlő kockázatát. Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy mindehhez jó minőségű és megbízható adatokra van szükség, amelyek előrevetítik az adatgyűjtés olyan új és költséghatékony módszereinek elterjedését, mint amilyenek az e-Health megoldások és a regiszterhálózatok.

Összefoglalás

Tapasztalhatjuk, hogy a társadalombiztosítás jelenlegi rendszere szinte a világ összes országában a fenntarthatóság határait feszegeti és folyamatos átalakítás alatt van, hogy lépést tudjon tartani a technikai fejlődéssel és a költségnövekedéssel. Az egyoldalú és rövidtávú költségmegszorító technikák mellett a túlélés és az egészségügyi rendszerek hosszú távú fenntarthatóságának záloga a gyógyszeripar és a hatóságok közötti partnerség-programok fejlesztése, amelynek számos, még pilot jelleggel elindult formája létezik, és a jövő fogja eldönteni, hogy ezek közül melyek és milyen kombinációban maradnak meg, és válnak általános gyakorlattá. A hatóságok partneri szándékát megerősítené, ha az eredményalapú finanszírozás bevezetése nemcsak a gyógyszeripart érintené, hanem kiterjedne az ellátórendszer többi résztvevőjére is, mérnék az egyes egészségügyi ellátó intézmények és az orvosaik munkáját, annak minőségét és ez a finanszírozásban is megjelenne. Bemutattuk az együttműködés egyik lehetséges formáját a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészségügyi Szervezési és Szolgáltató Holding Nonprofit Zrt. pilotprojektjének példáján. Az együttműködési lehetőségek kiterjesztésének további lehetőségét jelentené, ha kockázatmegosztás valamilyen formában a betegekre is kiterjeszthető lenne, így

érdekeltté válnának az egészségük megőrzésében. Azonban addig a fő irány a gyógyszeripar és a hatóságok közötti együttműködésnek a folyamatos fejlesztése kell hogy legyen, és egy biztos, bármi legyen is ezen programok formája, mindenképp egészségnyereség-növekedést hoznak, ami pedig a betegek érdekeit szolgálja.

Irodalomjegyzék

1. *Charpentier G, Fleury F, Dubroca I. Electronic pill-boxes in the evaluation of oral hypoglycemic agent compliance. Diabetes Metab 2005; 31: 189–95.*
2. *Vokó Z., Nagyjánosi L., Kaló Z. A cukorbetegség közvetlen egészségügyi költségei Magyarországon. LAM 2009;19(12):775–780.*
3. *Li and Associates. Cost-Effectiveness of Interventions to Prevent and Control Diabetes Mellitus: A Systematic Review. Diabetes Care 33:1872–1894, 2010*

1. sanofi-aventis Zrt.

2. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészségügyi Szervezési és Szolgáltató Holding Nonprofit Zrt.

A teljes ellátórendszer szerkezetét érintő átalakításokra van szükség

A 2006. évi XCVIII. törvény, vagy közismert nevén a Gyógyszer-gazdaságossági törvény (Gyftv.) életbe lépése óta eltelt négyéves periódust a gyógyszertámogatási rendszer nagyméretű átszabása jellemezte, melynek alapvető célja az állami finanszírozás csökkentése volt. Ugyanakkor ebben az időszakban is csakúgy, mint az azt megelőző közel két évtizedben, a támogatási rendszer a makrogazdasági kényszer hatására módosult, és nem egy hosszú távú, szakmai alapokon nyugvó stratégia részeként. Ez a vonulat a Széll Kálmán-tervben teljesedik ki, mely az alulfinanszírozott egészségügyi ellátórendszerrel arányosan a gyógyszerkasszát is drasztikusan alul kívánja finanszírozni. Ennek gyakorlati megvalósítása érdekében a kormány példátlan mértékű megszorítást hajt végre a gyógyszertámogatás rendszerében, és az ellátás színvonalának és a lakossági térítési díjak szintjének tervezett fenntartása mellett a kieső költséget gyakorlatilag teljes egészében az iparággal fizetteti meg.

Dávid Tamás

Háttér

A hazai gyógyszerpiac rendszerváltozás utáni liberalizációja megnyitotta az utat a legmodernebb gyógyszeres terápiák beáramlása előtt, és a következményes költségkiáramlás ezzel párhuzamosan újabb és újabb megszorító intézkedések bevezetésére kényszerítette a döntéshozókat is. Ennek eredményeként támogatási rendszerünk ma már csaknem valamennyi Európában alkalmazott költségcsökkentő technikát egyidejűleg tartalmazza, s nemzetközi összehasonlításban is kifejezetten drasztikusnak számít.

Az utóbbi években véghezvitt gyógyszerpiaci „reformok" során kialakult túlszabályozott rendszer eredményeként jelentősen csökkentek a támogatott gyógyszerárak, továbbá az Európában legmagasabb iparág specifikus extraadók és hozzájárulások következményeként a gyógyszeripari vállalatok befizetései 2012-ben már több mint a gyógyszerkassza negyedét fogják adni. A jelentős állami forráskivonás miatt azonban a gyógyszeripari vállalatok extrém magas refinanszírozása éppen hogy csak a gyógyszerellátás színvonalának a fenntartására elég, érdemben nem tud hozzájárulni az innovatív gyógyszeres terápiákhoz történő optimális hozzáférés biztosításához.

A korábban a költséghatékonyság megvalósításának eszközeként aposztrofált költségcsökkentés ma már maga lett a cél. A döntéshozók a kiadások csökkentését tekintik legfőbb eredményüknek, ennek fontosságát hangsúlyozzák, ugyanakkor az újabb és újabb költségcsökkentő intézkedéseknek a lakosság gyógyszerfogyasztására és egészségi állapotára gyakorolt hatását illetően a mai napig nem készültek megfelelő hatásszámítások. Ezen túlmenően drámaian lelassult az új, innovatív gyógyszerek befogadása, a gyógyszeripar zsugorodásának negatív következményei az egész egészségügyi ellátórendszer, valamint a nemzetgazdaság szintjén is érzékelhetővé válnak.

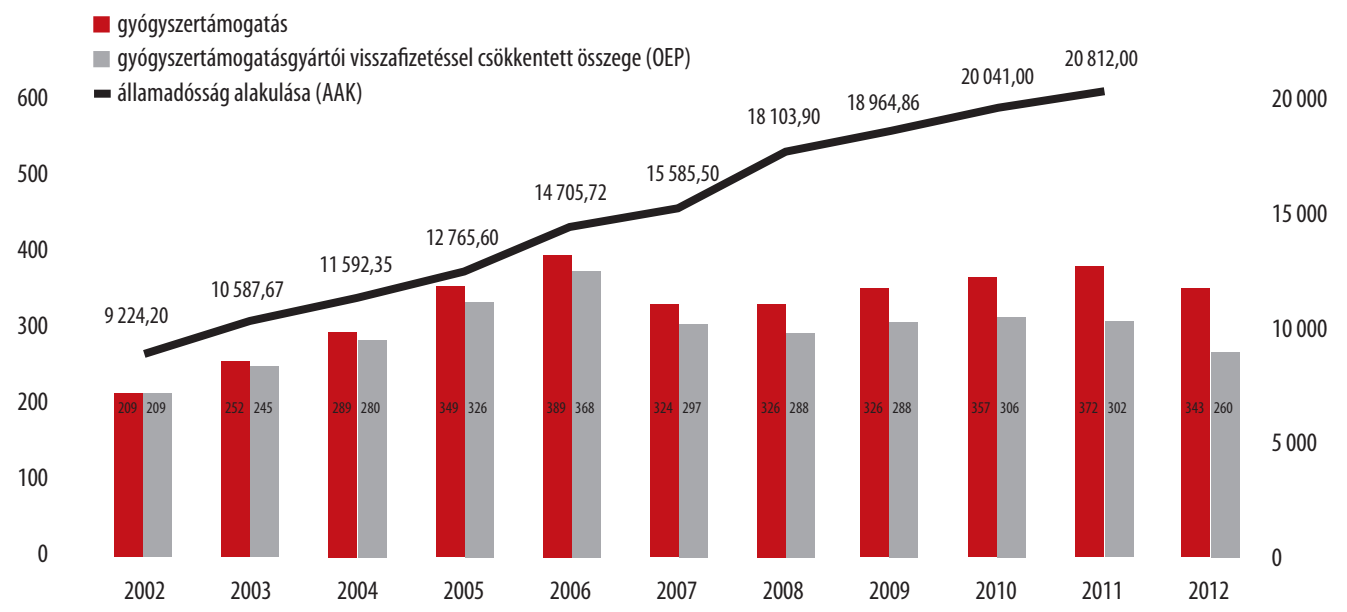
A Gyftv. 2007. évi bevezetésével az állami gyógyszerkiadások növekedési trendje megtört, ugrásszerűen elkezdett növekedni a gyógyszeripart sújtó extraadókból, támogatásvolumen-szerződésekből és orvoslátogatói díjakból adódó iparági befizetések összege és mértéke. A gyógyszerkassza egyértelműen „tarthatóvá" vált, az egy főre eső tb-támogatás szintje megfelelt a régiós átlagnak, és nem járult hozzá érdemben az államadósság növekedéséhez sem (1-2. ábra).

Ennek ellenére 2011-ben, a gazdasági helyzet romlásával párhuzamosan azonban ismét napirendre került a gyógyszerkassza megvágása, és csakúgy, mint négy évvel korábban, egy robosztus iparágellenes kommunikáció árnyékában került bejelentésre a Széll Kálmán-terv keretében megvalósítandó kiadáscsökkentés, melynek hivatalos indoka az „aránytalanul" magas gyógyszerköltés volt. A hivatkozás forrását az OECD adatai képezték, melyek valóban igazolják, hogy a biztosítói gyógyszerkiadások teljes egészségügyi kiadásokhoz viszonyított aránya magas az összehasonlításban szereplő országok körében (3. ábra).

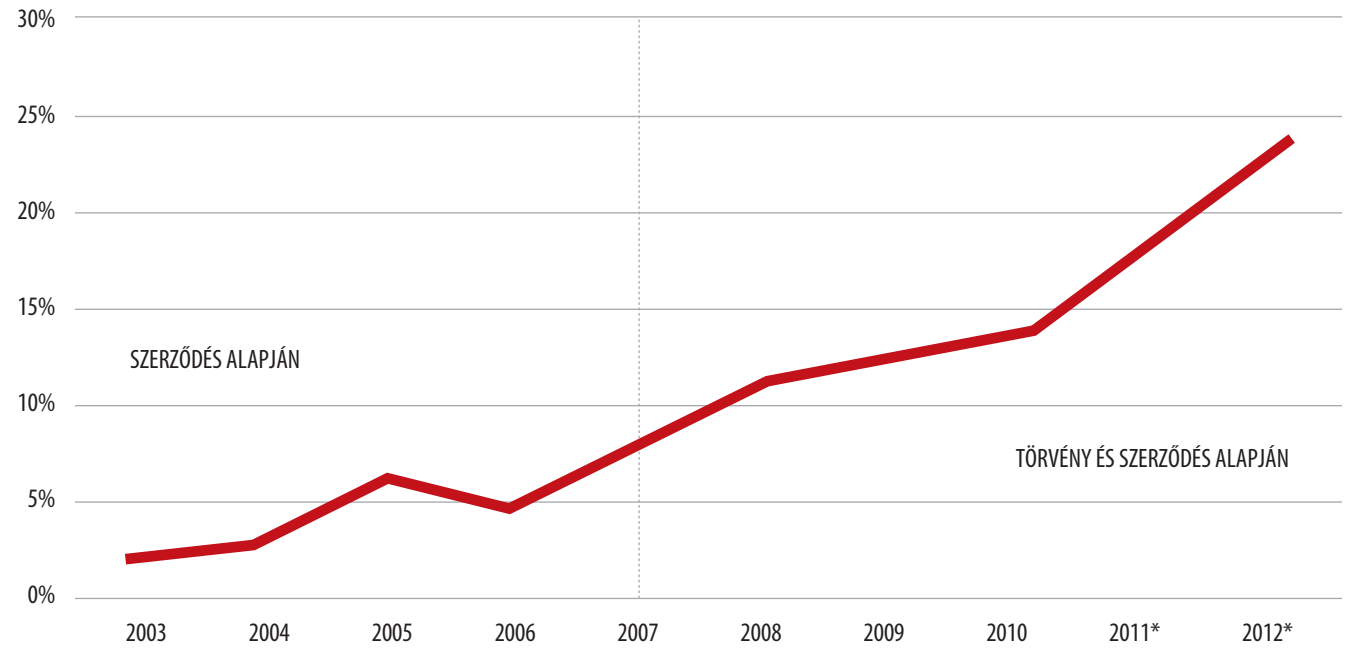
Tudni kell azonban, hogy míg a gyógyszereket „listaáron" vásárolja minden ország, így hazánk is, addig az egyéb egészségügyi kiadások (kórházak működési költsége, bérek stb.) az ország sajátosságaitól függenek. Tehát nem azért kiemelkedően magas a gyógyszerköltés aránya az egészségügyi kiadásokon belül, mert sokat költ Magyarország gyógyszerre, hanem azért, mert alacsony az E. Alap és a GDP. Ez a sajátosság nemcsak a gyógyszerekre, hanem minden nemzetközi listaáron vásárolt, és a nemzetközivel azonos mértékben felhasznált termékre is igaz (mosópor, édesség stb.). A közvetlen összehasonlítás szempontjából sokkal reálisabb képet adnak az egy főre jutó állami gyógyszerkiadások a régió országaiban, mely alapján a hazai költés már alacsonyabb, mint a cseh, a szlovén vagy a szlovák adat (4. ábra).

A Széll Kálmán-terv keretében megvalósuló kiadáscsökkentés módszertanának megértéséhez tisztában kell lennünk azzal, hogy a megtakarítás mellett további kitűzött célként jelent meg a gyógyszerellátás színvonalának fenntartása és a lakossági terhek növekedésének az elutasítása. Ez utóbbi sokkal inkább pártpolitikai, semmint támogatáspolitikai szempont, ám napjainkban ez mindenképp méltányolandó. Tüzetesebben megvizsgálva a KSH 2009. évi fogyasztási adatait azonnal szembeötlik, hogy az egy főre jutó lakossági gyógyszer- és gyógyáru-kiadás nem számít kiemelkedőnek, és még a szeszes italra és cigarettára fordított kiadások összegét sem éri el. Természetesen az igazsághoz az is hozzátartozik, hogy a lakossági felhasználás nem egyenletes, s egy nem

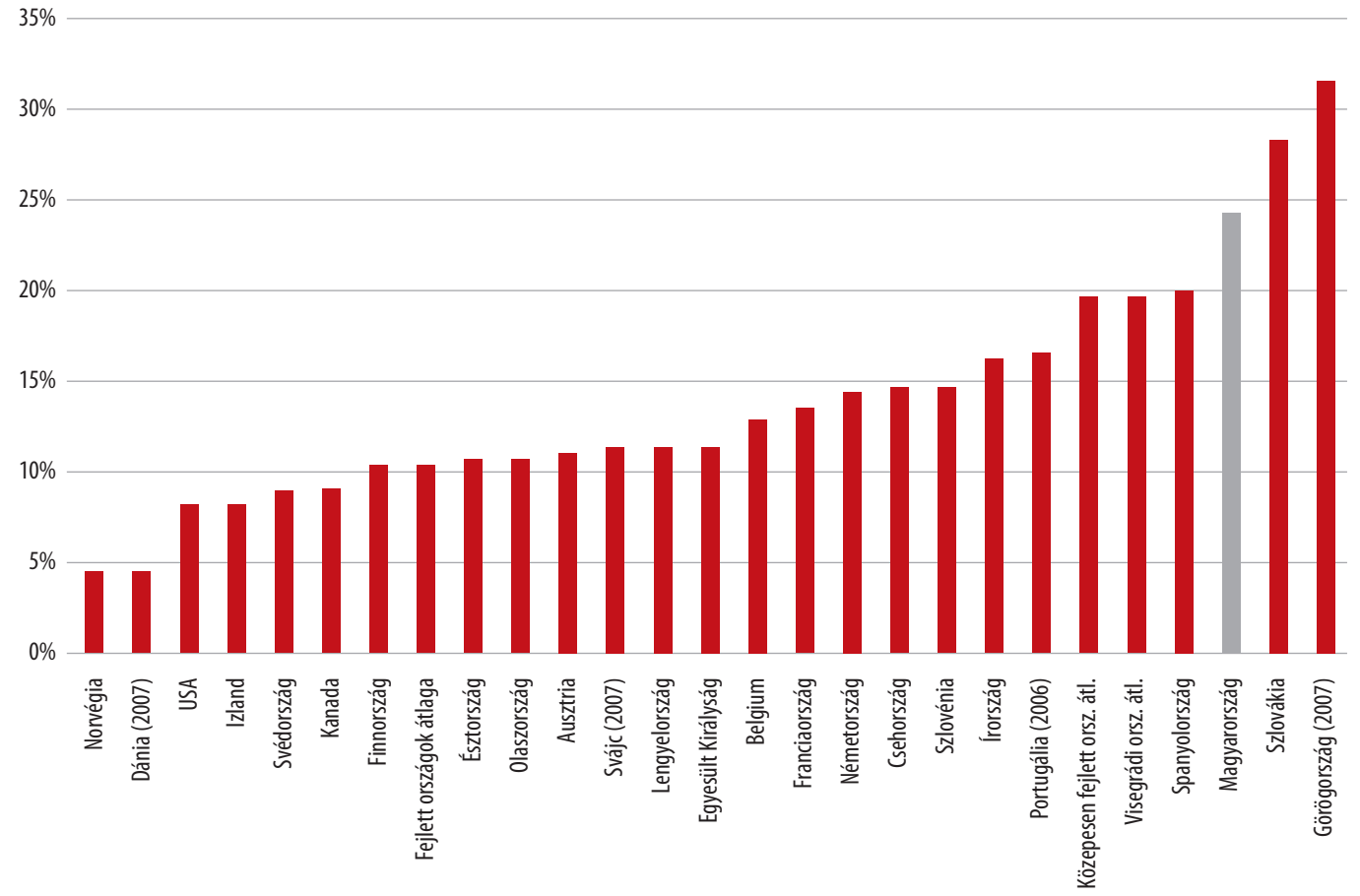
1. ábra. A gyógyszertámogatás és az államadósság alakulása (milliárd Ft)



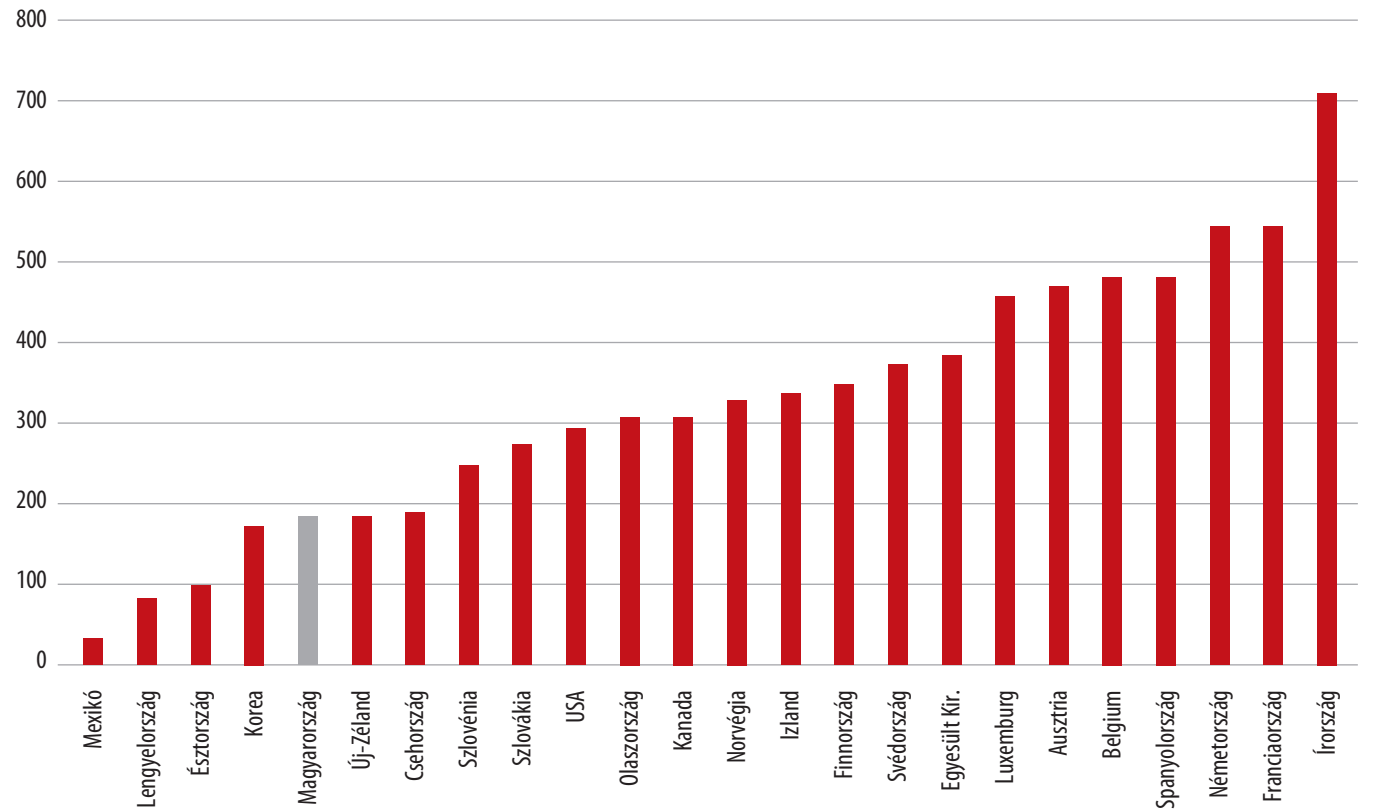
2. ábra. A gyógyszergyártói befizetések a gyógyszerkassza arányában (*: becslés)



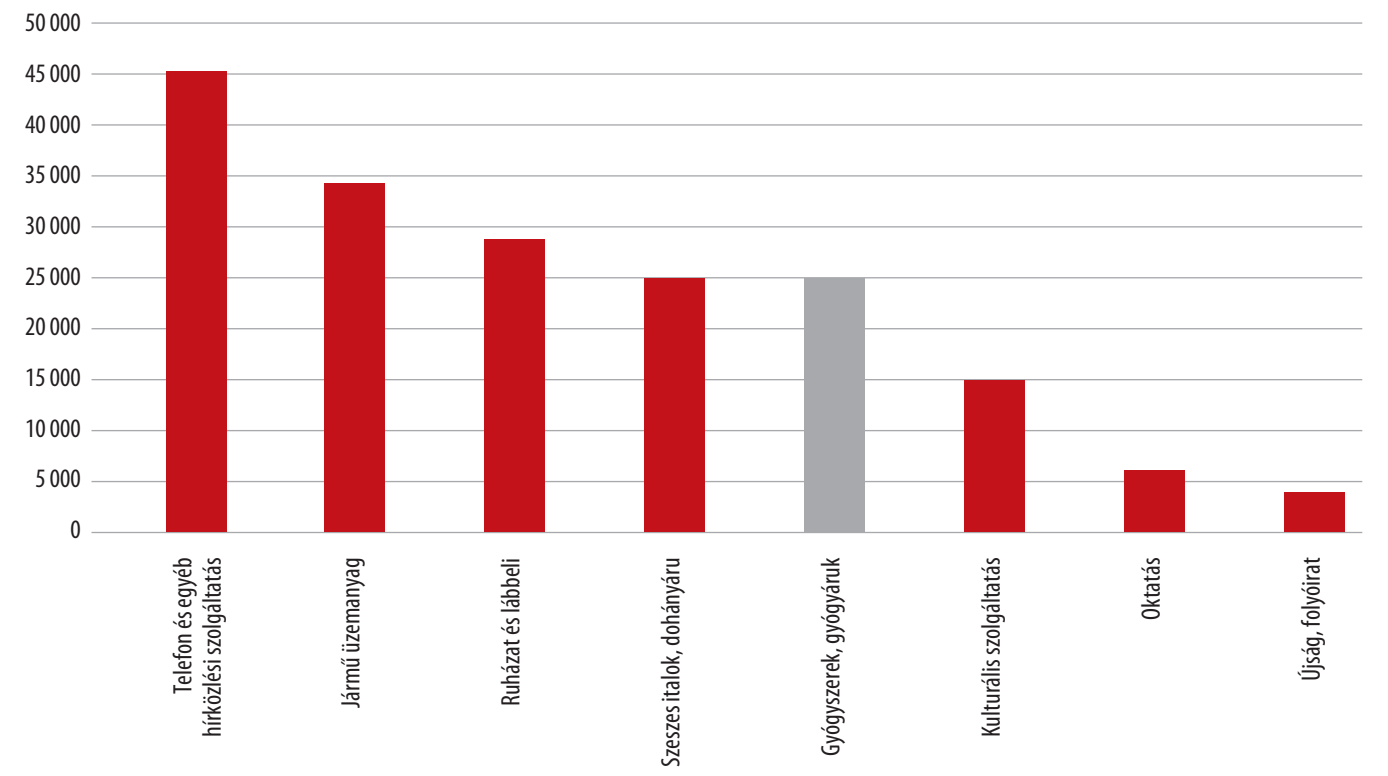
3. ábra. Gyógyszer és egyéb gyógyászati segédeszköz közkiadások az egészségügyi közkiadások arányában (Forrás: OECD Health data, 2008)



4. ábra. Az egy főre jutó gyógyszer és egyéb gyógyászati segédeszköz közkiadás (US $) (Forrás: OECD Health data, 2008)



5. ábra. Az egy főre jutó kiadások részletezése COICOP-csoportosítás szerint (2009)



elhanyagolható lakossági réteg számára valóban súlyos napi problémát jelent a gyógyszereinek a kiváltása, ám a szociális nehézségek kompenzálása nem a gyógyszertámogatási rendszer, hanem a közgyógyellátotti rendszer feladata kell, hogy legyen. Ezen megfontolás alapján a közgyógyellátotti rendszer kiszélesítése a rászorulóknak nagyobb védelmet, a kormányzati oldalnak pedig nagyobb mozgásteret adna a térítési díjakat is érintő, minden eddiginél átfogóbb szerkezeti átalakítás megvalósításához (5. ábra).

Érdekviszonyok

A kormányzati és gyártói oldal között sohasem alakult ki valódi, folyamatos párbeszéd a hosszútávon fenntartható és hatékony gyógyszertámogatási rendszer kidolgozása érdekében. Ennek egyik oka talán az, hogy a szerkezeti átalakítás kockázatokat is hordoz magában, melyek a biztonságos és folyamatos gyógyszerellátás zavarában, illetve a lakossági terhek növekedésében nyilvánulhatnak meg, és ez „békeidőben" nehezen vállalható fel. Másrészt a kézzelfogható érdekellentétek is megnehezítik a közeledést, hiszen a biztosító mindenkori célja többek között a kiadások és költségek optimalizálása (minimalizálása), míg ezzel szemben a gyártói oldal célja a piaci térnyerés, az új termékek, indikációk és beviteli formák kidolgozása valamint tb-támogatással történő forgalmazása. Ám a felszín alatt az eredményesség, a minőség és gazdaságosság egyformán célja mindkét oldalnak, tehát vannak olyan értékek, melyekre építkezve az új kapcsolatrendszer és együttműködés felépíthető lett volna.

A Széll Kálmán-terv megismerése után azonban felmerül a kérdés, hogy lehet-e egyáltalán megfelelő kommunikációt folytatni a két oldalnak a 2012-től 2014-ig esedékes évi 83–120–120 Mrd forintos kivonás árnyékában? Az iparági szereplők rendkívül megosztottak a Magyarországon termelő–külföldön termelő, a generikus–originális, illetve a támogatáspolitika–iparpolitika törésvonalak mentén, és ebből adódóan rendkívül korlátozott az egységes iparági fellépés lehetősége is. A hatalmas kiadáscsökkentés azonban már

1. táblázat. A magyar gyógyszeripari vállalatok hozzájárulásának becsült értéke (2011)

Hozzájárulás típusa	Érték (Mrd Ft)	Megjegyzés
Áru rabatt és egyéb kedvezmények	20–30	Jelentős csökkenés, mely elsősorban a kórházakat sújtja.
Adományok és támogatások	6–10	Jelentős csökkenés vagy megszűnés.
Szakmai rendezvények, továbbképzések, prevenciós programok, szakfolyóiratok támogatása	9–15	Az etikus orvostovábbképzés, a prevenciós programok és a szakmai folyóiratok legjelentősebb támogatói a gyógyszeripari vállalatok voltak.
K+F (A Fázis IV. vizsgálatok nélkül)	80–100	Az egyre erőteljesebb regionális versenyben hazánk pozíciói folyamatosan romlanak, s már megtörtént az első K+F-egység áttelepítéséről szóló bejelentés.
Tb-támogatott forgalomcsökkenésből (árcsökkentés, delistázás, finanszírozás-váltás) adódó árrés-csökkenés	6–8	Kis- és nagykereskedelmi árrés-bevétel kiesés.

nem egyszerűen csak a pazarlás racionalizálását jelenti, hanem alapjaiban kérdőjelezi meg a folyamatos és biztonságos gyógyszerellátás fenntarthatóságát, így végső soron az utóbbi fenntartásáért felelős egészségügyi döntéshozók és az iparág ugyanabban a csapdában van. A helyzetet súlyosbítja, hogy látszólag sem a kórházi, sem a szakmai szervezetek nem érzik magukénak a problémát, nem számolnak a kiadáscsökkentés egészségügyi ellátórendszert érintő közvetett hatásaival, így végső soron az egészségpolitikusok magukra maradnak a gazdasági döntéshozók meggyőzésében. Az egységes egészségügyi fellépés hiányában borítékolható a kudarc, így az ágazat szereplői már a kezdetektől a kármentésre, azaz a számukra kedvezőbb, őket kevésbé sújtó intézkedések megvalósulására koncentrálnak.

Ebben a helyzetben csak az egységes ágazati fellépés, a professzionális párbeszéd, illetve a minden eddiginél nagyobb kompromisszumkészség és áldozatvállalás biztosíthatja a megoldást. Azt, hogy ezt milyen módon és mértékben sikerült és sikerül a részt vevőknek megvalósítani, csak évek távlatából lehet majd pontosan megállapítani.

Az iparági különadók a gyógyszeripari innováció szemszögéből

A gyógyszer befektetés az egészségbe, melyet az állam az egészségügy rendszerén keresztül valósít meg. Ebben a kapcsolatrendszerben a gyógyszeripar az innováción keresztül nyújt szolgáltatást a társadalom számára. Ennek erőforrásigénye és kockázata viszont hatalmas. Egy új gyógyszer kifejlesztése 8–12 évig tart, 10 000 szintetizált molekulából mindössze 1 darab éri meg a piacra jutást, és 3 törzskönyvezett készítményből is csak egy válik jó eséllyel nyereségessé. Ebből adódóan minden forgalmazott termék bevételéből több új gyógyszer fejlesztésének a költségét kell finanszírozni, és mindössze 10 szabadalommal védett év áll rendelkezésre az új termékek fejlesztéséhez szükséges bevétel biztosítására, dolláros kutatás-fejlesztési költségeinek kizárólagos forrása a cég által forgalmazott gyógyszerek értékesítéséből adódó árbevétel, és a nemzetállamok a gyógyszer árának megfizetésén keresztül járulnak hozzá a nemzetközi gyógyszerinnovációhoz (6. ábra).

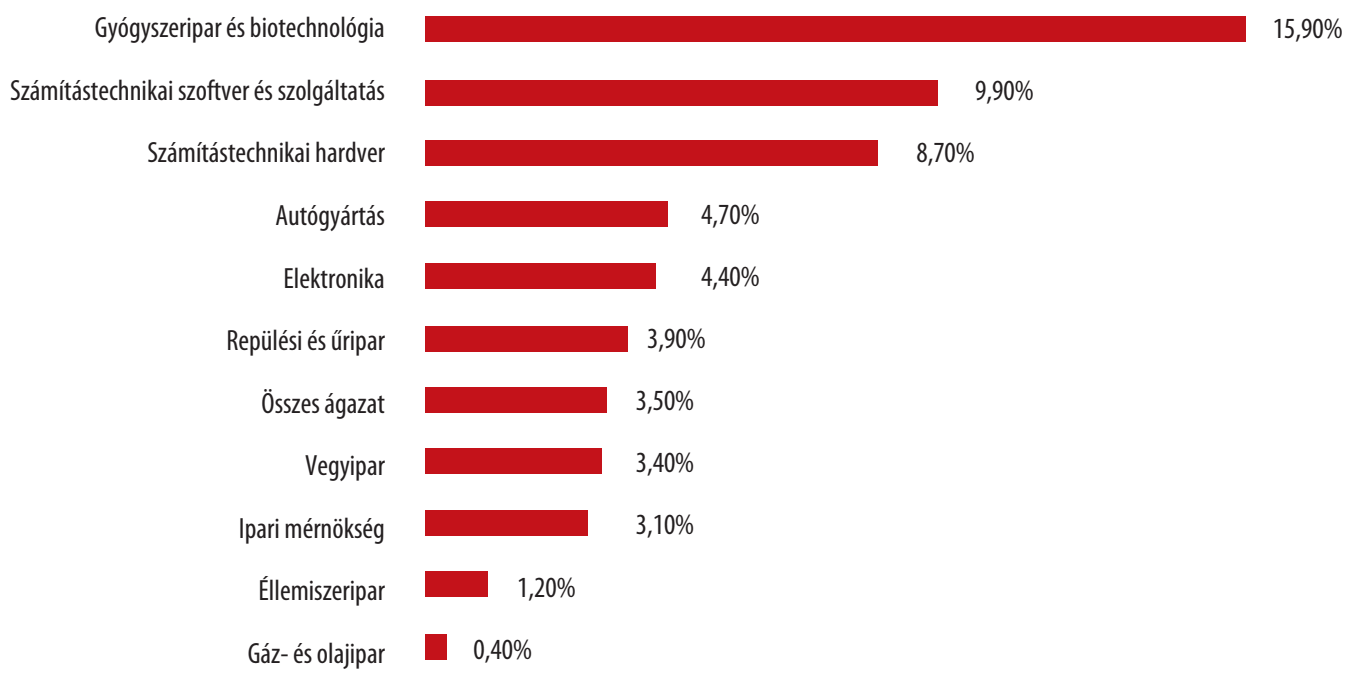
6. ábra. Gyártói kockázatok a gyógyszerfejlesztésben

- Egy molekula fejlesztése 8–12 évig tart
- Költsége kb. 800-900 millió dollár
- 10 000 szintetizált molekulából ill. 5 humán vizsgálatban tesztelt hatóanyagból 1 darab éri meg a piacra jutást
- 3 bevezetett molekulából 1 válik jó eséllyel nyereségessé

Valamennyi iparág vonatkozásában a bevételek arányában a gyógyszeripar költ legtöbbet kutatás-fejlesztésre, ezért az innovatív gyógyszerek árát az abban foglalt hatalmas K+F-költségek, és a viszonylag rövid, szabadalmi oltalommal védett megtérülési idő magasan tartja.

Az innovatív gyógyszerek olyan módon történő alkalmazása, hogy azok fejlesztési költségeikhez csak korlátozottan járulunk hozzá az iparág specifikus extraadók kivetése miatt, egy „potyautas" szerepet valósít meg hazánk számára. Mivel a magyar piac egy nemzetközi gyógyszeripari vállalat árbevételének mindössze kb. 0,5%-át adja, így a hazai intézkedés érdemben nincs hatással a globális innovációs folyamatokra. A kis méret és a magas adók miatti alacsony jövedelmezőség azonban egyúttal kiszolgáltatottá is tesz minket, mivel megnő annak az esélye, hogy az új innovációk egyszerű gazdasági megfontolások alapján elkerülik az országot.

7. ábra. Iparágak kutatás-fejlesztési kiadásai a nettó értékesítés arányában



A bevezetett intézkedések hatásai

A bevezetett intézkedések innovatív cégekre gyakorolt hatása drámai, mivel az irreálisan magas terhek időkorlát nélkül kerültek bevezetésre, ellehetetlenítve bármiféle közép-hosszú távú tervezést vagy hazai beruházást, egy olyan időszakban, amikor a Széchenyi-terv a gyógyszeripart egy lehetséges kitörési pontként jelöli meg. Az innovatív gyártóknak a jelen körülmények közt újra kell gondolniuk a magyarországi működésüket, mely egyaránt érintheti a forgalmazott termékei körét és a munkavállalóik létszámát.

Az eddig megismert gyógyszeripari megszorításoknak közvetlen hatása jóformán nincs a betegekre, legalább is akkor, ha együttműködnek a kezelőorvosukkal és mindent megtesznek a saját gyógyulásuk érdekében, illetve akkor, ha hajlandóak a gyógyszerüket olcsóbb alternatívára lecserélni. A betegek együttműködési hajlandóságától függetlenül azonban már jelenleg is érzékelhető a nem, vagy nem megfelelően gyógyítható betegségek kezelésére szolgáló új, innovatív gyógyszerek befogadásának az elhúzódása vagy elmaradása. A jelenleg hatályos szabályozásnak megfelelően a „normál eljárásrend" keretében befogadott innovatív termékeket csak a legalacsonyabb EGK-áron lehet behozni hazánkba, és ezen túlmenően a 20%-os adó, valamint a támogatásvolumen-szerződések miatt még további jelentős összeget kell fizetniük a cégeknek az E-alapba, európai szinten példátlanul alacsony „nettó" áron adva a gyógyszert hazánk számára. Az ebből adódó gyártói veszteségeket a nemzetközi referenciaárazás megsokszorozhatja, azaz a hazai árszintet és adókat figyelembe véve más, a hazainál jóval nagyobb piacot jelentő uniós ország is a magyarhoz hasonló áron és kedvezménnyel kérheti a terméket. Ez elvileg a magyar piac elkerülésére, illetve már támogatott termék esetében, akár annak kivonására is kényszerítheti a gyártót, ám ezzel együtt több mint valószínű, hogy ezek elhárítása érdekében a kormányzati és gyártói oldal megfelelő kompromisszumkészséget mutat majd, és nem fognak kialakulni olyan súlyos ellátási gondok, mint Görögországban a 30%-os hatósági árcsökkentés 2010. évi bevezetése után.

Az intézkedés iparágra gyakorolt hatásai azonban ennél sokrétűbbek. Az gyógyszeripari vállalatok saját működésük fenntartása érdekében is jelentős megszorításokra kényszerülnek, s éppen azokat a kiadásaikat lesznek kénytelenek mérsékelni vagy megszüntetni, melyek jelenleg a folyamatos pénzügyi nehézségekkel küszködő egészségügy működőképességét tartják fent. Márpedig az egészségügyi szolgáltatók számára nyújtott kedvezmények, az orvosok továbbképzési támogatásának a megszűnése, vagy akár az ellátórendszer számára jelentős bevételt jelentő klinikai vizsgálatok kivonása végső soron patikai és kórházi csődökhöz, szakfolyóiratok megszűnéséhez, és az orvosok elvándorlásának a fokozódásához vezethet (1. táblázat).

A gyógyszeriparnak a nemzetgazdaságra is jelentős hatása van, mely az adókból, járulékokból, a munkahelyteremtéssel és fenntartással járó egyéb költségekből adódó közvetlen hatásként, a partnereknél teremtett és fenntartott munkahelyek költségén, a tőlük vásárolt termékeken és szolgáltatásokon keresztül realizálódó közvetett hatásként, illetve az alkalmazott munkavállalók által generált fogyasztáson keresztül megjelenő indukált hatásként jelenik meg. Ezek összértéke a teljes gyógyszeripar vonatkozásában becslésünk szerint a 700 milliárd forintot is meghaladhatja 2011-ben. Bár a pontos számítások még nem készültek el, de igen valószínű, hogy a Széll Kálmán-terv keretében végrehajtásra kerülő intézkedések negatív hatása a nemzetgazdaság szintjén jelentősen felülmúlja a gyógyszerkassza szintjén realizálódó megtakarítást.

2011 nyarán egy olyan leépítési hullám indult el az innovatív cégeknél, melyre nem volt példa az elmúlt 20 évben. Egyes vállalatok a magyarországi K+F tevékenységük kivonására, vagy jelentős leépítésére kényszerülnek, illetve vannak olyan vállalatok, melyek dolgozóik 50–60%-tól(!) kénytelenek megválni. A cikk írásának napjáig több mint 500 jól képzett szakember elbocsájtását voltak kénytelenek bejelenteni az innovatív gyógyszeripari vállalatok, ugyanakkor a további megszorítások eredményeként a következő két évben az iparág válsága tovább mélyül, mely újabb leépítési hullámokat indíthat el.

A lejárt szabadalmú termékek piacán tapasztalható fokozott árverseny, az új innovatív termékek befogadásának lelassulása, és az extrém mértékű adóterhelés a működési feltételek drámai romlásán keresztül az üzleti modell fokozatos átalakulásának az irányába hat. Az általános racionalizáláson és kiadáscsökkentésen túl, az orvoslátogatás és a „klasszikus" gyógyszeripari marketing szerepe csökken, míg a kormányzati (és kormányhivatali) kapcsolattartás, a key account-szemlélet, a market access, PA és PR szerepe fokozatosan növekszik.

Hogyan tovább?

A jelenlegi helyzet csak nyugodt szakmai párbeszéddel és kölcsönös bizalommal kezelhető, melyet azonnal meg kell kezdeni a további potenciális károk, leépítések, kivonulások és gyógyszerellátási zavarok elhárítása érdekében. El kell kezdeni az egyeztetéseket a tb-támogatott gyógyszereket sújtó extraadóknak a többi iparágat sújtó adóval együtt történő 2013. évi kivezetéséről, illetve meg kell határozni azokat a prioritásokat, melyre építkezve egy új, a nyugat-európai országokban működőhöz hasonló stratégiai együttműködési rendszer alakítható ki az iparág és a kormányzat között.

Biztosítani kell az innováció támogatását, és minden rászoruló számára lehetővé kell tenni a legmodernebb terápiákhoz való hozzáférést egy hosszú távon fenntartható, transzparens támogatási rendszeren keresztül, illetve a hosszú távú gyógyszerbéke érdekében mindenképp rendezni kell az ipar- és támogatáspolitika kapcsolatát. Ehhez jelentős, az egész ellátórendszer szerkezetét érintő átalakításokra van szükség, mivel a gyógyszertámogatás jelenlegi keretei között ez a probléma ma már megoldhatatlan.

A szerző az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének igazgatóhelyettese.

Válság – gyógyszeripari valóság

Bármilyen szolgáltatási vagy iparágat nézünk, elméletben mindenki egyetért azzal, hogy olyan iparpolitikai intézkedések szükségesek Magyarországon, amelyek azon cégeknek segítenek megőrizni a versenyképességét, melyek hazánkban foglalkoztatnak, beruháznak, fejlesztenek, K+F-tevékenységet végeznek, adót és járulékokat fizetnek, ezáltal a hazai költségvetést gyarapítják, illetve a GDP-t növelik.

Dr. Ilku Lívia

Az **így** kinyilatkoztatott cél megvalósításához a mindenkori kormányzat számos eszközt rendelhet, mely – főként szabályozási aktusokban megtestesülő – eszközök együttes eredményeként a kitűzött cél elérhető. Ez a gondolatmenet szektorsemleges megközelítésben is helyénvaló, természetesen igaz tehát akkor is, ha iparként a hazai gyógyszeripart definiáljuk.

Nyilvánvaló az is, hogy a jelen gazdasági helyzetben a gazdaság szereplőinek részt kell vállalniuk a válság okozta terhek viselésében. Ez minden iparágra igaz, beleértve a gyógyszeripart is.

Amikor a fenti két iparpolitikai törekvésnek egyszerre kell érvényesülnie, a leghasznosabb eszköznek a Kormány kezében a mérlegelés bizonyul. Azaz gondosan kell mérlegelnie, hogy olyan megoldás szülessen, amely egyensúlyban tartja a mérleg oldalait: haszon–kockázat-elemzésekkel azt kell elérnie, hogy a válság miatti közös teherviselés kényszere ne billentse félre a mérleg másik oldalát, ne kockáztassa a hazai beruházások, a K+F-tevékenység, a versenyképesség, a foglalkoztatottság ösztönzését és így a befolyt adó- és járulékbevételeken keresztül ne kockáztassa a hazai költségvetés gyarapítását.

Ha tehát egyetértünk a fenti célok meghatározásában, azonban az ezt elősegítő eszközök tárházának felvonultatásával mégis egy merőben más eredményt sikerült elérni, több hibalehetőség juthat az eszünkbe: vagy a cél megvalósítását szolgáló eszközök kiválasztása történt hibásan, vagy a mérleg két oldalának egyensúlya tolódott el, vagy – ami még ennél is rosszabb – maga a cél időközben átalakult. A cikk e hibalehetőségek okait, és annak következményeit kívánja bemutatni.

Kutatás

A gyógyszeripar – a világon mindenütt – a gazdaság, a feldolgozóipar sajátos, különleges területe. Különlegessé többek között az teszi, hogy kevés alapanyagból, jelentős szellemi tőkét, innovációt és szaktudást igénylő munkával nagy hozzáadott értékű termékeket állít elő. A magas hozzáadott értéket teremtő iparágak versenyképességének biztosítása pedig alapvető jelentőséggel bír egy ország GDP-termelő képességének és gazdasági növekedésének szempontjából. Tudjuk, hogy egy végül gyógyszerként forgalomba hozatalra engedélyezett készítményhez átlagosan a következők szükségesek: 10 000 gyógyszerjelölt molekula, 6000 állat és 5000 humán vizsgálati alany, több mint 1 milliárd dollár és 12-13 év. Tudjuk azonban azt is, hogy eddig kielégítetlen szükségleteket célzó új terápiák jelennek meg, mint például a szklerózis multiplexre alkalmazott készítmény, vagy a szívritmuszavarok kezelésére szolgáló új gyógyszerek. Az áttétes melanoma esetében a túlélési időt meghosszabbító szer, a prosztatadaganat kezelésére alkalmazható új gyógyszer, illetve vakcina várható, jellemző a biológiai és biológiailag hasonló (azaz biológiai követő) készítmények gyors fejlődése. Ezek miatt az elmúlt években drasztikusan megnőtt az innovációhoz szükséges gyógyszeripari K+F-ráfordítások összege, nőtt az egy-egy új molekula kifejlesztéséhez szükséges idő is, csökkent azonban a találati arány, azaz elmondhatjuk, hogy összességében nőtt a K+F kockázata. Megváltozott a K+F költségszerkezete is, egyre nagyobb arányt tesznek ki a klinikai, farmakológiai vizsgálatok, az engedélyeztetéshez szükséges költségek, míg a kémiai kutatás részesedése visszaszorult.

A hazai környezetet tekintve gyógyszeriparunk az első öt perspektivikus ágazat közé tartozik, jelenleg a leginnovatívabb hazai ágazatként definiálhatjuk. Meghatározó szerepe van a K+F-ben, hiszen az ágazat adja évek óta stabilan a feldolgozóipari K+F-ráfordítások közel 50%-át, a nemzetgazdaság egészéhez viszonyítva ez az arány 40%. Illeszkedik továbbá az Európai Unió lisszaboni stratégiájához, amely azt az ambiciózus célt tűzte ki, hogy az EU 2020-ra a világ legversenyképesebb régiójává váljék, cél továbbá, hogy GDP-jének 3%-át K+F-re fordítsa, és hogy megőrizze versenyképességét az USA-val és Japánnal szemben. (1) Visszatérve a hazai számok világába: a Magyarországi Klinikai Vizsgálatszervezők Társasága (MKVT) és a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) 2009-ben felmérte, hogy a klinikai vizsgálatok mekkora bevételt jelentettek 2008-ban a magyar egészségügynek és a magyar gazdaságnak. Ez a felmérés két forrásból nyert adatokat. Egyfelől az MKVT-hez tartozó, a vizsgálatokat szervező gyógyszergyáraktól és erre szakosodott kutatásszervező cégektől kértek be adatokat, másfelől egy, az engedélyező hatóságtól, az Országos Gyógyszerészeti Intézettől kapott, anonim, de reprezentatív minta alapján. Az így begyűjtött és „keresztvalidált" adatok alapján elmond-

1. táblázat.

	AU	BE	FI	FR	PL	HU	D	I	SL
Sávos befizetés				X		X		X	
Különadó		X				X	X		
Orvoslátogatói reg. díj						X			
Delistázási korlát						X			
Támogatás-felülvizsgálat				X		X			
Befogadás késleltetése	X	X			X	X			X
Költséghat. igazolása	X			X		X	X		
Külső referencia	X	X	X	X	X	X		X	X
Tám.-vol. szerződések				X		X			
Terápiás fix						X	X		X
Negyedéves fix						X			X
Felírások monitorozása	X			X		X	X		
Támogatások csökkentése			X	X		X			

ható, hogy 2008-ban a magyar egészségügynek – konzervatív becslés szerint is – 14-15 milliárd forint bevétele származott a klinikai vizsgálatokban történő részvételből. Ezen felül a kiszolgáló iparágak számára ez a piac még további mintegy 34 milliárd forintnyi bevételt biztosított. (2) A hazai gyógyszerkutatás minden fázisát összeadva a 2010. évben csak a MAGYOSZ-tagvállalatok együtt 60 milliárd forintot fordítottak hazánkban kutatási célra.

A fenti tények és számok alapján azt gondolnánk, hogy a változások a kutatás-fejlesztési tevékenység terén csak és kizárólag az ösztönzésben nyilvánulhatnak meg. A K+F-tevékenységet ösztönző szabályozást 2009. február 15-ei hatályba lépéssel építette be a törvényalkotó a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvénybe (a továbbiakban: Gyógyszergazdaságossági törvény). A szabályozás lényege az volt, hogy a Magyarországon K+F tevékenységet folytató vállalatoknak bizonyos engedményeket adott, csökkentve ezzel a különadót (12% adó és orvoslátogatók után fizetendő 5 millió Ft/év/fő), húsz százalékos kompenzációs lehetőséget biztosítva a 2009. évi, valamint száz százalékot a 2010. évi különadók után. A gyógyszervállalatok ezen felbuzdulva, bízva a kiszámítható jogkörnyezetben, hazánkban lényeges K+F-projekteket indítottak el és ilyen irányú beruházásokat eszközöltek. 2011. január 1-jén a rendszer megváltozott, az igazi izgalom azonban 2011 nyarára érte el a csúcspontját. Míg korábban ugyanis az engedmény a befizetési kötelezettség 100%-áig volt érvényesíthető, a nyári korrekciót követően a 100% csak akkor áll, ha a K+F-ráfordítások meghaladják a termelőiár-arányos társadalombiztosítási támogatás 70%-át. Ha a ráfordítások összege ennél kevesebb, egy sávos rendszer szerint kevesebb az érvényesíthető engedmény is, a K+F-ráfordításoknak az OEP által kifizetett támogatási arányához kötötték az adó-visszatérítés mértékét (20, 50 vagy 100 százalék).

A nyáron benyújtott törvényjavaslat eredetileg elegánsan kifelejtette a rendszerből a K+F-ösztönzést. A kérdést a fentiek szerint rendező, a törvényjavaslathoz benyújtott módosító indítvány eredménye elmozdulást hozott a kezdeti 0 állapothoz képest, azonban a helyzetet az, hogy a hazánkban kutatást végző gyógyszeripari vállalatok nagy része csak korlátozottan, vagy egyáltalán nem tud élni az így teremtett lehetőséggel, számukra a korábbi rendszerhez képest komoly visszalépést jelent a jelenlegi helyzet. Az eredmény: a magyarországi szabályozási környezet kedvezőtlen folyamatokat indított el a K+F tekintetében.

A szabályozás hibája az is, hogy a visszatérítés jelenleg tulajdonképpen az OEP által kezelt kasszából realizálódik. Mind a gyártók, mind az OEP számára megnyugtatóbb helyzetet teremtene, ha a visszatérítést külön költségvetési soron biztosítanák.

A 2012-es ösztönző rendszer témájában jelenleg is tárgyalások folynak a kormány és a K+F-tevékenységet végző nagyvállalatok között az ideális kutatás-fejlesztési ösztönző rendszer kialakításáról. Az „ösztönző rendszer" elnevezés azonban némileg antagonisztikus, mivel a 2012-es „ösztönző" a már 2011-ben megvalósított K+F-ráfordítások utáni engedmény realizálása. Csak remélni tudjuk, hogy olyan javaslat születik, amely nemcsak célját, de eredményét tekintve is valóban összhangban lesz a meghirdetett kormányzati programmal, amely szándékai szerint a K+F-innovációt, ezen belül a gyógyszeripari K+F-t is kiemelten kezeli.

Támogatás

Mindannyian egyetértünk abban is, hogy a piaci mechanizmusokat érvényesülni engedő, egyszerűbb és valóban transzparens rendszerrel lehetne az Európai Unióban alkalmazott támogatási rendszerek felé közelíteni. Az 1. táblázatot tanulmányozva is láthatjuk azonban, hogy a hazai rendszer mindenféle finomhangolás és a hazai viszonyokra történő adaptálás mellőzésével, azok átgondolás nélküli együttes bevezetésével tartalmazza az egyes országokban alkalmazott támogatási elemeket, jelenleg figyelmen kívül hagyva minden egyéb versenyképességi szempontot.

Támogatáspolitikai történeti előzmények

Ha a jelen támogatáspolitika előzményeit is vizsgáljuk, láthatjuk, hogy 2007 januárjában a normatív támogatási kulcsokat csökkentették, majd 2008 áprilisában ismét kizárólag ugyanebben a normatív körben volt támogatási kulcscsökkentés. A normatív kulcscsökkentés pedig nem más, mint a generikus gyógyszerek támogatásának csökkentése, tehát a 2007–2008-as intézkedések egyoldalúan érintették a támogatási rendszer egyik elemét, miközben érintetlenül hagyták

2. táblázat. (Forrás: MAGYOSZ)

Támogatási kategória	Fogyasztói ár	Referencia Támogatás	Pref. ársáv alá utólag lement termék Térítési díj	Térítési díj Támogatás	Térítési díj	Növekedés
	Ft	Ft	Ft	Ft	Ft	%
25%	5000	1250	3750	1063	3938	5,0%
50%	5000	2500	2500	2125	2875	15,0%
55%	5000	2750	2250	2338	2663	18,3%
70%	5000	3500	1500	2975	2025	35,0%
80%	5000	4000	1000	3400	1600	60,0%
90%	5000	4500	500	3825	1175	135,0%
100%	5000	4700	300	3995	1005	235,0%
100%	10 000	9700	300	8245	1755	485,0%
100%	40 000	39 700	300	33 745	6255	1985,0%
100%	100 000	99 700	300	84 745	15 255	4985,0%

a jobbára kiemelt, eü. pontba tartozó eredeti, magasabb árú, originális szereket.

Preferált ársáv – vaklicit

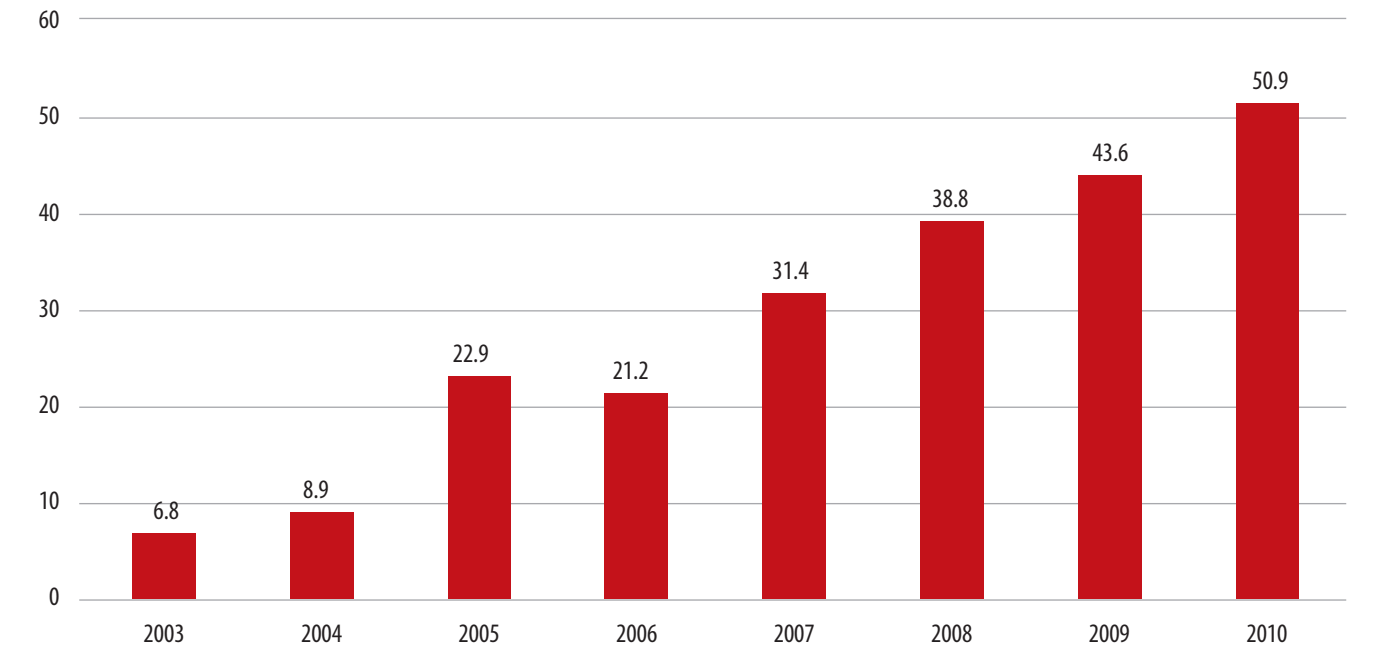
A támogatási rendszer újabb változása, mely 2011. július 28-án lépett hatályba, számos új elemet és új jogintézményt tartalmaz. Ezek egyike a preferált ársáv. A generikus és originális készítmények egy idő után fix csoportot alkotnak (hatóanyag vagy terápiás fix csoport). A hatóanyag alapú fix csoportoknál egy készítmény akkor kerül a preferált ársávba, ha a napi terápiás költsége legfeljebb öt százalékkal tér el a referenciakészítmény napi terápiás költségétől; a terápiás fix csoportoknál tíz százalék eltérés megengedett. Az új rendszerben teljes mértékben kizárólag ezek a gyógyszerek kapják meg a csoportnak járó támogatást, és csak ezek rendelhetők (fél évig) a közgyógyellátásra jogosult betegeknek. A contrario: a preferált ársávba nem tartozó gyógyszerek tizenöt százalékkal alacsonyabb mértékű támogatást kapnak, és nem írhatók közgyógyellátásra fél évig. A gondot az okozza, hogy a preferált ársávba kerüléshez félévente, „vakon" kell árajánlatot tenni. A gyártók úgy licitálnak gyógyszereik preferált ársávba kerülése érdekében, hogy – a korábbi licitektől eltérően – nem ismerik a konkurens gyógyszerek licitárait. Annak a gyógyszernek ugyanakkor, amely nem került be a vaklicit alapján a preferált ársávba, 15%-kal csökken a támogatása. A gyártó tehát nem látja, hogy ténylegesen mit adtak be a többiek, azaz mihez kellene igazodnia, mennyire kellene az árral lemennie ahhoz, hogy bekerüljön ebbe az ársávba. Azaz, ha hasonlattal kívánunk élni ez olyan, mintha egy vállalkozás úgy indulna egy tenderen vagy pályázaton, hogy amennyiben nem nyer, a pályázatra vagy tenderre benyújtott árajánlata akkor is érvényben marad. Vagyis a vaklicit után a gyártó már hiába csökkenti az árat, utólag már nem kerülhet vissza a preferált ársávba, érvényben marad a csökkentett támogatás. Ugyanakkor a „most vagy soha" kényszere magában hordozza az esetlegesen nem kellően megalapozott, „kamikaze" jellegű árcsökkentések következményeinek veszélyét.

Mindeközben mi történik a gyógyszerrel? Mivel a támogatott gyógyszerek ára két tényezőből, a támogatásból és a beteg által fizetett térítési díjból adódik össze, mindenféle komoly matematikai művelet nélkül evidenciaként fogadhatjuk el, hogy a vaklicit jogintézményével elért támogatási összeg csökkenés pont ennyi összeggel növeli a beteg által fizetendő térítési díjat. A 15%-os támogatáscsökkentés ártól és támogatási kategóriától függően akár több száz százalékkal is megnövelheti a térítési díjat, még abban az esetben is, ha a gyártó később árat csökkent. A 2. táblázat azt mutatja meg, hogy a támogatás 15%-os csökkentése az egyes támogatási kategóriákban, forintban és százalékban hogyan növeli az egyes térítési díjakat.

Tekintsünk egy példát. Egy 25%-ban támogatott, 5000 Ft-os gyógyszer esetében a 3750 Ft-os térítési díj mindössze 5%-kal, nem egészen 200 Ft-tal lesz magasabb a referenciagyógyszer térítési díjánál a preferált ársávból való kiesése esetén. Kiemelt (azaz 100%-os) támogatás esetén a magasabb árfekvésű gyógyszerek esetében a térítési díjak megfizethetetlenné válhatnak. Példának okáért egy 10 000 Ft-os készítmény esetén a támogatás 15%-os csökkenése miatt a beteg által eddig fizetett 300 Ft-os térítési díj 485%-kal, közel 1800 Ft-ra emelkedik, azaz hatszoros térítési díjat kell fizetni. A vaklicit tehát még nagyobb gondot okozhat a 100%-os, vagyis a kiemelt támogatási csoportba tartozó szereknél. Ebbe a támogatási körbe tartoznak például az inzulin, a rosszindulatú daganatos betegségek, az immunhiányos állapotok kezelésére szolgáló gyógyszerek, vagy az epilepszia, a mentális zavarok, vagy a súlyos asztma szerei, mely terápiák eleve magas árúak, speciális fejlesztésük vagy gyártásuk miatt. Jellemzően ez a betegcsoport krónikus gyógyszerszedő, sok esetben szociálisan hátrányos helyzetű, minden szempontból sérülékeny és kiszolgáltatott. Az ebben a körben támogatott szerekre pedig elmondható, hogy megfelelő támogatás nélkül megfizethetetlenül drágák. Ebben a csoportban – bár a támogatás elvileg 100% –, a betegeknek minimum 300 forint térítési díjat kell fizetniük. Amikor a jogalkotó a vaklicit bevezetéséről döntött, nem emelte ki kivételként ezeket a kiemelt támogatási csoportba tartozó készítményeket. Mindez pedig azzal jár, hogy a korábban megszokott minimális 300 Ft-os térítési díj helyett – mint a fenti példákból is látszik – ezen készítmények esetében sokkal-sokkal többet kell majd fizetni. A betegteher-növekedés jelentősen sérti a betegek érdekeit, megnehezítve, bizonyos esetekben lehetetlenné téve a betegek gyógyszerhez való hozzájutást. Ezzel kell szembenézniük mind a gyártóknak, s ami még ennél is fontosabb, a betegeknek a jövőben az újonnan kialakított rendszer következtében. Ez mélységesen ellentmond a kormányzat azon többször kinyilatkoztatott szándékának, hogy a betegterhek lehetőség szerint ne növekedjenek.

A térítési díj ilyen mérvű emelése tehát a kormányzati kommunikáció alapján nem volt cél, ugyanakkor eredményként könyvelhető el, még ha a lakosságra nézve negatív eredményként is. Ez történt a legutóbbi vaklicitnél is, számsze-

1. ábra. Összes gyártói befizetés (milliárd Ft; forrás: MAGYOSZ)



rűsítve 1686 darab készítmény esetében nőtt a térítési díj a fentiek miatt, ez a teljes támogatotti kör 28%-a. (3) A gyártó, forgalmazó oldalát tekintve kérdés, hogy vakon vállalható-e az árcsökkentés. Egy részről rendszerprobléma, hogy bár sok esetben a gyártó/forgalmazó levinné a gyógyszere árát abból a célból, hogy a preferált ársávba kerüljön, de nem tudja ezt egy gazdaságilag is racionális döntés alapján megtenni, mivel nem látja a többiek árait, így nem tudja, mennyivel kellene kevesebbet ajánlania. Vannak olyan gyógyszerek is, amelyeknél már jelenleg is olyan alacsony az árszint, hogy további árcsökkenés esetén már nem érdemes gyártani, vagy hazánkban forgalmazni. Ezek a szerek tehát a jelenlegi támogatási rendszer eredményeként eltűnhetnek a piacról. Sarkítva: kétféle gyógyszer marad meg egészen biztosan a magyar piacon a jelen támogatási rendszerben: az olcsó ázsiai gyógyszer és az originális terápia. Az ázsiai árszinthez ott, helyben kell gyártani a gyógyszert, mert a magyar munkaerő és gyártási költségek drágábbak. Az eredeti készítmények hatóanyagainak a védettség lejártáig pedig értelemszerűen nincs versenytársa, de ha terápiás fix csoportba vonják, akkor az originális gyógyszer is bajba kerülhet egy vaklicitet követően.

Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy minden profitorientált gazdasági vállalkozás azért folytatja tevékenységét, hogy nyereséget termeljen, így természetesen a gyógyszergyáraknak sem érdeke veszteséget termelni. Főszabályként minden iparágban a profitból finanszírozzák a fejlesztéseket. A gyógyszeriparban is a megtermelt nyereség a záloga mind az originális, mind a generikus gyógyszerfejlesztésnek. A gyógyszergyártás specialitása a többi iparágak többségéhez képest abban mutatkozik meg, hogy a K+F-költségek fajlagosan nagyon magasak és egyre emelkednek. A nyereségből finanszírozódik a jelen és a jövő gyógyszerkutatása, vagyis, ha a megfelelő mértékű nyereség nem jelenik meg egy tabletta árában, akkor nem lesz új, a korábbinál magasabb egészségnyereséget eredményező terápiára használható gyógyszer, illetve elvész az originális készítményeknek a lakosság és a gyógyszerkassza számára is megtakarítást jelentő generikus alternatívája. Továbbá, amennyiben profit nem lenne, akkor a gyógyszeripar nem tudna beruházásra, K+F-re, létszámfejlesztésre, foglalkoztatásra, mecenatúrára pénzt fordítani, nem tudna a költségvetéshez adók és járulékok formájában hozzájárulni. Nemcsak álságos, gazdaságilag irracionális, hanem a jövőt is romboló tehát az a megközelítés, hogy a gyógyszeriparnak profit nélkül kellene a hazai piacon jelen lennie. Amikor a gyógyszeripar K+F-be fekteti szabad forrásainak meghatározó hányadát, akkor ezzel az 5–10 év múlva piacra lépő termékeit indítja útjára.

Gyártói nyilatkozat az ellátásról

A nyári szabályozás másik új eleme az, hogy a preferált ársávba került gyártó/forgalmazó nyilatkozik arról, hogy biztosítani fogja a folyamatos betegellátást gyógyszereivel. Ezzel a rendelkezéssel a jogalkotó arra a problémára próbált megoldást keresni, hogy már 1%-os piaci részesedéssel is be lehet kerülni a preferált ársávba, ugyanakkor nem lehet előre tudni, hogy mennyien maradnak benn a vaklicit végén. Így előfordulhat, hogy a korábban 1%-os piaci részesedéssel bíró terméknek a licit után a piac lényegesen nagyobb, sőt, ha egyedül nyer a versenyben vakon indulók közül, akár 100%-át is le kellene fednie. Az első vaklicit realizálta is ezt a helyzetet: a pszichiátriai készítmények piacán óriási árcsökkentést hajtottak végre, és a skizofrénia elleni gyógyszerhatóanyagok közül végül mindössze egy-egy termék maradt a preferált ársávban. Ám ezeknek a gyógyszernek a piaci részesedése csak két-három százalék volt a licit előtt, vagyis ezekből a készítményekből csak megfelelő kapacitásnöveléssel tudják majd ellátni a magyar piacot. A jogszabály úgy rendelkezik, hogy – abban az esetben is, amikor már bizonyított ellátási zavarok lépnek fel, mert a preferált referencia ársávba került forgalmazó(k) nem képes(ek) ígérete(ik) ellenére az ellátást biztosítani – az ellátási kötelezettséget nem teljesítő, kieső gyógyszer helyett ismét bekerülhet olyan termék, amely korábban szintén 1%-os piaci

3. táblázat. (Forrás: MAGYOSZ)

Évek	Mrd Ft	Megjegyzés
2003. augusztus–december	6,8	Szerződés alapján
2004.	8,9	Szerződés alapján
2005.	22,9	Szerződés alapján
2006.	21,2	Szerződés alapján
2003–2006. összesen:	59,8	
2007.	31,4	Gyógyszergazdaságossági tv. alapján, 12% + orvoslátogatói díj + támogatásvolumen-szerződés
2008.	38,8	Gyógyszergazdaságossági tv. alapján, 12% + orvoslátogatói díj + támogatásvolumen-szerződés
2009.	43,6	Gyógyszergazdaságossági tv. alapján, 12% + orvoslátogatói díj + támogatásvolumen-szerződés
2010.	50,9	Gyógyszergazdaságossági tv. alapján, 12% + orvoslátogatói díj + támogatásvolumen-szerződés
2007–2009. összesen:	113,8	
2007–2010. összesen:	164,7	

részesedésű termék volt. Ezeknek a forgalmazóknak sem volt felkészülési lehetősége a megnövekedett igények ellátására. Így ezeknél a „beugró" termékeknél ugyanúgy előfordulhat, hogy a korábban 1%-os piaci rés helyett a piac lényegesen nagyobb, sőt, ha egyedül nyer a versenyben, akár 100%-át is le kellene fednie. Amennyiben ez nem sikerül, újabb ellátási problémák adódnak. Azaz, ilyenkor a rendszer újratermeli azt a problémát, amit kivédeni igyekezett.

Álláspontom szerint a nyilatkozat a piaci igények ellátásáról, mint a betegellátás folyamatosságát biztosítani kívánó intézkedés álságos, több okból is. A nyilatkozó a nyilatkozat megtételekor még nem látja, hogy bekerülése esetén a piac mekkora részét kell majd lefednie, magyarán a vaklicitben tett ajánlata mellett ráadásul „vaknyilatkozatot" is tesz. A jogalkotó úgy kényszeríti erre a gyártót, forgalmazót, hogy nincs tekintettel arra, hogy még a legnagyobb gyártóknál is kb. hat hónapot vesz igénybe a gyártástervezés–beszerzés–logisztika–termelés-ciklus lefutása, vagyis legalább ennyi időre van szükség, mire a betegek ellátásához megfelelő mennyiségű termék rendelkezésre áll. Ez a másik nagy buktatója a „vaknyilatkozat" tételére kötelezésnek. Természetesen a legnagyobb gond az, hogy ez a nyilatkozat önmagában nyilvánvalóan képtelen megvédeni a rendszert attól, hogy a betegek ellátatlanul maradjanak. Az ellátási kötelezettség ez idáig az ellátórendszer minden résztvevőjét felelősségteljes tervezésre kötelezte, a gyártókat, forgalmazókat, nagykereskedőket és patikákat egyaránt. A vaklicit rendszere és az általa megoldásként kínált nyilatkozattételi kötelezettség azonban az eddigi legnagyobb lyukat törte ezen a rendszeren.

Nem tudjuk azt sem, hogy milyen szankciót alkalmaznak majd azzal a gyártóval/forgalmazóval szemben, aki preferált ársávba kerül, nyilatkozik, hogy folyamatos ellátást biztosít, de végül azt mégsem tudja teljesíteni. Az sem világos, hogy ki dönti el, hogy egy gyártó/forgalmazó tudja vagy sem biztosítani a folyamatos betegellátást? Egyáltalán, mennyi időnek kell eltelnie ahhoz, hogy megállapítható legyen az, hogy valamely készítményből a betegellátás nem biztosítható folyamatosan? Elégséges egyetlen beteg jelzése? A rendszer tehát ezen a ponton sok bizonytalanságot hordoz, nem kiérlelt. Csak remélni tudjuk, hogy nem a gyakorlat válaszol majd a fenti kérdésekre, azaz nem lesz olyan betegellátási probléma, ami abból adódik, hogy valaki „túlnyeri" magát és nyilatkozata ellenére nem képes kiszolgálni a betegek igényeit. Ha a beteg a patikában azzal szembesül, hogy nincs, vagy nem elfogadható áron juthat csak gyógyszerhez, visszamehet az orvoshoz. Ott együtt, a beteg terápiás szükségletének és pénztárcájának függvényében választhatják ki a megfelelő terápiát. Ha az adott szer nem kapható ellátási gondok miatt, kereshetnek ismét egy másikat. Az ellátatlanság, mint következmény azért is kerül nyomatékosításra, mert a közgyógyellátásra jogosult betegeknek a hatóanyag fix csoportos termékek közül csak és kizárólag a preferált ársávú termékek írhatók fel. A közgyógyellátott betegnél tehát a preferált gyógyszerkörből nem lehet kilépni. Ha nem sikerül abban a csoportban megfelelő, a patikában kapható gyógyszert találni, meg kell várni, amíg az OEP észleli és megállapítja az ellátatlanságot, majd hatósági aktussal a preferált sávba helyez egy másik gyógyszert, megállapítja az árát és a támogatását. Addig a közgyógyellátott beteg várakozik. A 2011. október 1-jétől előállt rendszerben több olyan csoport van, ahol egyetlen preferált, közgyógyellátásra írható szer maradt. Ezek egy részében ezt az egyetlen, közgyógyra írható szert korábban a betegek 2,3, vagy 2,7 továbbá egy másik csoportot nézve 5,3%-ának írták fel, azaz 2011. október 1-jétől majd 50-szer több beteget kell ezeknek a cégeknek ellátniuk, mint korábban. És bizonyosan nem csak a közgyógyellátott betegek szedik ezeket a szereket, azaz számolni kell a közgyógyon kívüli betegkörrel is.

A nyilatkozattétellel összefüggő, a fentieket okozó anomáliákat úgy lehetne megszüntetni, hogy a gyártónak, forgalmazónak akkor kelljen nyilatkoznia, amikor már tudja, hogy egyáltalán miről nyilatkozik, azaz a piac milyen szeletét kell ellátnia. Ésszerű, egyszerű dolgok ezek.

Fantomkészítmények

A „fantomkészítmény" problematika különösen fontossá vált a nyári jogszabály-módosítást követően, mivel a fixesítés szabályai szerint minimális, 1%-os forgalmi részesedéssel referenciakészítménnyé lehet válni, és egyben a többi készítmény támogatását meghatározni. Tudjuk azt, hogy nagyon könnyen el lehet érni a piacon két hónap alatt 1% piaci részesedést, majd a vaklicittel egy alacsony árat beajánlani, amellyel a támogatást hat hónapra meghatározhatja az adott cég. Valós probléma, hogy miután ezzel az alacsony árral a preferált termék padlóra küldi a csoport többi termékének árát és a támogatását, előfordulhat, hogy nem biztosítja a folyamatos betegellátást annak ellenére, hogy nyilatkozik az ellátásról – szankció ugyanis nincs beépítve a rendszerbe ennek kiszűrésére. A rendszer tehát nemcsak megengedi, hanem buzdítja a fantomkészítmények jelenlétét a rendszerben.

De lege ferenda a probléma megoldását jelenthetné a fixesítés szabályainál a referenciává válás minimális forgalmi részesedését 1-ről 5%-ra felemelni. Továbbá biztosítani kellene, hogy a gyártóknak legyen lehetőségük a referenciaár kialakítása után úgy lemenni a preferált ársávba, hogy megkapják a

referenciatámogatást. Ez a betegeknek, a gyártóknak is egyaránt érdeke.

Nyomott árú generikumok

A nyári változások kapcsán a generikumok most már jóval alacsonyabb áron kerülhetnek forgalomba. Emiatt kevesebb gyógyszer jelenik majd meg a piacon, mert az ilyen mértékű árspirált a cégek egy része nem bírja elviselni. Az árspirál azért is gondot jelent, mert a hazai árcsökkentés kihat az exportra, mivel maga után vonja az árcsökkentés kényszerű tendenciáját az exportpiacokon is. Ne felejtsük el, hogy a nagy hazai gyártók alapvetően exportorientáltak, jelentős mértékben járulnak hozzá az export-import szaldó javításához. Már 10% árcsökkentés is minimum ~320 millió $ exportkiesést jelent a hazai gyógyszeripar kelet-európai + orosz + egyéb FÁK országi piacokra irányuló exportjából. Szomorú, hogy úgy veszítheti el gyógyszerexportjának meghatározott értékét Magyarország, hogy egyéb okból az exportpiacokon nem kellene árat csökkentenie. Az ilyen negatív irányú folyamatok sohasem elszigetelt jelenségként mutatkoznak, ugyanis ha csökken a magyarországi államháztartás export árbevétele, csökken adó- és járulékbevétele is, csökken továbbá a foglalkoztatás (stratégiai exportpiacok tekintetében a termelés kivitele az országból előtérbe kerül). Szomorú ez azért is, mert bár vannak jogszabályban megjelenő, legális eszközök a támogatási rendszerben, mint például a támogatásvolumen-szerződések, melyek magyarországi árcsökkentés nélkül biztosítják a kassza betarthatóságát, ez a jogintézmény jelenleg csak az originális termékeknél létezik, generikus termékeknél hasonló eszköz nem áll rendelkezésre. Ennek megteremtést szorgalmazzuk.

A fentiek alapján tehát elmondható, hogy jelen támogatáspolitikai változások – azok eredményét tekintve – aránytalanul és indokolatlanul nagyobb mértékben sújtják a magyar gyártókat, a módosítások hatása pedig ellentétes Matolcsy György miniszter úr 2011. április 13-i nyilatkozatával („Ma csak 100 milliárd forintot költünk generikus gyógyszerekre, 240 milliárd innovatív gyógyszerek támogatására megy el, pedig ez utóbbival külföldi gyógyszerek importját finanszírozzuk. Ilyen rendszer nem működik sehol, ez igazságtalan és pazarló."). A kérdés a támogatáspolitikát tekintve tehát az, hogy a kitűzött cél időközben megváltozott-e, vagy a cél érdekében alkalmazott eszközök eredménye fordította épp ellenkező irányba a kitűzött célt, ugyanis tény, hogy a magyar gyógyszeripar részesedése a belföldi gyógyszerpiacból 30% alá esett.

Megszorítások

A kormányzat 2010-ben összesen négy ágazatra vetett ki úgynevezett válságadókat, annak érdekében, hogy a 2010-es és a 2011-es költségvetési hiánycélt tartani tudja hazánk. A tervek szerint a pénzügyi szférától 200 milliárd forintot, a távközlési vállalatoktól 61 milliárd forintot szednének be minden évben három esztendőn keresztül, míg az energetikai szektor évi 70 milliárd, a kereskedelmi láncok pedig évi 30 milliárd forinttal járulhatnak hozzá a költségvetéshez. (4) A fentiekhez képest a gyógyszeripari ágazati hozzájárulás rendszere nem 2010-ben, hanem már 2003-ban indult. Eleinte a befizetések a gyártók és az állam között kötött szerződések formájában realizálódtak. Ezt a rendszert 2007. január 1-jén felváltotta három, addig ismeretlen típusú befizetési kötelezettség: a 12 százalékos adó (valamennyi gyógyszertárban eladott, támogatott gyógyszerre a támogatás termelői árarányos része után), az orvoslátogatói díj (látogatónként évi 5 millió forint), a sávos kockázatmegosztás (a gyártók és az OEP között, mely szerint a gyógyszerkassza túllépése estén 9 százalékos túllépésig a gyártók és az OEP közösen finanszírozzák a hiányt, míg az efölötti hiányt kizárólag a gyártók állják). Továbbá létezik a támogatásvolumen-szerződésekből adódó befizetés (az innovatív szerek befogadása során az állam és a gyártó szerződést köt, hogy egy bizonyos forgalom fölött a vállalat visszafizeti a támogatást annak érdekében, hogy egy termék ne tudja „elvinni" a gyógyszerkasszát). A gyógyszergyártók tehát 2003 óta egészítik ki az OEP gyógyszertámogatási keretét és fizetnek be a költségvetésbe. Mint az a 3. számú táblázatban és az 1. ábrán is látható, a kasza kiegészítése összegszerűség tekintetében igen jelentős és évről évre emelkedik:

4. táblázat. A hazai gyógyszeripar összegszerű 2010. évi mutatói (Forrás: MAGYOSZ)

Nettó árbevétel, M Ft	830 106
Ebből	
– belföld	177 377
– export	652 729
K+F-ráfordítás, M Ft	60 216
Beruházás M Ft	60 041
Adók, járulékok, M Ft	64 351
Előzőeken felüli, Gyftv. szerinti bef., M Ft	9707
Ebből a 12 % szerinti befizetés	7207
a gyógyszerismertetők után	2500
Bér, járulékaival, M Ft	89 937
Foglalkoztatottak száma	13 468
Ezekből felsőfokú végzettségűek	5310
K+F-ben foglalkoztatottak száma	2145
Ezekből felsőfokú végzettségűek	1437
Új készítmények száma	169

A fenti befizetések végső soron azt eredményezték, hogy a központi költségvetésből kevesebb összeget kellett gyógyszertámogatásra fordítani annál, mint amennyit a lakosság katasztrofális mortalitási, morbiditási adatai igényeltek volna. Tudjuk, hogy a társadalombiztosítás a társadalom tagjainak közös kockázatvállalása alapján működő rendszer, amelynek fenntartásához minden társadalombiztosítási jogosultnak és foglalkoztatónak bizonyos befizetésekkel, járulékokkal kell hozzájárulnia. Álláspontom szerint azért egészen speciális a sávos „kockázatmegosztás" rendszere – mely szerint a gyógyszerkassza túllépése estén bizonyos százalékig a gyártók és az OEP közösen finanszírozzák a hiányt, míg az efölötti hiányt kizárólag a gyártók állják –, mert eredetileg az állam által ellátandó közfeladatot kell a gyártóknak direkt, közvetlen módon, egyre nagyobb összeggel finanszírozni a gyógyszer kassza túllépése esetén annak ellenére, hogy foglalkoztatóként már befizette a részére kötelezően kirótt járulékokat. Ilyen típusú – az eredményét tekintve – a támogatásvolumen-szerződések rendszere is. Ez az állami feladatok finanszírozását tekintve példátlan a költségvetés rendszerében.

A gyógyszeripar jelentős számú munkaerőt foglalkoztat és további foglalkoztatást generál, illetve tart fenn a kapcsolódó K+F-intézményekben, háttériparokban, kereskedelemben. Az ötszáz legnagyobb árbevételű cég első 50 legnagyobb foglalkoztatói körében a Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Nyrt. a 8., az Egis Gyógyszergyár Nyrt. pedig a 26. helyen áll (Forrás: HVG 2011. október 8. 40. szám. Csöbör és vödör között félúton). A gyógyszeripar jellemzője továbbá, hogy tekintélyes arányban

foglalkoztat felsőfokú végzettségűeket. Árbevételének közel 80%-a exportból származik. K+F és beruházási ráfordításai együttesen az árbevétel 15%-át teszik. A feldolgozóipar egészét tekintve a gyógyszeripar – az ismert gyógyszerpiaci problémák ellenére – csökkenő mértékű, de még mindig átlag feletti hatékonysággal, átlag feletti mutatókkal jellemezhető: a gyógyszeripar a feldolgozóipar foglalkoztatottainak 2,2%-ával (vagy KSH: 2,6) a termelés 4,4%-át, az export 4,9%-át biztosította 2010-ben, a beruházások 6,2%-át.

Ha fenti mutatókat egyszerűen kívánjuk megfogalmazni, azt mondhatjuk, hogy a gyógyszeripar a kevés innovatív ágazataink egyike, fejlesztési sikerekben gazdag, több mint 100 éves múlttal rendelkezik, világszerte elismert. Az egészségügyi ellátásban fontos szerepe van.

A fenti kimutatások azonban csak 2010 végéig követik a gazdasági mutatókat, 2011-ben további megszorításokkal kell számolni. 2011 júliusától a gyógyszeripari különadót 12%-ról 20%-ra emelték és megkétszerezték az orvoslátogatói díjat, amely éves szinten a korábbi ötmillió forintról tízmillió forintra nőtt orvoslátogatónként. Ennek következményeként beszűkülnek a K+F-ráfordítások, ezek visszahatnak a hazai gyógyszeripar versenyképességére, export piacain elérhető eredményeire. Ez csökkenő hazai gyártáshoz, foglalkoztatáshoz vezethet, amely szintén visszahat a hazai cégek GDP-hez való hozzájárulására, részvételükre a magyarországi értékteremtési láncban. Prognosztizálható, hogy a hazai cégeknél a döntési helyzetekben Magyarország hátrasorolt ország lesz, tehát amennyiben K+F-ről, beruházásról kell dönteni, nem hazánk lesz a preferált ország. A kedvezőtlen hazai piaci környezet nem kedvez az új gyógyszerek bevezetések, sőt biztosan termékeket vonnak majd ki. Ennek súlyos következményei lehetnek az emberek egészségi állapotára, betegterheire is. A hazai gyógyszeripar jelentősége csökken, sőt kedvezőtlen esetben a gyártást más országokba, például Ázsiába telepítik, így ez Magyarországon létszámleépítéshez, kutatás-fejlesztés és beruházás csökkenéshez vezet. Ez egyben csökkenő társadalmi szerepvállalást is jelent (így például népegészségügyi programban, oktatásban, orvostovábbképzésben). A megnövekedett terhek miatt a gyógyszeripari cégek az orvoslátogatói szolgáltatást várhatóan beszűkítik, leépítik. Több mint ezer orvoslátogató elbocsátása prognosztizálható. (5) Ez tovább növeli a munkanélküliséget, és újabb orvosokat kényszerít arra, hogy az országot elhagyják, miközben az orvosok elvándorlása már eddig is probléma volt.

A gyógyszeripar tehát a megszorítások vesztese, tovább tetézi ezt az, hogy a Gyógyszergazdaságossági törvény nyári módosításában az intézkedések ismét arra a gyógyszercsoportra koncentrálnak, amelyek a támogatott forgalom mintegy harmadát képviselik: az alacsony árfekvésű és fedezetű termékek ezek, melyeket a különadók és a támogatáspolitikai döntések egyébként is arányaiban nagyobb mértékben terheltek a múltban is. Az Állami Számvevőszéknek a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetése végrehajtásának ellenőrzéséhez írt Jelentése egyértelműen ezt fogalmazza meg: „A gyógyszertámogatási jogcímcsoport kiadásainak mérsékelt, 4,1%-os növekedése szinte teljes egészében a gyógyszertámogatás jogcím emelkedéséből származott. A növekedés a kiemelt támogatású gyógyszerek fogyasztásának eredménye volt, ebben a kategóriában a támogatás 13 539,0 M Ft-tal volt magasabb az előző évhez viszonyítva. Az emelt és a normatív támogatású készítmények körében nincs jelentős elmozdulás az előző évi fogyasztott mennyiségben és az előző évi társadalombiztosítási támogatáskiáramlásban sem". (6)

Hogyan tovább?

A stabilizáció, a konvergencia-program sikeres végrehajtása természetesen a hazai gyógyszeriparnak is érdeke. Az egészségügy szereplőinek terhei szükségszerűen növekednek, legyen szó a gyártókról, forgalmazókról, patikákról, kórházakról és az ellátás fő szereplőiről, a betegekről. A hazai gyógyszeripari cégek a megszorításokra megszorításokkal válaszolnak, termékkivonás, létszámleépítés, de minimum létszámstop. Ezek semmiképpen sem a gazdasági fellendülés indikátorai.

Kérdés tehát jelen esetben is, hogy vajon egyensúlyban vannak-e a 2011-es intézkedések eredményei a megálmodott célokkal? A válság miatti teherviselés kényszere nem billenti-e félre a mérleg másik oldalát, nem kockáztatja-e az ösztönzését a hazai beruházásoknak, K+F-tevékenységnek, a versenyképesség támogatásának, a foglalkoztatottságnak, az exportnak és így a hazai költségvetés gyarapításának? Vajon csak a különböző megoldások summája tűnik nagyon negatívnak és közben a cél nemes, egyértelmű, vagy a cél alakult át időközben?

És ne feledjük, hogy a gyógyszertámogatást az adófizetők pénzéből a központi költségvetésen keresztül a betegek, a gyógyszert kiváltók kapják. A gyógyszertámogatásra kifizetett pénz tehát a rászoruló betegeknek jut közvetlenül és nem a gyógyszergyáraknak. A gyógyszeripart sújtó, a támogatást csökkentő intézkedések és adók betegteher-növekedéssel, termékkivonással, ellátási problémákkal jár(hat)nak, azaz végső soron mindig a beteg szenvedi el az eredetileg nem neki címzett megszorításokat.

Irodalomjegyzék

1. *http://www.euvonal.hu/index.php?op=kerdesvalasz_reszletes&kerdes_valasz_id=1431 (2010. 03. 08.)*
2. *IME. 2010. február – IX. évfolyam 1. szám dr. Antal János, dr. Szepezdi Zsuzsanna, Nagyjánosi László, dr. Kaló Zoltán: A nemzetközi klinikai vizsgálatok helyzete és hozadéka Magyarországon http://www.mediatime.hu/megrendelok/imeonline/index.php?kateg=archivum81*
3. *http://www.weborvos.hu/lapszemle/gyogyszerek_1700_dragul_500_olcsobb/182015/ (2011. 10. 01.)*
4. *http://ecoline.hu/ecoline/20101102_valsagado_gyogyszer (2010. 11. 02.)*
5. *http://www.medicalonline.hu/pharma_klub/cikk/elbocsatasi_hullam_a_gyogyszeriparban (2011. 08. 31.)*
6. *http://www.asz.hu/jelentes/1117/jelentes-a-magyar-koztarsasag-2010-evi-koltsegvetese-vegrehajtasanak-ellenorzeserol/1117j000.pdf (2011. 08.)*

A szerző a MAGYOSZ igazgatója.

A magyarországi gyógyszer-nagykereskedelem helyzete és jövőképe

Tíz évvel ezelőtt tanulmány készült a gyógyszer-nagykereskedelem helyzetéről. Akkor az aktualitást az iparág piacvezető cégének, a Hungaropharma Zrt.-nek a privatizációja adta. Jelen tanulmány aktualitását az iparág szabályozásának változása és a tervezett, illetve részben már megvalósuló drasztikus költségcsökkentési intézkedések adják.

Dr. Feller Antal

A **magyarországi** gyógyszerforgalmazás egészét tekintve elmondható, hogy a nagykereskedelem az egyik leghatékonyabban működő és legmagasabb szintű szolgáltatást nyújtó szereplője az ágazatnak. A működést a jogszabályi kereteken túl szigorú minőségbiztosítási követelmények, valamint a GDP (Good Delivery Practice – a logisztikai tevékenységet szabályozó követelményrendszer, Helyes Gyógyszer-forgalmazási Gyakorlat) és GMP (Good Manufacturing Practice – a gyógyszerek gyártását, nagykereskedelmi gyakorlatban a másodlagos csomagolás megváltoztatását szabályozó követelményrendszer, Helyes Gyógyszergyártási Gyakorlat) előírások szabályozzák. Köszönhetően az erősen szabályozott működésnek, valamint a zárt logisztikai folyamatoknak, elmondhatjuk, hogy Magyarországon a gyógyszer-nagykereskedőkön keresztül a mai napig egyetlen doboz hamis gyógyszer sem került forgalomba, nem érkezett a gyógyszertárakba, és nem jutott el a betegekhez.

Az eltelt tíz év komoly, sokszor a rendszert gyökereiben érintő változásai után, 2011-ben fordulóponthoz érkezett a gyógyszer-nagykereskedelem, illetve az egész magyar gyógyszerpiac. A 2006. évi XCVIII. törvény A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati-segédeszköz ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól 2011. január 1-jén életbe lépő módosításai (és július elsejei újramódosítása), a 2011-ben ismertetett Széll Kálmán-terv egészségügyet érintő intézkedései, valamint a 2011-es, az egészségügyi költségvetés egyensúlyának megőrzése érdekében tett lépések alapvetően befolyásolják az ágazat jövőjét már rövid- és középtávon is.

Mielőtt azonban a 2000–2011 időszakban a magyarországi gyógyszerpiacon történt, valamint a következő évekre előirányzott változásokat és azok hatásait elemeznénk, tekintsük át röviden – szinte csak felsorolás szintjén – azt, hogy mi jellemzi napjainkban a nemzetközi gyógyszerpiacot.

1. A gyógyszer-kereskedelem nemzetközi jellemzői

1.1. A forgalom jellemzői

Az IMS előrejelzése alapján a világ gyógyszerpiacának növekedése a következő öt évben lassul, mindössze 3–6 százalékos növekedés várható, az elmúlt öt év 6,2 százalékos évi átlagos növekedéséhez képest. A világ gyógyszerkiadásai 2015-ig elérik az évi 1100 milliárd dollárt. Európában a növekedés mértéke 2–5% körül várható. Magyarországra vonatkozóan 2011–2015 közötti időszakra az IMS Health előrejelzése a patikai csatornán 0,9%-os, míg a kórházi felhasználásban 3,1%-os növekedés.

A következő évek növekedését befolyásoló tényezői világszinten

A növekedés irányába mutató tényezők:
- A fejlődő országok (BRIC-országok – Brazília, Oroszország, India, Kína; Törökország) növekvő kereslete;
- A fejlett országok növekvő kereslete: idősödő népesség + növekvő elvárás a hosszú, aktív életévek iránt;
- Új terápiák megjelenése: pl. szklerózis multiplex, aritmia, áttétes melanoma, prosztatadaganat (vakcina);
- Dinamikusan növekvő terápiás területek 2015-ig: onkológia, diabétesz, COPD;
- Biohasonló (biosimiler) készítmények gyors fejlődése, térnyerése.

A csökkenés irányába mutató tényezők:
- Szabadalmak lejáratának hatása;
- Nő a költségmegtakarítást kikényszerítő kormányzati/biztosítói nyomás – tenderek, referenciaárazás, árcsökkentés, támogatáscsökkentés, generikus programok;
- Generikus gyógyszerek térnyerése.

1. táblázat. A három legnagyobb gyógyszer-nagykereskedő piaci részesedése Európában és Amerikában; 2005–2006, 2010

USA		EU 25	
Gyógyszer-nagykereskedő	**Piaci részesedés 2005**	**Gyógyszer-nagykereskedő**	**Piaci részesedés 2006**
McKesson	36%	Celesio	15%
Cardinal Health	32%	Phoenix	14%
AmerisourceBergen	27%	Alliance Boots	11%
Összesen	**95%**	**Összesen**	**40% (2010: ~70%)**

1.2. A gyógyszer-kereskedelemre ható tényezők

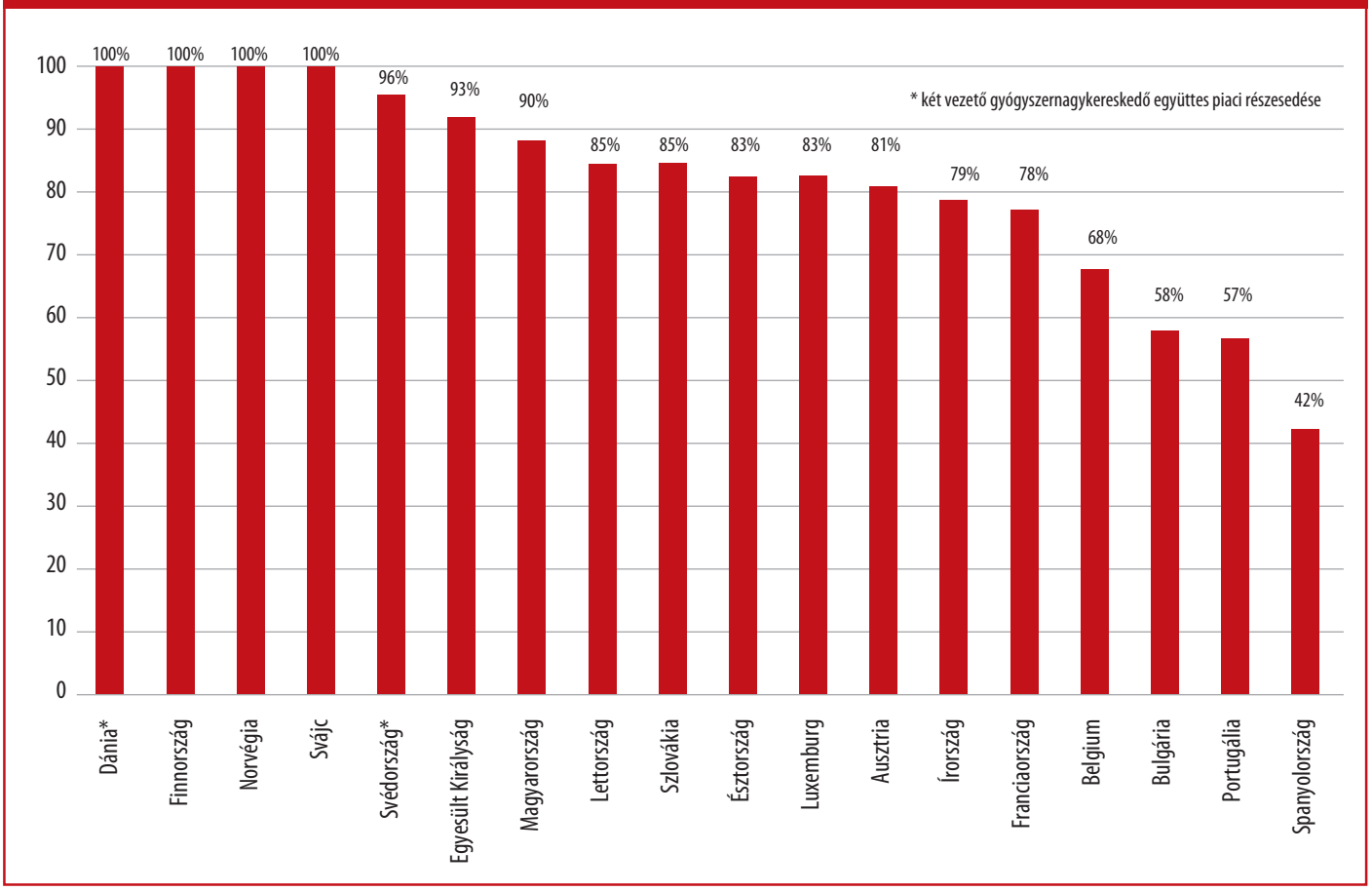
A – szinte valamennyi – piacon megfigyelhető jelenségek a következők:

- Gyógyszer-kiskereskedelem liberalizációja az EU országaiban: a fajlagos költségek és a gyógyszer-nagykereskedők kockázata nő;
- Erősödik a biztosítók alkupozíciója;
- A szigorodó ár- és árrés-szabályozás csökkenti a forgalmazók fedezetét;
- A gyógyszergyártók törekvései az elosztási csatorna kontrolljára (pl. Anglia – DTP, azaz „Direct to Pharmacy”-modell: adott gyártó termékeit egy logisztikai szolgáltatást nyújtó cég – adott esetben gyógyszer-nagykereskedő – szállítja valamennyi gyógyszertárba szolgáltatási díjért; RWA, azaz „Reduced Wholesale Agreement”-modell: adott gyártó csak néhány, csökkentett számú nagykereskedőn keresztül forgalmazza termékeit);
- Innovatív gyógyszerek fejlesztése – növekvő igény a speciális tárolás, szállítás iránt, valamint a dokumentációt igénylő gyógyszerelés iránt (pl. oltások);
- Betegek „tudatos vásárlóvá” válása – megelőzés jelentősége erősödik;
- Növekvő igény az OTC-gyógyszerek iránt – egyes, korábban támogatott, nagy forgalmú készítmények vénynélkülivé válnak (pl. antiallergikumok);
- Lappangó fogyasztói igény a gyógyhatású készítmények és szépségipari termékek iránt – új termékcsoport definíciók megjelenése (pl. „dermaceuticals” és „nutraceuticals”);
- Otthonápolási szolgáltatások gyors terjedése;
- Adherencia, compliance iránti igény növekedése – gyártói, esetleg szabályozó oldali elvárások;
- Gyógyszerészi gondozás jelentőségének erősödése.

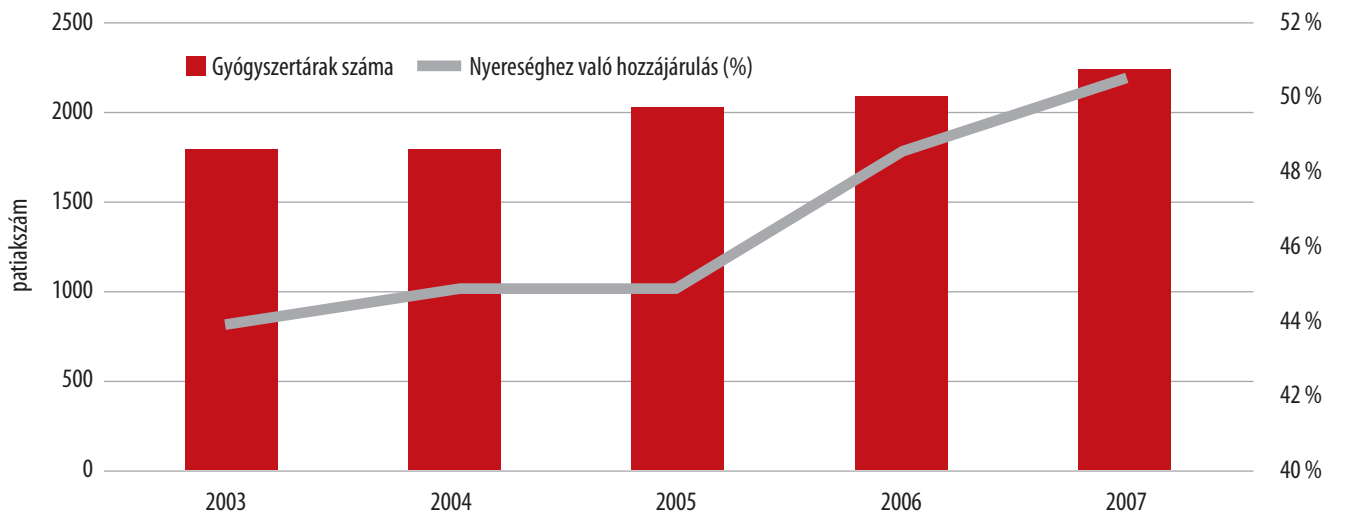
1.3. Lehetséges gyógyszer-nagykereskedelmi válaszok a gyógyszerpiacon jelentkező kihívásokra

A fejlett országok piacán a gyógyszer-kis- és nagykereskedelmi tevékenység gyenge és folyamatosan továbbgyengülő megtérülési mutatói következtében az alábbi tendenciák figyelhetőek meg:

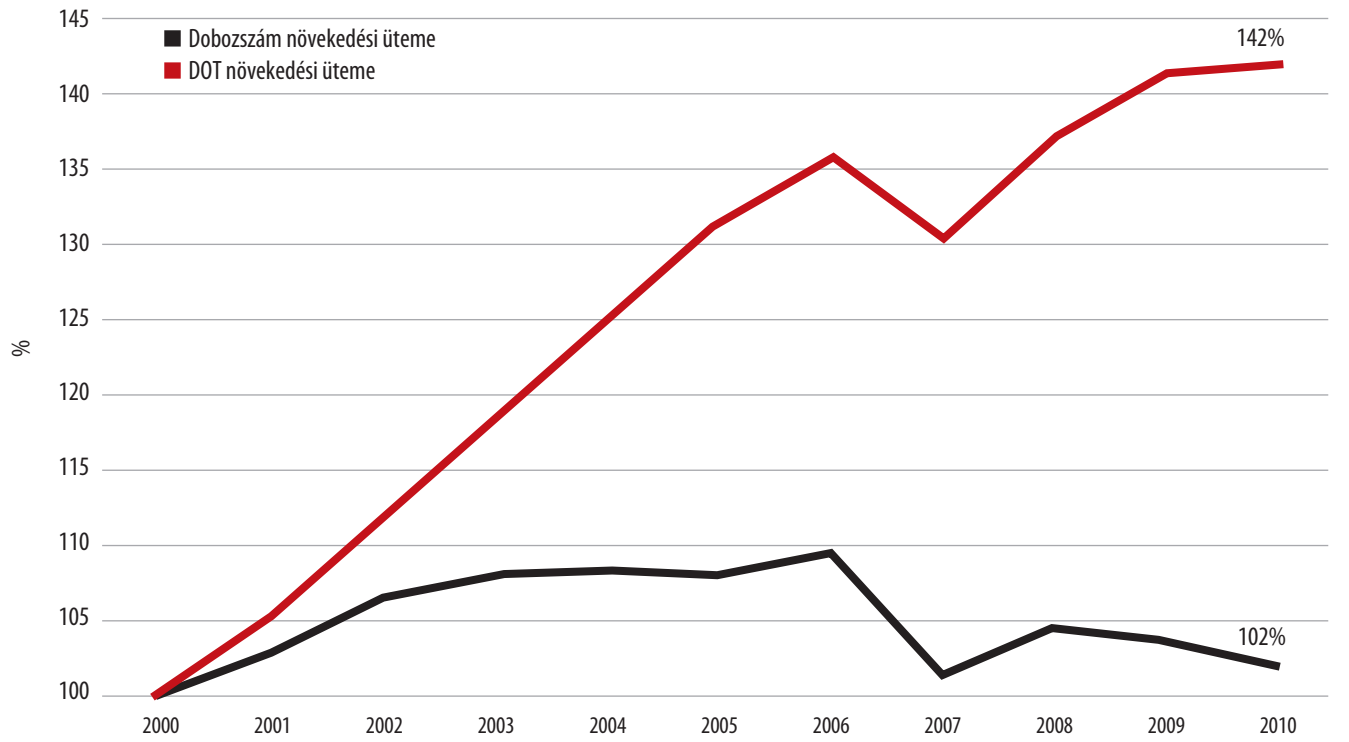
1. ábra. A három legnagyobb gyógyszer-nagykereskedő együttes piaci részesedése, 2010 (Forrás: GIRP)



2. ábra. A patikai tevékenységből származó nyereség aránya a Celesio nagykereskedőnél, 2003–2007 (Forrás: IMS Health elemzés publikus adatok alapján)



3. ábra. A gyógyszerpiac mennyiségi növekedése, 2000–2010 (2000=100% , forrás: IMS Health)



A. A gyógyszer-nagykereskedők koncentrációja

A legnagyobb három gyógyszer-nagykereskedő összpiaci részesedését Amerikában és Európában az 1. táblázat mutatja. Európában is erőteljes koncentráció figyelhető meg, de ennek mértéke még nem éri el az Amerikában tapasztalható értéket. Az 1. ábra országonként a három legnagyobb nagykereskedő piaci részesedését mutatja Európa egyes országaiban.

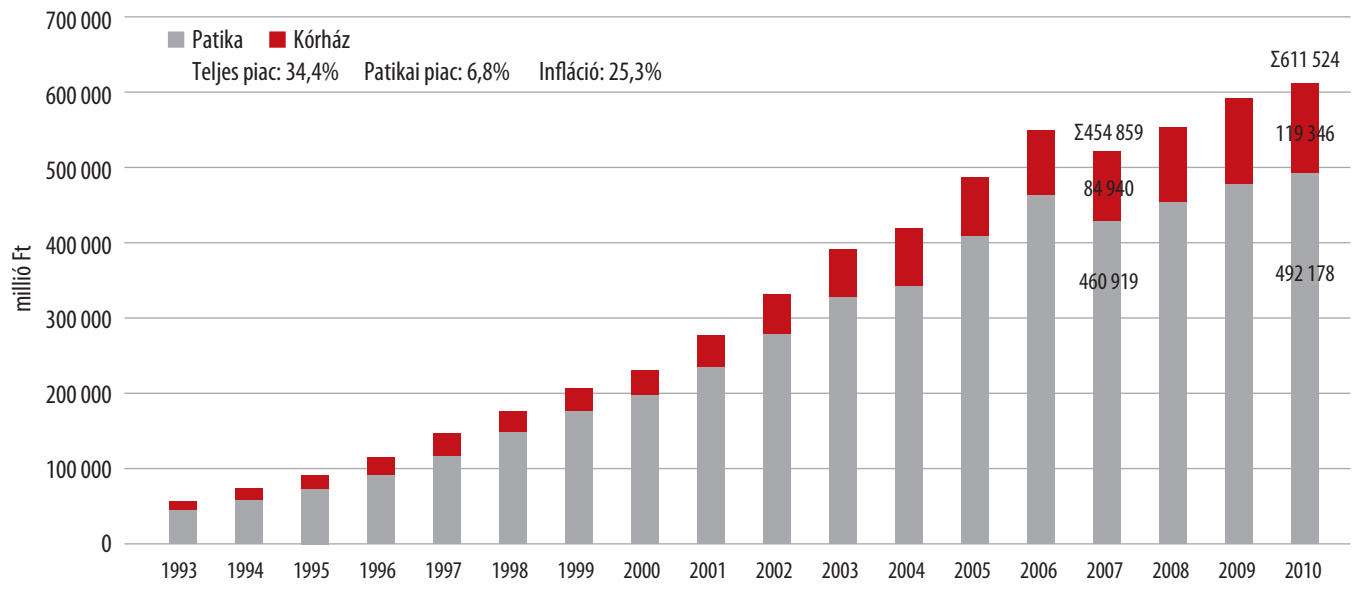
B. A gyógyszer-kiskereskedelem koncentrációja

A méretgazdaságossági előnyök kihasználása a kiskereskedelmi piacon is erőteljes koncentrációs folyamatot indított el. Amerikában a láncban működő gyógyszertárak aránya 70% feletti, Európában ez az arány 5–10% közé tehető (az arány országonként nagyon eltérő: Norvégia – 97%; Egyesült Királyság – 53%; Hollandia – 39%; Románia – 30%; Svájc – 15%; 2008-as adatok alapján), a folyamat azonban gyorsuló tendenciát mutat.

C. A két szektor vertikális integrációja

A nagykereskedelem jövedelmezőségének csökkenése a nagykereskedelmi szektor koncentrációja mellett a nagykereskedők által történő patikafelvásárlásokhoz is vezet. Ahol törvényi akadálya van a nagykereskedelmi tulajdonosi láncnak,

4. ábra. Országos forgalom patikai és kórházi csatornán (nagykereskedelmi áron, millió Ft-ban, 1993–2010; forrás: IMS Health)



Növekedési ütem	1994/1993	1995/1994	1996/1995	1997/1996	1998/1997	1999/1998	2000/1999	2001/2000	2002/2001	2003/2002	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
Teljes piac	31,1%	27,3%	25,3%	26,2%	20,2%	17,5%	11,5%	18,7%	18,8%	18,2%	6,0%	17,0%	12,7%	-4,4%	7,0%	6,0%	4,2%
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Infláció	18,8%	28,2%	23,6%	18,3%	14,3%	10,0%	9,8%	6,8%	5,3%	5,2%	4,5%	3,6%	3,5%	8,0%	6,1%	4,2%	4,9%

ott (a biztos és jól működő vevőkör kialakítása érdekében) a nagykereskedők virtuális láncokat alakítanak ki.

A folyamatot jól érzékelteti a 2. ábra adata: a nagykereskedelmi szektor jövedelmezőségének csökkenése következtében, az egyik páneurópai nagykereskedő (Celesio) profitjának már 2007-ben több mint 50%-a a mintegy 2200 tagot számláló patikaláncának működtetéséből származik.

D. Az egészségügyi ellátórendszerben betöltendő új szerep érdekében, a nagykereskedők – a gyártók, gyógyszertárak, kórházak és a lakosság részére kínált – új szolgáltatásokkal jelennek meg a piacon

Az 1–4. pontokban felsorolt válaszok, illetve azok kombinációja függ a jogi (szabályozói) és a gazdasági környezettől.

2. A magyarországi gyógyszerpiac

2.1. Törvényi változások

Ebben a részben áttekintem az elmúlt tíz év törvényi változásait. Az áttekintés rövid – felsorolás jellegű –, mert a részletes tárgyalás meghaladja ennek a cikknek a kereteit.

Ugyan e cikk – címe alapján – a nagykereskedelem helyzetének elemzését tűzte ki célul, azonban nem hagyhatom figyelmen kívül a gyógyszergyártás és a gyógyszer-kiskereskedelem szabályozásának változásait sem. Ennek az oka az, hogy – különösen a magyar gyógyszerpiachoz hasonlóan alulfinanszírozott környezetben – a szereplők egymásra utaltsága nagyon erős. Bármelyik szereplőt érinti a változás, az hatással van az iparág többi tagjára is. A nagy- és kiskereskedelem egymásra utaltságának jegyei:

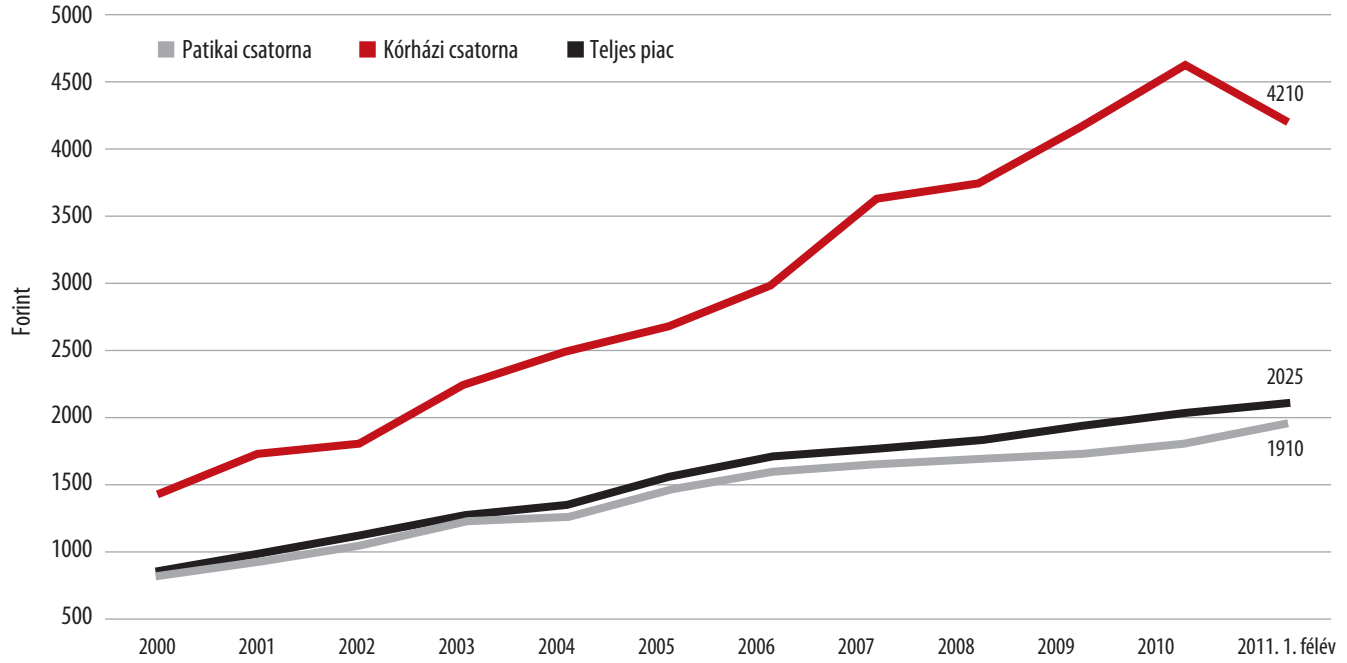
– a gyógyszer-nagykereskedők finanszírozzák a gyógyszertárak egy jelentős részének eladósodottságát;
– a gyógyszer-nagykereskedők komoly, sok gyógyszertárban a túléléshez nélkülözhetetlen mértékű utólagos árengedményt biztosítanak a gyógyszertáraknak;
– a gyógyszer-nagykereskedők hozzájárulnak a patikák készletének finanszírozásához is – hosszabb fizetési határidő (20–25 nap felett) esetén nem csak a térítési díj, de az OEP-támogatás is előbb befolyik a gyógyszertár számlájára, mint a nagykereskedői számla lejárata;
– ide sorolható továbbá a nagykereskedők által nyújtott szolgáltatási színvonal – készletezés, szállítási gyakoriság, a rendelésfelvétel és a szállítmány gyógyszertárba érkezése közötti minimális idő –, amely az alacsony patikai készletek negatív hatását igyekszik csökkenteni.

A szoros egymásra utaltságon túl, a nagykereskedők a 2007–2010 közötti időszakban, a szabályozás változása következtében, a nemzetközi tendenciáknak megfelelően és a nagykereskedelmi piacot jellemző erős versenyhelyzet miatt, gyógyszertár-tulajdonosként is beléptek a kiskereskedelmi piacra. Ennek megfelelően elmondható, hogy a kiskereskedelmet érintő szabályozásváltozások nem csak közvetve, de közvetlenül is érintik a gyógyszer-nagykereskedelmet.
2000–2010 időszakban, a jogszabályi környezetben az alábbi fontosabb változások történtek:

A. Árrés-változások

– 2001-ben a 19/2001. (V. 23.) EüM-rendelet életbe lépésével, a gyógyszer-kereskedelmi árrések tekintetében új szabályozás lépett életbe, melynek következtében csökkent a gyógyszer-kereskedelemi tevékenység során maximálisan felszámolható árrés átlaga;
– 2004-ben módosításra került a 19/2001 (V. 23.) EüM-rendelet. A kiskereskedelmi árrés-rendszer sávhatárait és értékeit is módosították. A drága készítményeken realizálható maximális kiskereskedelmi árrés mértéke 630 Ft-ról 850 Ft-ra emelkedett, ugyanakkor a sávhatár

5. ábra. A nagykereskedelmi átlagár alakulása patikai és kórházi csatornán, illetve a teljes piacra vetítve; 2000 – 2011. I. félév (forrás: IMS Health)



Növekedési ütem	2001/2000	2002/2001	2003/2002	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2010/2006
Patikai csatorna	14,1%	15,2%	16,2%	4,7%	19,1%	11,0%	-0,3%	4,2%	4,8%	4,8%	14,2%
Kórházi csatorna	24,1%	7,7%	24,0%	12,1%	8,0%	11,7%	24,4%	2,1%	12,2%	10,9%	58,0%
Teljes piac	15,5%	14,4%	17,3%	5,8%	17,3%	10,8%	3,1%	4,1%	6,0%	5,6%	20,3%

kitolásra került – így a maximális érték, az 5000 Ft feletti nagykereskedelmi áru készítményekre vonatkozik (korábban 3500 Ft volt a felső sáv alsó határa): ez volt az utolsó valorizáció – ahogy a későbbiekben látjuk, mintegy másfél évig tartott pozitív hatása;
– 2007-ben a gyógyszerpiac liberalizálásának egyik elemeként a társadalombiztosítási támogatással nem rendelhető készítmények szabadárassá váltak. Az 5/2007. (I. 24.) EüM-rendelet a hatósági árrés-szabályozás köréből kivonta a társadalombiztosítási támogatással nem rendelhető gyógyszerek körét.

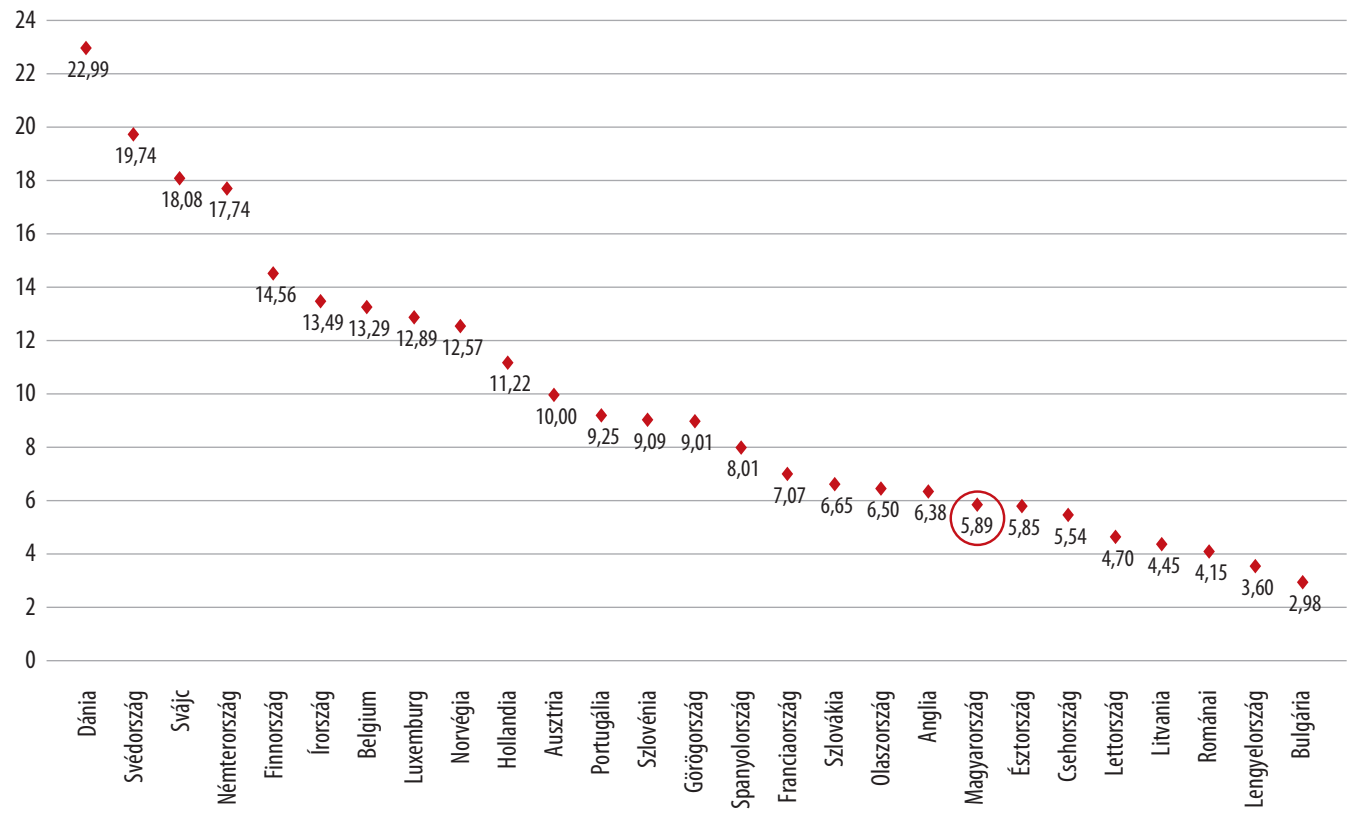
B. Gyógyszerforgalmazás általános szabályai, feltételei: Gyftv. (2006)

2007. előtt új gyógyszertár alapítását szigorú szabályok korlátozták és a működtetés védett piacon történt. A szabályozás fő jellemzői:
– létesítési korlátok (5000 lakos, méterhatár);
– a társasági formára vonatkozó előírások: gyógyszertárat csak egyéni vállalkozó, vagy betéti társaság működtethetett, a betéti társaság beltagja csak gyógyszerész lehetett;
– az árverseny kizárása – minden gyógyszertárban azonosak voltak a gyógyszerárak;
– erősen korlátozott marketing tevékenység;
– a gyógyszergyártói, gyógyszer-nagykereskedelemi és gyógyszer-kiskereskedelemi tevékenységek jogi szétválasztása, illetőleg erőteljes elhatárolása.

2006. december 29-én lépett életbe az előzőekben már hivatkozott törvény a Gyftv. A törvény extra adókat vet ki a gyógyszergyártás és -forgalmazás valamennyi szereplőjére:
– 12% adó a támogatott készítmények után –gyártói teher;
– 2,5% adó a gyógyszer-nagykereskedők esetében – alapja a támogatott gyógyszerek forgalmazásából származó árrés-tömeg;
– adó a gyógyszertárak esetében – alapja egy bizonyos mérték feletti árrés-tömeg;
– orvoslátogatók után fizetendő adó (eltörölve, majd újra bevezetve).

A törvény erőteljes elmozdulást jelent a kiskereskedelem liberalizációja irányába:
– gyógyszertár-alapítás földrajzi korlátainak felszabadítása (5000 lakos, méterhatár) könnyen teljesíthető, három évre szóló többletvállalás mellett (nyitva tartási idő, házhozszállítás stb.);
– gyógyszertár működtetési formájának felszabadítása – kft. és rt. is működtethetett ettől kezdve gyógyszertárat;
– személyi jog intézményének lazítása;
– személyi jogos gyógyszerész kötelezően tulajdonos a működtető társaságban, de ez lehet bármekkora (akár minimális) tulajdoni hányad is;
– egy gazdasági társaság több gyógyszertárat is működtethetett, kialakultak a „patikaláncok";
– lehetővé vált a gyógyszertárakat működtető gazdasági társaságokban a gyógyszergyártók és gyógyszer-nagykereskedők tulajdonszerzése;
– egy szűk termékkörre (OTC) lehetővé vált a patikán kívüli gyógyszerárusítás;
– marketingtevékenység addigi korlátozó szabályainak jelentős fellazítása.

6. ábra. Átlagos kiskereskedelmi ár Európa 18 országában, 2010 (euróban, forrás: IMS Health)
Hogyan alakult a vizsgált években a forgalmazott gyógyszerek és hatóanyagok száma?



Változások a gyógyszertámogatás rendszerében:
– támogatási-kulcs csökkentés;
– negyedévente „fixesítés", havonta árcsökkentések;
– vizitdíj, minimális térítési díj (eltörölve);
– felírási szokások ellenőrzése, szankcionálása (folyamatos fenyegetettség).

Érvek és ellenérvek (szélsőséges érzelmeket sem nélkülöző) tömege hangzott el a liberalizáció mellett és ellen – ezekre, ebben a dolgozatban már nem térek ki. Mindössze néhány olyan tényt sorolok fel, amely a betegek szempontjából pozitív változást hozott a 2007–2010-es időszakban (természetesen ez mindössze egy, de rendkívül fontos szempont – nem jelenti azt, hogy az időszak változásaival egyetértenék):
– szolgáltatás verseny alakult ki;
  • a nyitva tartási idő növekedett;
  • a hétvégi nyitva tartás általánossá vált (az üzletközpontokban mindenképpen);
  • ügyeleti időben javult a gyógyszerhez jutás esélye;
  • a gyógyszerészi gondozás felértékelődött;
– árverseny alakult ki.

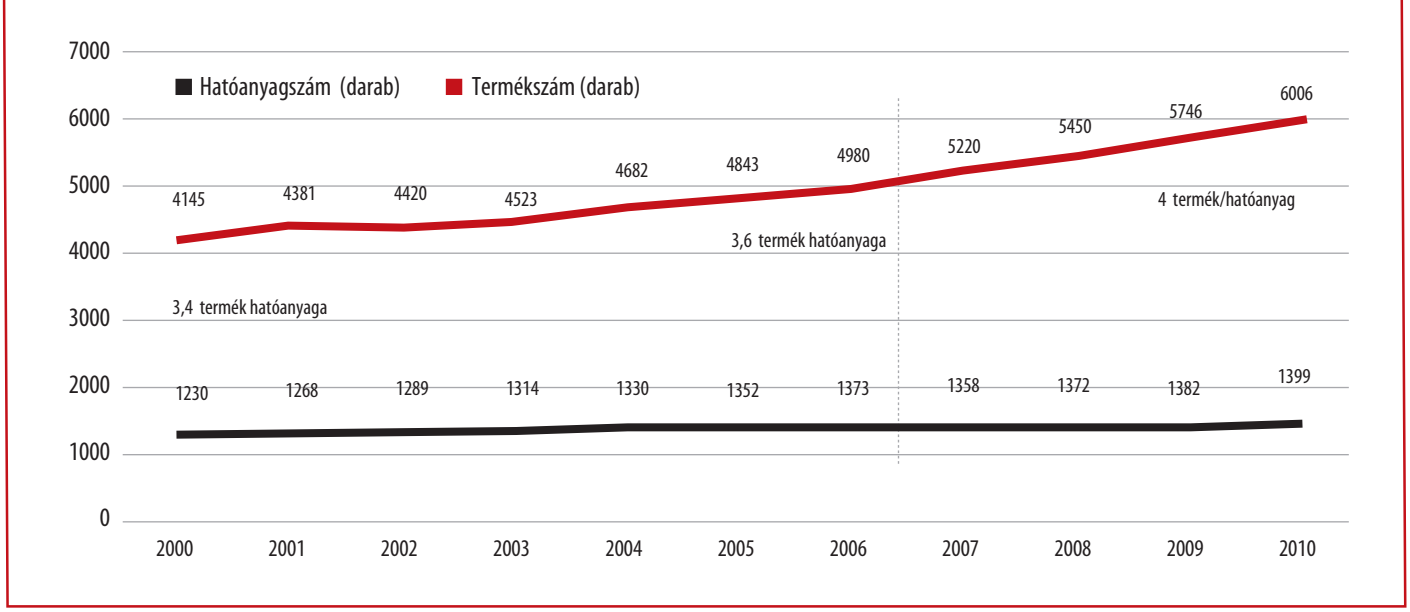
C. Gyógyszerforgalmazás általános szabályai, feltételei: Gyftv. változása (2010)
– Patikanyitási moratórium 2010. augusztus–december;
– 2011. január 1-jétől patikaalapítás korlátozása (településnagyságtól függően 4000–4500 fő/patika, 250–300 méter távolság);
– Tulajdonosi viszonyok újraszabályozása, gyógyszergyártó és gyógyszer-nagykereskedő gyógyszertári tulajdonszerzésének ismételt megtiltása;
– Gyógyszerész-tulajdon erősítése, meglévő gyógyszertárakban kialakítandó gyógyszerészi tulajdoni hányad előírása (2014-ig 25%-ot meghaladó, 2017-ig 50%-ot meghaladó);
– Személyi jog intézményének erősítése, patikamenedzsment-jogok változása;
– Patikai marketingeszközök és lehetőségek erőteljes korlátozása.

Összefoglalva: a 2010 augusztusában életbe lépett patikanyitási moratórium, majd a 2011. január 1-én életbe lépett Gyftv. változások a gyógyszer-kiskereskedelmi liberalizáció korlátozását, a 2007-ben elindult liberalizációs folyamatok megállítását, sőt visszafordítását jelentik.

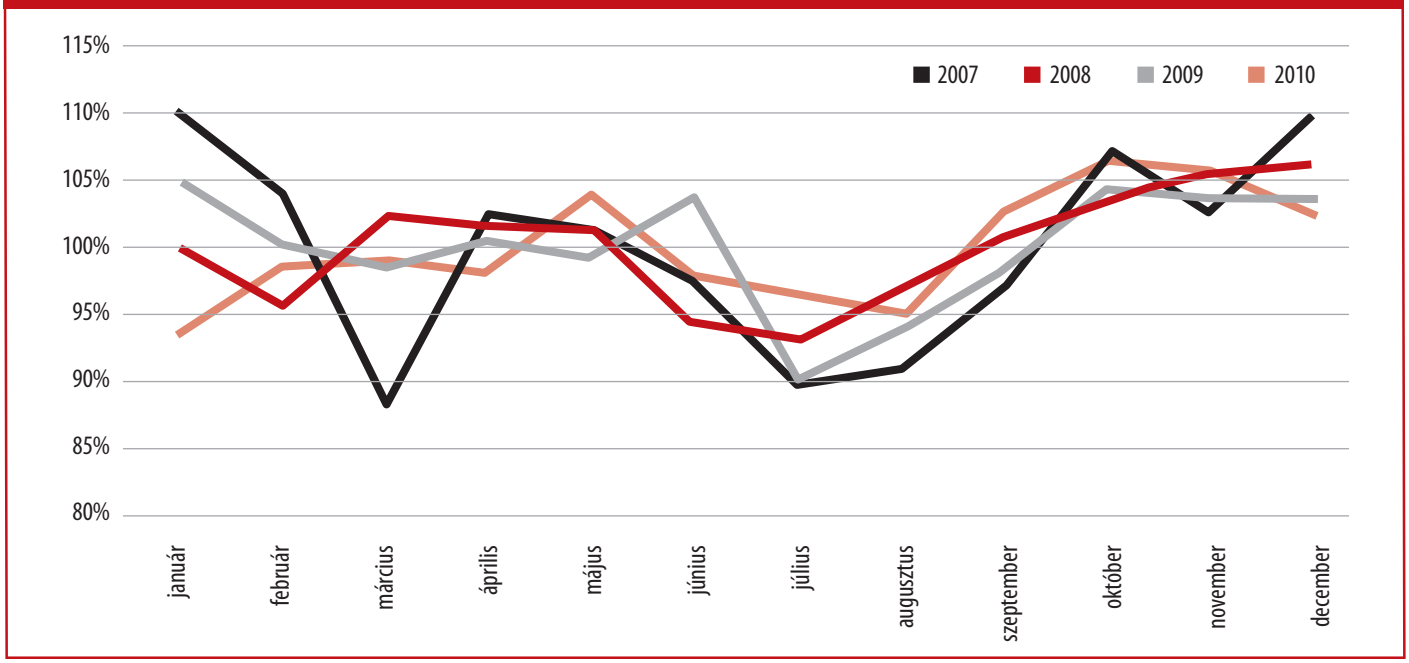
Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény módosítása (hatálybalépés 2011. július 1.):
– kamarák hatósági jogkört kapnak;
– kötelező kamarai tagság.

2011. évi költségcsökkentő intézkedések (2011-es egyensúlymegőrzési lépések, Széll Kálmán-terv egészségügyet érintő pontjai és Semmelweis-terv)
– Gyógyszer-támogatási kiadások csökkentése;
– Támogatási rendszer változása – jelenlegi gyógyszertámogatási kiadások harmadával, 2013-ra 120 Mrd Ft-tal történő csökkentése;
– Bevételt növelő intézkedések – gyártói extraadók;
– Kiadást csökkentő intézkedések – indirekt módon, a támogatási rendszeren keresztül, a gyógyszerfogyasztási szokások megváltoztatása, árcsökkentési kényszer

7. ábra. A magyar gyógyszerpiacon forgalmazott termékek és hatóanyagok számának alakulása, 2000–2010 (forrás: IMS Health)



8. ábra. Egy munkanapra jutó forgalom változása, 2007–2010 (éves átlag=100%; forrás: IMS Health)



(„vaklicit", preferált ársáv) a gyógyszergyártókon;
– Piac minden szereplőjét érinti: gyártó, nagy- és kiskereskedő, kórház, orvos, beteg;
– Cél: betegterhek ne növekedjenek;
– Fekvő- és járóbeteg-ellátás rendszerének, infrastruktúrájának átalakítása, betegutak racionalizálása.

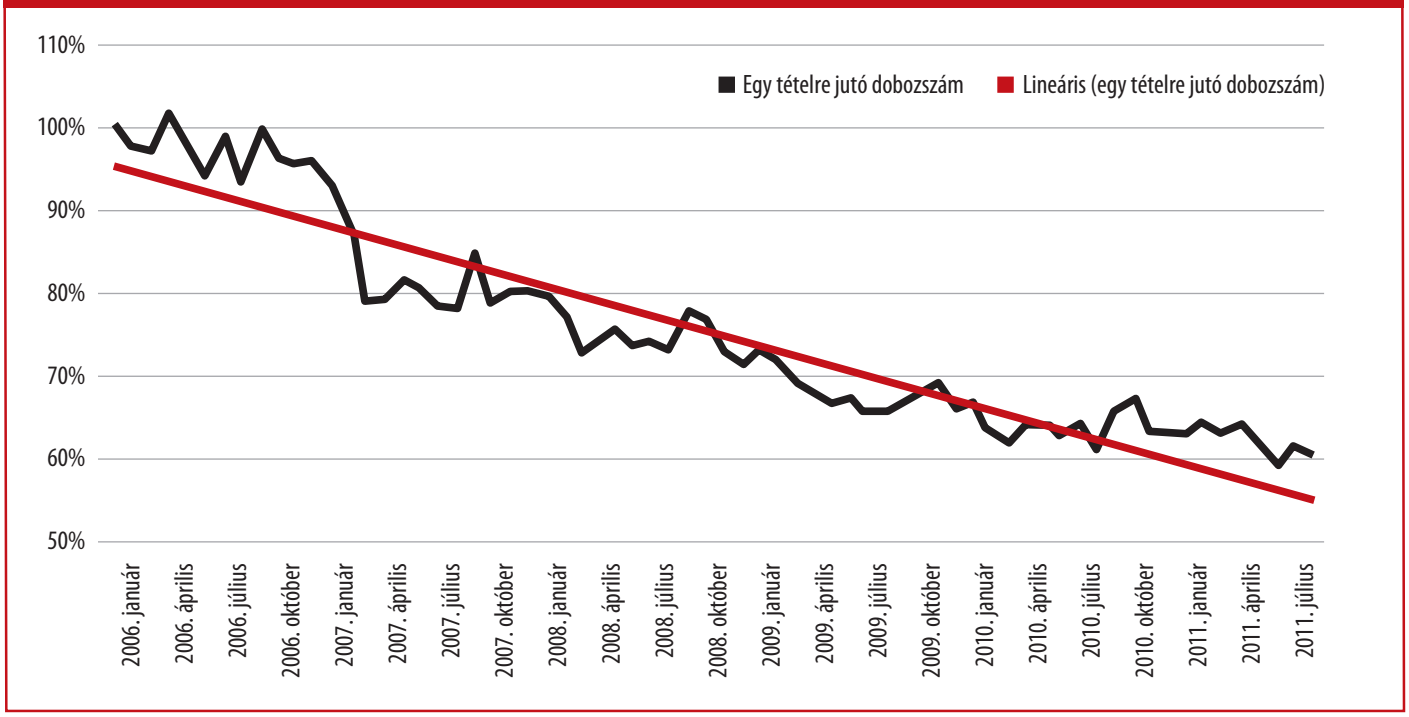
Az EU-tagsággal járó törvényi szabályozásbeli változások (jellemzően a gyógyszerhamisítás kockázata csökkentésének célját szolgálják)
– Elsősorban a gyógyszergyártás és a kereskedelem technikai és adminisztrációs feltételeit szigorítják;
– A gyógyszerforgalmazásra vonatkozó előírások szigorodtak és szigorodni fognak, elsősorban a raktározási és szállítási körülményeire vonatkozóan, illetve betartásának ellenőrizhetővé tételére irányulnak;
– Szigorodnak a gyártás ellenőrzésére vonatkozó követelmények is. Ld.: pl. gyógyteák.

2.2. Forgalom, árszínvonal

A következőkben áttekintem a gyógyszerforgalom legjellemzőbb mutatóinak alakulását 2000–2010 időszakra vonatkozóan. Az adatok az IMS Hungary adatbázisából származnak, és a törzskönyvezett készítményekre (a monokomponensű homeopátiás termékek nélkül) vonatkoznak. A vizsgált készítménykör hozzávetőlegesen a gyógyszer-nagykereskedelmi forgalom 95%-át adja.

2000-tól 2006-ig mind a dobozszámban, mind a DOT-ban (azaz a kezelési napok számában) mért forgalom növekedett, az előbbi jelentősen nagyobb mértékben. Ld.: 3. ábra. 2007-ben mindkét mutató alapján csökkenés következett be – ennek oka, hogy csökkent a támogatási szint (emelkedtek

9. ábra. Egy tételre jutó dobozszám, 2006–2011. 08. hó (2006. január=100%; forrás: Hungaropharma Zrt.)



2. táblázat. A 10 legnagyobb gyártó és piaci részesedése az országos forgalomból; 2000 és 2010

2000. évi TOP 10 gyártó részesedése		2010. évi TOP 10 gyártó részesedése		
Gyártó	**Részesedés 2000.**	**Gyártó (jogelődökkel együtt)**	**Részesedés 2000**	**Részesedés 2010**
Richter Gedeon	9%	Novartis	7%	9%
EGIS	7%	Sanofi-Aventis	7%	9%
Novartis Hungária	7%	Richter Gedeon	9%	6%
Sanofi-Synthelabo	6%	Teva	6%	5%
Merck Sharp & Dohme	4%	EGIS	7%	5%
Biogal	4%	MSD Corp.	7%	5%
Pfizer	4%	Pfizer	6%	5%
Lilly	3%	Roche	4%	4%
Schering-Plough	3%	GSK	5%	4%
Pharmacia	3%	BAYER	4%	4%
Összesen	50%	Összesen	63%	56%

3. táblázat.
Gyógyszergyártói piacon történt felvásárlások és összeolvadások; 2000–2010

Glaxo Wellcome	SmithKline Beecham
Pfizer	Pharmacia, Wyeth
Sanofi-Synthelabo	Aventis, Zentiva
Novartis	Chiron, Hexal (1A Pharma)
TEVA	Ivax, ratiopharm
Bayer	Schering AG
MSD	Schering-Plough, (Organon)

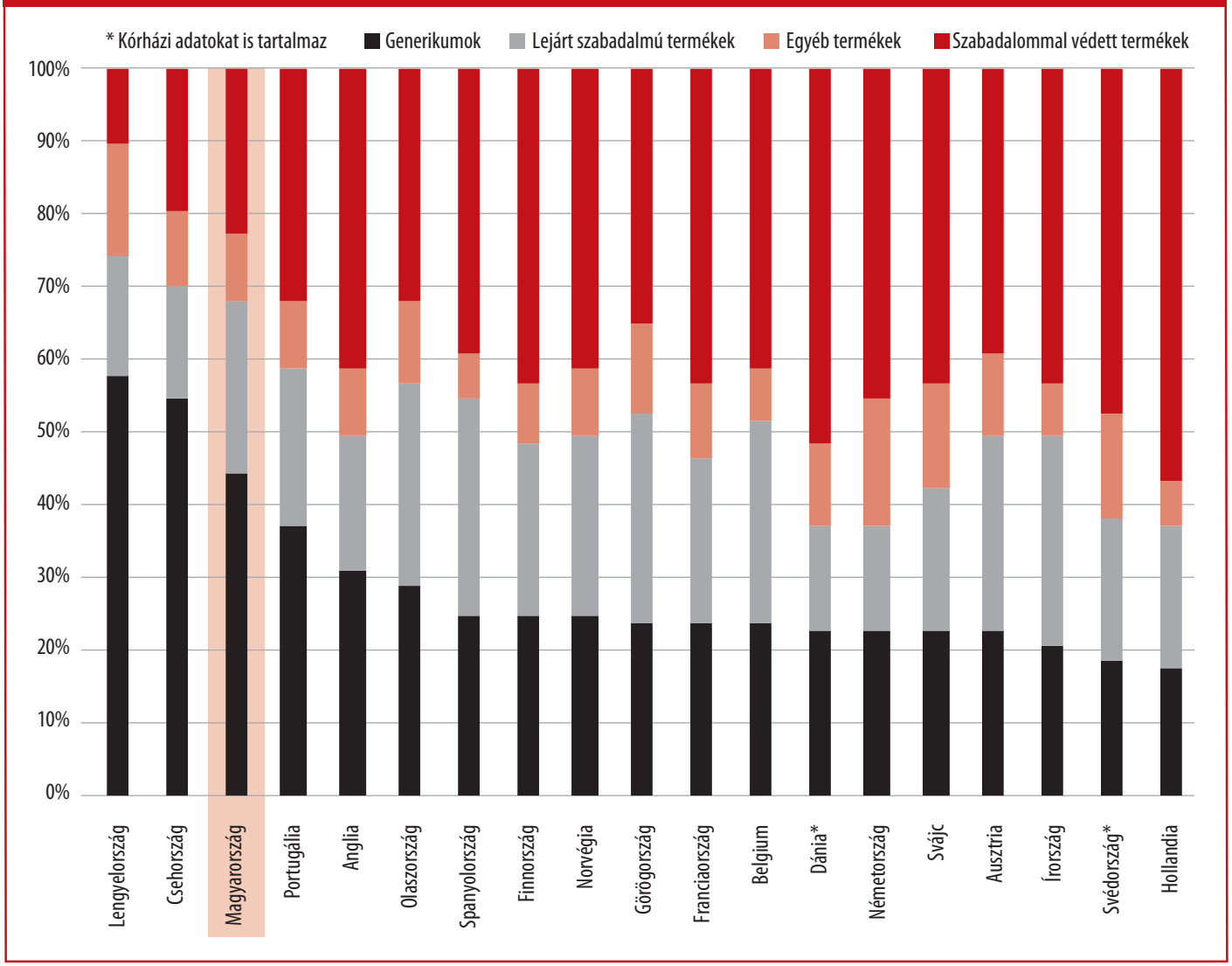
a térítési díjak), szigorúbbá vált az ellenőrzés, változott a közgyógyellátás szabályozása. A generikus árverseny miatt a generikussá váló termékek térhódítása felgyorsult, és ennek következtében a korszerűbb adagolású (éppen lejárt szabadalmú) termékek forgalma növekedett – így kisebb dobozszám mellett is magasabb DOT-forgalom realizálódott.

Az értékben vett – nagykereskedelmi áron számított forgalom – 1993. és 2006. között folyamatosan (szinte kivétel nélkül) minden évben két számjegyű növekedést mutatott. 2007-ben ez a növekedés megtorpant, a teljes piac 4,4%-kal, a patikai 7,3%-kal esett vissza, a korábban említett okok miatt. 2008-tól a növekedés folytatódott, annak ellenére, hogy – ahogy azt az előző ábrán láttuk – a dobozforgalom csökkent (4. ábra).

A kórházi adatok elemzése során figyelembe kell venni a következőket:

– a kórházi vényforgalmú (korábban zártforgalmú patikák) gyógyszertárakba szállított gyógyszereket 2010. december 31-ig a nagykereskedők egy része patikai, másik része kórházi forgalomként jelentette – ez az anomália 2011-től megszűnt, a forgalom a gyógyszertári csatornán jelenik meg: ezt a folyamatok követésénél mindenképpen figyelembe kell venni mindkét csatorna esetében;
– a rabattként és adományként kiszállított gyógyszerek értékkel jelennek meg a kórházi forgalomban;
– az értékben vett forgalom számítása kihirdetett áron történik – a számítások nem veszik figyelembe a (sokszor nagyon jelentős) árengedményeket.

10. ábra. Az európai kiskereskedelmi piac megoszlása termékfajtánként, értékben , 2010 (forrás: IMS Health)



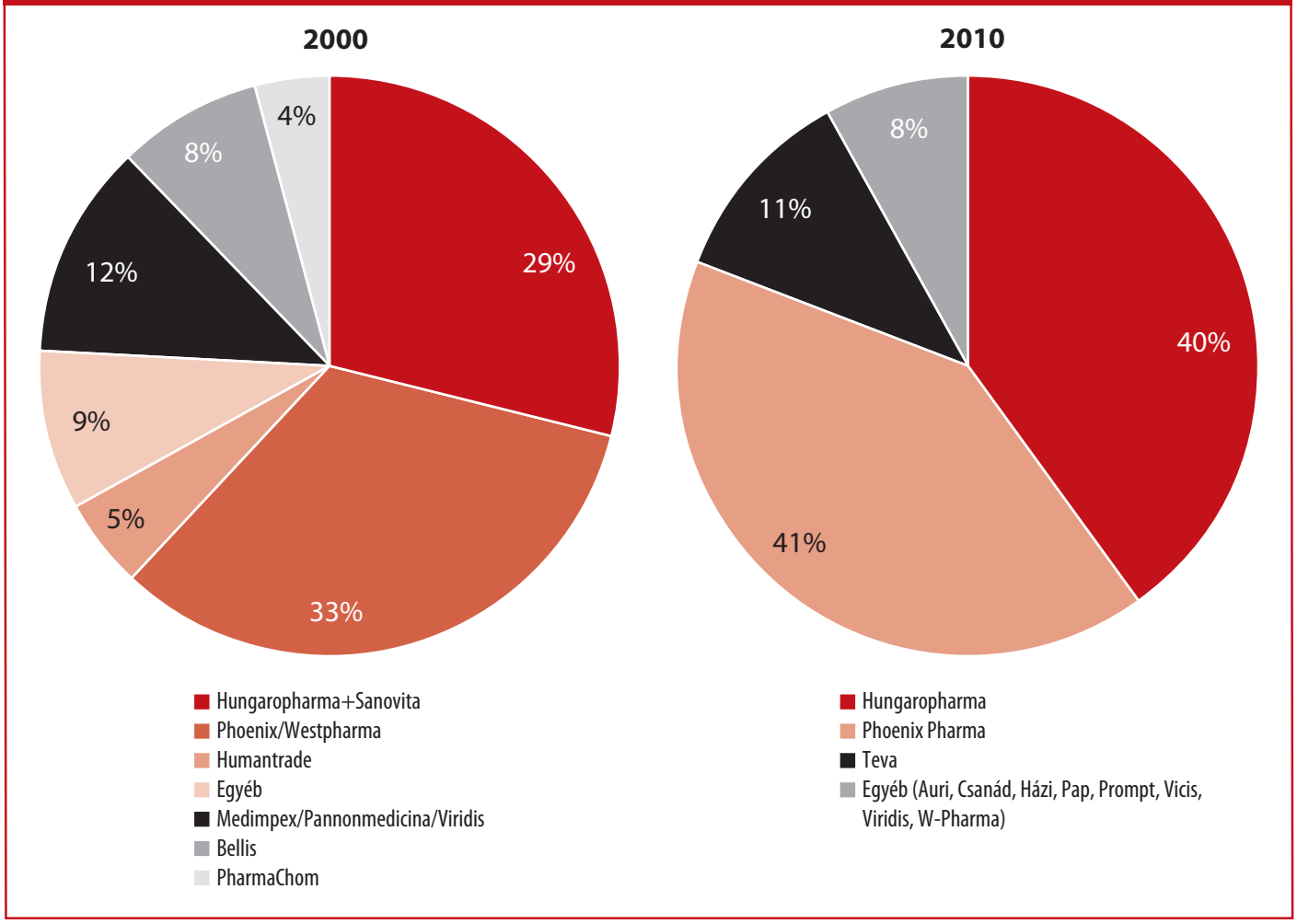
A fentiek következtében, a tényleges forgalom átlagosan mintegy 30%-kal alacsonyabb lehet, mint az IMS által jelentett. Ez, a tendenciák elemzése során nem okoz nagy hibát addig, amíg az ingyenesen átadott áru mennyisége és az engedmények változatlanok – abban az esetben, ha ezek a feltételek változnak, pl. a Széll Kálmán-terv következtében, óvatosan kell értékelnünk az adatokat.

A forgalomnövekedésre (a termékkör átstrukturálódásából adódó) átlagár-változás ad magyarázatot. Ld.: 5. ábra. 2000–2007 közötti időszakban (a generikus árcsökkentések ellenére) minden évben 10% feletti átlagár növekedés történt a patikai csatornán. (2004-ben hatósági árcsökkentés történt, ebben az évben az átlagár növekedése kisebb mértékű). 2007-ben, a támogatási rendszer változása következtében a patikai átlagár emelkedése lassult, azóta egyszámjegyű, 5% alatti növekedés tapasztalható. Itt több hatás eredőjével kell számolnunk – a csökkenő generikus árak hatását kompenzálták a 2008 elejéig a kórházi forgalomban jelentett, az OEP által finanszírozott, úgynevezett „külön-keretes", jellemzően nagyon magas árú, kis dobozforgalmú termékek átkerülése (Eü. 100%, azaz kiemelt támogatással) a patikai csatornába. (Ezzel egy időben, 2008-ban a kórházi átlagár növekedési üteme csökkent.) Annak, hogy a forgalom, illetve az átlagár növekedésének oka a drága készítmények átsorolása (SM kezelése, egyes onkológiai termékek, növekedési hormonok) a patikai csatornába, később, a kiskereskedelmi árrések alakulása vizsgálata során lesz jelentősége.

Mielőtt tovább folytatnánk vizsgálódásunkat a magyar piacon, érdemes összehasonlítani a magyar és az európai átlagárakat – a következő, 2010-es adatokat tartalmazó ábrán jól látható, hogy Magyarország a vizsgált 18 ország csoportjának utolsó harmadában foglal helyet. Elképzelhető, hogy vannak gyógyszerek, amelyek drágábbak Magyarországon, mint egyes európai országokban, de az biztosan állítható, hogy ez általánosságban egyáltalán nem igaz. Ld.: 6. ábra.

A 7. ábrán látható, hogy a 2000–2006 közötti időszakban a forgalmazott termékek száma mellett a hatóanyagok száma is növekedett – ha lassú is volt a befogadás folyamata, de új molekulák is piacra kerültek. 2007-től kezdődően a termékek száma gyorsan bővült, a hatóanyagok száma csak lassan növekedett, voltak évek, amikor stagnált. Ennek az az oka, hogy 2007-től az új hatóanyagot tartalmazó készítmények piacra kerülése és támogatásba való befogadása rendkívül lassú – szinte lehetetlen – volt, így a termékek számának bővülésért csaknem kizárólag a nagyszámú, már piacon lévő hatóanyagot tartalmazó generikumok számának terjedése a

11. ábra. A magyarországi gyógyszer-nagykereskedők becsült piaci részesedése a patikai szegmensben, 2000 és 2010 (forrás: Hungaropharma becslés, IMS Health és www.e-beszamolo.kim.gov.hu adatai alapján)



felelős. Ez több tekintetben érinti a nagykereskedők készletezését és logisztikai feladatait:

– ugyanazon hatóanyag forgalmának megoszlása több termék között mindenképpen azzal jár, hogy mind a nagykereskedelmi, mind a patikai összkészletek növekednek;
– ez az a termékkör, amelynek esetében 2007-ben különösen, de – ha csökkenő mértékben is – a későbbiekben is havonta/negyedévente árcsökkenéssel, azaz a készletek leértékelődésének veszélyével kellett számolni mind a nagykereskedőknek, mind a gyógyszertáraknak;
– a referenciatermék negyedévenkénti változása miatt leginkább ebben a termékkörben alakultak ki az immobil és lassan mozgó készletek;
– az ár- és támogatás-változások miatt egy erőteljes ciklikusság alakult ki a patikai piacon – a gyógyszertárak a hó végén leépítették készleteiket, majd a következő hónap elején visszatöltötték azt: ugyanez fokozottan jelentkezett negyedévente, a referenciatermékek változása előtt.

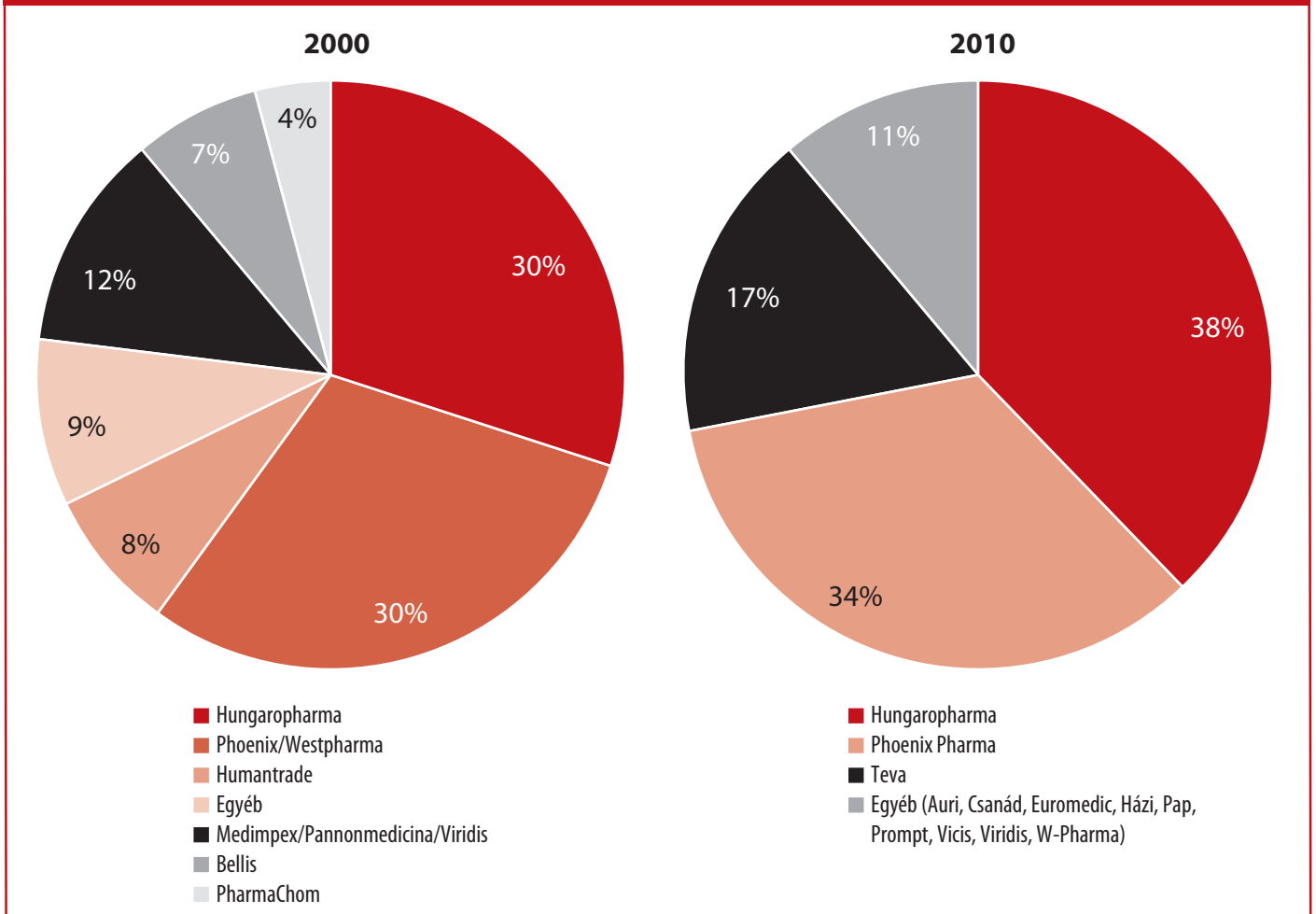
Emellett erőteljes ciklikusság figyelhető meg az évszakoknak megfelelően – nyáron jelentősen visszaesik a forgalom, az őszi hónapokban erőteljesen fokozódik.

Az említett hatások következményeként nagymértékű különbség figyelhető meg az egyes hónapok között az egy napra jutó forgalom tekintetében. Ld.: 8. ábra. Az óvatos készletezés miatt a nagykereskedők felé leadatott patikai rendelések elaprózódtak, ahogy a 9. ábrán látható. 2006 januárja óta az egy tételre jutó dobozszám az akkori érték 60%-ára (átlagosan 3,5 doboz/tételre) esett vissza.

A gyógyszer-nagykereskedelem hatékonyságát a forgalmazott termékek száma mellett az is meghatározza, hogy a nagykereskedő hány beszállító partnerrel áll kapcsolatban, illetve hogy mennyire koncentrált a beszállítói piac. Ennek egyik jó mutatója, a 10 legnagyobb gyártó együttes piaci részesedése a magyar gyógyszerpiacon. A 2. táblázat adatai alapján úgy tűnik, hogy a piaci koncentráció folytatódott, hiszen a 10 vezető gyógyszergyártó piaci részesedése 50%-ról 56%-ra növekedett. Azonban ha figyelembe vesszük azt, hogy az elmúlt tíz évben a gyógyszeripari felvásárlások és összeolvadások folytatódtak, és ezzel korrigáljuk a táblázatot, látható, hogy azok a vállalkozások, amelyek most az első tíz beszállítót adják együttesen, 2000-ben 63%-os piaci részesedéssel rendelkeztek. A részesedéscsökkenés okai közül kettőt emelnék ki:

– az elmúlt tíz évben nagy forgalmú termékek szabadalma járt le, ami adott gyártó forgalmának csökkenéséhez vezetett – az originális gyártók egy jelentős részénél több érintett termékről van szó;
– új – elsősorban – biológiai termékeket gyártó vállalatok jelentek meg, és szereztek jelentős részesedést a magyar piacon is.

12. ábra. A magyarországi gyógyszer-nagykereskedők becsült piaci részesedése a teljes piacon, 2000 és 2010 (forrás: Hungaropharma becslés, IMS Health és www.e-beszamolo.kim.gov.hu adatai alapján)



Az elmúlt évtized jelentősebb felvásárlásait, összeolvadásait tartalmazza a 3. táblázat.

Adott piacon, a nagy- és kiskereskedelem működését – jövedelmezőségét – meghatározó további jellemző az, hogy milyen a generikus, illetve az originális készítmények forgalmának az aránya. Ez meghatározza az átlagárat, a realizálható árrés-tömeget, sőt a logisztikai terhelést is.

A 10. ábrán látható, hogy a vizsgált 19 ország esetében csak kettőben, Lengyelországban és Csehországban magasabb a generikus termékek részesedése, mint Magyarországon.

1.5. A magyarországi gyógyszer-kereskedelem fejlődése a 2001–2010-es időszakban

A magyarországi gyógyszer-nagykereskedelem koncentrációja – a nemzetközi tendenciáknak megfelelően tovább folytatódott 2000–2010 közötti időszakban. Milyen változások történtek a vizsgált időszakban az országos nagykereskedelmi vállalkozásoknál?

Phoenix Zrt.:

2003: megvásárolta a Bellis Rt.-t;

Hungaropharma Zrt.:

2000: PharmaCom megvásárlása, majd

2002: eladása a Fúzió-Pharmának;

2004: beintegrálta a tulajdonában lévő Sanovita Zrt.-t;

2005: megvásárolta a Hajdú Zrt.-t;

2008: megvásárolta a Medimpex Zrt.-t és a tulajdonában lévő Pannonmedicina Zrt.-t.

A felvásárlások, valamint a piaci pozíciók változása hatására a patikai piacon a gyógyszer-nagykereskedők részesedése a 11. ábra szerint alakult.

A legfontosabb változás, hogy amíg 2000-ben a három vezető gyógyszer-nagykereskedő részesedése a patikai piacon 74% volt, addig 2010-re ez 92%-ra emelkedett. Az ok: a folyamatosan csökkenő jövedelmezőség mellett az egyre növekvő szolgáltatási szint iránti igény, mely a méretgazdaságossági előnyök kihasználását lehetővé tevő koncentrációra késztette a nagykereskedelemi szereplőket.

Miért és hogyan jelentkezett a nagykereskedelmi szolgáltatási színvonal növelése iránti igény?

Az ugyancsak csökkenő kiskereskedelmi jövedelmezőség, a gyógyszertárak növekvő költségei, a termékválaszték gyors bővülése (elsősorban az azonos hatóanyagot tartalmazó generikus termékek számának exponenciális növekedése), a rendszeressé váló ár- és támogatásváltozások miatt bekövetkező patikai készletcsökkentések következtében a készletezés feladata nagymértékben áttevődött a gyógyszertárakból a gyógyszer-nagykereskedőkhöz. A gyógyszer-nagykereskedőknek minden olyan készítményt forgalmazniuk (azaz készleten tartaniuk) kell, amelyre az engedélyük szól. (A készletezés kiszámíthatatlanságát tovább növelte az a 2007-ben megjelent rendelet, amely az egyszerre felírható gyógyszermennyiséget egyhaviról háromhavira emelte.) Annak érdekében, hogy a patikák készletszint-csökkenése ne jelentsen

4. táblázat. Patikaszám alakulása megyénként, 2006 és 2010 (Forrás: ÁNTSZ)

	2006	2010	Növekedés 2010-re
Bács-Kiskun	126	157	25%
Baranya	83	98	18%
Békés	85	99	16%
Borsod-Abaúj-Zemplén	128	154	20%
Csongrád	93	119	28%
Fejér	79	96	22%
Főváros	347	434	25%
Győr-Moson-Sopron	82	103	26%
Hajdú-Bihar	110	134	22%
Heves	69	79	14%
Jász-Nagykun-Szolnok	81	95	17%
Komárom-Esztergom	62	72	16%
Nógrád	35	37	6%
Pest	206	266	29%
Somogy	74	86	16%
Szabolcs-Szatmár-Bereg	115	148	29%
Tolna	51	59	16%
Vas	38	52	37%
Veszprém	70	90	29%
Zala	61	70	15%
Összesen	**1995**	**2448**	**23%**

5. táblázat. A társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek legmagasabb nagykereskedelmi árrése Forrás: 5/2007. (I. 24.) EüM-rendelet

Termelői (import beszerzési) ár (Ft)	Nagykereskedelmi árrés a termelői (import beszerzési) ár százalékában	vagy Ft-ban
0–150	12	-
151–180	-	18
181–300	10	-
301–333	-	30
334–500	9	-
501–600	-	45
601–1000	7,5	-
1001–1154	-	75
1155–2000	6,5	-
2001–2600	-	130
2601–	5	-

komoly visszalépést a betegeknek nyújtott szolgáltatási szintben, megnőtt az igény a gyakoribb napi szállításra (Budapesten és a nagyvárosokban 3x, általában 2x, de a legkisebb településre is legalább naponta egyszer szállítanak az országos ellátást biztosító nagykereskedők). Ezzel egy időben csökkent a rendelés feladása és az áru patikába érkezése közötti idő.

A gyógyszertári piacon az országos ellátást nyújtó nagykereskedők piaci részesedése megyénként erősen eltérő – egy-egy nagykereskedő részesedése azon a területen magasabb, ahol korábbi gyógyszertári központot vásárolt meg, illetve ahol zöldmezős beruházásként kereskedőházat, raktárt hozott létre. A helyi raktár működtetése a jobb szolgáltatási színvonal, a gyorsabb kiszolgálás lehetőségét biztosítja.

A kórházi szegmenset a Medimpex Hungaropharma Zrt. általi megvásárlása érintette. A későbbiekben részletesebben tárgyalt, a kórházak alulfinanszírozásából adódó eladósodottság növekedése miatt, a gyártók közvetlen kórházi szállításai jelentősen lecsökkentek. Míg korábban a – kórházi portfólióval rendelkező – nagyobb gyártók szinte mindegyike szállított közvetlenül a klinikáknak, az országos intézményeknek és a megyei fenntartású kórházaknak, mára ez a kapcsolat már csak néhány jól fizető kórház esetében maradt fenn. Ezzel a nagykereskedők – Hungaropharma, Humantrade és Euromedic Pharma – finanszírozási terhei tovább növekedtek.

6. táblázat. A társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek legmagasabb kiskereskedelmi árrése (Forrás: 5/2007. [I. 24.] EüM-rendelet)

Nagykereskedelmi ár (Ft)	Árrés (%, Ft)	Fogyasztói ár (Ft)
0–500	26%	0–630
501–590	130 Ft	631–720
591–1500	22%	721–1830
1501–1737	330 Ft	1831–2067
1738–3500	19%	2068–4165
3501–3911	665 Ft	4166–4576
3912–5000	17%	4577–5850
5001–	850 Ft	5851–

A kórházi és patika csatornán történt változások hatására a nagykereskedők teljes piaci részesedése a 12. ábra szerint változott.

Az extenzív növekedés mellett az intenzív fejlesztések üteme is gyors volt. Az ellátás színvonalának fejlődéséről a 3.3. fejezetben részletesen írok.

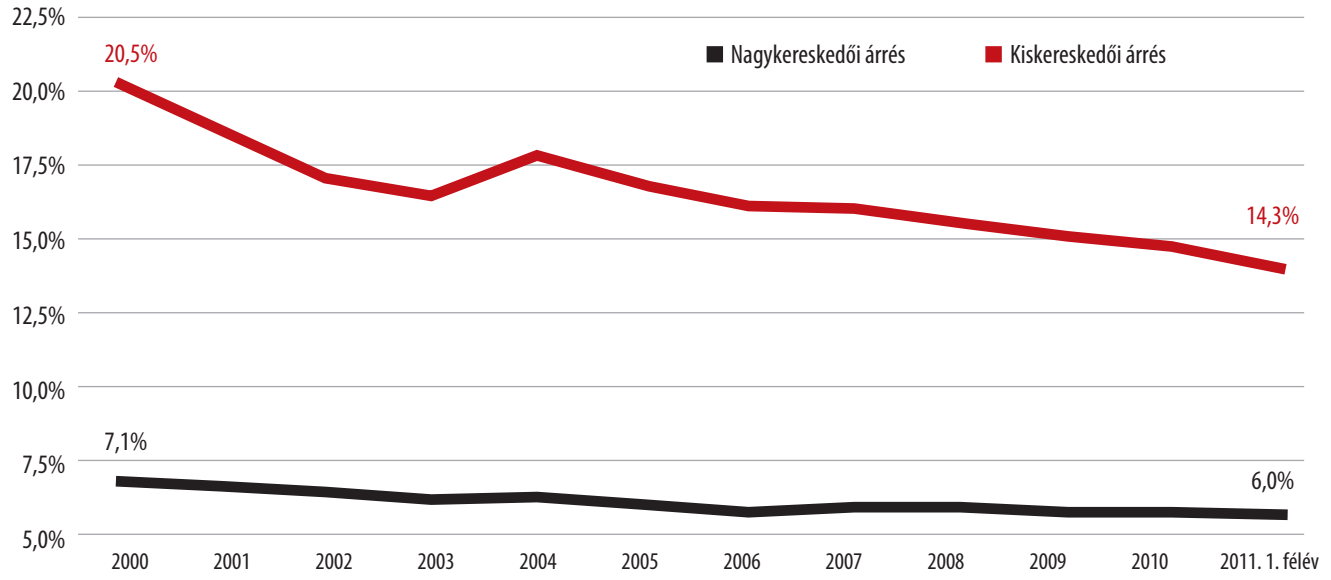
A gyógyszer-kiskereskedelem szereplőinek változása a vizsgált időszakban

A törvényi változások következtében 2007-től lehetővé vált újabb gyógyszertárak nyitása. A megjelenő új tulajdonosok – jellemzőn – nem hoztak új forrásokat, új tőkét a rendszerbe. Erre egyébként a 2008-tól kibontakozó pénzügyi, gazdasági válság, a bankok egyre óvatosabb hitelfolyósítási gyakorlata nem is adott lehetőséget. A nagykereskedők között – a korábbiakban már említett – meglévő versenyhelyzet miatt, az újabb patikák alapítása így jellemzően a nagykereskedők által nyújtott áruhitelekből vagy szállítói állományból történt. Ezeket a forrásokat a nagykereskedők egyaránt folyósították régi (most második, harmadik, többedik patikájukat nyitó) gyógyszerész partnereiknek, és a patikaláncok létrehozását célul kitűző új szereplőknek is. Látni kell, hogy a patikaláncok léte egyébként komoly veszélyt jelent a nagykereskedőkre nézve is – egy versenytárs tulajdonában lévő láncba gyakorlatilag nem (vagy csak a hiánycikkeket) tud egy másik nagykereskedő beszállítani. A patikaláncok kialakulásával zárt piaci szegmensek jönnek létre, amelyek a szereplők piaci részesedésének változását erőteljesen korlátozzák. Így a nagykereskedők belépését a kiskereskedelmi ágazatba nem elsősorban a profitérdek és nem is a korábbi partnereikkel folytatandó verseny szándéka, hanem az egymás közötti versenyhelyzet kényszerítette ki. A folyamatban mindhárom országos lefedettségű nagykereskedő részt vett, illetve abba belekényszerült.

Az új gyógyszertárak alapításának a következő jellemzői voltak:

– a gyógyszertárak jellemzően Budapesten, illetve nagyvárosokban nyíltak;

13. ábra. Elméleti nagy- és kiskereskedelmi árrés a termelői, illetve a nagykereskedelmi ár százalékában a patikai csatornán, 2000–2011. I. félév (forrás: IMS Health)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nagyker. árrés	7,1%	6,9%	6,7%	6,5%	6,5%	6,3%	6,2%	6,2%	6,1%	6,1%	6,0%
Változás	-1,3%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	0,0%	-0,2%	-0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%	-0,1%
Kisker. árrés	20,5%	19,0%	17,3%	16,7%	18,0%	17,0%	16,3%	16,2%	15,6%	15,2%	14,9%
Változás	-0,5%	-1,5%	-1,7%	-0,6%	1,3%	-1,0%	-0,7%	-0,1%	-0,6%	-0,4%	-0,3%

– általában valamely, már jól működő gyógyszertár betegkörét célozták meg, a gyors forgalomfelfutás reményében;
– kistelepülésen mindössze néhány gyógyszertár nyílt;
– bérelt ingatlanban nyíltak, gyakran bevásárlóközpontokban, hipermarketek szomszédságában (Tesco, Auchan, Cora, Spar stb.).

A kiskereskedelmi liberalizáció, majd a 2011 januárjában életbe lépett Gyftv. módosítás, a 2011. évi egyensúlymegőrző intézkedések és a Széll Kálmán-terv várható hatásai miatt – az eddig is alulfinanszírozott – gyógyszertárak értéke lecsökkent.

Ugyanakkor mindhárom nagykereskedő kísérletet tett arra, hogy korábbi, független, jellemzően többségi gyógyszerészi magántulajdonban lévő gyógyszertárak üzletmenetét intenzíven támogassa, így nyújtson védelmet számukra a kibontakozó káros folyamatokkal szemben. Először a Hungaropharma hozta létre, a ma mintegy 600 tagot számláló Gyöngy Patikák együttműködést, majd a Phoenix jelentkezett a ma már 400-nál több taggal működő Szimpatika-programmal, illetve a Humantrade tett lépéseket a Mosoly-program elindítására. Az ilyen programok akkor lehetnek sikeresek, ha mindkét fél megtalálja számítását – a szerződő független gyógyszertárak hatékony támogatást kapnak (működési költséget csökkentő szerződések, közös marketing), a nagykereskedő pedig a sikeres gyógyszertárakon keresztül tudja stabilizálni piacát.

A kiemelten vizsgált periódusban (2007–2010) a gyógyszertárak száma országosan több mint 20%-kal növekedett. A patikaszámok megyénkénti változásának alakulását a 4. táblázat mutatja.

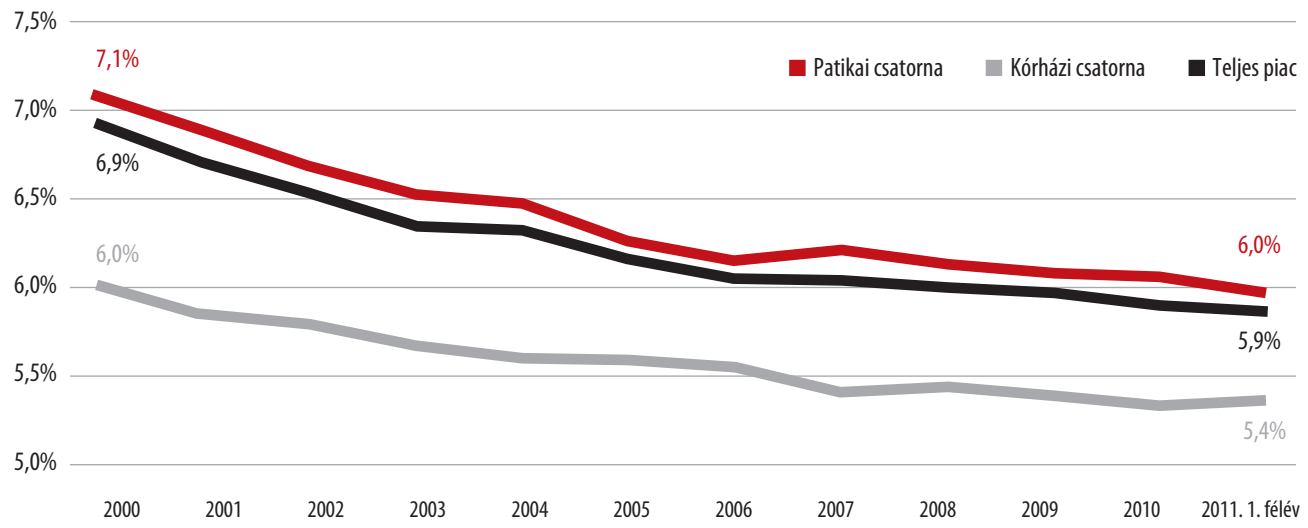
A láncokhoz tartozó, illetve független patikák számát nehéz meghatározni. Magyarországon – definíciós kérdések is felmerülnek, illetve nem mindig világosak a tulajdoni viszonyok. Ma, jó közelítéssel az mondható el, hogy mintegy 500 lehet a láncokhoz tartozó gyógyszertárak száma – ez a szám, a patikák számának mintegy 20%-át teszi ki. (A gyógyszertárláncok definíciója nem egyértelmű: az elemzés során lánchoz tartozónak tekintem azokat a gyógyszertárakat, ahol a tulajdonos (résztulajdonos) több patikában is tulajdonnal rendelkezik – függetlenül attól, hogy több patikát birtokló gyógyszerészről, esetleg orvosról, gyógyszer-nagykereskedőről, gyógyszergyártóról, vagy egyéb gazdasági vállalkozásról van szó. A független gyógyszertárak – kétoldalú szerződéseken nyugvó – együttműködése <Gyöngy Patikák, Szimpatikák, Mosoly Patikák és más franchise típusú virtuális láncok> nem tartoznak a gyógyszertárláncokhoz.)

3. A gyógyszer-nagykereskedelem működését meghatározó pénzügyi feltételrendszer, valamint az ágazat jövedelmezőségének alakulása – a szolgáltatási színvonal jellemzői

3.1. Jövedelmezőség

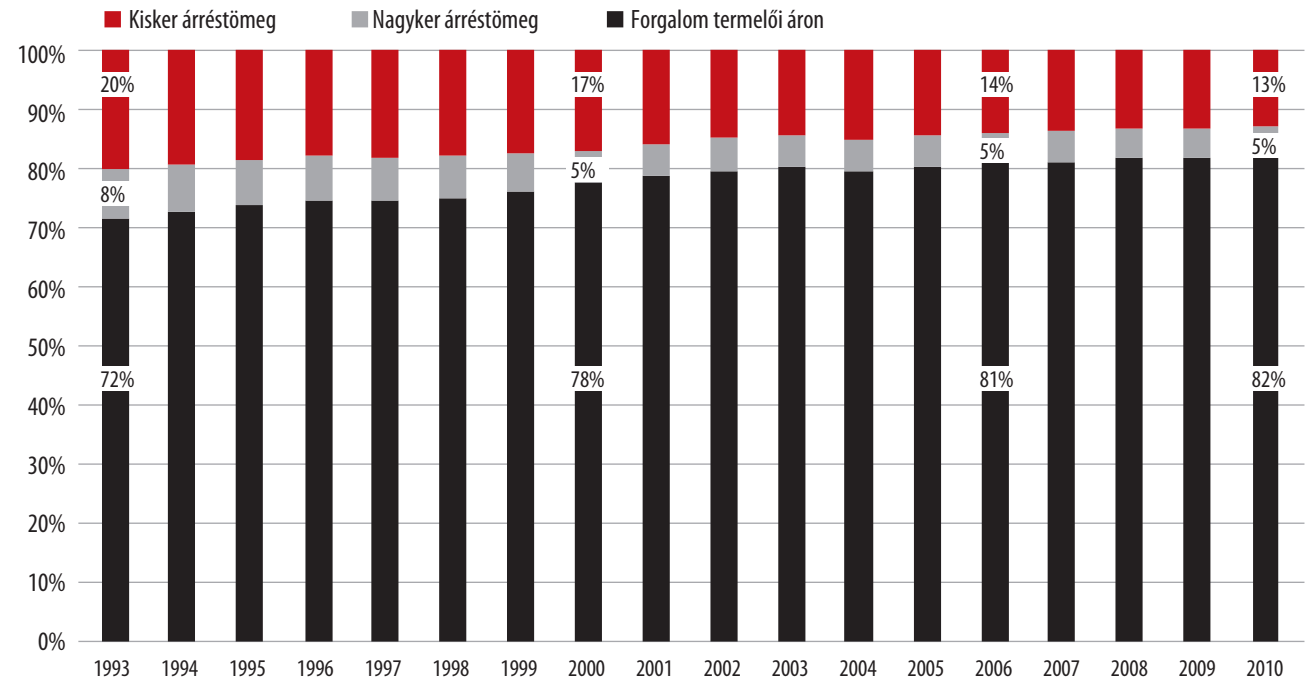
A nagy- és kiskereskedelmi tevékenység fedezetét gyakorlatilag teljes mértékben a realizált árrés-tömeg adja. A realizált árrés-tömegeknek kell fedeznie a megfelelő, sőt fejlődő színvonalú nagy- és kiskereskedelmi tevékenység költségeit, valamint biztosítania kell a nagy- és kiskereskedelmi tevékenységet folytató gazdasági társaságok tisztes eredményét is. A nagykereskedők feladatai: az áru megrendelése, beszállítása, bevételezése,

14. ábra. Az országos nagykereskedelmi árrés-százalék alakulása patikai és kórházi csatornán, illetve a teljes piacra vetítve,2000–2011. I. félév (forrás: IMS Health)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011.I.félév
Patikai csatorna	7,1%	6,9%	6,7%	6,5%	6,5%	6,3%	6,2%	6,2%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%
Kórházi csatorna	6,0%	5,8%	5,8%	5,7%	5,6%	5,6%	5,5%	5,4%	5,4%	5,4%	5,3%	5,4%
Teljes piac	6,9%	6,7%	6,5%	6,4%	6,3%	6,2%	6,1%	6,0%	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%

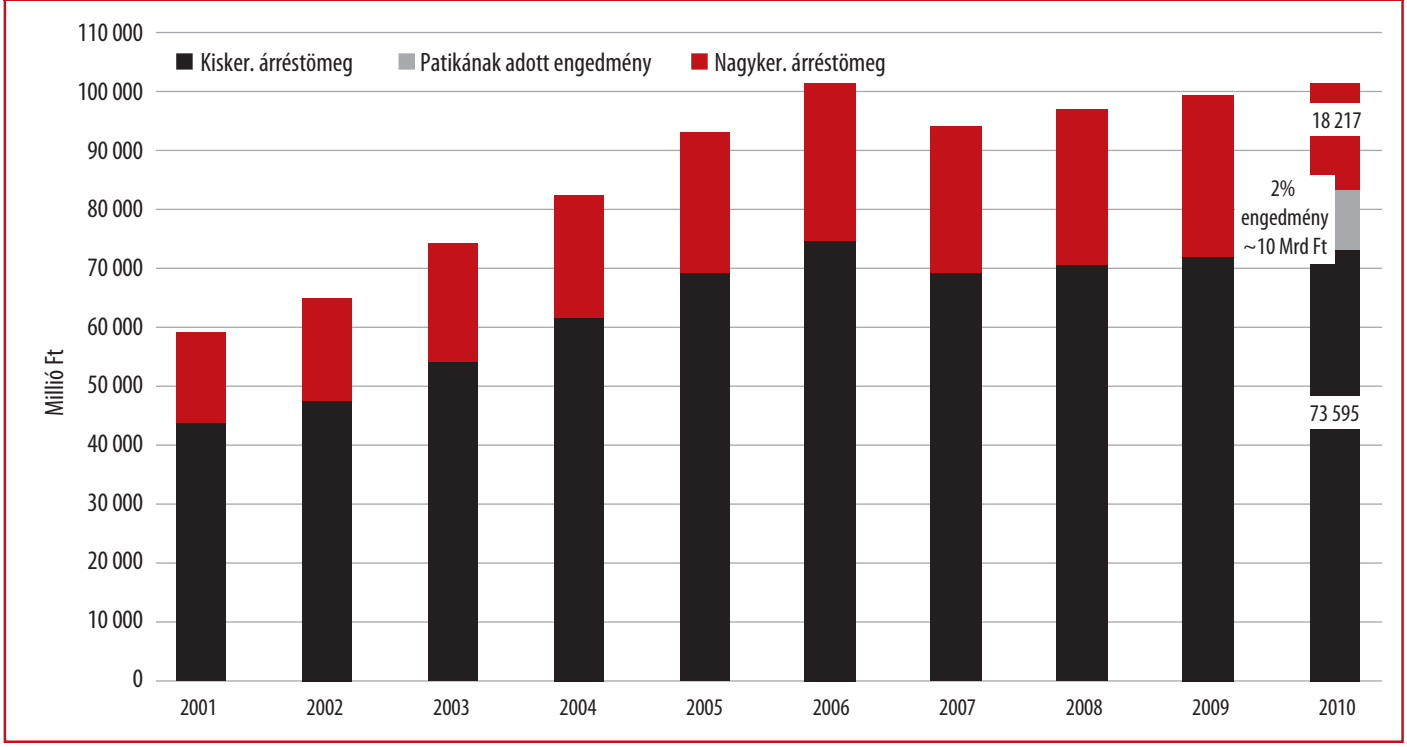
15. ábra. Gyártók és kereskedők részesedésének megoszlása a gyógyszerpiaci forgalomból, 1993–2010 (forrás: IMS Health)



minőségbiztosítása, raktározása – folyamatos készleten tartása, speciális tárolást igénylő készítmények ennek megfelelő módon történő kezelése, a vevői rendelések fogadása elektronikus csatornákon, faxon és telefonon keresztül, áru kiszedése, majd kiszállítása, a göngyölegek visszaszállítása, számlázás, a széles körű és formájú információszolgáltatás.

Magyarországon a támogatott gyógyszerek esetében a nagy – és kiskereskedelmi árrés maximális mértékét rendelet határozza meg. A kereskedelmi árképzés degresszív – a magasabb árú készítmények esetében százalékos mértéke alacsonyabb. A nagykereskedelmi árrés felső határa 5% (a 2600 Ft-nál drágább termelői árú gyógyszerek esetében), a kiskereskedelmi árrés a legfelső sávban (a nagykereskedelmi ár magasabb, mint 5000 Ft) rögzített, 850 Ft. A támogatott gyógyszerekre vonatkozó árrés mértéke hatósági rendeletben kerül meghatározásra. A jelenleg érvényben lévő legmagasabb kereskedelmi árrés-mértéket az 5. és 6. táblázatok mutatják.

16. ábra. A nagy- és kiskereskedelmi árrés-tömeg megoszlása a patikai forgalomból, 2001–2010 (forrás: Hungaropharma Zrt.)



A degresszív árrés-rendszer miatt, a 2.2 fejezetben bemutatott átlagár-emelkedés következtében a nagy- és kiskereskedelmi árrés százalék a patikai csatornán folyamatosan csökkent a 2000–2011. I. féléve között. Ld.: 13. ábra. Kivételt jelent a 2004-es év – ekkor kismértékű kiigazítás történt a kiskereskedelmi árrés esetében. Hatása azonban mindössze egy (másfél) éven át tartott, majd a monoton csökkenés tovább folytatódott, 2010-ben a kiskereskedelmi árrés 15% alá csökkent, a nagykereskedelmi árrés pedig 6% volt.

A nagykereskedelmi árrés a kórházi csatornában még alacsonyabb, átlagában (2010-ben 5,3%) alig haladja meg a maximális, 5%-os értéket. Ld.: 14. ábra.

Amennyiben azt vizsgáljuk, hogy a nettó fogyasztói árból Magyarországon mekkora részt képvisel együttesen a nagy- és kiskereskedelmi árrés-tömeg, akkor az adatok még megdöbbentőbbek: az együttes 1993-as 28%, 2010-re 20% alá, 18%-ra csökkent! Ld.: 15. ábra.

Uniós összehasonlításban, csak a kiskereskedelmi árrés részesedése átlagosan 25–30% közé tehető.

Az értékben vett forgalom elemzése során jeleztem, hogy a későbbiekben még visszatérek a 2007–2010 közötti évek növekedésére. A 16. ábrán jól látható, hogy hiába emelkedett a forgalom a jelzett években (többek között a drága, de fix, 850 Ft kiskereskedelmi árrésű készítmények kórházi csatornából, patikai csatornába sorolása miatt), 2010-ben a kiskereskedelmi árrés-tömeg még mindig nem haladta meg a 2006-os évnek megfelelő szintet. A korrekt értékeléshez hozzátartozik, hogy a gyógyszer-nagykereskedők 2010-ben átlagosan 2%-nyi árrés-tömeget adtak át forgalmi jutalékként (utólagos engedményként) a gyógyszertáraknak – ez azonban 2006-ban is hasonló mértékű volt. További jellemző adat, hogy 2010-ben az átadott engedmény mértéke közel azonos volt a kiskereskedelmi szektor eredményével.

A gyógyszertárak gazdasági helyzete értékeléséhez sokkal több információt hordoz az egy gyógyszertárra jutó, éves árrés-tömeg változásának elemzése.

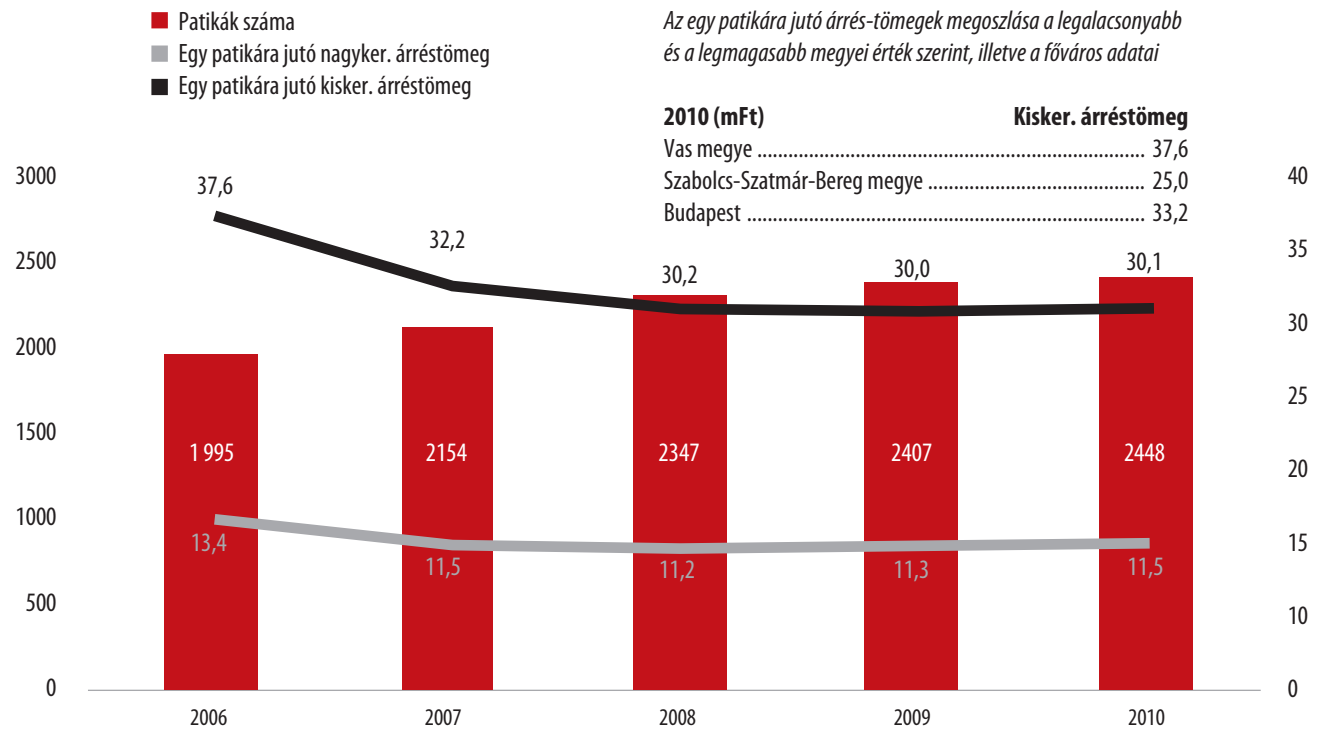
A gyógyszertárak számának növekedése következtében, az egy patikára jutó éves árrés-tömeg több mint 20%-kal csökkent! Ld.: 17. ábra. Történt ez egy olyan periódusban, amikor a – megnövekedett kereslet miatt – a beosztott gyógyszerészi és asszisztensi fizetések az átlagnál jobban növekedtek, de az ingatlan bérleti díjak és a rezsiköltségek is jelentősen emelkedtek.

Az egy patikára jutó éves árrés-tömeg szempontjából (is) jelentősek a földrajzi különbségek:
– az adat a legmagasabb Vas megyében;
– legalacsonyabb Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében;
– Budapesten pedig az átlagot mintegy 10%-kal haladja meg.

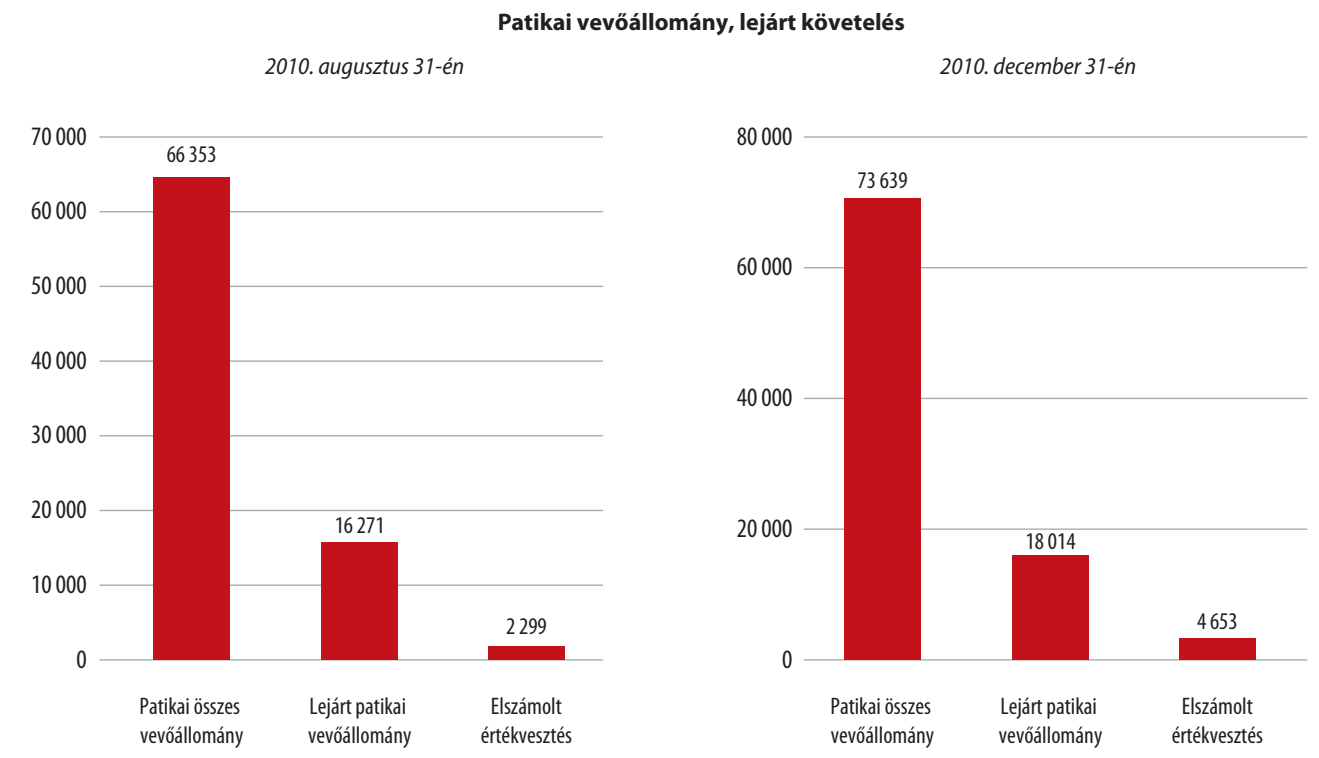
3.2. Pénzügyi feltételrendszer

Az előzőekben ismertetett folyamatoknak megfelelően, nem meglepőek a megfigyelhető következmények:
A patikai csatornán az alábbi tendenciák tapasztalhatók:
– a patikai vevőállomány 2010 végére sohasem látott mértékre emelkedett, ld.: 18. ábra,
– a gyógyszertárak lejárt állománya tovább emelkedett, ld.: 18. ábra,
– növekszik a tartozó patikák száma,
– az egy patikára eső tartozás emelkedik,
– független gyógyszertárak és gyógyszertárláncok váltak fizetésképtelenné, zártak be,
– a csődök sok esetben csak úgy váltak elkerülhetővé, hogy a tartozások hosszú távon átütemezésre kerültek (ez komoly kockázatot jelent, hiszen a Széll Kálmán-terv következményeként, forgalom- és árrés-tömeg csökkenés mellett a törlesztés lehetetlenné válhat),
– a kiskereskedelmi szektor finanszírozási helyzetét jól példázza, hogy az OEP-utalások néhány napos késése

17. ábra. Patikák számának változása, egy patikára jutó árréstömeg-változás Magyarországon; 2006–2010 (forrás: IMS Health, ÁNTSZ)



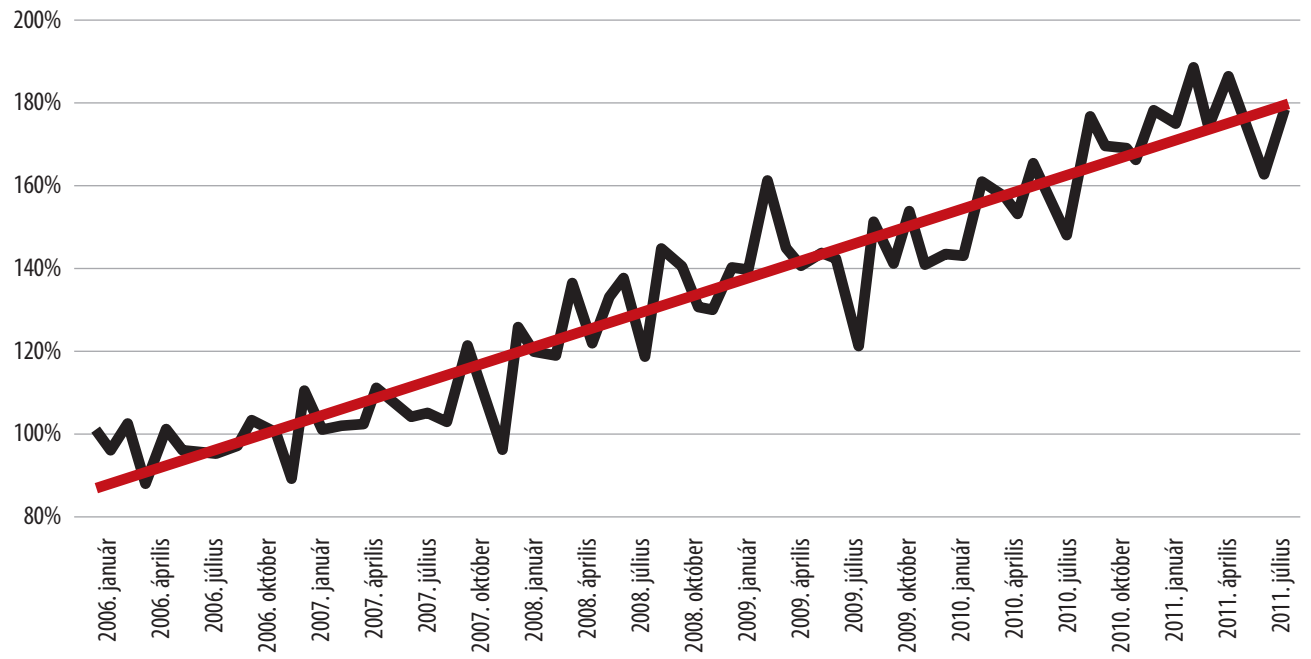
18. ábra. Gyógyszer-nagykereskedők patikai kintlévőségei, 2010 (forrás: Gyógyszer-nagykereskedők Szövetsége)



szinte teljes egészében megjelenik a nagykereskedői számlák késve történő kiegyenlítésében. Nagyon alacsony azoknak a gyógyszertáraknak a száma, akik a néhány napos késést saját forrásból képesek finanszírozni.

A kórházi szegmensben az alábbi tendenciák tapasztalhatók:
– a kórházi vevőállomány folyamatosan növekszik,
– a lejárt vevőállomány folyamatosan növekszik (a lejárt állomány – a valamennyi nagykereskedő tartozását

19. ábra. Havi rendelések számának alakulása, 2006–2011. 08. hó (2006. január=100%; forrás: Hungaropharma Zrt.)



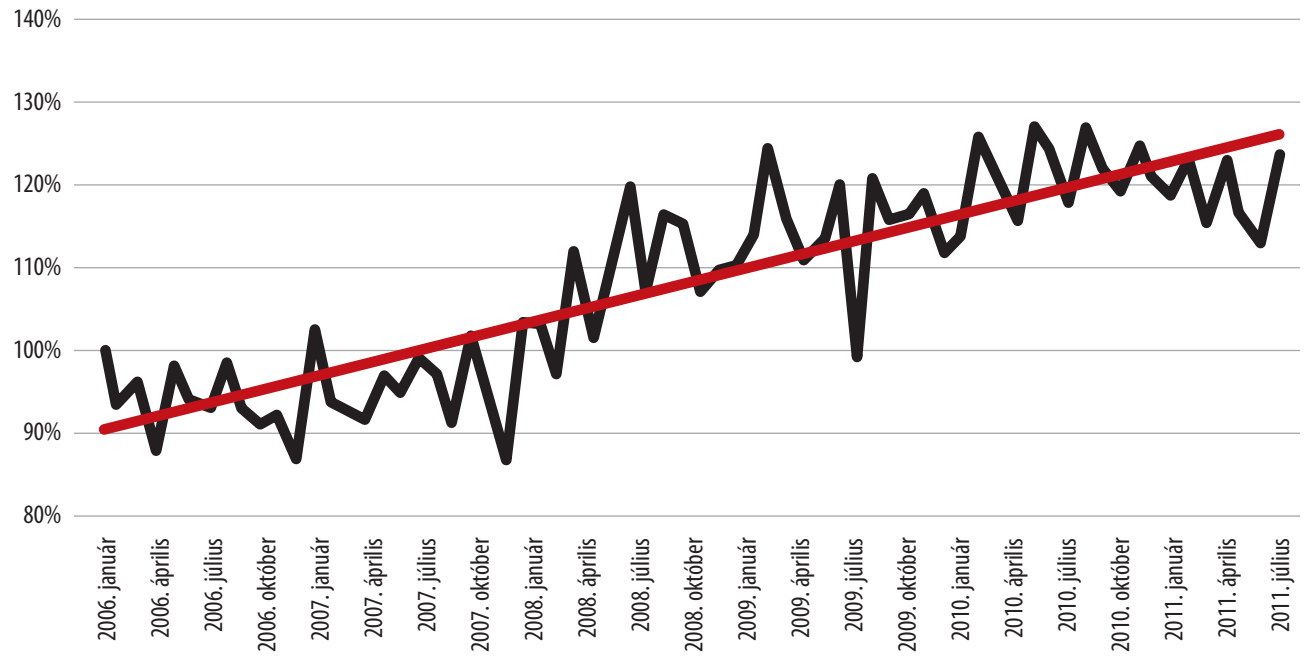
figyelembe vevő adat alapján – jelentősen meghaladja a 10 milliárd forintot),
– egyre több – korábban soha nem tartozó – fekvőbeteg-intézmény fizeti késve számláit,
– az egy kórházra eső tartozások összege folyamatosan emelkedik,
– alapvetően nincs különbség klinika és országos intézmény, megyei és városi kórház kategóriák között – mindegyik kategóriában vannak (voltak) jól működő és növekvő tartozású intézmények,
– ugyancsak nem jellemző a földrajzi elhelyezkedés arra nézve, hogy a kórház működése mennyire eredményes,
– az egyszeri tőkeinjekciók (az utolsó a 2010 decemberében bejelentett, de ténylegesen csak 2011 januárjában érkezett, 27,5 milliárdos összeg volt) hatása mintegy egy–másfél hónapig tartott – az adósság növekedésének üteme rövid időre megtorpant, kis mértékben esetleg csökkent, majd tovább folytatódott,
– egyre jellemzőbb, hogy a kórházak nemcsak az intézeti gyógyszertár által rendelt gyógyszerek ellenértékét nem fizetik ki, hanem a kórházi vényforgalmú patikák számláinak kifizetésével is adósak maradnak – annak ellenére, hogy a betegek (vagy az önkéntes egészségpénztárak) azonnal, vagy rövid határidővel fizetnek, az OEP pedig az elszámolást követő ötödik munkanapon utalja a támogatás összegét (az így érkező bevétel feltehetően máshol kerül felhasználásra),
– a 2011-ben először tapasztalt önkormányzati csődök oda vezethetnek, hogy a gyógyszer-nagykereskedők nem, vagy csak részben, hosszú idő után jutnak a szállított áru ellenértékéhez,
– 2011-es tapasztalat az, hogy amennyiben a kórházat működtető vállalkozás megváltozik (pl. a korábban 100%-ban önkormányzati tulajdonú vállalkozás helyett ismételten költségvetési intézmény lesz a működtető) – az új működtető jellemzően nem vállalja át a korábbi tartozásait,
– a szállítók számára kockázatot jelent a kórházak további, jövőbeni sorsa – vajon az új működtető átvállalja-e a tartozásokat, kamatokkal együtt (a nagykereskedők a számláikat jellemzően 30–45 napra fizetik a szállítóknak: a nagykereskedelmi árrés, amely a kórházi szektorban átlagosan 5%, vagy annál kevesebb, nem fedezi a késedelmes számlák finanszírozási költségeit),
– a kórházi szektorról 2011-ben az mondható el, hogy a finanszírozási teher mellett megjelent egy újabb tényező – ez pedig a gyógyszer-nagykereskedő kockázata azzal kapcsolatban, hogy egyáltalán valaha hozzájut-e a tőketartozáshoz (és a kamatokhoz legalább azon a szinten, amely szinten neki a finanszírozás kerül/került)?

2.3. Ellátási színvonal

A kiskereskedelem romló jövedelmezősége következtében megfigyelhető a gyógyszertári készletszintek csökkenése. A gyógyszertárak nem tartják az alacsonyabb, kevésbé kiszámítható forgalommal rendelkező és/vagy drága készítményeket, a kórházak pedig mindig csak a legszükségesebb termékeket rendelik meg. A vevői készletszint csökkenése a nagykereskedő számára azt eredményezi, hogy a patikák többször, kisebb mennyiséget rendelnek és azt minél rövidebb határidővel szeretnék megkapni. A rendelések elaprózódását a rendelések és a havi kiszállítások számának növekedésén keresztül a 19. és a 20. ábrák mutatják be.

A havi kiszállítások számának alakulását (ld.: 20. ábra) a gyógyszertáron kívül is forgalmazható termékekkel kapcsolatos, 2007-től megjelenő feladatok is befolyásolják. Néhány adat erről a szegmensről:
– 2007-ben a nagy üzemanyag-forgalmazókon kívül a Magyar Posta, hipermarket- és drogérialáncok bővítették gyógyszerforgalmazással szolgáltatási körüket,
– a teljes szegmens forgalma mára jelentősen csökkent, de csúcsidőben sem haladta meg fogyasztói áron a 100–150

20. ábra. Havi kiszállítások számának alakulása, 2006–2011. 08. hó (2006. január=100%; forrás: Hungaropharma Zrt.)



millió forintos havi forgalmat (a patikai forgalom havi átlaga 40 milliárd forint körüli),
– 2011-re a forgalmazók száma jelentősen csökkent, egyre többen mérlegelik a szolgáltatás – eredménytermelő képesség szempontjai alapján a tevékenység megszüntetését.

A növekvő ellátási szint iránti piaci igények következtében a nagykereskedők közötti verseny fontos tényezője lett a szolgáltatási színvonal minősége.

A nagykereskedők az elmúlt 10 évben folyamatosan megújították és fejlesztették kereskedőházaikat és raktáraikat. Ennek részeként bővült a (különleges igényeket is kielégítő) raktárkapacitás, fejlesztésre került a raktár-technológia, elterjedt a kiszedő automaták és hajtott pályás kiszedő rendszerek alkalmazása, valamint a rádiófrekvenciás kiszedés. A rendelésleadás formái átalakultak, a rendelések leadása során széles körűvé vált a különböző elektronikus csatornák alkalmazása, bővült és megújult a szállítókapacitás. Az említett fejlesztések természetesen az informatikai rendszerek folyamatos cseréjével, vagy jelentős mértékű megújításával jártak együtt. Nagy bizonyossággal állítható, hogy a magyar gyógyszer-nagykereskedelem technikai színvonala, a XXI. századi nyugat-európai színvonalnak megfelelő.

Mára az országos lefedettségű nagykereskedők közül a Humantrade egy raktárból (és öt szűkített tevékenységű/átrakóként működő telephelyen keresztül – Csongrád, Nyíregyháza, Székesfehérvár, Szekszárd, Lukácsháza) a Phoenix hat raktárból (és hét szűkített tevékenységű/átrakóként működő telephelyen keresztül – Gyöngyös, Szolnok, Nyíregyháza, Békéscsaba, Pécs, Dombóvár, Székesfehérvár), a Hungaropharma pedig hét kereskedőházból/raktárból szolgálja ki a megrendelőket.

Az EU követelmények növekedése (a gyógyszerhamisítás megakadályozása érdekében), várhatóan további terheket jelent majd a nagykereskedők számára – felmerült a gyógyszerek egyedi azonosításán keresztül (dobozszinten – esetenként tabletta szinten) a gyártótól a betegig történő nyomonkövetés igénye.

Szintén többletterhet jelent az egyre drágább, egyre különlegesebb tárolási/szállítási/dokumentációs követelményeket támasztó újabb készítmények megjelenése.

2.4. Ágazati eredményesség

Az ágazat jövedelmezőségével kapcsolatos adatokat a 7. táblázat tartalmazza. A táblázat adatainak értelmezése során a következő fontos szempontokat kell figyelembe venni:
– az értékvesztések elszámolása nagykereskedőnként eltérő lehet,
– kockázatot jelentenek a határidőn túli kintlévőségek (és kamataik) – egyáltalán nem biztos, hogy ezek az összegek – részben vagy egészben – valaha is befolynak,
– további kérdés, hogy az adatok tartalmazzák-e a tulajdonolt patikák működéséből származó veszteségeket/esetleges nyereséget,
– az utolsó lezárt év a 2010-es esztendő – kérdés, hogy az év elején életbe lépett törvényi változások, az OEP 2011-es költségvetési egyensúlya megteremtését megcélzó intézkedések, valamint a Széll Kálmán-terv milyen együttes hatással lesz már a 2011-es év számaira.

3. A hazai gyógyszer-nagykereskedelem jövőképe

A gyógyszerforgalmazás nemzetközi tendenciáinak és hazai helyzetének áttekintése alapján hogyan látja a nagykereskedő a gyógyszeripari és –forgalmazási szektorban, valamint szélesebb körben, az egészségügyi ágazatban betöltött helyét és szerepét? Célkitűzésként egyértelműen megfogalmazhatóak a következő megállapítások:
A. A gyógyszerbiztonság fenntartása (ennek természetesen van jövedelmezőségi feltétele, de ez nem sérülhet).
B. A gyógyszerhez jutás esélyei ne változzanak, a betegterhek se szűkebb (térítési díj), se tágabb értelemben (a

7. táblázat. A gyógyszer-nagykereskedők árbevétele és nyeresége, 2006–2010, M Ft (Forrás: Cégbíróság, *: Hungaropharma becslés)

Nagykereskedő	2006		2007		2008		2009		2010	
	Nettó árbevétel	Adózás előtti eredmény	Nettó árbevétel	Adózás előtti eredmény	Nettó árbevétel	Adózás előtti eredmény	Nettó árbevétel	Adózás előtti eredmény	Nettó árbevétel	Adózás előtti eredmény
Hungaropharma Zrt.	205 432	2 883	194 501	2 789	229 586	2 900	241 074	834	245 845	810
Phoenix Pharma Zrt.	196 810	3 803	184 688	3 258	202 535	3 326	213 540	4 524	228 920	5 552
Medimpex Zrt.	38 151	61	32 890	-78						
TEVAZ rt. (HumantradeKft.)	85 250	46	80 000	200	87 000	200	95 000*	-100*	99 400*	200*
Pannonmedicina Zrt.	11 151	10	9 961	10						
Viridis Pharma Kft.	7 452	1	8 752	15	10 032	19	10 250	23	10 413	29
Csanád Pharma Kft.	5 181	3	5 216	10	4 846	-13	4 490	16	4 795	48
Prompt Pharma Kft.	9 060	337	11 275	501	15 090	744	12 854	603	12 486	713
Pap Nagyker Kft.	2 725	26	2 142	0	1 278	-37	2 085	22	3 172	3
Euromedic Zrt.	16 973	120	18 622	51	24 038	114	26 143	39	28 382	133
Auripharma Kft.	759	40	3 299	-14	5 325	19	5 511	42	5 191	48
W-Pharma Kft.			3955	75	5 184	97	5 372	113	5 295	161
Ágazat összesen	**578 944**	**7 330**	**555 301**	**6 816**	**584 914**	**7 369**	**616 319**	**6 116**	**643 900**	**7 698**

gyógyszerbeszerzés infrastrukturális feltételei) ne növekedjenek:
- ugyanannyi gyógyszertárban,
- ugyanazon a színvonalon (nyitva tartási idő, készlet stb.),
- nem magasabb térítési díjon juthasson hozzá a beteg a gyógyszerhez.

C. A nagykereskedelmi szolgáltatási színvonal fenntartása annak érdekében, hogy a gyógyszertárak szolgáltatásában ne legyen visszalépés:
- biztonságos raktárkészlet fenntartása,
- szállítási gyakoriság fenntartása,
- az engedményszint fenntartása, a gyógyszertárak működőképességének, és jövedelmezőségének megtartása érdekében.

A kereskedelmi ellátási színvonalának fenntartásához szükséges:
- a szektor jövedelmezőségének javítása – ezt különösen indokolja a Széll Kálmán-terv bizonyosan negatív, a szektor jövedelmezőségét tovább rontó hatása,
- a gyógyszertár-tulajdonlás nagykereskedőket sújtó (visszamenőleges) szabályozásának megváltoztatása – a kényszerértékesítési kötelezettség eltörlése,
- a kórházi területen a késedelmes számlák rendezése, a kiegyensúlyozott finanszírozás megteremtése.

A kényszerértékesítéssel kapcsolatosan fontos megjegyezni két tényezőt. A cikkben már korábban is említettem, hogy a kiskereskedelmi liberalizáció, majd a 2011 januárjában életbe lépett Gyftv. módosítás, a 2011. évi egyensúly-megőrző intézkedések és a Széll Kálmán-terv várható hatásai miatt – az eddig is alulfinanszírozott – gyógyszertárak értéke lecsökkent. Emellett az alulfinanszírozott gyógyszer-kiskereskedelmi szektorban nem állnak rendelkezésre azon források, melyből a potenciális vevők a patikavásárlást finanszírozni tudnák.

4. Összefoglalás – következtetések

A magyar gyógyszerpiacot az elmúlt tíz évben jellemző folyamatok elemzése során a tanulmányban részletesen bemutatásra került a gyógyszer-nagy- és kiskereskedelmi szektor jelenlegi állapota. A nagykereskedelem szolgáltatási színvonaláról megállapítható, hogy a jelenlegi nehéz körülmények között is nyugat-európai színvonalat biztosít a gyógyszertárak és kórházak számára.

Azonban a szabályozók gyakori változása miatti kiszámíthatatlanság, a tőkehiány, a finanszírozás elégtelensége, valamint a Széll Kálmán-terv ma még nehezen megbecsülhető hatásai veszélybe sodorhatják az egészségügyi ellátórendszer egészét azáltal, hogy a jelenleg még fennálló kényes egyensúlyt megbontják. A gyógyszerpiacon jelentős forgalomcsökkenés várható, melynek okai az egyre alacsonyabb (elsősorban generikus) árszint, bizonyos készítménykör átsorolása a gyógyszertári forgalmazásból a kórházi csatornába, valamint a rohamosan csökkenő vásárlóerő. További veszélyt jelent az árcsökkenések okozta készletleértékelődés, valamint a félévente változó referencia- és preferált készítménykör-változás miatt a lassan mozgó és immobil készletek kialakulása miatti veszteség. A negatív hatásokhoz hozzájárul még a gyógyszerészi többségi tulajdon kialakításának kötelezettsége.

A felsorolt hatások következtében, mind a nagy-, mind a kiskereskedelmi árrés-tömeg csökkenni fog. A tovább csökkenő, egy gyógyszertárra jutó árrés-tömeg miatt növekedni fog a – már ma is magas – patikai határidőn túli kintlévőség, újabb patikák nem tudják majd határidőre rendezni a beszállítói számlákat, s növekedni fog a patikacsődök száma.

Ráadásul a gyógyszerforgalmazás rendszerében nincsenek mozgósítható tartalékok – sem a nagy-, sem a kiskereskedőknek nincs lehetőségük további külső források bevonására Jelenleg mintegy 2500 gyógyszertár működik Magyarországon – bebizonyosodott, hogy a rendszer már ma is képtelen ennyi gyógyszertár hatékony működtetésére. A támogatáscsökkentés (Széll Kálmán-terv) pontos hatása ma még csak becsülhető, és a forgalom-, illetve árrés-tömeg csökkenés a gyógyszertárak helyzetét bizonyosan tovább rontja. A jelenlegi és a megváltozott finanszírozási körülmények mintegy 2000–2200 patika működését tudják biztosítani.

Összefoglalva megállapítható, hogy a jelenlegi ellátási színvonal biztosításához mind a gyógyszer-nagy-, mind a -kiskereskedők a végsőkig fel- és kihasználták hatékonyságbeli és pénzügyi lehetőségeiket. A 2011. évi, az OEP költségvetésének

egyensúlyát megcélzó intézkedések forgalom- és árrés-tömeg csökkentő hatása következtében romolhat a lakosság gyógyszerhez jutási esélye (gyógyszertárak csökkenő száma, romló területi eloszlása, rövidülő nyitva tartási idő, ritkább ügyelet, csökkenő raktárkészletek miatti visszahívások arányának növekedése). A hatások fokozottan jelentkezhetnek a kistelepüléseken, ahol már eddig is jelentős forgalomcsökkentő hatás volt a vásárlási szokások megváltozása, a kereslet eltolódása a kis- és nagyvárosok (bevásárlóközpontjainak) irányába. Ezzel egy időben, az egyre több betöltetlen háziorvosi, házi-gyermekorvosi praxis, az idősödő, romló egészségi állapotú lakosság további igényeket támasztana a gyógyszertári ellátórendszerrel szemben. Az igazi kérdés, az igazi kockázat az, hogy ezeknek a többletigényeknek a szektor képes lesz-e megfelelni – vagy esetleg a jelenlegi ellátási szint is drasztikusan csökkeni fog?

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet fejezem ki Székelyné Salamon Ágnesnek és dr. Székely Ágnesnek a cikk elkészítésében való közreműködésükért.

A szerző a Magyarországi Gyógyszer-nagykereskedők Szövetségének alelnöke, a Hungaropharma Zrt. vezérigazgatója.

Tervezhetőség és átláthatóság

A Sanofi magyarországi vállalatának vezérigazgatója a nemzetközi környezetbe helyezve vizsgálja a magyar gyógyszeripar helyzetét. Elemzésében a tervezhetőség és átláthatóság hiányát azonosítja meghatározó problémaként.

Christophe Gourlet

A **statisztikákat** vizsgálgatva kiderül: a magyar népesség általános egészségügyi helyzete elszomorító. Szív- és érrendszeri, valamint onkológiai betegségek tekintetében az OECD-országok között az egyik legrosszabb helyen áll Magyarország, és hasonlóan negatív a kép, ha az egészségügy GDP-arányos finanszírozását nézzük: Magyarország még a szomszédos országoknál is kevesebbet költ egészségügyre (1). Magyarország jelentős forrásokat áldoz egészségügyére, népegészségügyi mutatói a legrosszabbak közé tartoznak. Számomra ezért az az egyik alapkérdés, hogy hol és hogyan költsük el jól az egészségügy számára rendelkezésre álló forrásokat.

Van-e értelme a megszorításnak?

Mivel a Sanofi a magyar gazdaság egyik meghatározó szereplője, tisztában vagyunk azzal, hogy az általános gazdasági környezetben az államadósság csökkentése alapvető cél. Amikor 2010 júliusában Magyarországra érkeztem – szinte egy időben az új kormány színre lépésével –, akkor iktatták törvénybe a bankokat sújtó első válságadót, amelyet számtalan lépés követett. Azóta folyamatosan megértem, hogy bizonyos lépéseket meg kell tenni az államadósság csökkentése érdekében, de nem árt óvatosnak lenni: néhány döntés az ország hosszú távú fejlődését veszélyeztetheti.

Például, a Széll Kálmán-tervet vizsgálva kiderül, hogy a kiadáscsökkentés 15%-a vonatkozik a gyógyszerkasszára, míg a gyógyszerkassza a teljes költségvetésben mindösszesze 2%-os arányt képvisel. (2) Talán azért van ez így, mert Magyarországon az a hamis illúzió alakult ki, hogy a gyógyszerkassza kiadásainak növekedése nagymértékben hozzájárul az államadósság növekedéséhez.

A számok azonban mást mutatnak. 2006 óta a gyógyszerkassza csökken: a 2006. évi 388,7 milliárd forintról 2010-re 306 milliárdra. (3) Ugyanebben az időben a központi költségvetés teljes bruttó adóssága a 2006. januári 13.122 milliárd Ft-ról 2011 novemberére 20.326 milliárd Ft-ra nőtt. (4) Ez azt mutatja, hogy nincs szignifikáns összefüggés a gyógyszerkassza kiadásai és a teljes államadósság között, a Széll Kálmán-terv mégis döntő mértékben a gyógyszerkassza csökkentésére koncentrál.

Egészségügy: befektetés

Az egészségügyet Magyarországnak befektetésként kellene szemlélnie, amelyben minden jól elköltött forint hozzájárul a társadalom jobb egészségi állapotának megvalósításához. Ugyanígy, a gyógyszeriparba történő befektetések is hatásos befektetéseknek tekinthetőek, hiszen a gyógyszergyártás nagymértékben hozzájárul az ország gazdasági fejlődéséhez, mérete, komplexitása és munkatársai képzettsége miatt. A magyar gyógyszeripar 14 ezer magasan kvalifikált embert foglakoztat, termelésének 80%-át exportálja, jelentős kutatás-fejlesztési tevékenységet végez, és makrogazdasági szempontból is jelentős befektetéseket valósított meg az elmúlt években. Magyarország helyzete európai összehasonlításban is egyedi, hiszen nagyon kevés országban számít ennyire jelentős gazdasági tényezőnek a gyógyszeripar.

Pontosan ezért örülök annak, hogy a Semmelweis-terv kimondta: a gyógyszeripar kulcsfontosságú a magyar gazdaság és egészségügy számára. Ezért keserít el nagyon, hogy a Széll Kálmán-terv 35%-os gyógyszerkassza-csökkenést tűzött ki. Ennek ellenére nem gondolom, hogy a Széll Kálmán-tervben megfogalmazott lépések mindegyike elfogadhatatlan lenne. A meghatározott feladatok bizonyos része egyértelműen az egészségügyi ellátás fejlesztésére irányul és jelentős mértékben elősegítheti a betegcompliance fokozódását.

A compliance megvalósulása az egyik legfontosabb olyan tényező, amelyben a gyógyszeriparral együttműködve nagyon komoly eredményeket lehet elérni a hatékonyabb gyógyszerfelhasználás érdekében. A gyógyszerek hasznosulásának javításával a rendelkezésre álló forrásokból is olyan helyzetet lehet teremteni, amelyben javulhatnak a népegészségügyi mutatók, és közben nem hullik darabjaira a magyar gyógyszeripar, amelyről nem árt tudni: az elmúlt két évtizedben egyre jelentősebb mértékben járult hozzá a magyar bruttó hazai termékhez.

Vakság és vaklicit

A magyar gyógyszerfogyasztás szabályozásában vannak pozitív lépések, de megvalósultak olyan rendszerek is, amelyek nagyon veszélyes folyamatokat indíthatnak el, kérdésessé téve a folyamatos gyógyszerellátást. Például ilyen a vaklicit rendszere, amely október óta működik, ellentmondásos eredménnyel. A rendszer jellemzője, hogy a kis, generikus vállalatok számára

is lehetővé teszi a piaci belépést. Ez akár előnyös is lehetne a rendszer szempontjából, ha ezeket a vállalatokat nem az a stratégia jellemezné világszerte, hogy belépnek a piacra, letörik az árakat, letörik a piacot, majd miután teljesítették eladásaikat, távozhatnak az országból. Ez veszélybe sodorhatja a gyógyszerellátási biztonságot, amelyet az elmúlt két évtizedben a stabil gyógyszerpiaci szereplőkkel megteremtett Magyarország.

A piaci árszint erodálódásával világszerte szembe kell nézni, és kezelni, mert nagyon könnyen ellátási hiány lehet a következménye, mint az például bizonyos onkológiai készítményeknél az ősz folyamán bebizonyosodott. Amennyiben a túlzottan alacsony árú termék kevés gyártója közül valamelyik gyártási problémákkal szembesül, a termék egyszerűen eltűnik a piacról, és ennek a sor végén a beteg fizeti meg az árát.

Szilárd elképzelésünk, hogy egy olyan egészségügyi ellátórendszer lehet fenntartható, amelyben a beteg áll az ellátás középpontjában és a terápiás döntéseknek a beteg érdekében, és nem költségvetési keretek mentén kell megvalósulniuk. Ennek érdekében az egészségügy minden szereplőjének össze kell fognia, és a központi célt: a beteg emberek gyógyítását sosem szabad elfeledni.

Piaci kilátások

A recesszió gyökerei nem Magyarországon találhatóak, ezért a Sanofi magyarországi teljesítményét elsősorban a világpiaci trendek befolyásolják. Magyarországi gyógyszergyártási aktivitásunk sokkal jelentősebb, mint kereskedelmi tevékenységünk, amely konszolidált árbevételünk mindössze 10–15%-áért felelős. A magyar gyógyszer-kereskedelemben tapasztalt piaci bizonytalanság azonban bizonytalanná teszi a kutatás-fejlesztést és termelést érintő befektetéseinket is. Amennyiben a hatóságok olyan lépéseket tesznek, amelyek nem növelik a piac átláthatóságát, valamint megakadályozzák a hosszú távú tervezhetőséget, bármennyire is csupán árbevételünk 10–15%-a származik kereskedelmi tevékenységből, nem a magyar leányvállalat fogja elnyerni a beruházásokat, hanem olyan országok, amelyek képesek nagyobb átláthatóságot nyújtani.

Tudomásul kell venni, hogy a gyógyszeripari beruházások tekintetében nagyon erős versenykörnyezetben létezik Magyarország. Amennyiben valamilyen változó, például a kutatás-fejlesztési tevékenység elszámolhatóságára vonatkozó szabályozás egyik napról a másikra negatív irányba változik, sokkal nehezebb a Sanofi központjában a magyar befektetések versenyképessége mellett érvelni.

A beruházások elnyeréséért Magyarország olyan országokkal versenyez, mint Olaszország, Németország, Franciaország, Spanyolország vagy Csehország. Ezért olyan környezetet kell létrehozni, amely kihasználja a magyar gyógyszeripar lehetőségeit, és a Magyarországon jelentős gyártási és kutatás-fejlesztési tevékenységet folytató cégek számára előnyös feltételeket teremt további itthoni beruházások megvalósítására.

Magyarországnak is szüksége van üzleti marketingre

Mint ahogyan bármilyen termék megfelelő marketing stratégiával értékesíthető, úgy a Magyarországra, a magyar gyógyszeriparba érkező befektetések is megfelelő stratégia mentén szerezhetőek meg. A három kulcsfogalom: stabilitás, előrelátható és hosszú távú jövőkép. Ezek hiányában nagyon nehéz új beruházásokat hozni Magyarországra.

Prioritásunk az, hogy nemzetközi központunk számára Magyarországot jó befektetési terepként adjuk el, és Magyarország számára is jó befektetőként mutassuk be a Sanofit. Ez az én személyes szerepem is, de egyedül nem tudok sikert elérni. Ehhez szükségem van a Sanofi támogatására, de ugyanúgy szükségem van a magyar kormányzat segítségére, annak érdekében, hogy az országot stabil, tervezhető, és persze a mainál transzparensebb adózási környezetet felmutató országnak mutathassam be.

Sajnos, nehezen lehet megértetni nemzetközi központunkkal, hogy egy magyarországi orvoslátogató összes költsége – a regisztrációs díj miatt – valamivel magasabb, mint francia kollégájáé, és közben még 20%-os visszatérítést is fizetnie kell a forgalmazóknak a gyógyszerkassza által finanszírozott termékekre. Csak akkor lehetünk sikeresek a beruházások Magyarországra irányításában, ha minden szereplő látja a fényt az alagút végén.

Van-e ma értelme a rövid távú céloknak?

Szép, stratégiai feladat olyan környezetet teremteni, amelyben el lehet adni jó befektetési terepként Magyarországot a Sanofinak, és el lehet adni jó befektetőként a Sanofit Magyarországnak, ám ezek hosszú távú folyamatok, több évig is eltartanak. Nekünk addig is dolgozni kell, és tudjuk, hogy sok a teendőnk a rövidebb távú, piaci tevékenységekben.

Szeretnénk elérni, hogy valóban javuljanak a magyar népegészségügyi mutatók, szeretnénk közösen dolgozni a diabétesz elleni küzdelemben, a kardiovaszkuláris betegségek ellen, szeretnénk javítani az onkológiai ellátás hatékonyságát, növelni az onkológiai betegek túlélési esélyeit.

Szerencsénk, hogy ezeket a célokat a Sanofi magyarországi tevékenysége több dimenzióban is képes támogatni: úgy az OTC-piacon, mint a Zentiva márkával fémjelzett generikus portfóliónkkal, új, innovatív termékeink bevezetésével, Sanofi Pasteur márkanév alatt működő vakcina üzletágunkkal, illetve Genzyme biotechnológiai leányvállalatunkkal.

Rövid távú cél az egészségügyi ellátás hatékonyságának javítása is, amelyet a Széll Kálmán-terv által kitűzött betegcompliance révén tudunk elérni, de csak úgy, ha aktivitásunkhoz prevenciós tevékenység is kapcsolódik, és együtt tudunk működni a betegszervezetekkel és a kórházakkal. Azt szeretnénk elérni, hogy miután a betegséget diagnosztizálták, a beteg lelkiismeretesen kövesse a terápiát, tisztában legyen betegsége részleteivel és az ellátórendszer is nyomon követhesse a terápia előrehaladását.

Olyan modellt kell tehát felépíteni a kórházakkal, betegszervezetekkel és gyógyszeriparral közösen, amely elősegíti a hatékony terápia megvalósulását, és teljes körű betegségmenedzsmentet valósít meg: megelőz, oktat és kezel.

Hivatkozások

1. *OECD Health Data, 2009*
2. *http://static.fidesz.hu/download/867/Szell_Kalman_Terv_4867.pdf*
3. *http://www.parlament.hu/irom39/01323/01323.pdf*
4. *http://www.akk.hu/ktgvetesadossag.ivy*

A szerző a sanofi-aventis Zrt. vezérigazgatója.

Mi lesz veletek, patikák?

A szerzők áttekintik a magyar lakossági gyógyszerellátás rendszerének az utóbbi öt évben bekövetkezett változásait. Írásukban leszögezik: fontosnak tartják, hogy a gyógyszerellátó struktúra rendszerének 2010-ben megkezdett reformja folytatódjék, a lakossági gyógyszerellátás nemzeti és szakmai kézben maradjon, biztosítva legyen a gyógyszerész szakmai és egzisztenciális függetlensége és megvalósuljon a 2017-ig meghirdetett tulajdonosi program.

Dr. Hankó Zoltán[1] , dr. Torma Árpád[2] , dr. Bodrogi József[3]

I.

A 2006-ban liberalizált lakossági gyógyszerellátó struktúra közel 500 jogelőd nélküli magángyógyszertár 1990–1994 közötti létrehozásával, a gyógyszertári törvény 1994-es megalkotásával, majd a megyei gyógyszertári központokhoz tartozó közforgalmú gyógyszertárak 1995–1997 közötti privatizálásával alakult ki. A gyógyszertári törvény az új közforgalmú gyógyszertárak létesítését geográfiai és demográfiai korlátokhoz kötötte, a gyógyszertár-működtetés jogát a személyi joggal rendelkező gyógyszerészhez telepítette és a gyógyszertár-működtetésből – a gyógyszerész beltaggal működő betéti társaság kivételével – kizárta a társas vállalkozásokat. A szabályozás az államosítást megelőző időszakra visszavezethető nemzeti hagyományokat és a kontinentális gyógyszerészet főbb jellemzőit vette figyelembe, ennek ellenére az elkövetkező évtizedben olyan feszültséggócok alakultak ki a lakossági gyógyszerellátás rendszerében, amelyeket sem az akkori egészségpolitika, sem az akkori szakmapolitika nem oldott fel. Ezek a feszültséggócok teremtettek hivatkozási alapot 2006 végén a lakossági gyógyszerellátás rendszerének liberalizálására.

A 2006 végén hatályba léptetett gyógyszer-gazdaságossági törvény lényegében felszámolta az új gyógyszertárak létesítésének korábbi geográfiai és demográfiai korlátait, a gyógyszertár-működtetés jogát kivette a személyi jogos gyógyszerész kezéből és a patikát működtető gazdasági társaságra testálta. Megengedte a gyógyszertárak hálózatban való működtetését és lehetővé tette, hogy gyógyszergyárak és nagykereskedők legálisan tulajdonolhassanak gyógyszertárakat. Liberalizálták az árszabályozást és a marketinget is. Az új szabályozás az állam, a gyógyszerész és a kamara között korábban megosztott feladat- és felelősségi viszonyokat is átszabta: a leglátványosabbnak talán az állami jogkörök megkurtítása, az egyetemet végzett gyógyszerészek korábbi kompetenciáinak a patikaműködtető gazdasági társaságokra delegálása és az asszisztens végzettségű szakemberekkel való megosztása, valamint a köztestület kiüresítése bizonyult.

A 2007-től 2010-ig terjedő négyéves időszak hozadékát és következményeit foglalta össze a kormány 2010 októberében készült J.1323. sz. parlamenti jelentése. A jelentés szerint a működő közforgalmú gyógyszertárak száma a 2007 elejei 2010-ről 2010. augusztus 23-ig 2441-re nőtt, a fiókgyógyszertárak száma lényegében változatlan maradt (650), a kézi-gyógyszertáraké pedig 278-ról 250-re csökkent. A nyitva tartási idő általában nőtt (az ügyeleti órák száma jelentősen csökkent), a növekvő patikaszámmal a gyógyszerészi létszám azonban nem tartott lépést, a fajlagos létszámarány romlott. A személyi minimumfeltételek jogszabályi előírásának hiánya miatt az ÁNTSZ nem tudott érvényt szerezni a szükséges számú szakember alkalmazásának, a személyi jogos gyógyszerész a törvényben előírt, de nem definiált személyes vezetési kötelezettségnek sokszor nem tett eleget. A jelentés szerint különösen az újonnan létesült gyógyszertárak esetében volt jellemző, hogy „a személyi jogos gyógyszerész tulajdonrésze elenyésző, érdemi befolyása a gyógyszertárat működtető gazdasági társaságban nincs. Ennek következménye, hogy a gyógyszertárat vezető gyógyszerésznek ritkán van lehetősége érdemi döntést hozni, (…) a személyi jogos gyógyszerész a működtető gazdasági társaságnak kiszolgáltatott és így nem képes a folyamatos, megfelelő szintű betegellátás biztosítására". A jelentés

1. táblázat. A belföldi értékesítés árbevételének alakulása 2008–2010 között (milliárd forintban)

Év	Bt.	Kft. + Rt.	Egyéni vállalkozás	Összes
2008	398,3	90,98	38,33	527,6
2009	372,5	174,9	29,8	577,2
2010	350,2	230,3	30,9	611,4*

*A belföldi értékesítés árbevétele mellett a beszámolók alapján mintegy három milliárd Ft értékben a vállalkozások export-bevételt is realizáltak. A szakágazati besorolás pontatlanságai miatti adat leválasztás 6–10 Mrd Ft.

2. táblázat. Gyógyszertári vállalkozások számának alakulása 2006–2010 között

Megnevezések		Bt.	Kft. + Rt.	Egyéni	Összes	Gyógyszertárak száma OEP-elszámolás alapján
Vállalkozások száma	2006	1657	-	276	1943	2010
	2008	1531	396	244	2171	2330
	2009	1446	595	202	2243	2424
	2010	1365	706	219	2290	2451

3. táblázat. A gyógyszertári vállalkozások adózott eredményének alakulása 2008–2010 között (milliárd forintban)

Év	Bt.	Kft. + Rt.	Egyéni vállalkozás	Összes
2008	8,2	-2,1	0,7	6,8
2009	7,9	-1,7	0,5	6,7
2010	7,0	-0,1	0,66	7,6

*Az egyéni vállalkozások becsült adóhányada alapján számított értékek

4. táblázat. A veszteséges gyógyszertári vállalkozások száma és aránya*

Megnevezések	Év	Bt.	Kft.+ rt.	Egyéni vállalkozás	Összes
Veszteséges vállalkozások száma	2008	337	172	48	557
	2009	282	233	44	559
	2010	269	225	34	528
Veszteséges vállalkozások aránya (%)	2008	22,0	43,4	19,6	25,7
	2009	19,5	39,2	21,8	24,9
	2010	19,7	31,9	15,7	23,1

*A vállalkozások száma 2009-ben 72-vel, 2010-ben pedig 47-tel nőtt.

5. táblázat. A veszteséges vállalkozások néhány mutatója

	Átlagos árbevétel (m Ft/hó/váll.)	Adózott eredmény (m Ft/év/váll.)	Szállítói tart. (m Ft/váll.)	Összes röv. lej. kötelezettség (m Ft/váll.)	Bruttó bér (e Ft/hó/fő)
Bt.	14,4	-7,8	22,7	38,1	185
Kft. + Zrt.	16,2	-20,0	52,0	81,7	221
Egyéni vállalkozás	7,1	-2,5	nem értelmezhető	nem értelmezhető	119

megemlítette, hogy a szakmai színvonal csökkenésében az ellenőrzések hiánya is szerepet játszik. Az ÁNTSZ adatait idézve megállapítják, hogy „a szabálytalan és jogosulatlan expediálás becsült aránya kb. 20–30%-ra tehető", és gyógyszerészi gondozást a gyógyszertárak csupán 15 százaléka végez, amit „a gyógyszerészhiány erősen korlátoz". A jelentés kitér arra, hogy 2006 óta „a támogatott árréstömeg mind negyedéves, mind éves szinten csökkenő tendenciát mutat, (…) a csökkenő támogatott kiskereskedelmi árréstömeg mellett a Gyftv. hatályba lépését követően mintegy 22-23%-kal növekvő gyógyszertárszám a legerősebb oki tényező, mely a patikák jövedelmezőségét rontja".

A jelentés részletesen foglalkozik azzal, hogy a gyógyszertári vállalkozások kb. negyede veszteségesen működik (a liberalizációt megelőző utolsó évben a veszteséges gyógyszertárak száma 6% körül volt). A patikák készletezése romlott, a körbetartozás folyamatosan növekszik, a határidőn túli tartozások a jelentés időpontjában ágazati szinten meghaladták a 13–15 milliárd forintot. „A beszállítói tartozások gyors ütemű növekedése a nagykereskedők és a gyógyszertárak közötti kapcsolatrendszer módosulásával jár: a gyógyszertárak egyre nagyobb aránya kerül nagykereskedői érdekkörbe", és ez a nagykereskedők tulajdonosi struktúrája miatt „gyártókat is magába foglaló vertikális integrációt jelent". A jelentés megemlíti, hogy a gyógyszertárak egy része külföldi tulajdonosok kezébe került.

Néhány hónapos átmeneti patikalétesítési moratóriumot követően 2011. január 1-jén lépett hatályba a jelentésnek megfelelően korrigált szabályozás, amely a patikalétesítést újra szükségletalapon teszi lehetővé. Az új geográfiai szabályok hasonlítanak a 2006 előttiekhez, az új demográfiai korlátok pedig igazodnak az időközben bekövetkezett változásokhoz. A szabályozás abban is hasonlít az 1994-eshez, hogy olyan gyógyszertár-létesítési korlátok léptek hatályba, amelyek új patika engedélyezését csak ritka esetekben teszik lehetővé. A szabályozás egyik központi eleme a gyógyszerészek szakmai és egzisztenciális függetlenségének a megteremtése. A személyi jog a patikaműködtetésben ugyan osztozik a gazdasági társasággal, azonban a személyi jogos gyógyszerésszel szemben olyan új menedzsment-kötelezettségeket ír elő a szabályozás, amelyek a patikaműködtetés szakmai felelősségét egyértelműen a gyógyszerészre testálják. A korábban létrejött gyógyszertár-láncok létezését a korrekció elfogadja, azonban új lánc nem jöhet létre és a már működők tovább nem növekedhetnek. A gyógyszer-nagykereskedők és a gyógyszergyárak a gyógyszertárakban további tulajdont nem szerezhetnek. Számos vitát generált az új szabályozás hatályba lépését megelőzően, hogy a gyógyszertárakat működtető gazdasági társaságokban a gyógyszerészeknek 2017-ig többségi tulajdont kell szerezniük, ugyanakkor ez a döntés harmonizál az Európai Bíróság 2009-es és 2010-es gyógyszerpiaci döntéseivel, és megfelel a jelenlegi kormány programjá-

nak. Az új szabályozás garantálja a lakossági gyógyszerellátás nemzeti kézben maradását is, amikor a gyógyszertár-működtetést Magyarországon életvitelszerűen élő természetes személyek többségi tulajdonlásához köti.

A modellkorrekció az állam korábbi jogköreit is helyreállította a patikai tevékenység engedélyezése és ellenőrzése, valamint a hibás gyakorlat szankcionálása területén, és olyan változások is hatályba léptek, amelyek a gyógyszertárak egészségügyi tevékenységét, a prevenciós és népegészségügyi programokban való részvételét célozzák.

Kimondható, hogy a modellkorrekció indokolt és szükségszerű volt: a 2007–2010 közötti tapasztalatok alapján a liberalizált gyógyszerellátó rendszer fenntartása a gyógyszer- és ellátásbiztonsági problémák mellett az ágazattal szemben támasztott társadalom- és egészségpolitikai elvárások meghiúsulását vetítette előre. Ugyanakkor fel kell figyelni arra, hogy az elmúlt két évtizeden belül ez volt a harmadik (!) modellkorrekció, ami a gyógyszerellátó rendszer szervezeti struktúrájában, tulajdonosi és felelősségi viszonyaiban, kapcsolatrendszerében és a rendszerrel szemben támasztott követelményekben alapvető változásokat generált. A jogszabályi változások követése nemcsak gazdasági-pénzügyi, hanem gyógyszerész-szakmai és mentális szempontból is nehezen megoldható feladatok elé állítja a gyógyszerellátás szereplőit. Ilyen körülmények között szükségszerűen sérül a normakövető szemlélet, és ez egy olyan szakmában, amelynek a lényegéhez tartozik a precizitás és a fennálló szabályok betartása, súlyos működési zavarokat okozhat. Ezért a többszörös modellkorrekció mentális és szemléleti következményeit is jó ideig figyelembe kell venni a lakossági gyógyszerellátás szereplőivel szemben támasztható elvárások kereteinek a kialakításakor.

II.

A Magyar Gyógyszerészi Kamarában – közgazdasági szakértőink vezetésével – évek óta folyik a lakossági gyógyszerellátás gazdasági folyamatainak, a patikai vállalkozások helyzetének elemzése. Ehhez a munkához a közvetlen patikai adatokon túl a KSH adatszolgáltatását is felhasználjuk. Az elmúlt évek gazdasági folyamatainak bemutatásához az alábbiakban ezeket az elemzéseket is igénybe vesszük. A fejezetben közölt adatok a januári modellkorrekció időpontjában fennálló helyzetet mutatják be; ezeket az elkövetkező évek változásait figyelembe véve célszerű majd vizsgálni.

1. Árbevétel, árrés-bevétel

A közforgalmú gyógyszertárakat működtető gazdasági társaságok szakágazati összesített árbevétele 2010-ben 600–604 Mrd Ft közötti érték volt, az árrés-tömeg pedig kerekítve 91 Mrd Ft. Az ágazati árrés-tömegből mintegy 52 milliárdot tett ki a közfinanszírozott gyógyszerek értékesítéséből származó

6. táblázat. Személyi jellegű ráfordítások 2008–2010 között (milliárd forintban)

Év	Bt.	Kft.+ Rt.	Egyéni vállalkozás*	Összes
2008	31,5	8,30	2,3	42,1
2009	28,6	14,5	1,8	44,9
2010	26,7	18,0	1,5	46,2

*Az egyéni vállalkozások adata a bérköltségből arányosítással számított érték.

7. táblázat. Egy gyógyszertárra jutó árbevétel (m Ft/hó/gyógyszertár)

Év	Bt.	Kft. + Rt.	Súlyozott átlag
2008	21,6	19–20	21,0–21,5
2009	21,0	24–25	23,0–23,5
2010	21,7	22,5–23,5	22,0–22,5

8. táblázat. Egy gyógyszertárra jutó saját tőke (m Ft/gyógyszertár)

Év	Bt.	Kft. + Rt.	Súlyozott átlag	Megjegyzés
2008	24,7	7,5	20,4	1540+510 gyógyszertár alapján
2009	25,7	10,4	20,6	1460+710 gyógyszertár alapján
2010	26,6	10,7	20,6	1380+840 gyógyszertár alapján

9. táblázat. A rövid lejáratú kötelezettségekből a szállítók felé fennálló kötelezettség (Mrd Ft)

Év	Bt.	Kft. + Rt.	Egyéni vállalkozás	Összesen
2008	31,58	16,72	nincs adat	48,3+ev
2009	29,0	29,2	nincs adat	58,2+ev
2010	28,0	34,67	nincs adat	62,67+ev

10. táblázat. Egy gyógyszertárra jutó rövid lejáratú kötelezettség és szállítói állomány értéke (m Ft)

	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2010
Rövid lejáratú kötelezettség	34,4	34,2	35,2	51–53	62-63	61-62	38,2	45,0
Szállítói állomány	20,5	20,0	20,3	34-35	39-40	41	23,6	28,2

árrés-bevétel (ebből kb. 38 milliárd a közfinanszírozott hányad). A nagykereskedelmi visszatérítés 9-10 Mrd Ft közötti összeg volt (1. táblázat).

2. A gazdasági társaságok számának alakulása

A gyógyszertárak számának gyors emelkedése ellenére 2006 és 2010 között a betéti társaságok és egyéni vállalkozások száma folyamatosan csökkent. Ehhez figyelembe kell venni, hogy 2006-ig közforgalmú gyógyszertárat a betéti társaság kivételével társas vállalkozás nem működtethetett, és az összes gyógyszertár (2006-ban kb. 2010) kevesebb mint 15 százalékát (276-ot) működtették egyéni vállalkozás formában. Fontos továbbá, hogy a liberalizáció kezdete (2007 eleje) óta új gyógyszertárakat szinte kizárólag kft.-k és rt.-k létesítettek, és a korábbi bt.-k egy része is átalakult a kisebb személyes kockázatot hordozó kft. formába. A patikai vállalkozások számának növekedését és a vállalkozási formák arányainak a változását mutatja, hogy a bt-k és az egyéni vállalkozások együttes száma 2008-ban már csak 1775, 2010-ben pedig csupán 1584, ekkor az általuk működtetett gyógyszertárak száma kb. 1590. Ugyanakkor a kft.-k száma 2008-ban 396, 2010-ben pedig 706 volt, a 706 kft. által működtetett gyógyszertárak száma kb. 850 (2. táblázat).

3. A veszteséges gyógyszertári vállalkozások

Míg a liberalizációt megelőző évben 89 gyógyszertárat működtető bt. és 29 egyéni vállalkozás (az összes bt. 5,4 és az egyéni vállalkozások 9,4 százaléka) működött veszteségesen, két évvel később már a bt.-k 22 százaléka (337 bt.), az egyéni vállalkozások 19,6 százaléka (48 egyéni vállalkozás), az újonnan létrejövő kft.-k 43,4 százaléka (142 kft.) volt veszteséges. Újabb két évvel később (2010-ben) a bt.-k 19,7, az egyéni vállalkozások 15,5 és a kft.-k 32 százaléka (269 bt., 34 egyéni vállalkozás és 225 kft.) működött veszteségesen. Az egy veszteséges vállalkozásra jutó átlagos veszteség a bt.-k esetében 7,8 millió Ft, a kft.-k esetében átlagosan 20 millió forint.

A 2010-ben OEP-elszámolást benyújtó 2451 gyógyszertár közül kb. 560–570 gyógyszertár működött veszteségesen, ez a gyógyszertárat működtető vállalkozások 23,1 százalékát jelenti. (Ez az arány az előző két évben 25,7 és 24,9 százalékot tett ki.) A veszteséges vállalkozások veszteségének összesített értéke közelíti a 7 milliárdot. Ugyanakkor az ágazat adózott eredménye 2010-ben 7,6 milliárd (ez az előző évben 6,7 milliárd volt). Itt meg kell jegyezni, hogy a társasági adó 2010. évi csökkentésének hatása 0,5–0,7 milliárdos jövedelmezőség javulást hozhatott. A pozitív eredmény szinte teljes egészében a bt.-khez és az egyéni vállalkozásokhoz köthető, mert a veszteséges és nyereséges kft.-k szaldója valójában zérus (3. és 4. táblázat). Ezek az adatok annak fényében különösen aggasztóak, hogy a beszállítói kedvezmények 2010-ben ágazati szinten kb. 10 milliárdot tettek ki: a kedvezmény nélkül az ágazat teljes egésze veszteséget termelne (5. táblázat).

4. Személyi jellegű ráfordítások

Az aggregált személyi ráfordítások nominális értéken mindössze 3%-kal haladták meg a 2009. évi adatot (6. táblázat). Figyelembe véve az önbevallással közölt összlétszám 1,6%-os bővülését (14 591-ről 14 828-ra), az egy foglalkoztatottra jutó bruttó javadalmazás nominál értéke alig 1,4%-kal haladta meg a 2009. év adatát. Ez alig harmada a nemzetgazdaság egészében megvalósult átlagos növekedésnek. A veszteséges vállalkozások éves beszámolói alapján az egy főre vetített bruttó bérek jelentősen elmaradnak a szellemi foglalkoztatottak nemzetgazdasági átlagától (5. táblázat). Az adatok a költségvetési szféra humán egészségügyi ellátás szellemi foglalkoztatottai 2010. évi kereseti átlagának felelnek meg, tehát nem a bőkezű bérezés van a veszteség mögött. Az egyéni vállalkozások körében veszteséges gyógyszertárak béradatai irreálisnak látszanak, de meg kell jegyezni, hogy ez a tényező is szerepet játszik az egyéni vállalkozások veszteségességének jóval kisebb arányában.

5. Saját tőke ellátottság

A kft.-k szignifikánsan rosszabb saját tőke ellátottságát mutatja, hogy a saját tőke egy gyógyszertárra jutó átlagos értéke a bt.-k által működtetett gyógyszertárak esetén 26,6 millió, míg a kft.-k esetén csak 10,6 millió forint. Ugyanakkor az egy gyógyszertárra jutó havi árbevétel mértékében alig van különbség a bt.-k és a kft.-k között: az árbevétel átlaga 21,7 illetve 23 m Ft/hó/gyógyszertár (7. és 8. táblázat). A saját tőke aránya az összes forráson belül 40,8 százalék a bt.-knél és 13,4 százalék a kft.-k esetében. Ezek után nem meglepő, hogy a 286 negatív saját tőkéjű vállalkozás közül 107 a bt. (a bt.-k 7,8 százaléka) és 179 a kft. (a kft.-k 25,3 százaléka). A negatív saját tőkével rendelkező gyógyszertári vállalkozások kb. 350 gyógyszertárat működtettek 2010-ben, a negatív saját tőke összesített értéke elérte a 8 milliárd forintot.

6. Eladósodottság

Míg 2006-ban a nagykereskedők teljes gyógyszertári kintlévősége 35–40 milliárd forint között volt, ez az érték 2010 végén már elérte a 66 milliárdot. A 2010-es növekedés kb. öt milliárdot tesz ki. Ez esetben is célszerű a különböző vállalkozási formák szerinti vizsgálódás: míg a bt.-k esetében az egy gyógyszertárra jutó szállítóállomány évek óta stagnál (2008 óta 20,5–20,0–20,3 millió Ft/gyógyszertár), a kft.-knél folyamatosan növekszik és 2010-ben gyógyszertáranként elérte a 41 millió forintot. A 14,7 millió Ft/gyógyszertár átlagos különbséget azzal együtt kell értékelni, hogy a havi átlagforgalomban csak 1,0–1,5 millió Ft/gyógyszertár az eltérés a kft.-k javára (9. és 10. táblázat). A kft.-k a likvid pénzellátásuk viszonylag megfelelő pozícióját ezzel teremtették meg. A patikák eladósodásának növekedése a nagykereskedők felé az elmúlt években teljes egészében a kft.-khez köthető. A 2010-ben veszteséges társas vállalkozásokat külön vizsgálva a mérleg fordulónapján a szállítóállomány a bt.-knél vállalkozásonként 22,7, a kft.-knél 52 millió forint. Ez a bt.-knél kb. 55, a kft.-knél 110–115 napi átlagos szállítóállományuknak felel meg. Tovább árnyalja a képet, hogy az összes rövid lejáratú kötelezettség a veszteséges bt.-k esetén átlagosan 38, a veszteséges kft.-k esetén átlagosan 82 millió forintot tesz ki.

Adataink alapján is megállapítható tehát, hogy a liberalizáció időszakának végére a lakossági gyógyszerellátás rendszere destabilizálódott. A rendelkezésre álló források nem voltak elégségesek a kiegyensúlyozott működéshez, és a külső tőke bevonása közel sem volt olyan léptékű, mint ahogy azt sokan láttatni szerették volna. A patikaszám gyors ütemű növekedéséhez szükséges források jelentős részét a nagykereskedők a szállítóállományon keresztül biztosították, annak ellenére, hogy a veszteséges patikaműködtetés és a patikai vállalkozások saját tőkéjének elvesztése tömegessé vált. A nagykereskedők piaci magatartásában a közöttük lévő versenyen túl a patikapiac feletti kontroll igénye is meghatározó volt. Mind-

ezek alapján megerősíthető, hogy az év elején hatályba lépett modellkorrekció szükséges volt.

III.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény módosításával párhuzamosan kezdődött meg a Semmelweis-terv előkészítése, majd 2011 első felében kormányhatározattal való elfogadása.

A Semmelweis-terv gyógyszerészettel és gyógyszerellátással kapcsolatos helyzetelemzése és célkitűzései szerves folytatását jelentik annak a szemléletnek és folyamatnak, amely tavaly a patikalétesítési moratórium meghirdetésével, majd a gyógyszerellátásról szóló októberi parlamenti jelentéssel, a gyógyszer-gazdaságossági törvény decemberben elfogadott módosításával és a kamarai törvény ez év márciusi átírásával folytatódott. A Semmelweis-terv szerint a kormány a gyógyszerellátást az egészségügy részének tekinti, elvárja a gyógyszer- és az ellátásbiztonság érvényesülését, a szolgáltatások minőségének garantálását és a rendszer költséghatékony működtetését. Fontosnak tartja a gyógyszerelési problémák csökkentését, a gyógyszerészi gondozás tömegesítését és mélyítését, a gyógyszerész–beteg-kapcsolat gyógyszerészszakmai megújítását. Mindezen elvárások az állam, a kamara és a gyógyszerész közötti megosztott feladat- és felelősségvállalás megújított rendszerére épülnek. Ez nemcsak abból látszik, ahogyan a terv pl. a gyógyszerbiztonság növelését, a képzés és a szakképzés reformját, a hiányzó protokollok megalkotását vagy akár a minőségfejlesztési programot leírja, hanem abból is, ahogyan évtizedek óta megoldatlan problémák (pl. ügyelet, ösztönző rendszerek kialakítása) megoldását tervezi. Még a Semmelweis-tervben leírt támogatáspolitikai tervek is (pl. generikus ösztönzők, hatóanyag-rendelés) az együttműködést feltételezik, hiszen a támogatási rendszer belső ellentmondásainak felszámolása és a hatékonyság növelése e nélkül nem megy.

A Semmelweis-terv gyógyszerpolitikai fejezetének megvalósulását nem a kitűzött célok teljesíthetetlensége veszélyezteti, hanem a Széll Kálmán-terv keretrendszere, amely ma erősebb kormányzati prioritás, mint a Semmelweis-terv. A Széll Kálmán-tervben 2012-re tervezett 83, majd a 2013-ra és 2014-re beütemezett 120-120 milliárdos támogatáscsökkentés a gyógyszertárak működési feltételeire drámai következményekkel járhat. A gyógyszertáraknak ugyanis számolniuk kell

– a támogatott gyógyszerek ár- és forgalomcsökkentéséből adódó árrés-csökkenéssel,
– a forgalmi struktúra változásával járó inmobil és lejáró készletek okozta veszteséggel,
– a készletleértékelődéssel, továbbá
– a gyártói és nagykereskedelmi kedvezmények csökkenésével.

Különböző becslések szerint a patikai ágazat 2012-ben az árrés-tömegének az előző évihez képest akár a 10 százalékát is elveszítheti, ami a patikapiacon az elmúlt években felgyülemlett feszültségeket is figyelembe véve beláthatatlan folyamatokat indíthat el.

Ezért a patikai ágazat számára nélkülözhetetlen fontosságú, hogy legyen lehetőség legalább a Széll Kálmán-tervhez kapcsolódóan kieső veszteségek kompenzálására. Ez ugyan nem elegendő az elmúlt években felgyülemlett problémák kezeléséhez, de arra alkalmas lehet, hogy az ágazat 2012-ben az alapvető gyógyszerellátási feladatait tisztességesen el tudja látni. Amikor a kompenzáció szóba jöhető elemeit végiggondoljuk, a gyógyszerellátó rendszer működéséért és a befektetések értékállóságáért való jogos aggodalmunk mellett igényként fogalmazódik meg, hogy ezek

– járuljanak hozzá a már meglévő feszültségek és működési zavarok mérsékléséhez,
– segítsék elő a rendszer hatékonyabb működését,
– biztosítsák a térben és időben kiegyensúlyozott ellátás megmaradását, továbbá
– segítsék elő a gyógyszerellátással kapcsolatos társadalompolitikai célkitűzések megvalósulását, a gyógyszertári hálózat nemzeti és gyógyszerészi kézben tartását.

A hatékonyságot javíthatja a generikus helyettesítés ellenérdekeltségének feloldása a megtakarítás meghatározott hányadának felhasználásával, a gyógyszertár bevonása a generikus készítményválasztásba a hatóanyag-rendelés szabályozásának változásával. Célszerű megteremteni a gyógyszertári szolgáltatások díjazásának feltételeit is. Ilyen szolgáltatás a protokollokhoz kapcsolódó, beteg-együttműködést biztosító expediálás (a vényhez kötött expediálási díj bevezetésével) és előrelépést jelenthet az emelt szintű gyógyszerészi gondozási szolgáltatások tb befogadása. Ezeknek a szolgáltatásoknak a díjazása hozzájárulhat (1) a beteg-együttműködés javításához, (2) a közfinanszírozás hatékonyságának növeléséhez, (3) a gyógyszerhasználathoz kapcsolódó externáliák (egészségkárosodások, fel nem használt gyógyszerek stb.) csökkentéséhez.

Sort kell keríteni a patikai árrés-rendszer belső ellentmondásainak feloldására. Mivel a gyógyszerek több mint 40%-át fix (850 Ft-os) dobozdíjjal értékesítik a gyógyszertárak, a forgalom 11%-át kitevő gyógyszerek esetén pedig a patikai árrés 1% (egy százalék) alatt van, a 850 Ft-os fix árrés-sávhatár megemelésével és új sávhatár kialakításával elérhető, hogy a drága gyógyszerek patikai forgalmazása ne lehetetlenüljön el végképp. Hosszabb távon a teljes kereskedelmi árrés-szerkezet újragondolása indokolt.

Mivel a magisztrális gyógyszerkészítés díjosztályainak legutolsó korrekciója 2001-ben volt és a patikai gyógyszerkészítés ma már minden elemében veszteséges tevékenység, a gyógyszertárak ellenérdekeltségének ellátásrontó hatása a legkülönfélébb statisztikai adatokkal igazolható. A magisztrális gyógyszerkészítés felülvizsgálata és díjtételeinek valorizációs korrekciója szintén indokolt. Az intézkedés az olcsó, jó minőségű és individuális terápiát biztosíthatja több orvosi területen (pl. gyermekgyógyászat, bőrgyógyászat, szemészet).

Az ágazat egészére kiterjedő likviditásjavító intézkedésekre is szükség van. Ilyen lehet pl. a tb-elszámolás gyorsabbá és rugalmasabbá tétele, valamint a kamatmentes támogatáselőleg szélesebb körű és folyamatos biztosítása. A patikák likviditásának javítása egyrészt a készletezési feltételeket változtathatja meg kedvezően, másrészt az eladósodottság csökkentésével a forgalmazás rendszerének működési költségeit is kedvezően befolyásolhatja.

Szükséges, hogy minél hamarabb jöjjön létre a gyógyszertárak eladósodottságának mérséklése és a gyógyszerpiac átláthatóságának megteremtése érdekében az adósságmonitorozó rendszer. A pénzügyi kötelezettségek alakulásának rendszeres

áttekintése (adósságmonitoring) a nagykereskedők érdeke is. Ez lehetőséget adhat az ágazat valós gazdasági folyamatainak naprakész követésére és a gyors beavatkozásokra.

Összegzés

Megállapítható, hogy a Széll Kálmán-terv drámai változásokat generálhat a lakossági gyógyszerellátás rendszerében. Az ágazati árrés-bevétel 2012-ben jelentősen csökkenhet, és a következő évek sem ígérnek forrásbővülést. Ahhoz, hogy az elmúlt években kialakult helyzet ne romoljon tovább, jelentős kompenzációra van szükség. Ennek hiányában gyorsuló ütemű leépülés vár az ágazatra, ami nemcsak súlyosbodó ellátási zavarokkal és a körbetartozás további növekedésével jár majd, hanem a 2011. januárban hatályba lépett modellkorrekció célkitűzéseinek a meghiúsulása miatt újabb strukturális átalakítás igényét is felvetheti. Ezt pedig mindenképpen el kellene kerülni.

Fontosnak tartjuk, hogy a lakossági gyógyszerellátás rendszerének 2010-ben megkezdett reformja folytatódjék, és olyan feltételeket lehessen teremteni, amelyek a meghirdetett társadalompolitikai célok megvalósulását elősegítik, így a lakossági gyógyszerellátás nemzeti és szakmai kézben tartását, a gyógyszerész szakmai és egzisztenciális függetlenségének biztosítását és a 2017-ig meghirdetett tulajdonosi program megvalósítását. Ebben a hivatásgyakorlók feladata és felelőssége is jól körülírható.

A Semmelweis-terv gyógyszerpolitikai programjának legnagyobb kihívását tehát a Széll Kálmán-terv jelenti. A két – alapfilozófiájában nehezen összehangolható – terv ma olyan kihívás az egészségügyért felelős politikai vezetésnek és a gyógyszerészi szakmapolitikának, amely a várhatóan súlyos konfliktusok között is igényli az együttműködést. Az eddigi eredmények megőrzése és az újabb – kényszerű – modellkorrekció elkerülése érdekében.

---

1 A Magyar Gyógyszerészi Kamara alelnöke.
2 A Magyar Gyógyszerészi Kamara közgazdasági szakértője.
3 Egészségügyi közgazdász.

Elvi, etikai megfontolások az egészségügyi reformról

„A gyógyítás költségeinek emelkedése önmagában is elég, hogy beteggé tegye az embert, ám ezt nem engedheti meg magának." (Bill Vaughan)

Prof. dr. Széll Kálmán

Az egészségügynek bármely szektorába tévedve, a reform gondolatával, sőt annak szükségszerűségével óhatatlanul szembekerülünk. Nem véletlenül, hiszen az egészségügyi ellátás árrobbanása még a leggazdagabb országokat is bizonyos reformcselekvésre ösztönözte, mely a szegény országokban szinte kényszerítő erővel érvényesül. Sajnálatos, hogy maga a reform kifejezés az utóbbi években elvesztette eredeti jelentését, kiüresedett, sőt időnként pejoratív felhangok által szinte gyanússá vált. Az Értelmező szótár szerint a reform haladást jelentő átalakítás, jobbítás. Nincs tehát közvetlen és feltétlen kapcsolata az anyagi feltételekkel. Esetenként a reformoknak sem anyagi feltétele, sem következménye nincs, más esetben átmenetileg akár még beruházást is igényelhetnek, hogy megtakarítást eredményezzenek, és csak a legritkább esetben van közvetlen költségcsökkentő hatásuk. A reformok – bevallott vagy be nem vallott – célja a hatékonyabb (ezáltal költségkímélőbb) működtetés. Ám rossz úton jár az, aki a reformokat csak közgazdasági szemlélettel közelíti meg, általuk csupán a költségcsökkenést célozza meg, mert a sikert ígérő reformok, megkerülhetetlenül, etikai megítélést is követelnek, amelynek központja a betegek javának, jobb ellátásának biztosítása.

A második világháború óta az egyre költségesebb műszerek és gyógyszerek, diagnosztikus és terápiás (sebészeti és egyéb) beavatkozások költségigényének folyamatos növekedése folytán, a korszerű egészségügyi ellátás kiadásai világszerte megnövekedtek, amely ma már világproblémaként jelentkezik. Ez a válság nálunk fokozott mértékben fennáll, mivel hazánk mind a GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások, mind pedig az egészségügyi kiadások abszolút mértékét tekintve Európa sereghajtói között szerepel. Ennek ellenére egészségügyi ellátásunk nem annyival rosszabb, mint amennyivel kevesebb pénz jut rá. Ez a dolgozók fizetése szinte már erkölcstelen megrövidítésének köszönhető. Elismerés illeti tehát orvosainkat és szakdolgozóinkat, ám hivatásukkal nem szabad visszaélni. Nálunk az egészségügyben dolgozók legfeljebb az ötödét kapják pl. az osztrák orvosok és nővérek fizetésének. Ez az alulfizetettség már az ún. szocializmusban kezdődött, és azt azóta kölöncként magunkkal hurcoljuk. Kezdetben az ún. Engels-doktrína alapján az egészségügynek és az oktatásügynek – mint nem termelő, tehát javakat nem előállító ágazatnak – eleve szerényebb bérezéssel kellett beérnie. (Ennek volt köszönhető többek között a SZU-ban az orvosi szakma elnőiesedése.) Ám akkor még működött a vasfüggöny, s kénytelenek voltunk idehaza a sebeinket nyaldosni, ám ezen szerencsétlen gyakorlat túlélésének köszönhetően ma tömegesen vándorolnak el a tapasztalt idős, és talán még nagyobb mértékben a jövőt jelképező fiatal orvosok. Ráadásul az elvándorolt orvosok zöme nem tér vissza hazájába. Rendszerint. Nem úgy, mint pl. Balassa korában, amikor a bécsi egyetem és egészségügyi ellátás sokkal magasabb színvonalon állt, mint a magyar, de Balassa, Semmelweis, Markusovszky és még sokan mások inkább vállalták a mostoha szakmai és anyagi körülményeket, és hazajöttek, mert egyfajta egészséges patriotizmussal rendelkeztek. Ma azonban sajnos nem ez a helyzet. Patriotizmus nincs, mindenki egyéni boldogulásán fáradozik. Mind közgazdasági, mind etikai meggondolások alapján e kérdés orvoslása a sürgős feladatok közé tartozik.

Maga a gyógyítás ugyan mindig a beteg és az orvos közt zajlik, ám ez elválaszthatatlan attól az egészségügyi rendszertől, amely az ellátást szervezi, szabályozza, finanszírozza. Az egészségügy egyik legbonyolultabb ellátó (szolgáltató) rendszerünk, mely a megelőzéstől a rehabilitációig, a csecsemőgondozástól az öregellátásig, egymással szorosan vagy lazán összefüggő, összetett területeket ölel fel. Egyedül a kórházakban számos szakterület összehangolt együttműködésére, a működtetéséhez pedig bonyolult műszaki felépítésű rendszerekre van szükség. Szervezésükhöz és vezetésükhöz magas szintű interdiszciplináris szakmai és közgazdasági ismeretek szükségesek. Egészségügyi reformot tehát csak: 1. Élettapasztalattal, elméleti és gyakorlati ismeretekkel rendelkező multidiszciplináris szakgárdával szabad végeztetni, s ehhez a politikai pártok messzemenő konszenzusát is meg kell szerezni. Nem zárhatók ki semmiképpen az orvosok, kivéve, ha valamely személyi (anyagi vagy erkölcsi) érdek megkérdőjelezi elfogulatlanságukat. 2. A reformot nagyon körültekintően, tudományos munka és hatástanulmányok segítségével, valamint kritikusan értékelt külföldi tapasztalatokra építve és hosszú távra érdemes (szabad) bevezetni, s legelőször az elveket kell tisztázni, majd az egészből kiindulva kell azokat

aprópénzre váltani. A kapkodó részmegoldások, rövidéletű ötletszerű reformok kudarcra vannak ítélve. (Ennek egy példája a betegek – eléggé át nem gondolt – kötelező széfjének bevezetése volt, amely egyetlen nagyobb koncepcióba sem illeszkedett, nem volt közvetlen kapcsolata a betegellátással, nem a legsürgősebb feladatok közé tartozott, végül pénzt sem takarított meg, ellenkezőleg, az ablakon kidobott kiadást eredményezett.)

A külföldi példákkal vigyázni kell. Hasznosak és tanulságosak ugyan, de nem lehet őket kritika nélkül átvenni. Az egyes államok csak korlátolt fokban összehasonlíthatók. A megszokással is számolni kell. Pl. Amerikában az embereknek több mint a fele nem biztosított. Ezeknek kisebb aránya valóban kockázatot vállal, nagyobbik része pedig egyszerűen megengedheti magának, hogy ne legyen biztosított, miközben a szegényeket az állam fizeti. E rendszer átvétele nálunk nagy hiba volna, ugyanakkor ők sem akarják a Bismarck-rendszert bevezetni, mert a jelenlegihez vannak szokva.

Ma egy kórház berendezése (felszerelése) nagyjából azonos nagyságrendű anyagi kiadást jelent, mint épületének felépítése. Minthogy azonban a műszerek, gépek, diagnosztikus és terápiás eszközök erkölcsileg 6–8, műszakilag 8–10 év alatt elavulnak, tízévenként szinte egy új kórházat kellene építeni, ami még a gazdag államoknak is szinte elviselhetetlen erőpróbát jelent. Hazánkban az egészségügyre költött összegek mind a GDP százalékában, mind abszolút számban elmaradnak a fejlett nyugati országoktól. Az anyagilag megnyomorított ellátás kitermelte a szocializmusnak a mában is túlélő, sőt ma tovább izmosodó rákfenéjét, a hálapénz-rendszert, amely az állami ellátáson élősködik, bér- és jövedelemfeszültségeket, valamint hiányszakmákat eredményez, és egyesek számára jelentős adómentes jövedelmet biztosít. A befutott orvosoknak kedvez, míg a fiatalok fejlődését hátráltatja.

Noha a hatékonyabb és racionálisabb felhasználás kétségtelenül bizonyos megtakarításokhoz vezet, nem minden megtakarítás reform, s az semmiképp sem azonosítható a költségmegszorításokkal. Kétségtelenül fontos szempont a költséghatékonyság növelése abból a célból, hogy a világszerte szinte elviselhetetlenségig növekvő egészségügyi kiadásokat mérsékeljük, illetve az így megtakarított pénzösszeget a betegellátásba visszaforgassuk. Minthogy hazánkban az egészségügyre fordított kiadások világviszonylatban sem nevezhetők elégségesnek, ezért nálunk csakis olyan reform fogadható el, amelynek révén a munka hatékonysága növekszik, ám az egészségügyre eső állami kiadások nem csökkennek, az ellátás (beleértve a megelőző orvoslás) színvonala nem romlik, sőt, ha lehet emelkedik. Ez etikai követelmény! Hippokratész óta érvényes, hogy a beteg érdeke a legfőbb törvény. Másképp fogalmazva, ha a hatékonyabb szervezéssel és működéssel megtakarítás érhető el, ami az egészségügy más területén hasznosítható, akkor sikeres reformról beszélhetünk, ha azonban az öncélú megszorítás révén az egészségügyből pénzt vonnak ki, akkor álságos, etikátlan viszszaélés, bűnös megtévesztés történik, ami nem érdemli meg a reform elnevezést. A reform szó megcsúfolása ugyanis, ha általa romlik az ellátás volumene, csökken a színvonal, szűk keresztmetszetek, várólisták, utcára került betegek, elmaradt szűrővizsgálatok stb. keletkeznek. Az elmúlt idők egyes leépítő reformintézkedései sajnos ezeket eredményezték. Az egészségügyi intézmények épületeinek eladása jogos, ha valóban nincs rájuk szükség, és az érte kapott pénzt az egészségügyben használják fel, ám etikátlan akkor, ha azt az egészségügytől megokolatlanul elvonva, a költségvetési lukak betömésére használják.

A magas létesítési és fenntartási költségek világszerte a takarékos (költséghatékony) ellátás megvalósítását kényszerítik ki. Legkevesebbet a szakmai gyógyító munkán lehet takarékoskodni. Egy műtéti érzéstelenítésben felhasznált altatószer mennyiségét pl. nem lehet megspórolni, mert ez nem biztosítja a fájdalommentes műtétet, de a drága altatószerrel pazarolni sem lehet, hisz ez a beteg túlaltatásával járna. (Csak az olcsóbb eljárások választásával, s a takarékos anyagkezeléssel lehet némi eredményt elérni.) Ugyanígy nem lehet a szükséges gyógyszeradagokat megrövidíteni, elhagyni stb. Takarékoskodni lehet azonban pl. az ápolási napokkal (az ún. egynapos sebészet, a járóbetegként elláthatók kórházi kezelésének mellőzése stb.)., a felesleges vizsgálatok és beavatkozások visszafogásával, energiatakarékossággal, és általában a pazarlás felszámolásával.

Bármely reform óhatatlanul egyéni (beteg vagy/és orvosi), továbbá közösségi és intézményi érdekeket sérthet, a javak elkótyavetyélésével járhat, tehát csak nagy körültekintéssel (felvilágosítást és meggyőzést követő) legszélesebb konszenzus alapján, s nem huszárrohamszerűen alkalmazható. Meggyőződésem, hogy a reális, racionális tervekről meg lehet, sőt meg is kell győzni a lakosságot, egészségügyi személyzetet, akiknek megnyerése nélkül (ellenükre) reformot bevezetni oktalanság. Minden reform bizonyos fokú rombolással is jár, de nem árt arra figyelmezni, hogy bármit lerombolni nagyon egyszerű, ám az így elkövetett hibákat kijavítani nehéz, hosszú és főleg költséges folyamat.

Az egészségügyi reformok megalkotásának és kivitelezésének elvi nehézsége abban rejlik, hogy etikus alapon kell meghatározni a szinte lehetetlent, nevezetesen olyan gazdaságosan működő, igazságos rendszert kellene teremteniük, amelyből a széles tömegek a legtöbb hasznot húzzák, s amely leginkább megfelel a közjó feltételeinek. Nyilvánvaló, hogy ezt csak önkorlátozás és ésszerű kompromisszumok révén tudjuk biztosítani. Nem vitás, hogy jelenleg a szolidaritásra épülő, nonprofit egészségügyi biztosítási rendszer a leghumánusabb s egyúttal a legigazságosabb, amelyben mindenki képességei szerint hoz áldozatot, majd minden rászoruló szükségletei szerint részesül a rendszer által biztosított egészségügyi ellátásból. A 2008-as népszavazás bebizonyította, hogy a választók nem pártolják a rendszer privatizációját, mely a tőkebefektetésnek köszönhetően rövid távú eredményekkel kecsegtethet ugyan, de hosszú távon a tőkés nyilván haszonnal kívánja visszanyerni pénzét, ami csak kis részben történhet racionalizálással, ügyes kereskedéssel (amit különben elvileg az állam-tulajdonos is megvalósíthatna), ám csak létszámleépítéssel és/vagy az ellátási színvonal csökkentésével teremthet nyereséget. Sokunk számára logikai rejtély, hogy miért éri meg egy magántársaságnak – változatlanul a járulékfizetők pénzből – valamely kórház működtetése, hogyan tud nyereségre szert tenni ott, ahol az államnak ez nem éri meg, sőt ráfizet. Miért folytat érte elkeseredett harcot? Félő, hogy ezzel kapcsolatban a közgazdasági szempontok az etikai elvek kárára, az esetleges tőzsdei pénzmanipuláció pedig csak a veszteség kockázatával valósulna meg.

Természetesen a nonprofit biztosítási rendszer nyújtotta lehetőségek sem korlátlanok, minthogy ennek rendelkezésre álló anyagi forrásai sem. El kell tehát dönteni, hogy a térítés-

mentes ellátás biztosítása érdekében a járulékokat emeljük, avagy egy bizonyos szint felett már az érintetteket is be kell vonnunk az anyagi áldozatvállalásba. Ehhez mindenekelőtt meg kell állapítani azt az ésszerű minimumot, amit minden körülmények között mindenki számára biztosítani kell, s azt a többletet, amit az érintetteknek – zsebből vagy a kiegészítő biztosítón át, részben vagy egészében – fizetni kell. Ebbe a kategóriába tartozik a komfortosabb ellátási igény is. Ez olyan, mint az a vonat, amelynek első és második osztálya is ugyanoda visz, de a kényelmesebb első osztály többletfizetést feltételez. Nyilvánvaló, hogy helyes döntést – ha egyáltalán van ilyen – csak etikai megfontolás alapján lehet hozni. Teljes, (abszolút) igazságról nem beszélhetünk, hiszen az egyén és társadalom – egy ember érdeke vagy sokak java – gyakran ütközhet, így mindenkinek kedvező megoldást nyilván nem várhatunk. A megoldás a mindenkori gazdasági helyzet, valamint az orvostudomány fejlődésének is függvénye, ami azt jelenti, hogy a normákat időről időre felül kell vizsgálni.

A betegek hozzájárulását, vagyis a költségmegosztást szolgálta a 2008-ban leszavazott vizitdíj is. Ez nem eleve az ördög találmánya, ám nem volt jó az optikája annak, hogy már a betegség első tüneteikor a kasszához kényszerítették a beteget (biztosítottként még be sem tette a lábát az egészségügybe, máris fizetnie kellett), megokolása pedig nagyon szerencsétlennek bizonyult, hiszen azt a „fölösleges" orvosfelkeresés elleni tényezőként (szankcióként) hirdették meg, holott régi orvosi elv az, hogy ha valakinek bármilyen kis panasza is van, orvoshoz kell fordulnia, hogy eldönthesse, vajon valamely még idejében gyógyítható betegség első jeleiről, vagy lényegtelen tünetekről van-e szó. Ezenkívül a vizitdíj orvos-felkeresést visszatartó ereje éppen a legszegényebbeket sújtotta. De az is igaz, hogy akadtak tudatos visszaélők, akik az üzemi és körzeti orvost is felkeresték, sőt indokolatlanul az ügyeletet is vegzálták, mondván, hogy ez nekik jár.

Mindenképpen meg kell szüntetni a betegek kiszolgáltatottságát. A pártállami diktatúrában nem lehetett reklamálni, hiszen a betegek„ingyenpénzért" (ám a valóságban olykor busás hálapénzért) kapták a szolgáltatást. Volt idő, amikor még a kórház, vagy a párhuzamos osztályok közül sem választhattak szabadon. Az is igaz, hogy ami ingyen van, annak nincs, vagy elveszik az értéke. Az állampolgárnak azonban tudnia kell, hogy ingyenes egészségügyi ellátás nincs, legfeljebb térítésmentes, amit a szolidaritásra épülő társadalmi áldozatvállalás biztosít. Az jár jól, akinek ezt sohasem kell igénybe vennie. Minden ellátás csak a rászorulóknak jár. Ezt az érintettek gyakran nem értették, tehát a helyes etikai szemlélet kialakítása is a reform feladatai közé tartozik. S ebbe beletartozik az orvosok szemléletének alakítása is, akik gyakran nem is érzékelik, hogy napról napra milyen nagy pénzek felett döntenek. Egy bankár vagy pénzügyér nem osztogathat el számolatlanul ennyi pénzt, mint amennyit az orvos a gyógykezeléssel, táppénzzel és rokkantsággal, vagy akár a receptek felírásával elősegíthet. Az egészségügyi ellátásban a takarékosság megvalósítása céljából pl. befejezett ellátásra lehetne a háziorvosokat ösztönözni, akiknek központi szerepének elfogadottsága különben nálunk még ma sem igazán érvényesül.

A takarékossággal kapcsolatban kiemelt meggondolást képez a megfelelő létszám. Akadhatnak felesleges munkahelyek, de inkább dominálnak a létszámhiányos ellátások. Nemzetközi összehasonlításban nálunk főleg az egészségügyi szakdolgozók létszámhiánya rontja a minőségi munkát, és drágítja az ellátást. A valóságban igenis halálesetek lehetnek a létszámhiány következményei, amelyek (sajnos vagy szerencsére?) sosem tudódnak ki. Nagy a veszélye annak, hogy az átmeneti létszámhiány miatt a dolgozók megszokják a felületes, pontatlan munkát, amelyet sajnos még akkor is folytatnak, ha a létszámot feltöltik.

Változatlan gazdasági problémát jelent a hálapénz, amely etikai kérdés is. Ugyan ösztönzi a munkát, de munka- és bérfeszültséget okoz. Igazságtalan, mert nemcsak adómentes, hanem egyes közreműködőt vagy szakterületet mintegy kizár a részesedésből. Legfőképpen talán azért ellentmondásos, mert a megfizetett közalkalmazott orvos a kórház felszerelésével, személyzetével, mint fizetett alkalmazott gyógyít, miközben az adómentes hálapénzt maga zsebeli be. A terjedelem korlátozottsága miatt a kérdés megoldásával nem tudunk foglalkozni, csak utalni szeretnék arra, hogy egyrészt a fizetéseket kellene növelni, amely erkölcsi, etikai alapját (előfeltételét) képezi a paraszolvencia megszüntetésének, s egyúttal elejét venné az orvosok (szakdolgozók) főleg külföldre történő elvándorlásának, de önmagában nem jelentene megoldást. Viszont a legtöbb adakozási okot legalizálni lehetne, s ezzel a szelet ki lehetne fogni a paraszolvencia vitorlájából. Pl. az operáló orvos megválasztását meg lehetne engedni olyan formában, hogy a választott orvosnak legyen tarifája, amit a betegnek a kórház pénztárába kellene befizetnie. Ebből legnagyobb arányban részesülne az operáló orvos, de részt kapna a kórház, sőt a műtétben közreműködő, a paraszolvenciából igazságtalanul kizárt többi dolgozó (altató, műtősnő, műtős stb.) is. A kisebb szobáért (külön osztály) többet kellene fizetni, ami alkalmi befizetéssel vagy kiegészítő biztosítással megoldható. Ez esetben esze ágában sem lenne senkinek az orvosnak még külön is fizetni stb.

Olyan kórház-finanszírozási rendszert kellene bevezetni, amely körültekintőbb, igazságosabb, s bizonyos szakmai mennyiségi és minőségi minimumot előír, de nem ösztönöz felesleges munkára, ami csak növeli az állam egészségügyi kiadásait. Kényes kérdés a kis kórházak működtetése, s általában az ágyszám csökkentése is. Nálunk e kórházak általában a XIX. század végén vagy a XX. század elején – helyi kezdeményezésből és áldozatokból –, egymástól gyakran 20–25 km távolságban, a régi betegházak korszerűbb változataként (amelybe a betegek zöme még szekéren ment) létesültek, ám kevés kivétellel csak a két háború között differenciálódtak osztályokra. Fenntartásuk kezdetben elviselhető megterhelést jelentett, míg ma fajlagos ellátási igényük gyakorlatilag azonos vagy nagyobb, mint a nagy intézeteké. Működésükhöz költséges laboratóriumi és műszeres, képalkotói háttérrel, továbbá aneszteziológiai-intenzív osztállyal (részleggel) kellene rendelkezniük, amiknek működtetése csak bizonyos ágyszám felett érdemes. Miután a közlekedés javult, megszüntetésük vagy átprofilírozásuk reális igény, hisz gyakran ők képviselik a lábon járó párhuzamosságot. Persze nem úgy, hogy egyik évben még százmilliókat költünk felújításukra, majd egyszeriben bezárjuk őket, ami minden esetben nagy lakossági ellenállásba ütközik. Közbülső megoldást jelentene, ha két szomszédos kis kórház összedolgozna. Párhuzamosságok helyett a közös ellátó részlegek (osztályok), közös ügyeletek, közös létszám stb. létesítése kitörést jelenthetne, bár legdrágábban az egymástól távoli telephelyekből összeadódó kórház üzemel, a pavilonrendszer valamivel olcsóbb, míg a leginkább költséghatékony

a tömbkórház, ahol a beteg- és anyagszállítási utak megrövidülése, az eszközök és az energia megtakarítása valamint a pavilonok közti holt idők elkerülése lehetővé válik.

Az egészségügyet politikamentessé kellene tenni, illetve széles politikai konszenzussal kellene továbbgondolni, és a cél érdekében helyes ösztönzőket kellene bevezetni. Az ésszerű takarékosságra sok etikai lehetőség is nyílik. A gyógyszer- és műszergyártók orvosokat megajándékozó ügyeskedéseiknek – a nyugati országokhoz hasonlóan – pl. etikai értékhatárt kellene szabni, mert a lekenyerezésszámba menő kongresszusi utaztatások és más ajándékok árát a nagyvonalúan ajándékozó cégek végső fokon a kórházfenntartókkal vagy a betegekkel fizettetik meg. Fontos lenne a szükségképpen drága szociális ellátás alól a kórházakat tehermentesíteni, s őket a megtakarításokban érdekeltté tenni, ám ez már az egészségügyi reform – nem kevés – egészségügyön kívüli területére vezet bennünket. Annyi mindenképpen megállapítható, hogy etikai megfontolások nélkül nem létezhet reform. A reform egyik legfontosabb követelménye, hogy hosszú távra kiszámítható viszonyokat teremtsen, mert a folytonos változtatások fokozzák a létbizonytalanságot, rontják a munkahelyi légkört, és elvándorlást eredményeznek.

A nálunk részben megvalósult, de túlnyomórészt kudarcba fulladt egészségügyi reformnak szinte egyedüli célja a költségmegtakarítás volt, de ebben is csak szerény eredményeket ért el. Közben a betegellátás színvonala nem javult, a betegek részben utcára kerültek, hosszú várakozási listák alakultak ki, fokozódott a munkaerő-elvándorlás, romlott a hangulat, csökkent az egészségügybe vetett bizalom, és az egészségügyi intézetek gazdálkodása ellehetetlenedett. A nemzetközi viszonyok közt is aluldotált ágazatból még költségeket is vontak el, hogy ezzel a költségvetés hiányait pótolják. Mindez válságos helyzetbe vitte az ágazatot, a kórházak soha nem tapasztalt módon eladósodtak, s mindezt még tovább terhelte a szemünk előtt kibontakozó, máig tartó világválság. Röviden, intézkedései nem feleltek meg a reform követelményeinek, de szó szerinti értelmezésének sem. Sok jelből remélhető, hogy a jelenleg kimunkálás alatt álló Semmelweis-terv okult az eddigi reformok hibáin. Alapelvei jók, de az ördög mindig a részletekben bújik meg. Csak remélni tudjuk, hogy a régen forrásban lévő folyamat a betegellátás javára végre megérik, aminek eredményeként hatékonyabban (gazdaságosabban) működtethető az egészségügy, az így felszabadult költségek az egészségügybe visszafordíthatók, sőt, belátható időn belül az egészségügyre fordított költségek a GDP százalékában kifejezett abszolút és relatív aránya is növelhetővé válik.

Egészségügyünk válságos helyzetben van. Az egészségügyben dolgozók fáradtak, rosszkedvűek, orvosok és szakdolgozók tömegei távoznak külföldre. Ha aránylag rövid időn belül nem történik olyan változás, amely a további javulás esélyét is előrevetíti, félő, hogy az egészségügy egyszerűen összeomlik, s magával rántja az egész nemzetgazdaságot.

A szerző nyugdíjas főorvos.

HUNGAROPHARMA
GYÓGYSZERKEREKEDELMI ZÁRTKÖRŰEN MŰKÖDŐ RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

1061 Budapest, Király utca 12. Telefon: 06-1-327-6700
Fax: 06-1-327-6868 www.hungaropharma.hu

A PATIKÁK PATIKÁJA

- TELJES TERMÉKPALETTA
- ORSZÁGOS LEFEDETTSÉG
- MEGBÍZHATÓ LOGISZTIKAI SZOLGÁLTATÁSOK
- VEVŐORIENTÁLT ÉRDEKELTSÉGI RENDSZER
- EGYEDI VEVŐKEZELÉS
- RENDSZERES AKCIÓK
- FOLYAMATOS SZAKMAI TÁJÉKOZTATÁS

KERESKEDŐHÁZAK

Budapest
Zöldszám: 06-80-50-50-50
Tel.: 06-1-429-9100
Rendelésfelvétel gyógyszertárak részére:
Fax: 06-1-429-9191
Rendelésfelvétel kórházak részére:
Fax: 06-1-429-9159

Békéscsaba
Rendelésfelvétel:
Zöldszám: 06-80-922-002
06-80-922-003, 06-80-922-004,
06-80-922-005, 06-80-922-006,
06-80-922-014
Rendelésfelvétel faxszám: 06-66-547-867

Debrecen
Rendelésfelvétel:
Zöldszám: 06-80-203-838
Zöldfaxszám: 06-80-203-842

Miskolc
Zöldszám: 06-80-200-022
Rendelésfelvétel: 06-46-531-137,
06-46-531-147, 06-46-531-157,
06-46-531-177, 06-46-531-187
Rendelésfelvétel faxszám: 06-46-531-190

Kaposvár
Zöldszám: 06-80-311-213
Rendelésfelvétel: 06-82-555-610,
06-82-555-611, 06-82-555-612,
06-82-555-613, 06-82-555-614,
06-82-555-615, 06-82-555-616
Központifaxszám: 06-82-555-601

Veszprém
Rendelésfelvétel:
Zöldszám: 06-80-949-279
Zöldfaxszám: 06-80-949-269

TERÜLETI ÉRTÉKESÍTÉSI IRODÁK

Szombathely:
Zöldszám: 06-80-205-085
Fax: 06-94-514-894
Nyíregyháza: 06-42-506-961
Fax: 06-42-506-960

A legjobb hagyományokat folytatjuk!

Kulcs a hatékonysághoz!

A ProcedurePak intézetre szabott műtéti egységcsomag, ami minden olyan egyszer használatos terméket tartalmazhat, melyre egy beavatkozás során szükség lehet:

- operációs lepedők és kabátok,
- egyéb egyszer használatos termékek.

Az Ön számára ezzel

- akár 50%-kal csökkenthető a műtétek során keletkezett hulladék tárolására használt zsákok száma.[1]
- akár 36,6%-kal csökkenthető a műtétek előkészületi ideje.[2]
- csökken az adminisztratív munka a beszerzés során.
- egyszerűbbé, áttekinthetőbbé válik a tárolás és termékkezelés.

1: Intézetre szabott egységcsomagok használatának előnyei. Emma Duffy & Anne Smith, 2005. október
2: A műtő kapacitásának fejlesztése az intézetre szabott műtéti egységcsomagok használata révén. Tanulmány, Mölnlycke Health Care Németország, 2002

ProcedurePak®
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY

MÖLNLYCKE HEALTH CARE

Mölnlycke Health Care Kft. 1399 Budapest, Pf.: 676. • Tel: +36 1 477 30 80 • Fax: +36 1 210 76 00 • www.molnlycke.com
A Mölnlycke Health Care név és logó, valamint a ProcedurePak márkanév a Mölnlycke Health Care bejegyzett védjegyei.