

Közgyógyellátással biztosított gyógyszerellátás értékelése

Andriska Péter, Gyáni Gergely, Komáromi Tamás
Healthware Tanácsadó Kft.

A közgyógyellátás keretében igénybe vehető gyógyszerellátás rendszere különböző mértékben, több ízben változott az elmúlt években. A legjelentősebb változást a 2006. július 1-én bevezetett gyógyszerkeret, és ezzel egyidejűleg a közgyógyellátási gyógyszerlista megszüntetése jelentette. Ezt követően kisebb mértékben ugyan, de több alkalommal is változott a felírható gyógyszerek körének szabályozása, valamint közvetve vagy közvetlenül egyes intézkedések is hatást gyakoroltak az igénybe vett termékszerkezetre. Elemzésünk célkitűzése, hogy különböző nézőpontok szerint megvizsgálva a közgyógyellátás keretében igénybe vehető gyógyszerellátást, átfogó képet adjon a területen érvényesülő legfőbb trendekről, érintve a keresleti viszonyok, a termékszerkezet, a kiadások és betegterhek alakulását. Az elemzés eredményei támaszt nyújthatnak a jelenlegi közgyógyellátási rendszer objektív megítélésében, illetve a rendszer esetleges jövőbeli átalakításának lehetséges irányait tekintve is hordoznak megfontolandó következtetéseket.

The drug provision system, which is available on social welfare list, changed several times and in different extents in the recent years. The introduction of drug budget as of 1st July 2006 and simultaneously the abolition of social welfare drug list implied the most significant change. After this milestone regulation, the list of drugs available on social welfare provision changed in smaller degree but on several occasions, as well as certain decrees also had a direct or indirect impact on the demanded product structure. The chief aim of our analysis is to give a comprehensive overview about the main trends on this field examining the range of available products on social welfare list based on different aspects, also concerning the trends of demand, product structure, expenditures and patient burdens. Results of the analysis may support objective judgement of the present social welfare provision system, as well as may contain considerable consequences regarding potential ways of future structural changes.

HÁTTÉR

A hazai gyógyszer közgyógyellátási rendszer szabályozásában és finanszírozási formájában több jelentős változás történt 2006-tól kezdődően. A korábbi gyenge szabályozási környezet pontosítása mögötti szándék a rendszer elmozdítása egy hatékonyabb, transzparens állapot felé volt. 2006-

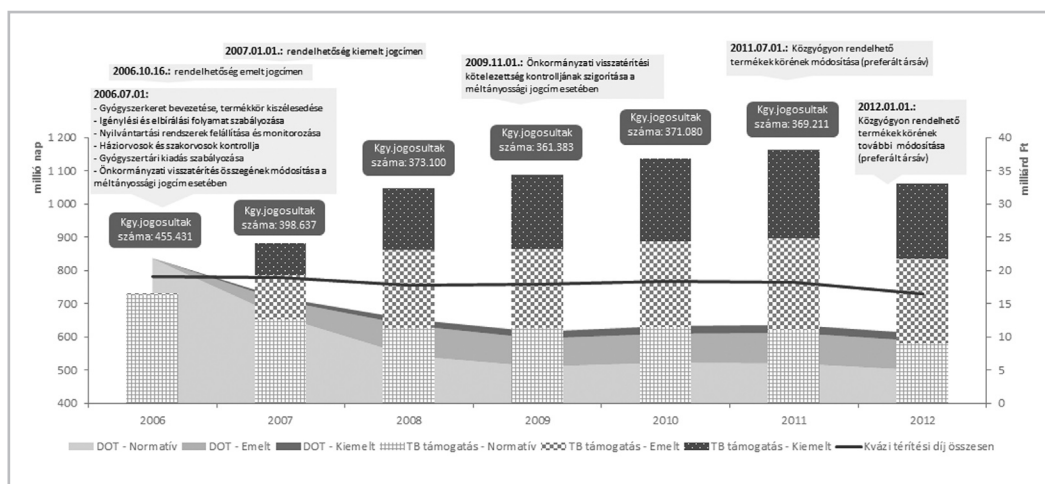
2007-ben történt a legnagyobb horderejű jogszabály-módosítás, melynek keretében többek között kialakításra került az egyéni és az eseti gyógyszerkeret, bővült a rendelhető termékek köre mind mennyiségben, mind a jogcímek tekintetében, pontosításra került és szigorodott az igénylési és elbírálási folyamat, valamint ennek kontrollja.

A közgyógyellátási jogcím a teljes támogatott patikai gyógyszerforgalmon belül mind a gyártók, mind a finanszírozó szempontjából jelentős tényező. A közgyógyellátási forgalom részaránya a TB támogatás-kiáramlásban a 2006-os 4,5%-ról 11%-ra emelkedett a 2012-es finanszírozási évre, a termelői áron mért forgalmat tekintve ez az arány hasonló, a 2006-os 6,8%-ról 11,5%-ra emelkedett 2012-re. Az abszolút forgalmi adatokat tekintve a közgyógyellátási jogcímen 38,6 milliárd forint termelői árforgalom, illetve 33,1 milliárd forint TB támogatás-kiáramlás realizálódott 2012-ben. A betegszám tekintetében a tendencia épp ellenkező irányú volt: a közgyógyellátásra jogosultak száma a 2006-os 455 ezerről 369 ezer főre csökkent 2011-re, mely közel 20%-os csökkenést jelent a hozzáférésre jogosultak körében. Az intézkedéseket, azoknak a napi (DOT) forgalomra és a költségvetési kiáramlásra gyakorolt hatásait mutatja az 1. ábra.

CÉLKITŰZÉS

A finanszírozó, illetve a jogalkotó szempontjából jogos igény, hogy a közgyógyellátás keretében a szociálisan rászoruló betegek krónikus betegségeik miatt szedett gyógyszereinek átvállalt térítési díjának (kvázi térítési díj) finanszírozása az elérhető optimális formában történjen meg. A gyógyszerkassza szűkös erőforrásai alapján indokolt, hogy a rendszer hatékony működése szempontjából valóban csak a szociálisan hátrányos helyzetű betegek részesüljenek a közgyógyellátásban, valamint hogy csak a betegségük alapján indokolt terápiákhoz férjenek hozzá. Az ellátáshoz való hozzáférés megítélése, illetve az egyéni gyógyszerkeret megállapítása a források optimális elosztása tekintetében kulcstényező. Betegjogi és morális szempontból pedig fontos tényező lehet, hogy a rászoruló betegek is hozzáférhessenek az innovatív terápiákhoz.

A jogszabályi környezet elmúlt évekbeli változása a teljes közgyógyellátást komplex módon szabályozta. A cél a források optimális felhasználása és újraelosztása a jogszabályi feltételeknek megfelelő betegek számára. A közgyógyellátás keretében igénybe vehető gyógyszerek piaci trendjeit, illetve az adott időpillanatban érvényesített jogszabályi változásokat együttesen vizsgálva átfogó kép nyerhető a közgyógyellátás hatékonyságának megítélése tekintetében.



1. ábra

A közgyógyellátási forgalom (DOT, TB támogatás), közgyógyellátási jogosultak száma jogcíme szerinti bontásban, a kvázi térítési tömeg, valamint a legrelevánsabb közgyógy jogszabályi változások idősoros alakulása (Forrás: OEP, III./1993. tv., XCVIII./2006. tv., TelR, Healthware számítás)

MÓDSZEREK

Az idősoros, aggregált piaci forgalmi adatok, indikátorok (kereslet alakulása, keresleti mutatók, TB támogatás-kiáramlás, kvázi térítési díj tömeg, jogcíme szerinti bontás) az OEP által havi rendszerességgel közzétett publikus adatokból származnak. A közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkező betegek száma megyei bontásban a KSH, illetve az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer (TelR) nyilvános adatbázisaiból származnak (2011-es naptári évig elérhető publikus adatok). Ezen forgalmi, illetve betegszám adatok alapján egy főre eső átlagos mutatók képezhetők idősoros éves viszonylatban. A közgyógyellátási forgalom piaci trendjeiben történő változások, törések magyarázatára lehetnek segítségül a jogszabályi változások. A közgyógyellátást az 1993. évi III. törvény, illetve a 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv.) szabályozza.

EREDMÉNYEK

Az 1. ábrán látható, hogy a betegszám fokozatos csökkenésével az aggregált kereslet (DOT forgalom) is csökkent, míg a kvázi térítési díj tömeg nem változott jelentős mértékben. A TB támogatás-kiáramlás jelentős mértékben nőtt. Az 1. táblázatban látható, hogy az egy betegre eső átlagos havi közgyógyellátási dobozszám változatlan szinten – átlagosan közel havi 7 kiváltott doboz – maradt 2006-hoz képest az időszak végére. Az egy betegre eső átlagos kvázi térítési összeg a közel 3.500 Ft-os szintről 4.100 Ft fölé emelkedett 2011-re. Az átlagos támogatási százalék jogcímeiktől függetlenül a 2006-os 46,4%-ról 2011-re 67,5%-ra nőtt, majd minimális mértékben, közel 1 százalékponttal csökkent 2012-ben. Utóbbi esetében a jogcímeiket tekintve a legnagyobb csökkenés a normatív jogcímen figyelhető meg: közel 3 százalékponttal csökkent az átlagos támogatási százalék. Az egy dobozra eső fogyasztói ár és TB tá-

mogatózás szintén jelentősen nőtt 2006-ot követően, az enyhe csökkenés ebben az esetben is megfigyelhető 2012-ben. Az egy dobozra eső kvázi térítési díj az egyes évek között változó, de összességében stagnáló képet mutat, kiemelt jogcímen 2012-ben az átlagos érték 300 Ft volt.

Egy betegre eső átlagos havi dobozszám					Egy betegre eső átlagos havi kvázi térítési díj				
2006	6,76				2006				3 487
2007	6,45				2007				3 960
2008	6,46				2008				3 981
2009	7,03				2009				4 140
2010	6,75				2010				4 115
2011	6,76				2011				4 126
Jogcím	Normatív	Emelt	Kiemelt	Összesen	Jogcím	Normatív	Emelt	Kiemelt	Összesen
Az átlagos támogatási százalék alakulása					Az egy dobozra eső TB támogatás alakulása				
2006	46,0%	84,3%	-	46,4%	2006	441	2 867	-	447
2007	42,2%	81,4%	97,4%	56,0%	2007	450	2 741	11 194	781
2008	43,2%	81,1%	97,5%	64,4%	2008	475	2 717	11 861	1 115
2009	42,8%	82,0%	97,7%	65,6%	2009	444	2 897	11 683	1 125
2010	42,6%	83,2%	97,8%	66,8%	2010	452	3 384	13 569	1 226
2011	41,9%	83,6%	97,9%	67,5%	2011	440	3 495	14 083	1 271
2012	39,1%	84,4%	97,9%	66,7%	2012	366	3 543	13 692	1 146
Az egy dobozra eső fogyasztói ár alakulása					Az egy dobozra eső kvázi térítési díj alakulása				
2006	958	3 401	-	963	2006	516	534	-	516
2007	1 068	3 369	11 497	1 395	2007	617	628	303	613
2008	1 099	3 351	12 168	1 731	2008	623	634	307	616
2009	1 037	3 533	11 962	1 714	2009	592	637	278	589
2010	1 062	4 069	13 873	1 837	2010	609	685	304	609
2011	1 051	4 180	14 388	1 882	2011	610	685	305	610
2012	934	4 198	13 992	1 717	2012	567	655	300	571

1. táblázat

Átlagos összpiaci és egy betegre vetített forgalmi értékek és mutatók (Forrás: OEP, TelR, Healthware számítás)

A közgyógyellátási jogosultság iránti igénylési, az arról való döntési folyamat szabályozása, nyilvántartási rendszerek kiépítése, a jogosultak jogalapjának, valamint a házi orvosi gyógyszerrendelési mintázat folyamatos monitoringjának és kontrolljának jogszabályban való rögzítése után a betegszám jelentősen csökkent, majd a 2008-as évtől a betegszám stagnáló képet mutatott. A legnagyobb csökkenés a méltányossági jogcímen figyelhető meg, a másik két jogcímen jogosultak száma nem csökkent szignifikánsan. Érdemes megfigyelni a jogosultak ezer főre vetített száma változásának területi különbözőségeit. Az országos átlagos csökkentés (-18,9%) fölötti mértékű csökkenés Budapesten, illetve 4 kelet-magyarországi megyében mutatkozott.

Megye	Közgyógyigazolvánnyal rendelkezők száma		Közgyógyigazolvánnyal rendelkezők száma (ezer főre vetítve)		Változás (2006 - 2011)
	2006	2011	2006	2011	
Bács-Kiskun	23 503	22 417	44	42	-4,6%
Baranya	19 983	19 024	51	48	-4,8%
Békés	21 434	17 134	58	47	-20,1%
Borsod-Abaúj-Zemplén	39 676	32 458	57	47	-18,2%
Budapest	77 670	49 406	184	117	-36,4%
Csongrád	18 392	15 945	43	37	-13,3%
Fejér	16 400	14 348	10	8	-12,5%
Győr-Moson-Sopron	12 888	10 723	29	24	-16,8%
Hajdú-Bihar	28 431	22 419	53	41	-21,1%
Heves	14 956	12 226	48	39	-18,3%
Jász-Nagykun-Szolnok	25 021	17 496	64	45	-30,1%
Komárom-Esztergom	11 503	10 350	37	33	-10,0%
Nógrád	11 801	9 582	58	47	-18,8%
Pest	40 427	36 995	33	30	-8,5%
Somogy	13 636	11 820	43	37	-13,3%
Stabolcs-Szatmár-Bereg	38 003	29 091	68	52	-23,5%
Tolna	13 816	11 408	59	49	-17,4%
Vas	7 928	8 464	31	33	6,8%
Veszprém	9 889	9 013	28	25	-8,9%
Zala	10 074	8 892	35	31	-11,7%
Összesen	455 431	369 211	45	37	-18,9%

2. táblázat
Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők száma (Forrás: KSH, TeIR, Healthware számítás)

Az egy főre eső átlagos dobozfogyasztás nem változott 2006 után, de a forgalom elterelődött a drágább, magasabb TB támogatási és térítési díj kategóriába eső készítmények felé, mely nagy részben köszönhető annak, hogy 2006-2007 után emelt és kiemelt jogcímen is lehetővé vált a közgyógyellátási jogcímen történő rendelhetőség.

A 2012-es forgalmi (TB támogatás, fogyasztói ár, kvázi térítési díj) értékbeli csökkenések a preferált ársáv és a vaklicit intézménye bevezetésének hatását tükrözik, miután 2006-2007 után újabb alkalommal módosult a közgyógyellátási jogcímen elérhető termékek köre, illetve lezajlott 3 vaklicit eljárás 2011-2012 folyamán. A preferált ársáv rendszerének a térítési díjak tekintetében a kiemelt jogcím esetében látható különösen nagy hatása: a forgalom a referencia termékek térítési díjának árszintje felé (300 forintos dobozdíj) tolódott el.

Az egy főre eső átlagos kvázi térítési díj az egyéni keret első 6000 Ft-os elméleti felső határa alatt maradt a termékör jelentős mértékben történt kiszélesítése ellenére is (mind választékban, mind jogcímben). Az elérhető termékör nagy mértékű növelése nem vonta maga után a közgyógyellátás kvázi térítési díj értékek hasonlóan nagy mértékű növekedését.

KÖVETKEZTETÉS

A jogszabályi változások, illetve a megfigyelt közgyógyellátási piaci trendek alapján kialakult kép bizakodásra adhat okot a tekintetben, hogy a közgyógyellátási rendszer a 2006-os időszakot követően egy optimális állapot felé indult el. Betegoldali szempontból kibővült a választható termékek köre. A legnagyobb TB támogatást generáló TOP10 hatóanyag esetében a lista teljesen átalakult 2006-tól 2012-re. A lista tükrözi, hogy az időszak végére a betegek számára biztosított a korszerűbb, innovatív terápiákhoz való hozzájutás.

2006	TOP10	2012
C08CA01 (amlodipin)	1.	N05AX08 (risperidon)
A02BA03 (famotidin)	2.	R03AK07 (formoterol és obstr. l. b. h. e. szerek)
C09AA04 (perindopril)	3.	R03AK06 (salmeterol és obstr. l. b. h. e. szerek)
C09AA02 (enalapril)	4.	R03BB04 (tiotropium-bromid)
C09BA02 (enalapril és diuretikumok)	5.	R03DC03 (montelukast)
N06BX18 (vímocetin)	6.	C10AA05 (atorvastatin)
C01DA14 (isosorbide mononitrate)	7.	A10AB01 (inszulin (human))
C01DA02 (gliceril-trinitrát)	8.	A10AE04 (inszulin glargine)
N07CA01 (betahistin)	9.	L04AD02 (tacrolimus)
M03BX04 (tolperisone)	10.	L04AA06 (mycophenolsav)

3. táblázat
TB támogatás-kiáramlás szerinti TOP10 hatóanyagok listája 2006-ban és 2012-ben (Forrás: OEP, Healthware számítás)

Ezen készítmények közgyógyellátáson történő rendelhetősége a kvázi térítési díj mellett a megnövekedett TB támogatás-kiáramlás miatt plusz terhet jelent a finanszírozó számára. A közgyógyellátás jogcímen generálódott megnövekedett költségeket azonban a másik oldalról is érdemes megvizsgálni: a betegek azon gyógyszereinek alternatívaköltségét is figyelembe kell venni a költségnövekmény objektív meghatározásához, amit akkor váltanának ki, ha nem lennének jogosultak közgyógyellátásra. További fontos pont a közgyógyellátási jogosultságukat elvesztő betegek betegútjának vizsgálat mind az alternatíva-költségek, mind pedig az ellátottságuk megléte szempontjából. A közgyógyellátási rendszer hatékonyságáról alkotott kép objektívitasának pontosítása érdekében valós OEP finanszírozási adatokon lehetőség van a közgyógyellátásra jogosult (illetve jogosultságukat elvesztő) betegek valós gyógyszer felhasználási mintáztatának további komplexebb kutatására.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
- [2] 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól
- [3] 32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielé-

- gítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról
- [4] 25/2006. (VI. 26.) EüM rendelet a közgyógyellátásra jogosult gyógyszerkeretének megállapításához szükséges készítmények kiválasztásának szabályairól

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Andriska Péter 2011-ben szerezte meg közgazdász diplomáját a Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodási szakán, ugyanebben az évben csatlakozott a Healthware Kft.-hez, ahol azóta egészségfinanszírozási elemzőként dolgozik. Érdeklődési területe az alternatív finanszírozási módszerek kutatása.



Gyáni Gergely 2008-ban végzett a Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi Karán, Makrogazdasági elemző és előrejelző főszakirányon. Ebben az évben került a Healthware Kft. gyakornoki programjába, majd azóta ugyanott piacelemzőként és vezető tanácsadóként dolgozik. Érdeklődési területe a gyógyszerpiaci folyamatok elemzése ökonometriai modellek segítségével.



Komáromi Tamás a Healthware Tanácsadó Kft. partnere, az egészségfinanszírozási üzletág vezetője. 2005-ben a Budapesti Corvinus Egyetemen (volt BKÁE) szerezte közgazdász diplomáját. Egyetemi éve alatt ismereteit a Rajk László Szakkollégium tagjaként szerezte, ahol a különböző szakmai

kurzusokon és vitákon való részvételen kívül a társadalmi problémák iránti nyitottságát is mélyítette. 2011-ben az ELTE-n jogi szakokleveles közgazdász, a Pannon Egyetemen politikai tanácsadó szakirányú szakképzettséget szerzett. Szakmai érdeklődése középpontjában az egészség-finanszírozási rendszerek hatékonyságának és forrásbevonási lehetőségeinek kutatása szerepel.

Egyetemi partnerséget élvez a hetedik Astellas-díj – Az év orvosa pályázat

Új fővédnökkel, számos újdonsággal és kibővült mentorkörrel indul útjára az Astellas-díj – Az év orvosa pályázat. A hazai egészségügyben tevékenykedő, kiemelkedő emberi és szakmai teljesítményt nyújtó orvosok, valamint a példaértékű orvos-beteg kapcsolatok felkutatását és nyilvánosság előtti bemutatását célzó kezdeményezéshez – az Astellas Pharma és a MOTESZ mellé – idén a Magyar Kórházzszövetség és a négy orvosképző egyetem is csatlakozott.

A hetedik év sok változást hozott, így például a **fővédnökséggel** járó feladatokat – a két év után leköszönt Dr. Sótonyi Péter professzor helyett – a jövőben **Dr. Velkey György, a Magyar Kórházzszövetség elnöke** látja el. **A szakmai zsűri korábbi elnöke – Prof. Dr. Perner Ferenc** – a jövőben tiszteletbeli elnökként segíti a pályázatot, a szakmai zsűri vezetését Prof. Dr. Acsády György veszi át. A változások a páciensek által beküldött történetek értékelését és a végső rangsor kialakításának módját is érintik. Idéntől e rangsor felállításában a nagyközönség és az Astellas-díjas orvosokból álló zsűri értékítélete **egyenrangú mérceként** jelenik meg. „Az Év Orvosa pályázaton elsősorban azok válnak a 2006-ban alapított Astellas-díj igazi várományosaivá, akik munkájukkal, hozzáállásukkal a betegek bizalmát és szeretetét, valamint a szakmai környezet elismerését egyaránt képesek kivívni. Az elmúlt pályázati évek megmutatták, hogy ilyen orvos kiválóságaink szép számmal vannak. Példamutatásuk meghatározó a jövő gyógyító generációi és a ma gyakorló szakemberei számára” – fogalmazott a pályázatindító sajtótájékoztatón **Dr. Markovich György, a díjat alapító Astellas Pharma ügyvezető igazgatója.**

Az első Astellas-díj – Az év orvosa pályázat meghirdetésére 2007-ben került sor. Azóta a beküldött történeteken, szakmai felterjesztéseken keresztül **több mint 800 gyógyító** életébe, mindennapi munkájába pillanthatunk bele. Közülük az elmúlt 6 esztendő során **összesen 28-an** vehették át az Astellas-díjat. Az első négy esztendőben csak a páciensek kaptak lehetőséget arra, hogy saját kezelésük, gyógyulásuk történetének megírásával és beküldésével orvosukat a díjra jelöljék. A szakmai felterjesztésekre 2011-től van lehetőség. Ezen a vonalon az elmúlt két esztendőben száz orvos kapott jelölést. **Astellas-díj – Média az orvosokért** címmel 2011 óta harmadik alkalommal indul pályázat az újságírók, szerkesztők és riporterek számára, amely a kiemelkedő orvosi helytállásról, áldozatkészségről és a pozitív történetekről készült cikkeknek, híradásoknak, valamint egyéb anyagoknak kíván még nagyobb nyilvánosságot adni. A pályázatot idén az Astellas Pharma és a MÚOSZ közösen hirdeti meg.