

A gyógyszeripar lehetőségei, jövője

Interjú Dr. Szabó Lászlóval, a TEVA Magyarország vezérigazgatójával

A hazai gyógyszeripar történetének egyik legnehezebb időszakát éli át. A gyógyszerkassza csökkentése és az emelkedő gyártói terhek alapjaiban határozzák meg az iparág lehetőségeit, jövőjét. A kialakult helyzetről, a forráskivonás iparági és esetleges beteg ellátási hatásairól kérdezzük Dr. Szabó Lászlót, a Magyarországon három gyártóhellyel rendelkező, közel 3000 embernek munkát adó TEVA Magyarország vezérigazgatóját.

A hazai gyógyszeripar és a kutatás-fejlesztés a mai napig világszínvonalú, annak ellenére, hogy a magyar kormányknak hosszú évek óta nincs gyógyszeripar fejlesztésére vonatkozó iparpolitikai stratégiája, sőt jelenleg ennek az ellenkezője tapasztalható a még meglévő ösztönzők leépítésével, mint amilyen a kutatás-fejlesztés adókedvezményének az eltörlése. Milyen hatással lehet ez a még talpon maradt hazai gyógyszer-gyártókra?

A gyógyszerkassza megvágását célzó intézkedések rendkívül nehéz helyzetbe hozzák a hazai gyártókat. Paradox helyzet, hogy miközben a kormányzat törekszik arra, hogy új munkahelyek jöjjenek létre és növekedjen a hazai export, azokat a magyarországi gyártókat sújtja leginkább, amelyek mintegy 14 ezer embernek adnak munkát, hozzájuk kötődik a teljes magyar ipari K+F fele és 2010-ben 652 milliárd forint értékben exportáltak. A Széll Kálmán terv gyógyszeriparra vonatkozó többletterheinek felét kénytelenek viselni a tradicionális hazai gyártók. Ez nem csak az előbb említett jelentős nemzetgazdasági hozzájárulásunk tükrében rendkívül aránytalan, hanem azt tekintve is, hogy a négy nagy hazai gyártó összesített piaci részesedése 27 százalék. Tehát egy, a piacból 27 százalékkal részesülő csoportot sújt a terhek fele!

Mindez jelentősen rontja a hazai gyártók versenyképességét, nagyon nehéz így fenntartani a foglalkoztatást, a gyógyszeriparban elengedhetetlen folyamatos fejlesztést finanszírozni és megtartani exportképességünket. A vaklicit intézménye további hátrányt jelent a készítményeket hazai munkaerővel, hazai gyárakban gyártó gyógyszeripari vállalatok számára. Tudomásul kell venni, hogy Magyarországon a munkabérek, a gyártás költsége magasabb, mint a Távol-Keleten, így a vaklicit során azokkal a kis forgalmazókkal nem tudunk és nem is akarunk árban versenyezni, akik nagyon olcsón, adott esetben a Távol Keletről, vagy Indiából szerzik be a készítményeket. Azt is figyelembe kellene venni a döntéshozóknak, hogy az egy-egy készítmény árán a vaklicittel elért megtakarítás a másik oldalon jelentős bevételkiesést okoz. Tavaly magyar gyógyszerre az állam

78 milliárd forint támogatást fizetett ki, a MAGYOSZ vállalatai pedig 84 milliárd forint adót és járulékot (beleértve a dolgozóinktól levont tételeket is) fizettek be. Tehát az államháztartás nettó egyenlege ezen a piacon 16 milliárd forintos többletet mutat, vagyis nagyjából minden támogatásra kifizetett forintot 20%-ot. Ha arányosítjuk az adóbefizetéseinket a belföldi értékesítéssel, akkor 100 Ft támogatásra 47 forint direkt bevétel, és 14 forint K+F költség és beruházás jut.

Ugyanez egy átlagos importkészítménynél 100 Ft támogatásra 14 forint direkt állami bevételt és 3 forint K+F költséget, valamint beruházást jelent. Könnyű kiszámolni tehát, hogy a hazai gyártók piacvesztése végül mennyibe is fog kerülni.

A gyógyszeripar motorja és egyben jövője a kutatás-fejlesztés. A K+F ráfordítás különadóból való levonhatóságának megszűnése jövőre leginkább a Magyarországon gyártóhellyel rendelkező és a legtöbb munkaerőt foglalkoztató cégeket érinti. Mit jelent mindez a Teva, mint az egyik legnagyobb hazai gyógyszer-gyártó számára?

Igen jelentős, a további kutatásra és fejlesztésre fordítható forrást veszítünk így el. A Teva magyarországi jelenléte óta egyetlen fillér profitot sem vitt ki az országból, az itt megtermelt forintokat teljes egészében visszaforgattuk a hazai gyártás és kutatás fejlesztésébe. Magyarország a Teva számára különösen fontos, hiszen mi vagyunk a vállalat európai gyártó és K+F központja. Beruházásaink mértékére és hatékonyságára jellemző, hogy a Biogal 1995-ben, amikor a tulajdonunkba került évente mintegy 500 millió tablettát gyártott, ma már a fejlesztéseknek köszönhetően évi 10 milliárd tablettát kerül ki a debreceni gyárból, sőt megépítettük Európa egyik legmodernebb csomagoló üzemét is. Jelenleg is folyamatban van egy, az egész hazai gyógyszeripari gyártás és kutatás számára kiemelten fontos beruházásunk, Gödöllőn építjük a világ egyik legmodernebb steril üzemét. Azonban egy olyan környezetben, amelyben nem ösztönzik, sőt – ha a hazai forgalmazás fent már említett helyzetét tekintjük – kifejezetten büntetik a folyamatosan fejlesztő és munkahelyeket teremtő vállalatokat, hosszú távon igen kevés lehetőségünk lesz újabb beruházásokat hozni az országba.

A Széll Kálmán terv gyógyszeripart érintő megszorításainak hatására már eddig is jelentős iparági elbocsátások történtek. A gyógyszeripari K+F ösztönző megszüntetése most a hazai gyógyszeripari innováció megszűnését is előre vetíti, amely további elbocsátásokhoz fog vezetni. Hogyan látja ezt a kérdést?

Ugyan mindent megteszünk munkahelyeink megtartásáért, de, ha folyamatosan romlik piaci helyzetünk, a külön-

dók kiadásainkat növelik, az árcsökkentésre vonatkozó intézkedések pedig bevételeinket csökkentik, nem tudjuk, meddig tarthatjuk fenn azt a közel 3000 munkahelyet, amellyel jelenleg rendelkezünk. A foglalkoztatás vonatkozásában a Széll Kálmán terv egyébként már most érezteti hatását. Az orvoslátogatói díj duplájára emelésének és a piaci lehetőségek drasztikus csökkenésének következményeként iparági becslések szerint a gyógyszeriparban foglalkoztatott minden második orvoslátogató, vagyis mintegy 1300 magasan képzett szakember veszíti el munkáját egy éven belül. Így, amellett, hogy a megemelt díj nem hoz többletbevételt még ennek az 1300 embernek az adói, járulékai is kiesnek az államkasszából.

A Széll Kálmán terv alapján idén és jövőre összesen 120 milliárd forinttal, mintegy egyharmadával kívánják csökkenteni a gyógyszerkasszát, amelynek jelentős részét, mintegy 50 milliárd forintot már most is a gyógyszergyártók finanszíroznak különadók formájában, gondoljunk csak az eddig 12%-ról 20 %-ra emelt gyártói befizetésre és a duplájára emelt orvoslátogatói díjakra. Mit gondol, hogyan jöhet össze ennyi megtakarítás a gyógyszerkasszában?

Nem az a kérdés, hogy kivonható-e ennyi pénz a kasszából, adminisztratív intézkedésekkel nyilván el lehet érni a kitűzött értéket, hanem az, hogy mi lesz mindennek az ára! A tradicionálisan egyik legsikeresebb magyar iparág vesztíheti el versenyképességét, csökken a foglalkoztatás, romlik az exportképesség, beruházások, fejlesztések maradhatnak el és a fent már említett módokon jelentős, a megtakarítást messze meghaladó mértékű bevételtől esik el az állam. Mindezek mellett a gyógyszerkassza nagyságával kapcsolatban még egy fontos dolgot nem vesznek figyelembe a döntéshozók: a kassza évek óta jelentősen alultervezett és a kivonás célkitűzései egy tévesen értelmezett arányszámon alapulnak. Többször elhangzott döntéshozói oldalról, hogy európai viszonylatban magas a gyógyszerköltség aránya az egészségügy teljes költségéhez képest. Azonban ez a számítási mód nem veszi figyelembe azt a tényt, hogy nem a gyógyszerköltség magas abszolút értékben, hanem az európai átlagtól messze elmaradó egészségügyi bérek és működési költségek miatt a „bázis” nagyon alacsony. Ha a gyógyszerköltséget értékben vetjük össze az európai átlaggal már egyáltalán nem kapunk kiemelkedő értéket, sőt...

A megtakarítások kormányzat által tervezett fő forrása a generikus gyógyszerekkel való helyettesítés valamint a generikus készítmények árának további csökkentése, mit gondol, van még annyi tartalék a gyógyszerárakban, hogy ez a terv a betegellátás romlása nélkül megvalósítható legyen?

Nincs! Az intézkedések éppen a már eddig is kedvező árú generikus készítményeket sújtják leginkább. A tervezett megtakarítások kétharmadát a piac alig egyharmadát kitevő generikus készítményeken tervezi megtakarítani a kormányzat. Ennek egyik következménye a már említetteken kívül az lesz, hogy a rendkívül nyomott árakon nem tudják

majd a gyártók forgalmazni a generikus készítményeket, így ezek számos terápiás területen eltűnnek és a betegek kezelése a drága originális szerekkel lesz csak megoldható. Így ismét jelentős többlet kiadást jelent majd a kassza számára a tervezett megtakarítás.

A gyógyszergyártók terheinek emelkedése elkerülhetetlenül kihat az orvosok munkájára és érinti a betegellátó rendszer más területeit is. Hogyan látja ezt a kérdést?

A gyógyszerkassza példátlan mértékű megvágása, a gyártói terhek ugrásszerű emelkedése és az olyan intézkedések, mint például a preferált ársáv, vagy a vaklicit szinte azonnal érezteti hatását a betegellátásban. A kórházban felhasznált gyógyszerek mintegy 15-30 százaléka gyártói adomány. A gyártók helyzetének rohamos romlása magával hozza azt is, hogy képtelenek lesznek ilyen mértékű adományozásra. A „megtakarítás” tehát itt is többletköltséget jelent majd a kórházaknak, így az egészségügy finanszírozásának is. A másik, az orvosok munkáját közvetlenül érintő következmény a szakmai továbbképzések, konferenciák elmaradása lehet. Magyarországon néhány kezdeményezés kivételével gyakorlatilag nincs államilag finanszírozott orvos továbbképzés. A gyártók támogatták a kongresszusok, szakmai továbbképzések szervezését. Forrás hiányában erre egyre kevesebb lehetőség lesz. Mindezek mellett az intézkedések „eredményeként” jelentősen csökken az orvosok szabad terápiaválasztása, hiszen a vaklicit után a legtöbb készítmény kiesik a rendelhető gyógyszerek listájáról. A preferált ársáv nem csupán a beteg együttműködését fogja rontani (eddig bevált gyógyszere sok esetben drágább lesz számára), hanem paradox módon az OEP kassza számára a preferált készítmény még tizenöt százalékkal többbe is fog kerülni. Az intézkedések miatt gyakorivá váló terápia átállítás egészségügyi kockázatai mellett szintén többletköltséget okoz, hiszen az átállításokhoz kötődően egy sor olyan vizsgálatra is szükség lehet, amelyeket a megszokott terápia mellett nem kellene elvégezni.

Milyen gyógyszerpiaci átrendeződésre számítanak a megszorítások kapcsán?

Az intézkedések következtében olyan átrendeződés jön létre a hazai gyógyszerpiacon, amely nem csak a hazai gyártók és az orvosszakma érdekeivel ellentétes, hanem az intézkedéseket bevezető kormányzat céljaival is. A magyar munkaerővel, hazai beruházás és kutatás eredményeként előállított, világszínvonalú gyógyszerekkel szemben jelentős lesz a kis, a készítményeket importból behozó forgalmazók térnyerése. A generikus-originális arány is megváltozhat, a már említett okokból számos terápiás területen piacon maradnak, megerősödnek a drága originális készítmények.

Vajon milyen népegészségügyi ára lesz a gyógyszerkasszában elért megtakarításoknak?

A magyar társadalom öregszik, már önmagában ez a tény is előrevetíti, hogy egyre több és jobb minőségű egészségügyi ellátásra, terápiás megoldásokra lenne szükség. Tekintve továbbá azt a sajnálatos tényt, hogy

nemzetközi összehasonlításban jó néhány betegségcsoportban vezetjük a halálzási statisztikákat és hatalmas szükség lenne egy megfelelően finanszírozott egészség-

ügyre. Könnyen belátható, hogy a mostani, példátlanul drasztikus forráskivonás milyen következményekkel jár majd.

NÉVJEGY



Dr. Szabó László 1990-ben végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen, majd három évig dolgozott az Egyetem Sebészeti Klinikáján. Gyógyszeripari pályáját 1993-ban kezdte el az amerikai Eli Lilly magyarországi leányvállalatánál. Számos nemzetközi pozíciót töltött be a vállalatnál, dolgo-

zott Walesben, Angliában, Új-Zélandon és Ausztriában. 2003-ban tért vissza ismét Magyarországra a hazai leányvállalat vezérigazgatójaként. 2007-től előbb az Egyesült Államokban a vállalat globális orvosi, törzskönyvezési és betegbiztonsági területének emberi erőforrás igazgatója, majd a kínai leányvállalat alelnöke lett. 2010 októberétől a Teva Magyarország vezérigazgatója, 2011-től a MAGYOSZ vezetőségének tagja.

Közlemény

Megújul a gondozóintézetek finanszírozása és a rehabilitációs ellátás

Az egészségügyi ellátórendszer és az ott nyújtott szolgáltatások színvonalának folyamatos fejlesztése érdekében a Nemzeti Erőforrás Minisztérium módosította a gondozóintézetek finanszírozását. **Az új szabályozás értelmében** – a korábbi vegyes finanszírozási rendszer helyett – **2011. november 1-jétől kizárólag teljesítmény alapú elszámolás működik a gondozókban.**

A jövőben szakmánként egy, a szakmára jellemző úgynevezett **homogén gondozói gyűjtőkóddal (HGK) készítik el a jelentést**, a korábban használt kódok pedig meghatározott szabályok szerint lesznek jelenthetőek a rendszerben. Az új kódok bevezetésével a gondozóban ellátott esetek az eddigi átlaghoz képest magasabb pontértéken jelenthetőek majd az egészségbiztosító felé.

Az új elszámolásra történő átállás időszakában, a folyamatos finanszírozás érdekében az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a 2011. október 31-én hatályos rendelkezések szerint teljesíti a kifizetéseket, vagyis 2011. november és december hónapokban még a fix összegű díjazást kapják a gondozók (Az OEP elszámolásnak megfelelően a szeptember hónap finanszírozása novemberben, az október hónap finanszírozása pedig december hónapban kerül átutalásra.)

A NEFMI rendelete a Magyar Közlöny 126. számában olvasható.

A kormány 2012. január 1-jétől a rehabilitációs ellátásban új nappali ellátási formát vezet be és bővíti a szakmakódok körét.

A bevezetendő ellátási forma a nappali kórházi formában működő kardiológiai és stroke rehabilitációt érinti. Az új, járóbeteg-szakellátás körében végezhető nappali ellátások alkalmasak lesznek a kórházi kezelések lerövidítésére, továbbá lehetővé teszik, hogy az érintett beteg – amennyiben ezt állapota megengedi – a lakóhelyéhez közel részesüljön rehabilitációs szakorvos által irányított ellátásban.

A rehabilitációs szakmákhoz kapcsolódóan a felnőtt, illetve a gyermek súlyos központi idegrendszeri károsodottak, a politraumatizáltak, égésbetegek, szepikus sebészeti betegek magas szintű orvosi ellátási, ápolási igényeit szakmai minimumfeltételekben rögzíti, és önálló szakmakóddal ismeri el a jogszabály. Emellett a pszichiátriai rehabilitáció és az addiktológiai terület minimumfeltételeivel kapcsolatos szabályozást is tartalmazza a megjelent rendelet.

A rendelet a Magyar Közlöny 127. számában olvasható.

2011. november 2.

Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Háttérinformáció:

A homogén gondozói gyűjtőkód (HGK) foglalja magába az orvosi vizsgálatot, az orvosi kontroll vizsgálatot, a gondozási stratégia felállítását, a gondozói szakellátás jogszabályoknak megfelelő dokumentálást, valamint a további gondozási szakellátás lépéseit.