

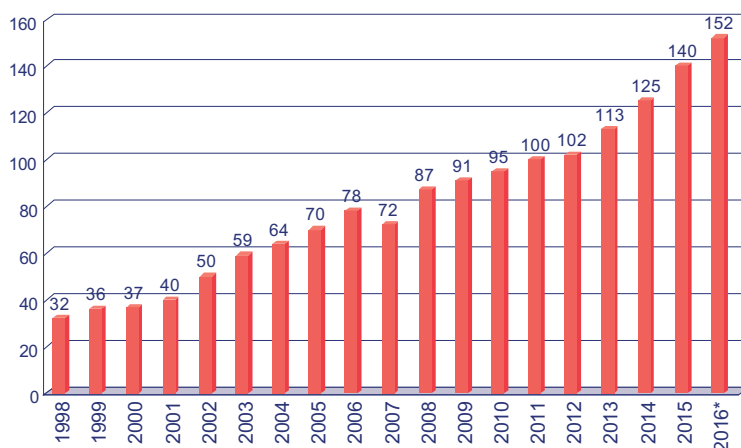
A gyógyszer támogatásról

Egy szeptemberi rendezvényen elhangzott előadások, tájékoztatók és vita ismét reflektorfénybe állította többek között a magyar gyógyszerpiac alakulását és ennek részeként a gyógyszer támogatást. Bár most nem arról szólt a vita, hogy a gyógyszerfogyasztás sok vagy kevés, de végül is mindig ide sikerül kijutni. Ezt az állításunkat igazolja, hogy összehasonlításra került az 1996-os és a 2015-ös gyógyszer támogatás és ennek kapcsán megjegyezték, hogy tavaly már sokkal több terápia volt elérhető, mint a korábbi időszakban. Ez természetes folyamat. A gyógyszerpiac növekedését nem véletlenül lehet megfigyelni minden fejlett és fejlődő országban, ahol radikális állami beavatkozás nem történik. Még a restriktív politika ellenére is várható növekedés. Növekszik ugyanis az átlagos életkor, új készítmények jelennek meg a piacon, hogy csak a két legfontosabbat említsük. Normális esetben, ha társadalmi konszenzus lenne a gyógyszer támogatás mértékéről és az nem változna, akkor a közforgalmú gyógyszerpiac növekedésével arányosan kellene növekednie a támogatásnak is.

Kiindulásként azt az évet javasoljuk, amikor még alapvető és meghatározó volt az elosztási mechanizmus a gyógyszerellátás területén. Ezt követően a patikaprivatizáció fokozatos megvalósulása után 1996-ra kialakultak a piaci mechanizmusok ezen a területen is. Érdeemes megnézni honnan indultunk és hová értünk. 1993-ban a vényköteles gyógyszerforgalomból 9,1 százalékot fizetett a lakosság, 90,9 százalékot pedig a gyógyszerkassa. Ez az arány 1998-ra alapvetően megváltozott. Akkor ugyanis már 26,2 százalékot fizetett a lakosság és 73,8 százalékot a gyógyszerkassa (1. ábra).

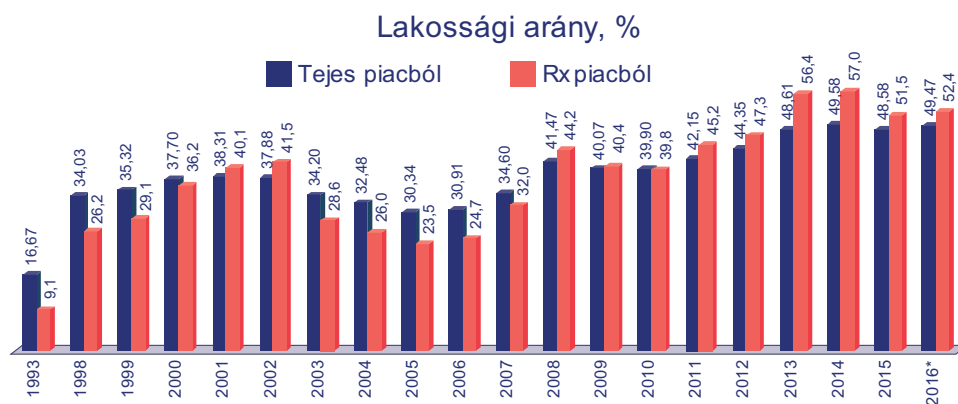
Az OTC piac alakulása a lakosság elhatározásától, teherbíró képességétől függ. Ha sok a reklám és annak hisznek, ráadásul a pénzük is megvan, akkor a vény nélkül kapható gyógyszerek is nagyobb arányban fogynak, fogyhatnak. Nemzetközi összehasonlítások azonban mutatják, hogy ez sem korlátlan. Ne foglalkozzunk az OTC piaccal, amely jelentősen nőtt, amit azt a 2. ábra mutatja.

2. ábra: OTC piac Magyarországon, Mrd Ft



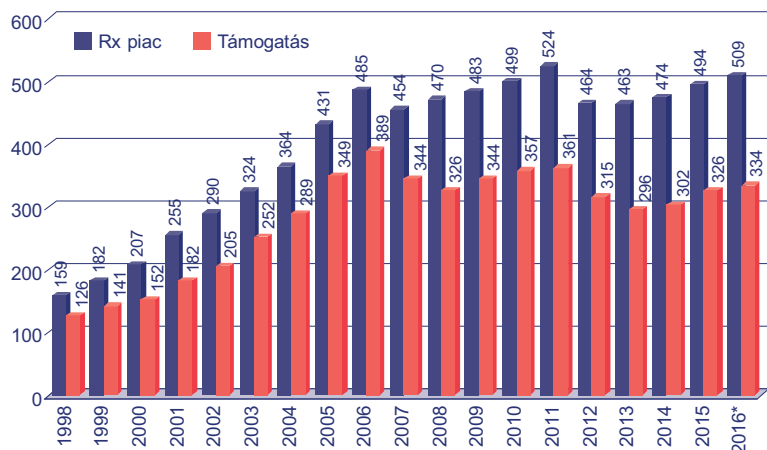
A vényköteles gyógyszerpiacból a 3. ábra mutatja, hogy mennyit tett ki a támogatás. Ebből egyértelműen látszik, hogy a támogatás mértéke csökken a lakosság növekvő mennyiségben finanszírozza vényköteles gyógyszerfogyasztását.

Gyakran arról is vitatkoznak, hogy a GDP hány százalékát fordítja az ország gyógyszerár-támogatásra, s vajon ez az arány sok vagy kevés. Az utóbbi években a GDP és a gyógyszerek ártámogatására fordított összegek könnyen megismerhetők és összevethetők. Az említett összejövetele az egészségügyi közgazdász adatai szerint 2013-ban valamivel több, mint 2 százalék volt a gyógyszer támogatás a GDP-hez viszonyítva. Megemlítette, hogy nominális értéken egyébként 1996-ban még csak 85, tavaly viszont már 306 milliárd forintot fordítottunk ártámogatásra. Reálértéken azonban a növekedés csak vala-



Az 1. ábra azt mutatja, hogy évenként milyen arányt képviselt a lakosság hozzájárulása a teljes gyógyszerpiacához és a vényköteles gyógyszerpiacához.

3. ábra: Vényköteles piac és támogatás, Mrd Ft



mivel több, mint 20 százalék. Erdemes megnézni, hogy mi is a helyzet valójában.

A gyógyszer-támogatás említett összegei nem a megjelölt mértékben terhelik a költségvetést. A támogatott gyógyszernek a támogatásra eső áfa-ja visszakerül a költségvetésbe (ez 2004. január 1-től 5%). A gyártói befizetések, amit teljes egészében a támogatásnál használ fel a társadalombiztosítás (céltartalék címmel) az utóbbi években meg különösen jelentős. A táblázat mutatja ezeket az összegeket folyó áron milliárd forintban. A költségvetés

év	Rx támogatás	Gyártói befizetés	Áfa	Költségvetés terhe	GDP	Arány, %
1993	55	0	0	55,000	3 548	1,55
1998	126	0	0	126,000	10 423	1,21
1999	141	0	0	141,000	11 628	1,21
2000	152	0	0	152,000	13 310	1,14
2001	182	0	0	182,000	15 372	1,18
2002	209	0	0	209,000	17 410	1,20
2003	252	6,800	0	245,200	19 066	1,29
2004	289	8,900	18,2	261,900	21 013	1,25
2005	349	22,900	21,55	304,550	22 459	1,36
2006	389	21,200	24,25	343,550	24 139	1,42
2007	344	27,400	22,7	293,900	25 539	1,15
2008	326	38,800	23,5	263,700	27 038	0,98
2009	344	43,600	24,15	276,250	26 259	1,05
2010	357	50,900	24,95	281,150	27 052	1,04
2011	361	59,200	26,2	275,600	28 134	0,98
2012	315	83,061	23,2	208,739	28 628	0,73
2013	296	58,700	23,15	214,150	30 065	0,71
2014	302	57,370	23,7	220,930	32 180	0,69
2015	326	58,000	24,7	243,300	33 712	0,72
2016*	334	56,000	25,45	252,550	35 188	0,72

A 2016* adatok tervezett, illetve becsült adatok. A cikk írásának pillanatában látszik, hogy a gyógyszer-támogatás (Rx) a becsülnél is nagyobb, a tervezettnél pedig jóval nagyobb lesz.

tényleges terhet kell viszonyítani a GDP-hez, amit a táblázat utolsó oszlopa mutat.

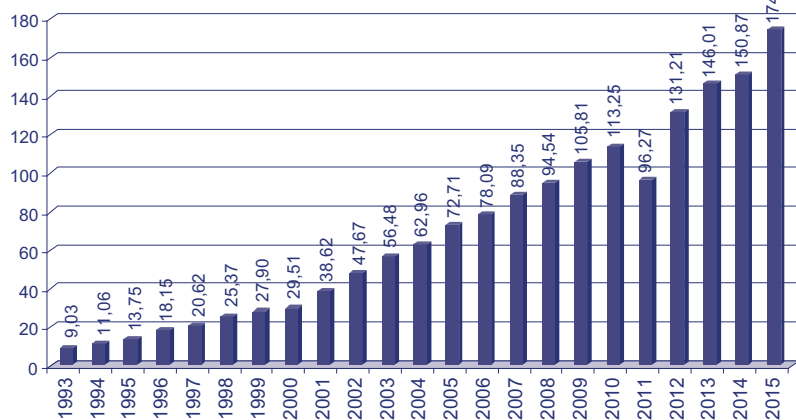
Minden a helyzetet szépítő törekvéssel szemben azt állítjuk, hogy a gyógyszer-támogatásra fordított költségvetést ténylegesen terhelő összeg mindig is nagyon messze volt a 2 százaléktól. Sőt a 2010-es évektől kezdve még ennek felét sem éri el. Az utolsó 4-5 évben pedig 0,7 százalék körüli értéket mutat. Erről a leghatározottabban lehet állítani, hogy kevés. Itt még nemzetközi összehasonlítás sem kell.

A táblázatból is jól látszik, hogy többször vontak ki jelentős összegeket a gyógyszer-támogatásból. A legjelentősebb volt a 2007. évi 55 milliárd forintos tényleges kivonás, ami jóval kevesebb volt az előzetesen tervezett közel 90 milliárd forintos kivonáshoz képest. Kisebb kivonás történt 2008-ban is, annak tényleges mértéke 18 milliárd forint volt. Nem történt kivonás 2012-ben, bár a táblázat adataiból ez tűnik ki. A változást az eredményezte, hogy a 2011-ig patikában kapható onkológiai készítményeket 2012-től már csak fekvőbeteg intézményekben lehetett felhasználni. Ennek támogatását tették át a kórházak finanszírozásához. Ez a változás jól látszik a kórházi gyógyszerfelhasználás változását bemutató 4. ábrán. Két rövid megjegyzést érdemes tenni a kórházi adatok bemutatásához. Egyrészt az adatok valószínűleg csak tendenciákat mutatnak. Az értékek a gyógyszerek termelői árán szerepelnek. Közel sem biztos, hogy minden beszerzett gyógyszer termelői áron tudnak a kórházak megkapni. (Lehet több, de lehet kevesebb is!) Nem áttekinthető a klinikai vizsgálatok során a kórházakba került gyógyszerek pontos értéke és nem lehet pontosan követni a kórházaknak természetben átadott gyógyszerek (rabat) árát.

Érdemes felidézni a gyógyszerkassza tervezett és tényleges számaikat az évek során. Jól mutatja az 5. ábra, hogy mekkora hiány épült be évek óta a tervezésbe. Az idei helyzetet még csak becsüljük, de nem elképzelhetetlen, hogy akár 30 milliárd forintos hiány is lesz az ábrán jelzett (általunk ez év februárjában kalkulált és közzétett) 13 milliárd helyett. Ebben az esetben a 35,2 százalékos hiány helyett 40,5 százalékos lesz a hiány a tervezetthez képest.

Valószínűleg sokakat foglalkoztat a kérdés: miként lehetne megoldani azt, hogy mindenki ténylegesen hozzáférjen a számára szükséges terápiákhoz? Természetesen nem egyértelmű, hogy valaki számára mi a szükséges. A legkényelme-

4. ábra: Kórházi forgalom, Mrd Ft



sebb? A legkorszerűbb? A legolcsóbb? A leghatékonyabb? Minden bizonnyal a komplex megközelítés hozhat csak eredményt. A megnyerhető életévek, az életminőség, a munkaképesség fenntartása fontos szempontok, amire figyelemmel kell lenni. Meghatározó azonban továbbra is, hogy mennyi forrás áll rendelkezésre és ki biztosítsa a forrásokat. Az egyértelmű, hogy több forrás kell a gyógyszerfogyasztás finanszírozásához. Ezt az egy főre jutó gyógyszerfogyasztás nemzetközi összehasonlítása és a magyar lakosság átlagos egészségi állapotának mérőszámai és mutatói bizonyítják. Hangsúlyozni kell, hogy Magyarországon az egy főre jutó gyógyszerfogyasztás nem magas, sőt alacsony. Az egy főre, vagy egy vényre jutó támogatás is – nemzetközi összehasonlításban – szintén alacsony.

Jól érzékelhető, hogy a napvilágra kerülő megoldási javaslatok magukon hordozzák a javaslattevők közvetlen érdekelttségét. Ettől függetlenül az adott javaslat még lehet jó, megvalósítható és megvalósítandó. A fiskális szemléletű, a maradékelven

működtetett gyógyszer-finanszírozás ezekre építve nem akar változtatni a mára nyilvánvalóvá váltan nem megfelelő rendszeren. Egy elfogadható logika lehetséges ugyanis, ami előtérbe helyezi a lakosság egészségi állapotának jobbítását, a halálozási statisztikákban elfoglalt helyünk javítását.

Mindezek alapján körvonalazhatók a lehetőségek: több forrást kell biztosítani a költségvetésből. Ne a maradvány elv, hanem az ésszerűség legyen a meghatározó. Például el

lehetne érni, hogy gyógyszerkasszát a költségvetés az áfa és a gyógyszergyári befizetések nélkül is töltsen fel minden évben az előző évi GDP 2 százalékaival. Az esetleges gyártói befizetéseket a tényleges minőségjavításra, az új készítmények befogadására, a lakosság képzésére, ismereteinek bővítésére lehessen felhasználni. Az áfa költségvetési visszapótlás pedig legyen felhasználható – ahogy a bevezetőbe említett konferencián elhangzott – a Nagy-Britanniában alkalmazott megoldásra, nevezetesen az egészségügyi költségvetés 1,5 százalékát a támogatott gyógyszerek költséghatékonyságának monitorozására fordítják. Ezt a munkát tudományos, illetve akadémiai centrumokban végzik. (A javaslattevő is ebbe a körbe tartozik!) Ehhez hozzátehetjük, hogy persze ez felhasználható lehetne a piacelemzések elérésére, az elemzésekhez szükséges adatok beszerzésének finanszírozására. (Mi se maradjunk le a közvetlen érdeket megjelenítő javaslattevőktől!)

Fekete Tibor

5. ábra: Tb támogatás

