

Stratégiai szemlélet a gyógyszer-támogatásban I. rész Célok, eredmények, eszközök

Dankó Dávid, Dr. Molnár Márk Péter,
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapesti Corvinus Egyetem

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztálya (OEP ÁTFO) 2007 eleje óta tudatos erőfeszítéseket tesz egy szakmailag megalapozott, pénzügyileg fenntartható, szemléletében korszerű, proaktív és innovatív gyógyszer-támogatási rendszer kialakítása és működtetése érdekében. Az elmúlt másfél-két évben ezekből az erőfeszítésekből, illetve implicit stratégiából kialakult az ártámogatási terület formálisan is megfogalmazott szakmai filozófiája, explicit stratégiája, valamint a stratégia megvalósítását támogató egészségbiztosítói támogatáspolitikai eszköztár. Ezen stratégia mentén, az eszköztár konzekvens alkalmazásával az ártámogatási terület jelentős eredményeket tudott elérni, és a nemzetközi visszajelzések alapján európai összehasonlításban is korszerű támogatási gyakorlatot alakított ki. Ezen rendszer fenntarthatóságát és szakmai működőképességét azonban 2009 II. félévétől kezdve veszélyek fenyegetik, ami részben a kontextuális tényezők kedvezőtlené válásával függ össze, részint pedig azzal, hogy a jelenlegi támogatáspolitikai eszköztár révén felszabadítható forrásokat már jórészt azonosítottuk és visszaforgattuk a gyógyszerellátásba. A gyógyszer-támogatási rendszer stabilitása érdekében 2010-ben és azt követően sürgős, határozott és konzisztens beavatkozásokra lesz szükség, amelyek legtöbbször koncepcionális előkészítése megtörtént.

A cikksorozat első része egyfelől a stratégiai szemlélet jelentőségét mutatja be a gyógyszer-támogatásban, másfelől a 2007 és 2009 közötti időszakban elért eredményeket, az ezek mögött meghúzódó sikertényezőket elemzi. A cikksorozat második része a magyarországi gyógyszer-támogatási rendszer stabilitását jelenleg fenyegető legnagyobb kihívásokat rendszerezi. Végezetül a sorozatot záró harmadik cikkben a szerzők konkrét koncepcionális javaslatokat fogalmaznak meg a támogatáspolitikai rövid, közép- és hosszú távon esedékes tennivalóira vonatkozóan.

Since early 2007, the Department of Reimbursement of the Hungarian National Health Insurance Fund Administration has been carrying out targeted efforts to design and maintain a financially sustainable pharmaceutical reimbursement system which is based on sound professional principles and follows a proactive and novel approach. During the recent two years, these efforts and implicit strategies have led to the formulation of a consciously embraced professional philoso-

phy as well as an explicit reimbursement strategy, and to the implementation of a comprehensive reimbursement toolkit to support these. By following this strategy and adamantly applying the various elements of the reimbursement toolkit, the Department of Reimbursement has been able to achieve significant results. Positive international feedback suggests that the Hungarian pharmaceutical reimbursement system can be considered up-to-date and innovative even in European comparison. Since mid-2009, however, the sustainability of this system and its professional coherence have been jeopardised by several factors, amid these negative tendencies in the contextual (institutional) setting and the fact that most of the internal slack that was manageable through the currently applied reimbursement techniques has already been identified and re-cycled into pharmaceutical supply in a value-added way. In order to safeguard the stability of the pharmaceutical reimbursement system, clear-cut and consistent interventions will be needed in 2010 and thereafter, which for the most part have already been conceptualised.

The first article in this series of three introduces the relevance of strategic thinking in pharmaceutical reimbursement and analyses the results achieved between 2007 and 2009 together with the underlying success factors. The second article presents in a structured framework the most important challenges the Hungarian pharmaceutical reimbursement system is currently facing. Finally, in the third article the authors formulate conceptual recommendations regarding short-term, mid-term and long-term reimbursement policy.

BEVEZETÉS: A STRATÉGIAI SZEMLÉLET JELENTŐSÉGE A GYÓGYSZERTÁMOGATÁSBAN

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztálya (OEP ÁTFO) 2007 eleje óta tudatos erőfeszítéseket tesz egy szakmailag megalapozott, pénzügyileg fenntartható, szemléletében korszerű, proaktív és innovatív gyógyszer-támogatási rendszer kialakítása érdekében. A kezdeti időszakban – ami nagyjából a 2007. évről kezdődik – az erőfeszítéseket elsődlegesen az indokolatlan kiadások visszafogásának, a verseny élénkítésének, valamint az ésszerű gyógyszerrendelés irányába mutató érdekeltségek

kialakításának szükségessége vezérelte. Ekkoriban az OEP ÁTFO egy implicit stratégiát követett: a generikus verseny ösztönzése, az érdekeltségekre alapuló szabályozók jelentőségének hangsúlyozása, valamint a tudatos technológiaszámítások felfogás következtében érvényre juttatása révén fel-szabadított társadalombiztosítási forrásokat új, valóban innovatív terápiák befogadására kísérte meg visszaforgatni. Ez az implicit stratégia látható és kézzelfogható eredményeket hozott: 2008-ra a magyarországi gyógyszer-közkia-dások európai mércével mérve is indokoltnak mondható, fenntartható szinten stabilizálódtak, így ma a források ésszerűbb elköltésével számos betegnek tudunk olyan gyógyszeres kezelést biztosítani, mely korábban nem volt elérhető. Paradox módon az elért eredményeknek lett egy sajnálatos hátulütője is, amely mondanivalónk szempontjából igen fontos, így már most kiemeljük: az, hogy a gyógyszerkassza „krónikus pénznyeléből” potenciális megtakarítóvá vált, azt eredményezte, hogy a döntéshozók gondolkodásában más, alacsony hatékonysággal működő egészségügyi alrendszerek (különösen a fekvőbeteg-ellátás) jólékü nagybácsiává, keresztfinanszírozójává lényegült át. A gyógyszerkasszában az egészségpolitika – illetve tágabban a politika – olyan megtakarítási lehetőségeket is látni vél, amelyek immáron ténylegesen nem léteznek.

Az elmúlt másfél-két évben ezekből az erőfeszítésekből, illetve implicit stratégiából kialakult az ártámogatási terület formális is megfogalmazott, explicit stratégiája, valamint szakmai filozófiája. Ezek egyértelmű és konzisztens gondolkodási keretet adnak munkánkhoz, valamint közös nevezőt jelentettek azon támogatási koncepciók számára, amelyeket az elmúlt időszakban kidolgoztunk, megvalósítottunk, vagy megvalósításra javasoltunk a döntéshozók felé. A stratégiai szemléletmód jelentősége és haszna véleményünk szerint az alábbiakban foglalható össze:

- A gyógyszertámogatás mint közpolitikai terület a közgazdaság része, amely Magyarországon – a sokszor megfogalmazott igények, ötletek és ígérek dacára – nagyjából mindmáig nélkülözi a hosszú távú szakmai irányvonalakat követő, szilárd koncepcionális alapokon nyugvó gondolkodást. Bármely közpolitikai terület – ide értve a gyógyszertámogatást – csak akkor függetleníthető valamelyest a közpolitika-alkotásra és -megvalósításra jellemző rövid időhorizontú, politikai ciklusokhoz kötött működéstől („rángatás”, stop-and-go), ha tudja, mit akar elérni, és ahhoz milyen irányba kell haladnia. Ez a gyógyszertámogatás során különösen fontos, hiszen a terület megóvása az említett „rángatástól” egyúttal a betegeket is megóvjá attól, hogy szakmaiatlan vagy áttekinthetetlen hozzáférési szabályok mentén vehessenek igénybe terápiákat; megkíméli a felíró orvosokat az akár egymással is ütköző pontszerű beavatkozások hatásaitól, valamint a gyógyszergyártókat a kiszámíthatatlan, átláthatatlan, „zavarosban halászós” piaci környezettől.
- A közigazgatási döntéshozatal szerves része az egymással ellentétes érdekek többszintű ütköztetése, illetve

az ezeken keresztül jelentkező érdekérvényesítési tevékenység (lobbizás). Az érdekérvényesítő tevékenység elkerülhetetlen velejárója, hogy hatására a megszületésük pillanatában konzisztens intézkedéscsomagok koherenciája is sérül, az ímmel-ámmal összetekintett közpolitikák pedig izolált, akár egymásnak is ellentmondó részintézkedésekre esnek szét, amelynek végül – már középtávon is szinte biztosan – az állampolgárok látják kárát. Ez, ha úgy tetszik, a demokrácia jóléti vesztesége, amely jóléti veszteséget a közpolitika megalkotója és megvalósítója minimalizálni köteles, erre azonban csak abban az esetben képes, ha határozott elképzelésekkel rendelkezik a hosszabb távon követendő szakmai irányról. Így a demokratikus érdekérvényesítés kereteinek megtartása mellett szakmai érvekkel tudja ellensúlyozni a lobbizást – üzleti érdekek szempontjából teljesen racionális érdekek mentén – kulcskompetenciaként végző érdekcsoportok fenntarthatóságát és ellátási minőséget veszélyeztető működését. Különösen lényeges ez olyan instabil időszakokban, amikor politikai tényezők hatására az államigazgatás saját döntéshozatali képessége lelassul vagy megáll, és a döntéshozók fokozottan sérülékennyé válnak a külső befolyásoló tényezőkkel szemben.

- A gyógyszergyártók minden egyes terápiás terület és azon belül minden egyes készítmény vonatkozásában gondosan kimunkált piacra lépési, marketing- és értékesítési stratégiával rendelkeznek. Amikor tárgyalni jönnek az egészségbiztosítóhoz, tudják, mit akarnak elérni nemcsak rövidtávon, hanem közép- és hosszú távon is. Amennyiben az egészségbiztosító nem rendelkezik piacismerettel és stratégiával, képtelen valódi technológiaszámításokként fellépni, számba venni az egyes gyártók taktikai lépései mögött meghúzódó hosszabb távú üzleti szándékokat, megfejteni a beadványokban szereplő valódi tartalmat és értéket, és felmérni ezek illeszkedését az egészségpolitikai prioritásokhoz, illetve saját lehetőségeihez. Így az egészségbiztosító könnyen olyan helyzetben találja magát, hogy fókuszátlanul, valódi egészségnyereség elérése nélkül költötte el az összes pénzét. Amennyiben viszont határozott elképzelésekkel rendelkezik a pénzügyi lehetőségek figyelembevétele mellett követendő szakmai irányról, lépéseivel és döntéseivel – a nemzetközi piacra lépési stratégiákon, referenciaárazási mechanizmusokon stb. keresztül – akár nemzetközi szinten is fajsúlyos tényezővé válhat, a hazai piac szerény méretétől függetlenül. A stratégiai szemlélet és a tudatos technológiaszámítások fellépés tehát szorosan összefügg, ráadásul hatásai nem érnek véget az országhatároknál.
- A gyógyszerellátás és gyógyszertámogatás – a betegek életére gyakorolt közvetlen hatása okán – a média érdeklődésének középpontjában álló terület, amelyen az összes stratégiával rendelkező érintett aktív és jellemzően professzionális kommunikációs tevékenységet folytat. Ez a kommunikációs tevékenység sajnos sokszor

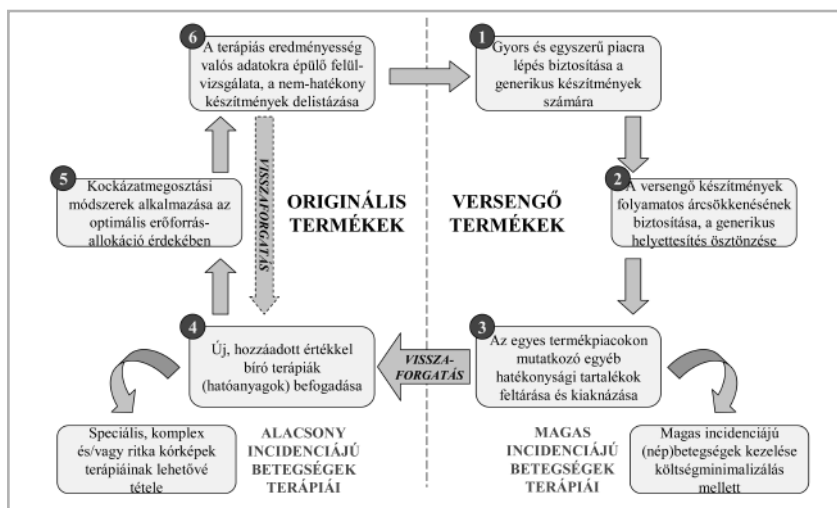
manipulatív, amely nem a betegek érdekeit szolgálja. A manipulatív kommunikációs törekvéseket csak fokozott központi kommunikációval lehet ellensúlyozni, ami azonban kizárólag akkor válik hitelessé, ha a stratégiai irányok mentén megfogalmazott, valódi üzeneteken alapul.

Filozófiánkat, valamint stratégiánkat több nemzetközi fórumon (konferencián, előadáson) felvázoltuk, ahol örömmel és meglepetten tapasztaltuk, hogy munkánkat számos egészségbiztosító, illetve gyógyszergyártó figyelemmel kíséri, és az OEP ÁTFO-t az Európai Unión belül a hosszú távú gondolkodásra hangsúlyt fektető, a piac működési logikáját értő, proaktív és tudatos technológiavásárlóként (payer) tartja számon. A bátorító, elismerő visszajelzések alapján érdemesnek találjuk ennek a megközelítésnek egy cikk formájában átfogó összegzését adni, kitérve a megvalósulás útjában álló akadályokra, valamint a továbblépéshez szükséges feltételekre is.

AZ ÁRTÁMOGATÁSI TERÜLET FILOZÓFIÁJA ÉS STRATÉGIAI TÉRKÉPE

Az OEP ÁTFO filozófiája, hogy a szűkös társadalombiztosítási forrásokat a szabadalmi védeltségüket elvesztett termékektől folyamatosan és tudatosan a bizonyított terápiás eredményességgel rendelkező, innovatív készítményekre forgatja vissza, így biztosítva a betegek hozzáférését az új, valódi hozzáadott értéket képviselő terápiákhoz. Ezt úgy tudjuk megvalósítani, hogy aktívan ösztönözzük a jelenlegi kiadási struktúrában rejlő tartalékokat, és az elért megtakarításokat a betegek legjobb érdekei szerint használjuk fel más készítmények támogatására. Filozófiánkat – amely a gyógyszer-támogatásra rendelkezésre álló társadalombiztosítási források szüntelen körforgását célozza a gyógyszerek életciklusa mentén – az alábbi 1. ábra szemlélteti:

Az 1. ábrán bemutatott filozófia maximálisan tiszteltetben tartja az originátor készítményeket kifejlesztő gyógyszer-gyártók jogát kutatás-fejlesztési ráfordításai elismertetésére az egészségbiztosítóval. Hangsúlyozza azonban azt is, hogy attól a pillanattól kezdve, amint az originátor készítménynek vele egyenértékű generikus helyettesítője jelenik meg (és ezzel a monopolpiac fokozatosan versengő piaccá válik), az egészségbiztosító nem engedheti meg magának a szóban forgó hatóanyag originális árszinten való támogatását. Addig tehát, míg egy egyedülálló innovatív szer piaci kizárólagossága szabadalmi okokból fennáll, az egészségbiztosító azt feltétel nélkül elismeri; attól a naptól kezdve azonban, amellyel megszűnik, minden rendelkezésére álló szabályozóeszközzel az alacsonyabb árú, terápiásan egyenértékű generikus helyettesítőt preferálja. Ennek magyarázata, hogy szűkös költségvetési források mellett – márpedig ezt még hosszú ideig premisszaként kell kezelnünk – az új terápiák elérhetővé tétele (azaz korábban kezeletlen betegségek gyógyítása) csak akkor lehetséges, ha azon magas incidenciájú betegségek (pl. hipertónia, dyslipidaemia, pepticus fekély és gastrooesophagealis reflux-betegség, bizonyos pszichiátriai kórképek) kezelése, amelyekre olcsó, versengő készítmények is rendelkezésre állnak, a szakmai irányelvek betartása mellett a költségminimalizáció elvén történik. Ehelyütt kiemeljük (mert a generikus készítmények állítólagos megbízhatatlanságával való riasztás atavisztikus, de még mindig rendszeresen visszatérő érvelés egyes gyártók kommunikációjában), hogy Magyarországon kizárólag bioegyenértékű és helyettesíthető generikus gyógyszerek kerülhetnek forgalomba, amelyek nem keverendőek össze a nem bioegyenértékű ázsiai másolatokkal vagy az interneten rendelhető hamisítványokkal. A Magyarországon kapható generikumok minőségét szigorú szabályok szabályozzák, törzskönyvezésüket nem kis részben az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) végzi, a terápiás egyenértékűségüket megkérdőjelező érvek tehát szakmailag aligha vehetők komolyan, használatuk a tévhitekkel szemben sem-



1. ábra
Az OEP ÁTFO filozófiája a gyakorlatban: a források folyamatos visszaforgatása a lejárt szabadalmú készítményektől az új, valódi hozzáadott értéket képviselő terápiákhoz

milyen közép- vagy hosszú távú veszéllyel, illetve ehhez kapcsolódó egészségügyi többletköltséggel nem jár.

Az 1. ábra a rendelkezésre álló források visszaforgatásának egy második, kiegészítő ágát is mutatja: ez a források áttelése azon originátor készítményektől, amelyek alacsony fokú innovációt tartalmaznak, a valódi terápiás hozzáadott értéket hordozó készítményekhez. A kiegészítő ág az originális termékkörön belüli erőforrás-optimalizálást reprezentálja, amely azonban – szakmai elveket követve – kizárólag a terápiás eredményességről képződő valós életbeli vizsgálati adatok birtokában kivitelezhető. Az érintett készítmények jelentős része vagy ún. me-too gyógyszer, vagy olyan készítmény, amely az originátor termék valamely módosítása a piaci pozíció megerősítése érdekében (pl. ún. controlled release készítmények, kombinációk). Ezeknél a készítményeknél – noha például egy sokadik ACE-gátló+amlodipin kombinációtól aligha várható jelentős terápiás előny a korábbi hasonló termékekhez képest – az egészségbiztosító akkor jár el helyesen, ha az elemi költséghatékonyági feltételek teljesülése esetén megadja számukra az esélyt, és csak akkor dönt támogatásuk felülvizsgálatáról, ha terápiás előnyük a megfigyeléses vizsgálatok eredményei alapján sem mutatható ki.

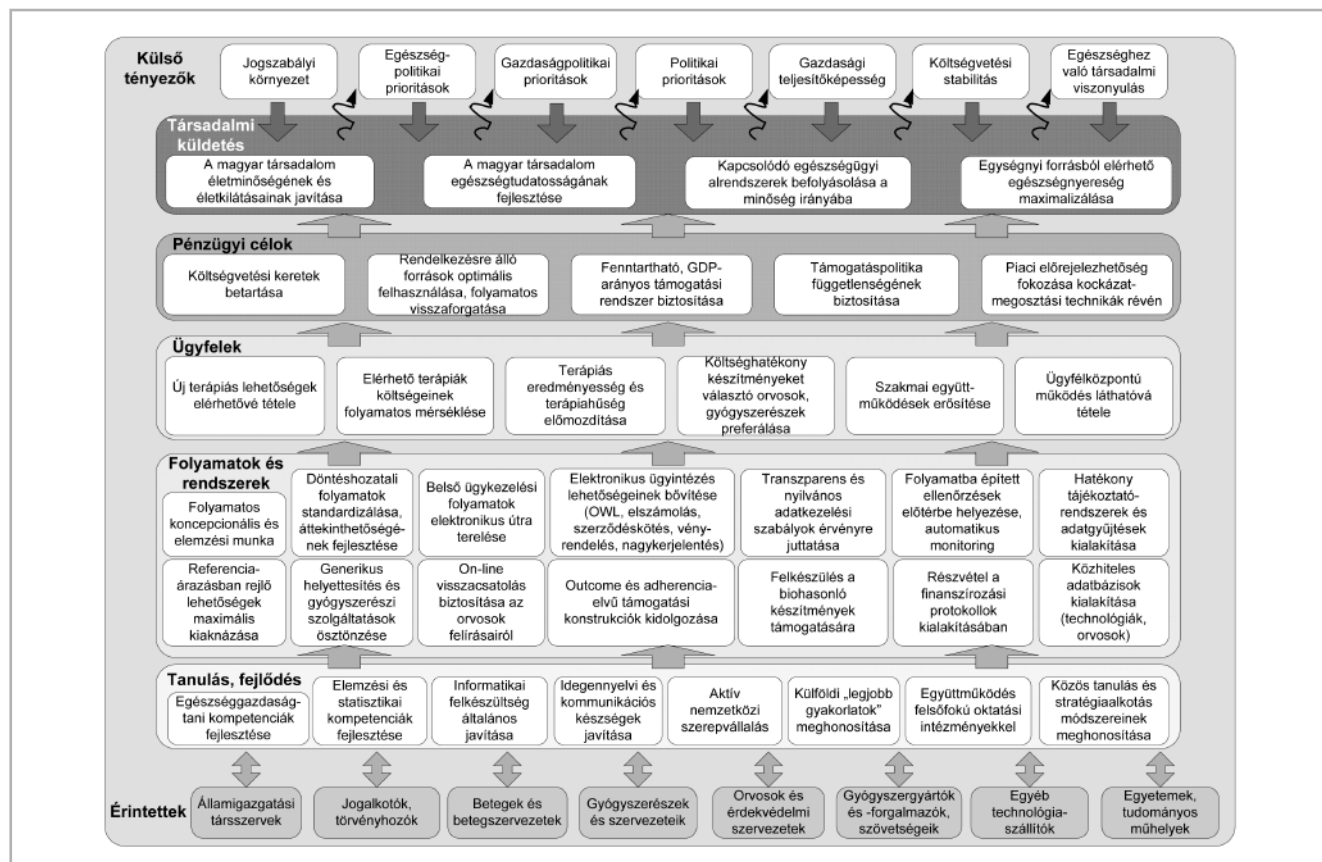
A források felszabadítására és ésszerű visszaforgatására ezzel együtt jóval nagyobb lehetőség nyílik a versengő termékek részpiacán. A filozófia megvalósítása ezeken a piacokon az ún. generikus programra épül. A generikus program azoknak a törekvéseknek az összessége, melyek a lejárt szabadalmú gyógyszeres terápiák költségeinek leszorítását célozzák meg annak érdekében, hogy egyre szélesebb rétegek tudjanak hozzáférni ezekhez a kezelésekhöz, illetve a megtakarított források újabb hatóanyagok támogatására legyenek elkölthetők. A generikus program – az első benyomásokkal ellentétben – nem kizárólag a termékbe fogadás erőteljes kontrollját, a támogatott gyógyszerkör rendszeres és tudatos felülvizsgálatát, valamint az árcsökkenésre ösztönző szabályozórendszer fenntartását jelenti. Ezek az ún. technokratikus szabályozók elsődleges fontosságúak ugyan, de önmagukban legfeljebb rövid távú hatást érhetnek el, hiszen nem veszik figyelembe a gyógyszerellátási lánc két kiemelt szereplőjének: a felíró orvosnak és a terméket kiszolgáló gyógyszerértékesítő szakembernek az érdekességét. Márpedig tudomásul kell venni: a gyógyszerellátási rendszer szakmai és piaci mechanizmusok sajátos keveréke, ahol mind a gyógyszerrendeléskor, mind a gyógyszer expedálásakor a szakmai kritériumok teljesülése után pénzügyi szempontok kerülnek előtérbe. Ösztönző hiányában az orvos – mivel a térítési díjat teljes egészében a beteg fizeti – önmagától nem érdekelt az olcsóbb, generikus készítmények felírásában; az árrés-szabályozás jelenlegi rendszere pedig a gyógyszerértékesítőket a magasabb árú készítmények kiszolgálásában teszi érdekeltté, azaz a generikus helyettesítés ellenében hat.

Mindezek tükrében ahhoz, hogy a szűkös forrásokkal rendelkező egészségbiztosító – a járulékfizetők és a betegek érdekében – versenyre kelhessen a dedikált marketing-

költségvetéssel gazdálkodó gyógyszergyártókkal, érdekességet kell teremteni a felíró orvosok és gyógyszerészek számára az olcsóbb, helyettesítő termékek irányában. A technokratikus szabályozóeszközök tehát érdekesség-alapú szabályozókkal kiegészülve érhetnek csak el hosszú távú hatást. Sajnálatos, hogy ez a megközelítés hazánkban még leginkább kivételszámba megy, helyette pedig az a jellemző, hogy egy rendszer működőképességét nem a szereplők érdekességétől, hanem végtelenségig túlbonyolított szabályoktól várják, ami azonban elkerülhetetlenül kudarchoz vezet. Leegyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy a technokratikus szabályozók elsődlegesen a gyógyszergyártók irányában alkalmazandók, mert ebben a relációban várható legkevésbé érdekegyezés az egészségbiztosító és a cégek között (noha – mint a későbbiekben látni fogjuk – itt is kialakítható!), míg az egészségbiztosító és az orvosok, valamint gyógyszerértékesítők közötti relációkban egyértelműen az érdekességet befolyásoló szabályozókkal lehet eredményeket elérni.

A fenti filozófia a megvalósíthatóság, a nyomon követhetőség és a kommunikálhatóság érdekében számos részcélra bontható, amelyek egyfelől az ártámogatási területen érintett különböző csoportokhoz kapcsolódnak, másfelől eltérnek egymástól aszerint, hogy az ártámogatási terület működésének mely dimenziójára vonatkoznak. Az egészségbiztosító érintettjei (ügyfelei) igen szerteágazó csoportokból kerülnek ki, így a rájuk vonatkozó célok is sokszínűek. Legfontosabb ügyfeleink a betegek, a potenciális gyógyszerforgalmazók és a járulékfizetők. Emellett ügyfeleink a gyógyszereseket rendelő orvosok, a gyógyszereket expedáló gyógyszerészek, illetve tágabb értelemben a gyógyszerellátásban dolgozó egészségügyi szakembereket, aki a gyógyszer fogyasztójával bármilyen módon kapcsolatba kerül. Szintén ügyfeleinknek tekintjük a gyógyszerek gyártóit, forgalmazóit és a nagykereskedőket, valamint az előbb felsorolt szereplők életében egyre fontosabb szerepet játszó informatikai fejlesztőket, szolgáltatókat. Céljaink egyfelől a filozófiához közvetlenül kapcsolódó, társadalmi küldetésünket kifejező célok, másfelől pénzügyi célok, harmadrészt pedig ügyfeleink optimális kiszolgálására, elégedettségére vonatkozó célok. Mindezek mögött – az érintettek számára részben láthatóan, részben láthatatlanul – további célkitűzések és erőfeszítések húzódnak meg, részben az ártámogatási terület folyamataira és rendszereire, részben szakmai fejlődésére vonatkozóan. A 2. ábrán szereplő stratégiai térkép tehát úgy értelmezendő, mint a fenti filozófiának egymással összefüggő stratégiai célokká és erőfeszítéské váló konkrét alábontása.

Még egy szinttel a napi gyakorlat irányába haladva, a 2. ábrán szereplő stratégiai célok elérése az operatív egészségbiztosítói munkában konkrét támogatáspolitikai eszközökkel lehetséges. Néhány helyütt magának a stratégiai célnak a megnevezése is arra utal, hogy valamely támogatáspolitikai eszköz (pl. támogatási technika) széles körű alkalmazása önmagában is kívánatos: ilyen például a „Referenciaárzásban rejlő lehetőségek maximális kiaknázása”

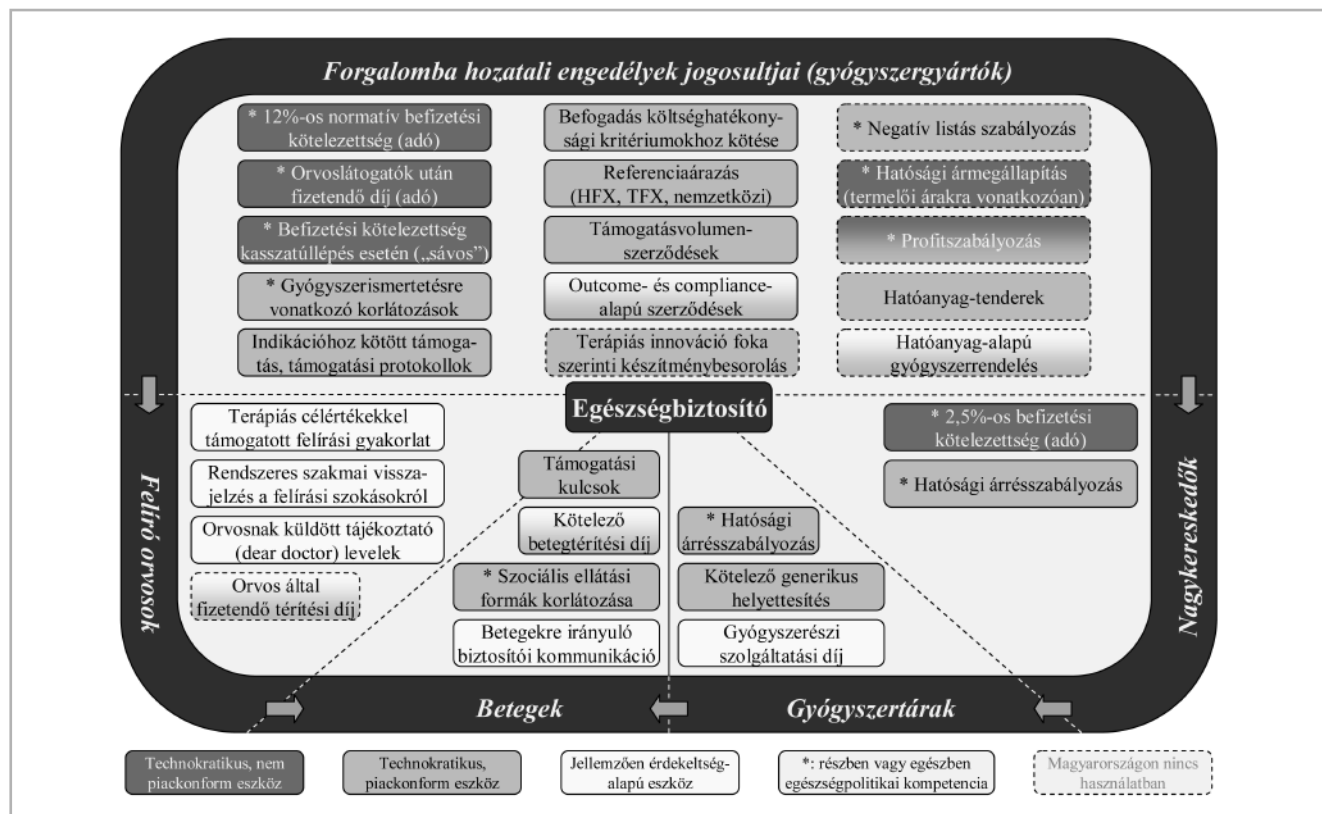


2. ábra
Az ártámogatási terület stratégiai térképe

megnevezésű stratégiai cél, amely mögött nyilvánvalóan a referenciaárzás különböző módozatai (hatóanyag-alapú [HFX], terápiás [TFX], illetve nemzetközi) rejlenek. Más stratégiai célok megvalósítása egy vagy több támogatáspolitikai eszköz egyidejű alkalmazásával lehetséges: a „Felkészülés a biohasonló készítmények támogatására” stratégiai célhoz például – ha a biotechnológiai licit általunk felvázolt, jelentős visszhangra talált koncepcióját vesszük alapul – az indikációhoz kötött támogatás, a hatóanyag-tender, a betegek irányába történő kommunikáció, az orvosoknak küldött ún. dear doctor levelek, valamint az outcome- és compliance-alapú szerződések egyaránt kapcsolódhatnak. A támogatáspolitikai eszközök részben keresletszabályozó, részben kínálatkorlátozó jellegűek, ezen distinkciót azonban a továbbiakban nem vesszük végig, ehelyett a 3. ábrán a nemzetközi és hazai gyakorlatban, valamint a szakirodalomban előforduló legfontosabb támogatáspolitikai eszközöket az érintett csoportokhoz rendeltén mutatjuk be.

A 3. ábrán csillaggal jelöltük meg azon eszközöket, amelyek a nemzetközi gyakorlatban részben vagy egészében egészségpolitikai – és nem biztosítói – kompetenciába tartoznak (függetlenül attól, hogy Magyarországon mi tartozik az Egészségügyi Minisztérium, avagy az OEP ÁTFO kompetenciájába), valamint szaggatott vonallal jelöltük azon eszközöket, amelyek hazánkban jelenleg nincsenek alkalmazásban. Kiemeljük, hogy bizonyos eszközök egymást

részben vagy egészben kizáróak: kötelező gyógyszerári generikus helyettesítés (egy technokratikus szabályozó) mellett például nem feltétlenül szükséges vagy lehetséges gyógyszereszi szolgáltatási díjjal (egy érdekeltég-alapú szabályozóval) ösztönözni a „gyógyszertárakat a gyógyszereszi gondozás keretében a beteg által fogyasztott gyógyszerek monitorozására vagy akár évi egyszeri teljes körű revíziójára. (E cikk szerzői ugyanakkor nem rejtik véka alá azon meggyőződésüket, hogy a gyógyszereszi szolgáltatási díj sokkal adekvátabb eszköz ugyanazon cél elérésére, már csak azért is, mert az árés-szabályozás legtöbb lehetséges logikája mellett a terméket kiszolgáltató gyógyszerész ellenérdekel az alacsonyabb árú készítménnyel történő helyettesítésben, önmagától nem fogja megtenni, azaz csak külső kényszerrel – például fokozott ellenőrzéssel – bírható rá ideig-óráig; a fokozott ellenőrzésnek pedig hatalmas költségei lesznek, kétséges eredményekkel.) Hangsúlyozzuk végül azt is, hogy az egészségbiztosító kompetenciájába tartozó eszközök eredményességében kiemelt szerepe van az egészségbiztosító tudatos technológiavásárlói fellépésének, a stratégiai szemlélet meglétének, és az ezekre alapuló tárgyalástechnikának. Utóbbi szélsőséges megközelítésben akár önálló támogatáspolitikai eszköz is lehetne, mi azonban inkább azt gondoljuk, hogy helyesebb bármely eszköz alkalmazásának részelemeként tekinteni rá.

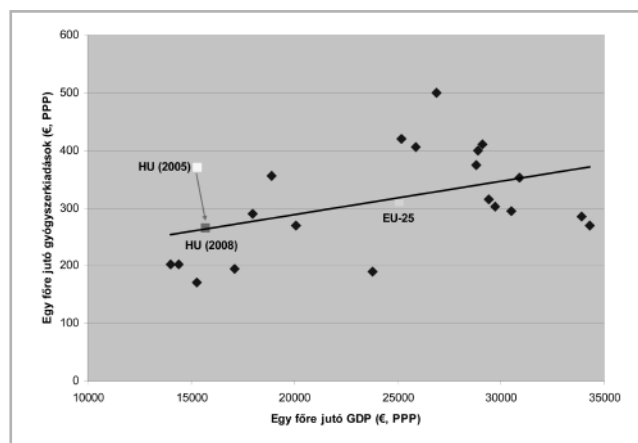


3. ábra
Támogatáspolitikai eszköztár

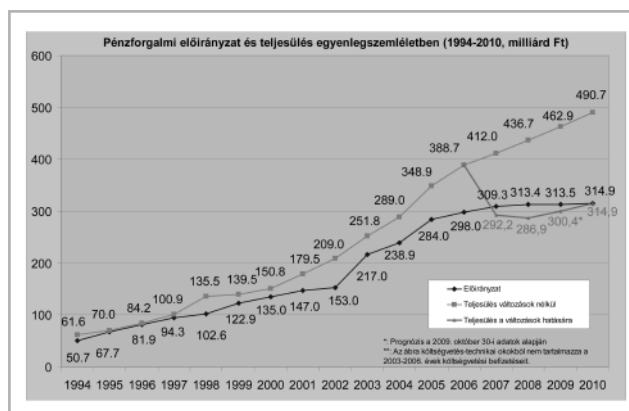
A STRATÉGIA MEGVALÓSÍTÁSÁNAK EREDMÉNYEI

A kezdetben implicit, az utóbbi időszakban pedig explicit formában is megjelenő stratégia 2007 elejétől kezdve egészen a legutóbbi időig látható eredményeket hozott. A következőkben ezeket vesszük sorra, bemutatva azt is, hogy a 3. ábrán szereplő támogatáspolitikai eszközök közül melyekre támaszkodtunk leginkább. Egyik legfontosabb ered-

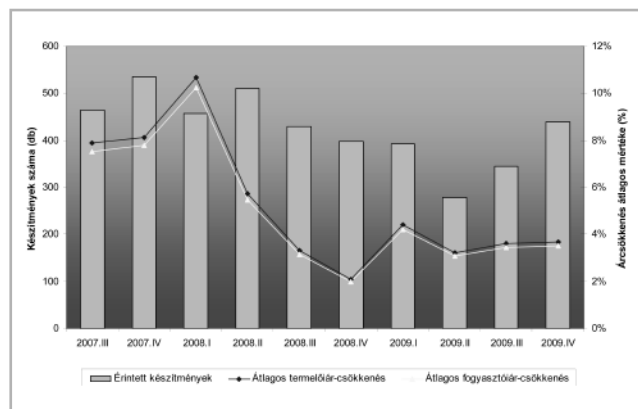
ménynek tekinthetjük, hogy a korábbi fenntarthatatlan szint-ről elmozdulva, az elmúlt három évben sikerült stabilizálni a társadalombiztosítás gyógyszerkiadásait: a GDP-arányos közkiadások a 2006. évi 1,5%-ról 2009-re 1,1%-ra mérséklődve immáron az európai átlaghoz közelítettek. Az összes egészségügyi ráfordításokon belül a 2006. évi 26%-ról 2008 végére 18%-ra csökkent a gyógyszerekre fordított közkiadások aránya (az OECD-átlag 17%). Ezzel párhuzamosan a



4. ábra
Az egy főre jutó GDP, valamint az egy főre jutó gyógyszerkiadások (közkiadások és magánkiadások) viszonya az EU tagállamaiban (2008, vásárlóerő-paritáson, PPRI és OECD adatai alapján euróban számítva)



5. ábra
A gyógyszerkassza kiadási előirányzatának és a tényleges kiadások valamint a teljesült gyártói befizetések egyenlegének alakulása (1994-2010, a 2010. év vonatkozásában a kiadások és a bevételek egyenlegét a sávos gyártói befizetés stabilizálhatja a költségvetési előirányzat összegén)

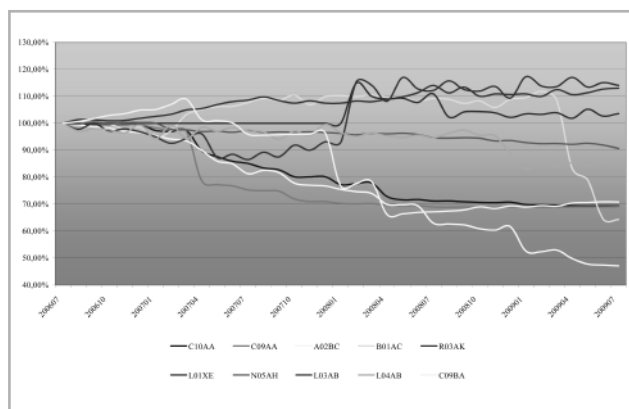


6. ábra
Az árcsökkenésekben érintett készítmények száma és az árcsökkenés átlagos mértéke (2007. III. negyedév – 2009. IV. negyedév, negyedéves bontásban, súlyozatlan átlag)

lakosság gyógyszer-túlfogyasztása is megszűnt, az egy főre jutó teljes gyógyszerkiadás (közkiadás + magánkiadás) fenntartható szintre csökkent (4. ábra), és megszűnt a gyógyszerkassza hiánya (5. ábra).

Az elmúlt időszakban tehát sokkal hatékonyabban használtuk fel forrásainkat, mint korábban, ráadásul a gyógyszerkiadások stabilizálása a fogyasztás ésszerű szinten történő stabilizálódását is maga után vonta anélkül, hogy szükség volna a betegek hozzáférése a régóta bizonyítottan hatékony, valamint az új, innovatív terápiákhoz. Ezt elsődlegesen azzal értük el, hogy a generikus program keretében az egyenértékű készítmények közül az alacsonyabb árúakat részesítettük előnyben, és a betegeket is ezek megvásárlására ösztönöztük. A generikus program eredményességének mérésére – jelentősen leegyszerűsítve – az árcsökkenések száma és mértéke használható, mivel ezek a paraméterek egyszerűen és gyorsan mérhetők, másrészt könnyen és hatékonyan kommunikálhatók. Eszerint 2007-ben 959 készítmény ára csökkent átlagosan 23,05%-kal, 2008-ban pedig 780 készítményé átlagosan 13,55%-kal (6. ábra). Utóbbi átlagos értéket alábontva azt láthatjuk, hogy 140 emésztőszervi gyógyszer ára átlagosan 13,8%-kal, 278 szív- és érrendszeri gyógyszer ára átlagosan 13,5%-kal, 107 fertőzéscellenes szer ára átlagosan 6,5%-kal és 145 központi idegrendszerre ható készítmény ára átlagosan 21,5%-kal csökkent. Összességében a legnagyobb árszint-csökkenésen átéső antipszichotikumok áresésének mértéke két év alatt 43,79%-ot tett ki és 43 készítményt érintett, az a terápiás kör pedig, ahol a legnagyobb számú készítmény ára csökkent, a pepticus fekély és gastrooesophagealis reflux betegség volt, 17,07%-os árcsökkenéssel.

A 2009. év rendelkezésre álló adatai alapján az árcsökkenésben érintett készítmények száma és az árcsökkenések átlagos mértéke idén el fog maradni a korábban regisztrált adatoktól. Decemberig 647 készítmény ára csökkent átlagosan 7,54%-kal), azonban néhány hatóanyag – amelyek ebben az időszakban járt le a szabadalmi védettsége – hozzájárul ahhoz, hogy 2009-ben is számottevő megtakarítást



7. ábra
Az átlagos napi terápiás költség (NTK) változása a tíz legnagyobb támogatási áramlást generáló ATC5-csoportban (bázis: 2006. július 1.)

tásokat realizáljunk. Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy a generikus program még a jelenleg tapasztalható alacsonyabb intenzitás mellett is évi 15-20 milliárd forint belső megtakarítást teremt az Egészségbiztosítási Alap javára, illetve a betegek terhei éves szinten mintegy 10-15 milliárd forinttal csökkennek.

Szakmailag megalapozottabb az árcsökkenések hatását a DOT-ban kifejezett forgalommal súlyozott átlagos napi terápiás költségek (SÁNTK) változásán keresztül megragadni. A 7. ábra a tíz legnagyobb támogatási áramlást generáló ATC5-csoportra vonatkoztatva mutatja a SÁNTK változását 2006. július 1-hez mint bázishoz képest. Látható, hogy a legtöbb érintett ATC5-csoportban az árcsökkenések a SÁNTK csökkenő trendjét eredményezték, és különösen jól megfigyelhető a szabadalmi oltalom lejáratakor piacra lépő generikus készítmények árszintcsökkentő hatása. Az ábra bizonyos csoportokban jól mutatja a forgalom átterelődését is az új készítmények irányába.

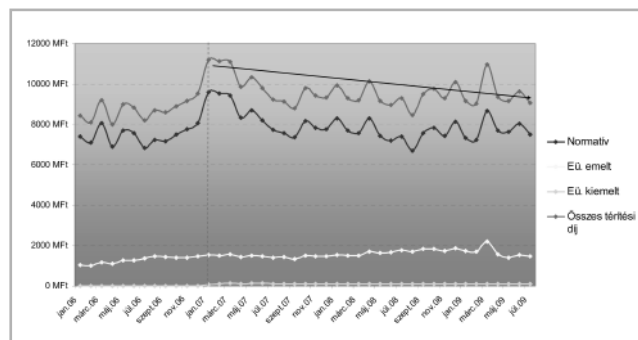
Az így felszabaduló forrásokból új gyógyszeres terápiák váltak elérhetővé: ma számos betegnek olyan kezelést tudunk biztosítani, amely korábban nem volt hozzáférhető. 2007-ben – a szigorú hatékonysági, valamint költséghatékonysági követelmények dacára – 38 innovatív készítmény, 2008-ban pedig 16 új hatóanyag vagy hatóanyag-kombináció került be a támogatott gyógyszerkörbe (az új indikációkat nem számítva), melyek azóta kumuláltan kb. 60 milliárd forint támogatási áramlást eredményeztek. Ez a hatalmas szám jól érzékelteti az új, valóban hatásos terápiák támogatási igényét még támogatásvolumen-szerződések megkötése mellett is, és alátámasztja, hogy az új terápiák elérhetővé tétele érdekében az egészségbiztosítónak minden belső tartalékot meg kell találnia és fel kell szabadítania. Sokatmondó az is, hogy 2009-ben már egyetlen új hatóanyag sem került befogadásra annak dacára, hogy legalább 17 – szakmailag indokolt – készítmény „áll sorban” a vonatkozó indikációs pont megnyitására várva.

A gyógyszerellátás hatékonyságának javulása emellett lehetővé tette, hogy a gyógyszerkassza megtakarításaiból

jelentős összegek kerüljenek átcsoportosításra az alapellátásba és az intézményi keretek között történő betegellátásba; ez az, amiről fentebb már szót ejtettünk, és aminek utólag már kevésbé örülhetünk, mert a döntéshozókban sajnálatos tévhitiek kialakulását eredményezte. A pénzügyi eredmények hozzájárultak továbbá ahhoz, hogy a 2008 őszén kialakult gazdasági és költségvetési helyzetben a gyógyszer-támogatási rendszer instabilitásának terhe nem súlyosbította tovább az országot nem túl jó egyensúlyi kilitásait.

A csökkenő gyógyszeráraknak köszönhetően a térítési díjak is csökkentek, így 2008-ban hosszú idő után először a betegek is kevesebbet fizettek ki támogatott gyógyszerekre, mint a megelőző év során (8. ábra). Az árcsökkenés 2008 végére oda vezetett, hogy a betegek által havonta kifizetett térítésidő-tömeg megközelítette a 2006 elején – magasabb támogatási kulcsok mellett – regisztrált adatokat, vagyis szinte teljes egészében kompenzálni sikerült a támogatási kulcsok csökkenéséből adódóan a betegekre háruló többlet-terhet. Ezt a folyamatot jól szemlélteti, hogy az átlagos támogatási mérték a 2007-es csökkenést követően 2008 végére visszaállt a 2006-os 70% körüli szintre.

Kiemelten lényeges, hogy a gyógyszerkiadások fenntartható szinten történő stabilizálása nem járt együtt az ellátás színvonalának romlásával, sőt számos tekintetben szakmai előrelépést tudunk elérni. Önmagában üdvözlendő, hogy sikerült mérsékelni a magyar lakosság számottevő részére korábban jellemző gyógyszer-túlfogyasztást, illetve az ebből fakadó egészségügyi kockázatokat. A különböző elemezhető paraméterek közötti eltérések jól mutatják a felhasználás szerkezetének átalakulását: a betegek 2007-től kezdve kb. 10%-kal kevesebb vényt váltanak be, kevesebb gyógyszert vásárolnak, de a gyógyszerfogyasztás eltolódott a nagyobb kiszerezésű, tartósabb hatású, több napra elegendő – fajtágon olcsóbb és a beteg-együttműködést (compliance) segítő – készítmények irányába. Ezt tünik alátámasztani a DOT-forgalom alakulása is (9. ábra), amely a támogatási változásokat megelőző felvásárlásoktól eltekintve stabilitást mutat. A magyar lakosság gyógyszerkészítményekhez való hozzáférése mindezek alapján kiegyensúlyozottnak mondható.

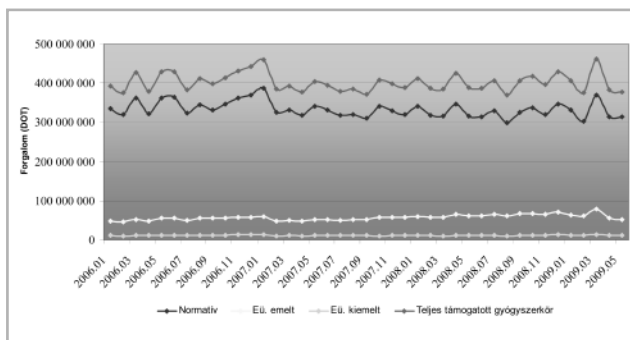


8. ábra
A betegek által kifizetett térítési díjak összegének alakulása (2006-2009)

Az egészségbiztosító emellett szakmai szempontok szerint végrehajtotta vagy elkezdte egyes kiemelt jelentőségű terápiás területek támogatásának felülvizsgálatát: itt elsősorban a diabéteszt (orális antidiabetikumok, inzulinok), az oszteoporózist, az asthma bronchialet, a COPD-t, valamint a gyulladásos kórképeket (biológiai terápiák, nem-steroid gyulladáscsökkentők) kell említeni. A célértékek meghatározásával, a felírási gyakorlatról adott visszajelzések során a monoterápia helyett a bizonyítottan hatásos gyógyszerek kombinált rendelésének, valamint a korszerűbb kombinációs készítményeknek preferálásával az egészségbiztosító tudatos szerepet vállalt a kardiovaszkuláris betegségek kezelésében és megelőzésében, így például a lipid-csökkentő kezelések magyarországi hatékonyságának javításában, az LDL-C értékek csökkentésében. Ezzel párhuzamosan megfigyelhető a tényleges napi terápiás dózisok („visszaszámolt DDD-k”) növekedése, amiből az szűrhető le, hogy a betegek gyógyszerfogyasztása a szakmai irányelvekhez közelít.

AZ EREDMÉNYEK ELÉRÉSÉT LEHETŐVÉ TÉVŐ FŐBB TÁMOGATÁSPOLITIKAI ESZKÖZÖK

Ahogy a bevezetőben említettük, a bemutatott kedvező folyamatok, eredmények kezdetben egy implicit, a későbbiekben pedig explicit ártámogatási stratégia révén váltak elérhetővé és 2009. végéig fenntarthatóvá. A stratégia megvalósításában – az egészségbiztosító kompetenciáján kívül eső adójellegű befizetésektől eltekintve – a támogatáspolitikai eszközök közül 2008-2009 fordulójáig elsődlegesen a generális (a támogatott terápiák széles vagy teljes körére alkalmazható), technokratikus szabályozóeszközök játszottak főszerepet, ide értve a támogatásvolumen-szerződéseket, az indikációhoz kötött támogatást, a szigorú költséghatékonyági kritériumokhoz kötött termékbefogadást, de mindennél inkább a referenciaárast, valamint a hozzá kapcsolódó fixesítést és delistázást. Ezen technokratikus eszközöket kezdetben marginális, a későbbiekben viszont – a rendszer finomodásával, belső differenciálódásával, illetve az ártámogatási terület informatikai fejlesztőmunkájának előrehaladásával – egyre növekvő mértékben egészítették



9. ábra
A DOT-forgalom alakulása (2006-2009)

ki érdekeltség-alapú szabályozók. Ilyen például a „korbács-rendelet” néven elhíresült jogi szabályozás célszerű átalakítását követően a terápiás célértékekkel támogatott felírási gyakorlat („vényíró szoftver”), a rendszeres szakmai visszajelzés az orvosok számára a felírási szokásokról, valamint az orvosoknak küldött tájékoztató (dear doctor) levelek. Nem került azonban sor a gyógyszerészeti érdekeltségek megteremtésére.

Az alkalmazott eszközökkel kapcsolatban a következőket tartjuk fontosnak kiemelni:

- **Referenciaárazás, fixesítés és delistázás.** A magyar támogatáspolitikai gyakorlat „nehéztüzérsége” mind a legutóbbi időkig a referenciaárazás volt, amely az OEP ÁTFO számításai szerint a 2007. január 1-jén érvényes állapothoz képest 2009 augusztusáig az E. Alap számára 53,5 milliárd forint kumulált támogatáskiáramlás-mérséklődést, a betegek számára pedig 46,3 milliárd forint kumulált térítésidej-csökkenést eredményezett. Az ezen időszak alatt lezajlott 11 ún. „fixesítési periódusban” normatív, emelt és kiemelt jogcímenek, illetve előbbieik kombinációjában összesen 2542 különböző készítmény esetében került sor referenciaárazásra. A megképzett fixcsoportok száma 2007. első negyedévében még 636 darab volt (ebből 589 hatóanyag-alapú, 47 pedig terápiásfix-csoport), 2009. harmadik negyedévére azonban 250-re csökkent (ebből 203 hatóanyag-alapú, 47 pedig terápiásfix-csoport). 2007 elejétől 2009 nyaráig normatív jogcímen összességében a mindenkor referencia készítmények napi terápiás költségének (az ún. REFNTK-nak) 30,42%-os, emelt jogcímen 13,80%-os, kiemelt jogcímen pedig 15,45%-os csökkenését sikerült elérni (DOT forgalommal súlyozva). Ha az összes megképzett fixcsoport közül csak azokat a fixcsoportokat vizsgáljuk, amelyekben ténylegesen volt referenciaár-csökkenés, úgy ezek a számok jóval magasabbak: 34,77% normatív jogcímen, 27,16% emelt jogcímen, illetve 32,55% kiemelt jogcímen. Mindezek alapján a referenciaárazásnak tulajdonítható az időszokban elért teljes kiáramlás mérséklődés 55-60%-a (ebből a hatóanyag-alapú fixesítés részesedése hozzávetőleg 90%, a terápiás elvű fixesítésé pedig 10%), a technika hatása tehát meghaladta mind a támogatási kulcsok változásának, mind a kiváltott mennyiség csökkenésének, mind az egyéb támogatáspolitikai eszközöknek a hatását.

A referenciaárazás fő pillére Magyarországon a hatóanyag-alapú (5. szintű, hétjegyű ATC-csoporton belüli, generikus, HFX) fixesítés, amelyre – jogszabályban rögzített kivételekkel – kötelező jelleggel sor kerül a lejárt szabadalmú, versengő piacú hatóanyagok körében. A hatóanyag-alapú fixesítés kezdetben igen szigorú keretek között zajlott, jelentős részben annak köszönhetően, hogy a döntéshozók is felismerték, hogy Magyarországon sok versengő hatóanyag árszintje indokolatlanul magas maradt a 2007-et megelőző időszakban, így a

szabályozók felpuhításában érdekelt szereplők érdekérvényesítő képessége sokáig minimálisra korlátozódott. (A 2006-os árakat összevetve a külföldi árakkal látható volt például, hogy a Magyarországhoz képest majdnem kétszer akkora GDP/fő értékkel rendelkező Németországban az amlodipin feleannyiba került, a simvastatin Angliában pedig harmadannyiba, mint hazánkban. 2006 végén általánosságban is kijelenthető volt, hogy a hazai generikus termékek árszínvonala felülmúlta számos fejlett nyugat-európai ország generikus árszínvonalát, és kiugróan drágán vásároltuk a lejárt szabadalmú gyógyszereket.) Kiemelt jelentősége volt annak, hogy intézményesült a negyedéves gyakoriságú fixcsoport-képzés gyakorlata, a referencia készítmény státusz megszerzéséhez szükséges minimális forgalmi részesedés 3%-ról 1%-ra csökkent, és a delistázási küszöb – a referencia készítmény napi terápiás költségétől való azon eltérés mértéke, amely fölött az egészségbiztosító az érintett készítményeket kizárja a támogatásból – a 2004 óta érvényes 20% maradt. (Utóbbi – célszerűtlenül – 2009. január 1-jével 30%-ra emelkedett.) Növelte emellett a hatóanyag-alapú fixesítés hatékonyságát az is, hogy a gyártók árcsökkentési ajánlataikat immár elektronikus úton, az egészségbiztosító online webes licitrendszerén (OWL) keresztül is beadhatják. Az újonnan lejárt szabadalmú készítmények kapcsán pedig kiemelten fontosnak bizonyult az ún. „30-10-10 szabály”, amely az első, második és harmadik generikum befogadásához szükséges árelőny minimális mértékét rögzítette. Általánosan kijelenthető, hogy a hatóanyag-alapú fixesítés hatása a hazai és a nemzetközi gyártókra versenysemleges volt, így főként az számított, hogy ki mekkora intenzitással vett részt az árversenyben. E tekintetben a legfontosabb összefüggés a portfólió méretével mutatkozik, és látható, hogy az árversenyben élen járók növelni tudták bevételeiket és eladásait 2006-ról 2007-re.

Ahogy a fenti számokból is kiolvasható, a terápiás elvű (4. szintű ötjegyű ATC-csoporton belüli, TFX) fixesítés a magyar támogatáspolitikai gyakorlatban – az ezzel kapcsolatos szakmai aggályok, valamint a néhány ponton bizonytalan jogszabályi háttér miatt – jóval kevésbé játszik meghatározó szerepet, mint például Németország vagy Csehország gyakorlatában. Nagyobb időbeli ingadozások nélkül 45-50 közötti számú terápiásfix csoport megképzésére kerül sor, magas – kezdetben 50%-os, majd elfogadható szakmai kompromisszum eredményeként 60%-os – delistázási küszöbvel. Általánosan elmondható, hogy az egészségbiztosító a terápiás fixesítés helyett a lehetséges esetek nagy részében a szakmai és pénzügyi szempontok alapján kialakított terápiás lépcsőkhöz (indikációkhoz) kötött támogatást részesíti előnyben, ami jobban biztosítja, hogy egy adott készítményre valóban rászoruló szűkebb betegkör a legmegfelelőbb szakképesítéssel rendelkező szakorvos felírása révén, alacsonyabb térítési díj mellett juthasson a gyógyszerhez. Az indikációhoz kötött támogatás tehát szak-

maibb, a betegre kisebb terhet hárító keresleti korlátot jelent; ez alól kivételt jellemzően a szakmai-ellátási megfontolásokból normatív jogcímen támogatandó olyan hatóanyag-csoportok jelentenek, amelyekben bizonyos hatóanyagok már versengők, míg más rokon hatóanyagok még szabadalmi védelem alatt állnak (pl. angiotenzinreceptor blokkolók). Ezzel együtt példákat találunk az indikációhoz kötött (emelt, ill. kizárólag gyors és hosszú hatású inzulinok esetében kiemelt) támogatás és a terápiás fixesítés egyidejű használatára. Sajátos összefüggés, hogy míg a hatóanyag-alapú fixcsoportokban szignifikánsan nagyobb az átlagos megtakarítás, mint a terápiásfix-csoportokban, addig – a nagyobb szórás miatt – az egy készítményre eső realizált megtakarítás bizonyos TFX-csoportok esetén jóval magasabbnak adódik.

A referenciaárzás sajátossága, hogy rövid távon – egy-két fixesítési ciklust vizsgálva – nem feltétlenül csökkenti a betegek terheit. Ennek oka, hogy a készítményeket rendelő orvosok nem változtatják meg felírási szokásaikat negyedévente attól függően, hogy melyik termék a referencia készítmény, illetve mely szerek térítési díja emelkedett a megelőző időszakhoz képest. Különösen igaz ez a terápiás elvű fixesítés esetében, ahol a gyártók átlagosan kevésbé követik árakkal az ún. REFNTK változását, így az OEP ÁTFO adatai szerint „negatív megtakarítás” is aránylag sok esetben jelentkezik betegoldalon. Közép- és hosszabb távon azonban ezek a hatások átbillennek: a betegek átállítása bizonyos időbeli késéssel, de bekövetkezik, így a fixesítés összességében a betegeknek is jelentős – negyedévente 3,5-5,5 milliárd forint közötti – megtakarítást eredményez. Hosszabb távon is igaz azonban, hogy a TFX-csoportokban a gyártók kevésbé követik árakkal a referencia készítmény ár-csökkenését, és az ebből adódó térítésdíj különbözetet a betegek állják: a 2007 eleje óta elért kumulált 46,3 milliárd forintos térítésdíj csökkenésből a terápiásfix csoportba vont készítmények részesedése marginális (815 millió forint). Összességében tehát a referenciaárzás folyamatos és igen jelentős kiáramlás-csökkenést jelent mind az egészségbiztosító, mind a betegek számára.

- **Gyártói és nagykereskedői befizetések.** A gyártói és nagykereskedői befizetések – a támogatásvolumen-szerződések kivételével – az egészségbiztosító kompetenciáján kívül eső, generális támogatáspolitikai eszközt jelentenek: az E. Alap bevételeit növelik, értékük 2007-től 2009-ig 30 milliárd forint körül ingadozott. A 12%-os normatív gyártói befizetési kötelezettség gyakorlatilag adójellegű, fiskális eszköz, amely „nyers” formájában ugyan nem piackonform, de önmagában transzparens, kalkulálható, versenytorzító hatása minimális, és jelentős gazdálkodási könnyebbséget jelent a gyógyszerkassza számára. A nagykereskedői befizetésekre – ugyan csupán jóval kisebb nagyságrendben – hasonló állítások fogalmazhatók meg, azonban itt nehezebb transzparenciáról és kalkulálhatóságról beszélni. Mind versenysemlegességi, mind egészségbiztosítói szem-

pontból problémát jelent ugyanakkor a K+F-ráfordítások gyártói befizetésekből való levonhatósága, amelyek problémakörére alább még kitérünk. Szintén fiskális eszköznek tekinthető, ugyanakkor kevésbé piackonform az orvoslátogatói díj, valamint a technikai szempontból is nehezen kezelhető ún. sávós befizetés, amelynek alkalmazására első ízben várhatóan 2010-ben kerül sor.

- **Támogatásvolumen-szerződések.** Az elterjedt vélekedéssel – és a hibás jogszabályi definícióval – szemben a támogatásvolumen-szerződések nem jelentenek önálló támogatási technikát, hanem „csupán” a támogatási technikákat kiegészítő pénzügyi kockázatmegosztási eszközt. Ezek – a nemzetközi gyógyszer-támogatási gyakorlatban általánosan használt – szerződések a befogadáshoz vagy támogatásváltozáshoz kötődően a költségvetési korlátok betartását célozzák a szerződéses forma által nyújtott rugalmas keretek között. Alkalmazásukat jogszabály teszi kötelezővé az emelt és kiemelt, indikációhoz kötött támogatásba befogadandó új hatóanyagok – azaz néhány kombináció kivételével az összes új hatóanyag – esetében. Az egészségbiztosító 2007-ben 4 brand 5 készítményére, 2008-ban 32 brand 54 készítményre kötött legalább három éves időtávra szóló támogatásvolumen-szerződést. A szerződések alapján 2008-ban a 2007-es forgalom után 1,77 milliárd forint gyártói visszafizetésre került sor, 2009-ben a 2008-as forgalom után 6,7 milliárd forint lesz az ebből származó bevétel, 2010-ben pedig a 2009-es forgalom utáni befizetések összege meg fogja haladni a 13 milliárd forintot. A dinamikus növekvő tendencia egyfelől összefüggésben áll az emelt és kiemelt, indikációhoz kötött támogatás előtérbe kerülésével, másfelől tükrözi azt, hogy az egészségbiztosító igen nagy hatékonysággal és jellemzően kedvező kondíciókkal tudott támogatásvolumen-szerződéseket kötni a gyógyszerkészítmények forgalomba hozóival. A szerződéseknek két alaptípusa létezik (ide nem értve a később tárgyalandó outcome- és compliance-alapú szerződéseket): az egyik típusnál a gyártó befizetési kötelezettsége automatikusan képződik bármely ártámogatással értékesített mennyiségi egység után (egyszerű befizetés, rabatt); a másik típusnál a befizetési kötelezettség a szerződéses időszakban folyósított egy vagy több termékre kifizetett teljes ártámogatás és a szerződésben megállapított határérték különbözete alapján keletkezik (határértékhez kötött befizetés). Mindkét esetben a készítmény effektív egészségbiztosítói költsége csökken, de mindez a betegek által fizetendő térítési díjakban nem tükröződik. A támogatásvolumen-szerződések emiatt – illetve annak okán, hogy a támogatás alapjául elfogadott árak információtartalmát súlyosan torzítják – nem jelenthetnek „teljes szívvel preferált” kockázatmegosztási módszert, ezzel együtt alkalmazásuk tág mozgásteret és jelentős alkupozíciót biztosít, elsősorban a nemzetközi árdiszkriminációval operáló multinacionális cégek irányában. Meggyőződésünk, hogy az említett hátrányok a szerződések főbb paramétereinek nyilván-

nossá tételével nagymértékben orvosolhatók, e téren azonban mind ez ideig – gyártói együttműködés hiányában – nem volt elegendő előrelépés.

- **Minősített vényíró szoftverek, egységes publikus gyógyszertörzs.** A nemzetközi ösztönzők között több országban megjelennek olyan szoftverek, melyek információt biztosítanak a felíróknak és a betegeknek az árak tekintetében. Hazánkban 2007-ben került sor hasonló szoftveres ösztönző bevezetésére, és 2008. július 1-jétől számítógépes gyógyszerrendelés csak minősített vényíró szoftverrel lehetséges. A minősített programok – közöttük az OEP ÁTFO által fejlesztett, ingyenesen hozzáférhető ORKA program – egységesen meghatározott színvonalakkal (piros-sárga-zöld) jelölik az egyes napi terápiás költségű készítményeket. Az árakról és a támogatási feltételekről az egészségbiztosító által kialakított publikus gyógyszertörzs (PUPHA) szolgáltat megfelelő információkat. A programot használó orvosnak kötelező a legalacsonyabb térítési díjú készítményt felajánlani a beteg részére az azonos hatóanyag-tartalmú készítmények közül. A színvonalok emellett a szintén az OEP ÁTFO által kifejlesztett lakossági Gyógyszerkeresőben is megjelennek, segítve a betegek tájékozódását.
- **Visszajelzés a felírási szokásokról.** A hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről szóló jogszabály alapján az OEP 2007 közepétől tájékoztatja az orvosokat a felírási gyakorlatokról, illetve visszajelzési céllal értékeli gyógyszerrendelési szokásaikat. A „korbácsrendelet” bevezetése helyett végrehajtott szakmai alapú revízió egy gyökeresen eltérő megoldást eredményezett, mely nem büntetni kíván, hanem partnernek tekinti a felírókat, és számos hasznos információ átadásával igyekszik a hatékonyság irányába befolyásolni a felírási szokásokat. Ennek keretei között kizárólag általános (normatív) támogatás esetén történik statisztikai értékelés, ami nem ATC-csoportokra, hanem nagy, népegészségügyi jelentőséggel bíró terápiás területekre vonatkozik. Az egyes értékelt terápiás területekhez előre meghatározott célértékek tartoznak, melyek a szakmai és költségvetési szempontokat egyaránt figyelembe véve, a szakmai szervezetek és az OEP együttműködésével alakulnak ki. A célértéknél drágább termékeket is lehet rendelni támogatással: a biztosítónak nem célja, hogy ezeket egyáltalán ne válasszák az orvosok. A célérték feletti készítmények fajlagosan költségesebbek az adott betegség kezelésére használt társaiknál, ezért a készítményválasztást ilyen esetekben mindig alaposan mérlegelni kell, és amennyiben azonos hatást lehet várni egy célértéknél olcsóbb hatóanyagtól is, akkor célszerű inkább ezzel folytatni vagy megkezdeni a kezelést. A definiált célértékek alapján történő értékelés során tehát csak azok az orvosok eshetnek kedvezőtlen megítélés alá, akik a célérték feletti készítményeket indokolatlanul gyakran használják. A visszajelzést kezdetben postai úton, levélben adtuk meg, 2009 nyarártól kezdve azonban a MIHA elnevezésű internetes információs portál (<http://miha.oep.hu>) szolgál tájékoztató

felületként, amelyen bármely orvos saját maga szabadon végezhet érdekes elemzéseket, „eljátszhat” a saját – és általa összehasonlítás alapjául kiválasztott kollégái – gyógyszerfelírási szokásait leíró számokkal, valamint önállóan levonhatja a saját szempontjából releváns következtetéseket. A meglepően nagyszámú pozitív visszajelzés alapján az interneten elérhető kimutatásokat érdekesnek és hasznosnak tartják az orvosok.

- **Orvosoknak küldött tájékoztató levelek.** Annak érdekében, hogy az újonnan lejáró szabadalmú készítmények esetében az alacsonyabb árú generikus termékek piacra jutását (uptake) segítse, az egészségbiztosító alkalmanként tájékoztató leveleket küld azon kezelőorvosoknak, akik az érintett lejáró szabadalmú készítményből jelentős mennyiségben rendelnek. Ezen levelekben – az orvosokat partnernek tekintve, a hivatali stílus tudatos mellőzésevel – szakmai tájékoztatást adunk az elérhető generikus készítményekről, a hozzájuk nyújtott támogatás összegéről, valamint arról, hogy a generikus helyettesítő rendelésével a beteg által fizetendő térítési díj milyen mértékben csökken. Az egészségbiztosítótól kapott tájékoztató leveleket az orvosok olvassák, és a vényforgalmi adatok alapján ezek hatására jelentős részben változtatnak felírási szokásaikon. A tájékoztató levelek ereje véleményünk szerint abban rejlik, hogy egyszerre jelentenek partneri kommunikációs felületet és költségkontroll-eszközt, amit alátámasztani látszik az érintett – lejáró szabadalmú – készítmények gyártóinak visszatérő, de jogi alátámasztást nélkülöző tiltakozása ezen levelek ellen. Más szemszögből sajátos és üdvözlendő fejlemény, hogy az alacsonyabb árú készítmények gyártói is felismerték a levelek „értékét”, így az egészségbiztosító önmagában azal árcsökkentésre tudja sarkallni őket, ha kilátásba helyezi a költséghatékony készítményeikről szóló tájékoztató levél kiküldését. Azon peremfeltétel mellett tehát, hogy az egészségbiztosítónak csak olyan gyakorisággal célszerű tájékoztató leveleket küldenie, hogy azokat az orvosok informatívnak – és ne megterhelőnek – érezzék, a dear doctor levelek az összes releváns érintett (beteg, orvos, E. Alap, alacsony árú készítmény gyártója) számára kölcsönösen nyertes (win-win) szituációt tudnak teremteni.

A stratégiai szemlélet és ennek mentén a felvázolt támogatáspolitikai eszköztár érvényre jutását 2007-től 2009 elejéig számos kontextuális tényező segítette, amelyek közül kiemelendő, hogy a 2007. év első félévében megvalósult a generikus program központi kormányzati kommunikációja, amely – hibái ellenére – bizonyos ideig érezhetően előmozdította a generikus készítményekkel kapcsolatos attitűdök átalakulását, a tévhitek oldását. Igen jelentős szerepe volt annak, hogy határozott egészségpolitikai támogatás mellett az egészségbiztosító mint végrehajtó szerv gyorsan, konzekvensen és céltudatosan implementálni tudta az elképzeléseket, így az azok felpuhítását célzó érdekérvényesítési törekvések részben eleve megkésették voltak, részben nem találtak kedvező fogadtatásra. A hatások gyors érvényre ju-

tását a gyógyszer-támogatási rendszer nagymérvű centralizáltsága is segítette.

Ez a kedvező helyzet 2009 folyamán fokozatosan megváltozott, és az elért eredmények ellenére a felvázolt eszközök alkalmazása révén lehetséges forrás felszabadítás és forrás-visszaforgatás igen korlátozottá vált. Ennek két közvetlen okozója van, amelyek külön-külön számos tényezőre

bonthatók szét: egyfelől kedvezőtlen irányba változott számos kontextuális tényező, ami önmagában is előre vetíti a gyógyszerkassza újbóli deficitessé válását, másfelől hogy a jelenlegi, főként generális elemekből álló támogatáspolitikai eszköztárral elérhető kezdeti, igen jelentős megtakarításokat már kiaknáztuk. A cikksorozat következő részében ezekre a kihívásokra térünk ki.

A szerzők köszönetüket fejezik ki mindazon jelenlegi és korábbi kollégáiknak, akik elemzéseikkel, felismeréseikkel és gondolataikkal hozzájárultak a közösen elért eredmények megszületéséhez.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Brekke, K.R., Königbauer, I., Straume, O.R.: Reference Pricing of Pharmaceuticals, *Journal of Health Economics*, 26. évf., 613-642. o.
- [2] Garrido, M.V. et al: Health Technology Assessment And Health Policy-Making In Europe, WHO 2008, Kopenhága.
- [3] Kaplan, R.S., Norton, D.P.: Stratégiai térképek, Panem 2005, Budapest.
- [4] Kanavos, P. – Costa-Font, J. – Seeley, E.: Competition in off-patent drug markets: Issues, regulation and evidence, *Economic Policy*, 23. évf., 499-544. o.
- [5] McPake, B. – Normand, Ch.: Health Economics – An International Perspective, Routledge 2008, Abingdon.
- [6] Mossialos, E., Mrazek, M., Walley, T.: Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Quality, Open University Press 2004, Maidenhead.
- [7] Puig-Junoy, J.: The Public Financing of Pharmaceuticals, Edward Elgar 2005, Cheltenham.
- [8] United Kingdom Office of Fair Trading (OFT): The Pharmaceutical Price Regulation Scheme – A Market Study, OFT 2007, London.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dankó Dávid 2008 decembere óta az OEP Ártámogatási Főosztályának stratégiai, elemzési és integrációért felelős főosztályvezető-helyettese. Ebben a minőségében fő feladata a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre vonatkozó ártámogatási koncepciók kialakítása, a döntéselőkészítést támogató elemzési tevékenységek koordi-

nálása, valamint a főosztály nemzetközi kapcsolatainak fejlesztése. A Budapesti Corvinus Egyetemen végzett közgazdászként, ahol azóta is stratégiai menedzsmentet és egészségügyi menedzsmentet oktat, illetve jelenleg a gyógyszeripari erőforrás-menedzsmentről szóló doktori disszertációja véglegesítésén dolgozik. Nemzetközi konferenciák és workshop-ok rendszeres előadója stratégiai menedzsment, stratégiai kontroll és egészségügyi menedzsment témakörökben.



Dr. Molnár Márk Péter orvos és közgazdász. Orvostudományi és közgazdasági diplomáit 2005-ben szerezte meg, majd a Budapesti Corvinus Egyetem Vezetéstudományi Intézetében folytatott oktatói és kutatói munkát. Kutatási és oktatási területe az egészségügyi szervezetek teljesítményének mérése, egészségügyi kontrolling, egészségügyi intézmények vezetése, változásvezetés. Az egészségügyi technológiák értékelésében gyakorlatlall rendelke-

zik. 2006 decemberétől az OEP gyógyszer-finanszírozásért felelős főosztályvezetője. 2007-ben és 2008-ben fő feladata a Gyógyszer-gazdaságossági törvényben definiált hatékonyságjavító eszközök implementációja volt, melyek eredményként ebben az időszakban a gyógyszertámogatás rendszere egyensúlyi állapotba került. 2009 januárjától az OEP gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdők ártámogatásával foglalkozó területét vezeti. Ilyen minőségében fő célja a gyógyszertámogatás stabilitásának megőrzése, illetve a segédeszközök támogatási rendszerének gyökeres megújítása.