

Világgazdaság Online

Kiigazítások a gyógyszerkasszában

| Utolsó módosítás: 2007. 9. 11. 00:00 | Közélet » Társadalom

A Pénzügyminisztérium tájékoztatása szerint az idén július végéig 33 milliárd forinttal kevesebbet fordított a költségvetés a járó betegek gyógyszerártámogatására, mint a tavalyi esztendő azonos időszakában. Ez a különbség még jelentősebb, ha hozzáadjuk azon összegeket is, amelyeket a gyógyszergyártók fizetnek be a termékeik támogatása és az általuk foglalkoztatott gyógyszerismertetői után. Nézzük meg, mi áll ezen „sikersztori” mögött, mire számíthatunk a jövőben, és mik lehetnek a következményei.

Gyógyszertámogatás

(az e-alap százalékában)



Az 1990-es évek eleje óta többszörösére emelkedett a Magyarországon elérhető törzskönyvezett gyógyszerek száma, míg forgalmuk az 1998–2005 közötti időszakban csaknem megtriplázódott. A bővülés, bár valóban jelentős mértékű, egyáltalán nem szokatlan az EU újonnan csatlakozott tagállamaihoz viszonyítva, és még mindig elmarad a nyugat-európai átlagtól. Az elmúlt 12 év kormányai, figyelmen kívül hagyva a piaci trendeket az éves támogatási keretösszeg meghatározása során, szándékosan vagy jóhiszeműen mindig a várhatónál alacsonyabb összeget határoztak el gyógyszerártámogatásra. Az alultervezés láthatólag állandóan jelen volt a rendszerben, s erre megoldásként a kormányzat évről évre kipótolta a hiányt, 2003-tól kezdve már a gyógyszergyártók anyagi hozzájárulásával. A gyártói befizetések ugyan több esetben is jogi, alkotmányossági aggályokat vetettek és vetnek

fel, s az elmúlt évekig nem is mutattak jelentős forgalmi bővülést visszafogó erőt, ez évtől azonban – törvényi erőre emelkedve – komoly hatással bírnak a gyógyszerkassza kiadási többletének megszüntetésére. Az elmúlt években a költségek lefaragásának indokaként rendszerint a gyógyszerköltségek az egészségügyi kiadásokon belüli viszonylag magas arányát neveztek meg, bár ezt az ország fejlettségének megfelelő arányt döntően nem a magas gyógyszerköltségek okozzák, hanem az a tény, hogy az egészségügyi kiadások másik jelentős tétele, a kórházi ellátás költségeinek tekintetében még nagyobb a lemaradásunk az uniós átlaghoz viszonyítva. A konvergenciaprogram a gyógyszerártámogatások GDP-hez viszonyított arányát jelentősen mérsékelni szeretné a 2007–2010-es időszakban. Ennek következtében 2007-től a gyógyszer-gazdaságossági törvény maximálja a költségvetési források mértékét, és több ponton is szabályozza a gyógyszerpiacnak mind a keresleti, mind a kínálati oldalát. Az első hatékony intézkedés – a támogatási kulcsok 2007. jan. 16-i csökkentése – 54 milliárd forint megtakarítást jelent változatlan gyógyszerforgalom mellett, azon az áron, hogy a lakosság térítési díja mintegy 50 százalékkal emelkedett. További jelentős megtakarítást eredményezett az idei év tekintetében a költségvetés számára a fixesítés és a hozzá kapcsolódó szabályok következtében megvalósuló árcsökkentések (például a referenciatermékhez képest maximum 20 százalékos árprémiumot tartalmazhat a csoport többi termékének díja). Az eredmények egyrészt a szabályok módosításainak következményei, másrészt annak, hogy a referenciaárakat és a hozzájuk tartozó árkorlátokat folyamatosan újraszámolják, illetve az eddig is létező szabályokat szigorúbban alkalmazzák. Ezek azonban csökkenő mértékűek, kifulladásra látszanak, és az elkövetkező években csak egy-egy nagy forgalmú termék szabadalmának

lejártakor számíthat a kormányzat jelentős megtakarításra. Az áprilisi látványos eredmények után a viszonylag rövid időn belül végrehajtott rekalkulációk már szerényebb eredményeket hoztak, így fordulhat elő, hogy a fixesítés eljárásrendjéből adódóan októberben életbe lépő támogatáscsökkenést eddig nem követte olyan mértékű gyártói árcsökkentés, amely megakadályozhatná a térítési díjak emelkedését. A közelmúltban fél évvel elhalasztott hatálybalépésű, a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről szóló kormányrendelet jó példa a kellően át nem gondolt szabályozásra, bár kétségkívül a hatalmas munkakedv és reformlendület táplálta. Az említett rendelet összemosza a házi orvosi és szakorvosi receptírási gyakorlatot, és nevétől eltérően nem ösztönzi, csak bünteti az átlagtól való eltérést, tekintet nélkül a praxis vagy a szakma sajátosságaira. Amennyiben a költségcsökkentésen túl a lehető legnagyobb egészségnyereség elérése is célunk, úgy véleményem szerint talán kielégítőbb lenne szakmai és finanszírozási protokollok alkalmazása. Az egészség-gazdaságtan hazai alkalmazási gyakorlatának fejlődésével és a bizonyítékon alapuló orvoslás eredményeinek szigorúbb figyelembevételével az egészségügyi technológiaértékelés ezen a területen is segítséget nyújthatna a döntéshozóknak. Jelenleg ezen eredményeket már most is alkalmazzák, például a gyógyszerek tb-támogatásba való befogadásának tekintetében. Érdemes lenne a meglévő tapasztalatokat a hazai gyógyszerlista felülvizsgálatának gyorsításával egy mind szakmailag, mind pénzügyileg elfogadható és fenntartható ellátási protokollrendszer kialakítására fordítani. A gyógyszerellátás területén összegyűlt tapasztalatok fontos bázisul szolgálhatnának az egészségbiztosítási reform mentén megkerülhetetlen alapsomag meghatározásánál is. Nézzük meg röviden, a teljesség igénye nélkül, milyen hatásai lehetnek rövid és középtávon a költségcsökkentő intézkedéseknek. Az utóbbi hónapokban megjelenő, döntően a fix összegű támogatási kört érintő térítésidej-csökkenések nem ellensúlyozzák az év eleji, csaknem a teljes támogatott termékkört érintő áremelkedést. A lakosság számára megdráguló gyógyszerek, a 300 forintos minimális térítési díj bevezetése, valamint a vizitdíj megjelenése csökkentette a vényköteles termékek forgalmát. Megfelelő tanulmányok hiányában azonban nehezen dönthető el, hogy valóban a polipragmázia és a pazarlás visszaszorulásáról van szó, vagy a betegek nem váltják ki a megemelkedett költségeik miatt az egyébként szükséges gyógyszereket. Nem tisztázott és hatástanulmányokkal nem alátámasztott, hogy van-e hatása az intézkedéseknek a morbiditás és mortalitás változására. Ezek hatása csak évek múlva látszik majd pontosan, amikor e hatások már visszafordíthatatlanok lesznek. A bizalmi orvos-beteg viszonyt is érzékenyen befolyásolhatják a megszorító intézkedések, a vizitdíj bevezetése, míg az állandóan változó körülmények között az orvos, félve a büntetéstől, drasztikusan beavatkozik a beteg gyógyszerelésébe – akár a beteg tiltakozása ellenére is. Nap mint nap szembesülhetünk a médiában azokkal a híradásokkal, amelyek az orvosok tiltakozásairól szólnak (az ösztönzőrendszer csak szankcionál, szakmai érvekkel nincsenek alátámasztva az intézkedések – mondják), noha a gyógyítók támogatása jelentősen növelhetné a siker és az elfogadottság esélyeit a kormányzati intézkedések esetén. A hazai generikus program kiszélesítése mellett megfelelő figyelmet kell szentelni egy elfogadható összterheket jelentő innovációs program fenntartására is. Míg az előbbi a helyettesíthető terápiák árletörő szabályozását, addig utóbbi a kiegészítő és új terápiák elfogadható költségterheinek megállapítását és támogatási rendszerbe való befogadását kell szolgálja. Az egyoldalú megtakarítási törekvések érvrendszerét szem előtt tartva, de a lisszaboni stratégia fényében különösen fontos lenne számolni az esetleges kedvezőtlen iparpolitikai hatásokkal. Különösen a hazai gyógyszeriparban a foglalkoztatás csökkenése következhet be, kevesebb jut kutatás-fejlesztésre, és a versenyképesség romlása egyéb állami bevételek csökkenését is jelenti. Összességében elmondható, hogy a már lejárt szabadalmú hatóanyagot tartalmazó termékek árszínvonalának letörése valóban jelentős megtakarítást hozott, ugyanakkor a magyar lakosság egészségi állapota, az előregedő társadalom és az új technológiák megjelenése hosszabb távon emelkedő gyógyszerkiadásokat indokol. Bár a konszolidáció mind a szakmai, mind az emberi viszonyokat próbára tette, a konvergenciaprogram végrehajtása és a generikus árszínvonal miatt indokolt volt. Azonban nem lenne szerencsés, ha a forrásallokációs mechanizmusokat forráskivonás követné. Várhatóan nem maradhatunk ki abból a nemzetközi trendből, amely szerint az egészségügyi és

azon belül is a gyógyszerkiadások a GDP-t meghaladó ütemben bővülnek. Mivel a költségvetési források bővülésének üteme valószínűleg ennél kisebb mértékű lesz, fel kell készülnünk a forráskezelésnek és az öngondoskodásnak egy magasabb szintjére, amikor a felmerülő gyógyszerterhek ellentételezéseként előtakarékosági befektetésekkel, egészségpénztári vagy kiegészítő biztosítással kell rendelkezünk. Azt, hogy a fent említett kiegészítő kockázatkezelés az ellátás mekkora hányadára terjed ki a jövőben, az egészségpolitika, a jogszabályi környezet, valamint a magántőke egészségügybe való befektetési hajlandósága dönti majd el. A szerző a Healthware Tanácsadó Kft. tudományos munkatársa

Szerző: Józsa Zsolt

