

Valójában mennyi közpénzt költünk Magyarországon gyógyszerekre?

Vitrai József, TÁRKI – Egészség Tudásközpont, Hermann Dóra, független szakértő, Vizi János, Pharmaproject Kft., Csaba Iván, Perfekt Zrt.

A szerzők az elérhető hiteles források alapján megvizsgálták, vajon valóban sokat költ-e Magyarország gyógyszerfinanszírozásra, tényleg kirívóan magasabbak-e a közfinanszírozott gyógyszerkiadások a fekvőbeteg-ellátás költségeihez viszonyítva, és csakugyan rendkívül meredeken emelkedtek-e az utóbbi évtizedben a közfinanszírozott gyógyszerkiadások. A tények alapján megállapítható, hogy a magyar közfinanszírozott gyógyszerkiadások 1993 és 2005 között reálértéken közel 75%-kal emelkedtek, valamivel lassabban, mint a többi európai országban. Hazánk GDP-jének a gazdasági fejlettségének megfelelő arányát fordítja gyógyszerfinanszírozásra, és egy főre vetítve az EU tagállamok többségéhez hasonló összeget költ erre a célra. A fekvőbeteg-ellátáshoz viszonyítva ugyanakkor a magyar közfinanszírozott gyógyszerkiadás a harmadik legmagasabb arányt képviseli.

HÁTTÉR

A magyar közfinanszírozott gyógyszerkiadások [1] mértéke az egyik központi témája az egészségügyi reformnak, sőt a költségvetési krízis megoldására irányuló szakmai vitáknak is. Nem véletlen, hogy az államháztartás új egyensúlyának kialakítását célzó Konvergencia program [2] terjedelmesen foglalkozik a gyógyszerfinanszírozás problémájával, és már 2006-ban a gyógyszerfinanszírozási rendszert illetve a gyógyszeripart, valamint a gyógyszerellátáshoz kapcsolódó szereplőket érintő, azonnal bevezetendő egyéb intézkedésektől a GDP 0,2%-át elérő megtakarítást remél ezen a területen.

A közfinanszírozott gyógyszerkiadás fogalmán jelen összefoglalóban kétféle meghatározást alkalmaztunk. A hazai kiadások időbeli változásának elemzéséhez az Egészségbiztosítási Alap gyógyszerfinanszírozási tételét használtuk. A nemzetközi összehasonlításához használt OECD adatbázisában a közfinanszírozott gyógyszerkiadásokra vonatkozó adat valamivel tágabb kört fed le, mint az Egészségbiztosítási Alap gyógyszerkasszája. Így az még magába foglalja a közgyógyellátási gyógyszerköltségeken túl a támogatásokat, valamint az „egyéb gyógyászati fogyóeszközöket” is (pl. kötszer, gyógyharisnya, pelenka). Egyik meghatározás sem tartalmazza azonban az egészségügyi intézmények gyógyszerkiadásait. Ennek aránya az összes gyógyszerre fordított közpénzben 2003-ban 28 milliárd Ft (10%) volt szemben a gyógyszerfinanszírozások 252 (85%), illetve a közgyógyellátás 16 (5%) milliárd Ft-jával.

Az egészségügyi reform irányadó dokumentumaként megjelentetett Zöld könyv ugyancsak kiemelt témaként tárgyalja a – szerinte – hatalmas gyógyszerkiadásokat: „A világon sehol nincs még egy ország, amely ugyanannyit költ gyógyszer-támogatásra (349 milliárd Ft), mint az aktív fekvőbeteg-ellátásra (353 milliárd Ft). Nemzetközi összehasonlításban általában is magas a gyógyszerkiadás” [3]. De nemcsak a Kormány, hanem 2006 derekán a magyar makrogazdasági egyensúlyról közreadott, nagy visszhangot kiváltott CEMI elemzés is hasonlóképpen vélekedik: „A magyarországi gyógyszerfelhasználás 2000 óta több mint duplájára növekedett, és minden évben jelentősen túllépte az eredetileg meghatározott összeget. Egy főre eső éves gyógyszerfelhasználásunk – vásárlóerő-paritáson mérve – nem csak a régió többi országát, de az OECD átlagát is meghaladja” [4].

A gyógyszerkiadások kiemelt jelentőségét az adja, hogy – a kormányzat és a szakértők egy részének érvelése szerint – jelentős megtakarítás lenne elérhető, ha a magyar állam csupán annyit költene a gyógyszerek közfinanszírozására, mint a hasonló gazdasági erejű országok.

CÉLKITŰZÉS

Az alábbi rövid elemzésben hitelesnek tartott adatforrásokra támaszkodva megvizsgáljuk, vajon igazak-e azok az állítások, hogy a magyar közfinanszírozott gyógyszerkiadások

- meredeken nőnek,
- nemzetközi összehasonlításban kiemelkedően magasak, illetve
- kirívóan magas az arányuk a fekvőbeteg-ellátásra fordított kiadásokhoz viszonyítva.

Fontos előre leszögezni, hogy az elemzés nem kíván állást foglalni a gyógyszerfinanszírozási rendszer szakmai, gazdasági jellemzőivel, vagy a felírási illetve fogyasztási szokásokkal kapcsolatban, hanem „csupán” a magyar közfinanszírozott gyógyszerköltségvetés nagyságának hiteles megítélése, a tények ismertetése a cél.

TÉNYEK A MAGYAR KÖZFINANSZÍROZOTT GYÓGYSZERKIADÁSOKRÓL

Először is fel kell hívni a figyelmet, hogy elemzésünkben – a gyakoribban használt összes gyógyszerkiadás helyett –

kizárólag a gyógyszerekre fordított közkiadásokkal foglalkozunk, mivel a magánkiadások vizsgálata irreleváns célkitűzéseink szempontjából.

A közfinanszírozott gyógyszerkiadások időbeli változásának megítélését és a nemzetközi összevetést több technikai probléma nehezíti. A kiadások változásának értékeléséhez az infláció évről-évre módosuló hatását szükséges figyelembe venni, illetve azt, hogy mit és hogyan számítunk a kiadások közé. Ilyen definíciós probléma például a gyógyszergyártók és forgalmazók kötelező befizetéseinek besorolása. A különböző szervezetek eltérő meghatározásai miatt az egyik adatforrásból hiányzó adatok nem pótolhatók más adatbázisokból.

Az infláció hatásának kiszűrésére, a változások reálértékének kiszámítására leggyakrabban a fogyasztói árindexet szokás használni, így számított reálértékek találhatók például az ESKI honlapján elérhető egészségbiztosítási adatbázisban is [5]. Mivel a közkiadások reálértékének megítéléséhez célszerűbb a lakosság fogyasztását tükröző mutató helyett az összes termék és szolgáltatás értékének változását jelző GDP deflátort alkalmazni, ebben az elemzésben mi ezt a módszert használjuk.

A különböző országok nemzeti valutáiban kifejezett kiadások összevetésére háromféle eljárás terjedt el a gyakorlatban. Az első megoldás a kiadások átváltása egy közös valutára (pl. US\$) az adott időszakra vonatkozó átlagos árfolyamon. Egy adott valuta kül- és belpiaci vásárlóerejének jelentős eltérései miatt a gyakran alkalmazott második eljárásban az összehasonlítható kiadásokat egy meghatározott összetételű fogyasztói kosár alapján váltják át egy közös valutára, legtöbbször USA dollárra (PPP\$). A harmadik megoldás az, hogy a kérdéses kiadásoknak egy adott gazdasági mutatóhoz – leggyakrabban a GDP-hez – viszonyított arányait hasonlítják össze.

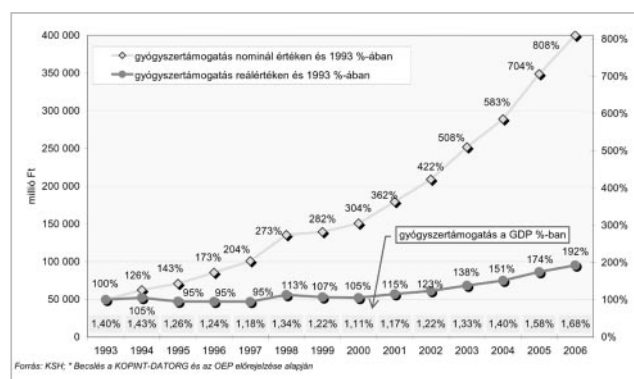
Ha egy kiadás teljes egészében a nemzetközi piacon történő vásárlásból adódik, akkor az első megoldás választása célszerű. Ha a kérdéses kiadás teljes egészében független a külpiacon, akkor inkább a harmadik megoldás a megfelelő. A második megoldás figyelembe veszi mind a kül-, mind a belpiaci tényezőket.

A hazai gyógyszerpiacon a rendszerváltozástól kezdődően – a választékbővüléssel párhuzamosan [6] – egyre inkább az európai árak dominálnak (a gyógyszer import aránya 1990-ben 16%, 2003-ban már 68% volt [7]). Ezért a lehetséges költségvetési megtakarítások becsléséhez a magyar közfinanszírozott gyógyszerkiadásoknak egyrészt a PPP\$-ban kifejezett értékeit, másrészt a GDP-hez viszonyított százalékos értékeit vetjük össze az Európai Unió tagországainak hasonló adataival. Az elemzéshez felhasznált adatokat a tanulmány végén található táblázatok tartalmazzák.

A nemzetközi összehasonlításokhoz az OECD Health Data 2006-ban megtalálható EU tagországok adatait használtuk, de különleges helyzete miatt Luxemburgot az összevetésekből kizártuk.

A GYÓGYSZERTÁMOGATÁS VÁLTOZÁSA 1993 UTÁN

A magasba szökő gyógyszerfinanszírozási kiadás gyakori érvként merül fel az egészségügyi közkiadások lehetséges csökkentésére [8]. Valóban, az Egészségbiztosítási Alap gyógyszerfinanszírozási tétele 1993-tól 2005-ig nominálértéken 7-szeresére nőtt (1. ábra). Ha a kiadás reálértékét vizsgáljuk, akkor megállapítható, hogy az 2000-ig kissé ingadozva enyhén emelkedett, azóta azonban folyamatos, gyorsabb – évente átlagosan 10%-os mértéket meghaladó –



1. ábra Gyógyszertámogatás változása 1993-2006 között az E. Alap gyógyszerkasszájának kiadásai alapján

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 becsítés	forrás
Gyógyszertámogatás nominális értéken (ezer Ft)	49 535	62 358	70 776	85 495	100 876	135 474	139 461	150 753	179 465	209 033	251 818	288 950	348 860	400 000	ESKI
Gyógyszertámogatás évenkénti változása	100%	126%	113%	121%	118%	134%	103%	108%	119%	116%	120%	115%	121%	115%	szervezők
Kumulált gyógyszerfinanszírozás változás (1993=100%)	100%	126%	143%	173%	204%	273%	282%	304%	362%	422%	508%	583%	704%	807%	szervezők
GDP deflátor/év	100%	120%	126%	121%	119%	113%	109%	110%	109%	109%	108%	105%	105%	104%	KSH
Gyógyszertámogatás reálértéken (ezer Ft)	49 535	52 182	47 193	47 036	46 833	55 858	52 948	52 680	57 089	61 060	68 363	74 922	86 315	95 159	szervezők
Gyógyszertámogatás évenkénti változása reálértéken	100%	105%	90%	100%	100%	119%	95%	98%	110%	107%	112%	110%	115%	110%	szervezők
Kumulált gyógyszerfinanszírozás változása reálértéken (1993=100%)	100%	105%	95%	95%	95%	113%	107%	105%	115%	123%	138%	151%	174%	192%	szervezők
GDP (millió Ft)	3 548	4 365	5 614	6 894	8 541	10 087	11 393	13 533	15 275	17 204	18 936	20 712	22 027	23 826	KSH
Gyógyszertámogatás a GDP %-ában	1,40%	1,43%	1,26%	1,24%	1,18%	1,34%	1,22%	1,11%	1,17%	1,22%	1,33%	1,40%	1,58%	1,68%	szervezők

* Megjegyzés: a 2006. évi becslések az gyógyszerkiadások vonatkozásában az OEP és makrogazdasági indikátorok vonatkozásában a KOPINT-DATORG előrejelzése alapján készültek

1. táblázat Gyógyszertámogatás változása 1993-2006 között az E. Alap gyógyszerkasszájának kiadásai alapján

vekedés tapasztalható. Az 1. táblázat tartalmazza a 2006. évre vonatkozó OEP előrejelzést is. A rendelkezésre álló számítások szerint a gyógyszerkassza kiadásainak az ezredfordulót követően tapasztalható dinamikus növekedése 2005 után is folytatódott. A várható teljesülés 2006-ban reálértékben több mint 10%-kal haladja meg az előző évi értéket. Így a kiadások reálértékben az év végére már 83%-kal haladják meg a 2000-es szintet és a GDP-hez viszonyítva megközelítik az 1,7%-ot.

Az elmúlt 13 év alatt a nominális 700%-os emelkedés reálértéken csupán 174%, a „2000 óta több mint duplájára növekedett” [9] gyógyszerköltség az inflációs hatás miatt reálértéken csak 66%-os emelkedésnek felel meg.

Ha a gyógyszerfinanszírozás változását az ország gazdasági teljesítményéhez mérjük, akkor a kiadásokat a GDP arányában érdemes vizsgálni. A vizsgált időszakban ez a mutató változó tendenciát mutatott: az 1993-as 1,4%-ról kisebb kilengések után 2000-ben 1,1%-ra csökkent, majd folyamatosan emelkedett, és a 2005-ös 1,6% már meghaladta az előző 12 év legmagasabb, 1994-es értékét.

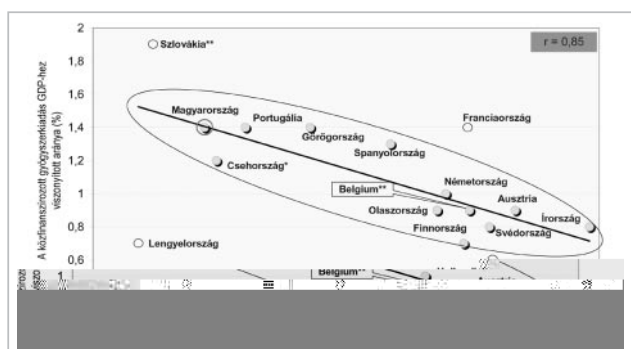
A MAGYAR KÖZFINANSZÍROZOTT GYÓGYSZER-KIADÁSOK NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN

A közfinanszírozott gyógyszerkiadás hazaihoz hasonló növekedése volt tapasztalható 1993 és 2004 között az európai országok többségében is. Az OECD adatai szerint Magyarország a maga tekintélyes 140%-os növekedésével 12 EU tagország közül csupán a 10. helyet érte el. (2. táblázat) Ha a növekedést a 2000. évi kiadásokhoz viszonyítjuk, a magyar 133% már a 6. helyezést jelenti azon 13 tagország között, amelyeknél ez az adat fellelhető. Az pontosan nem tudható, hogy az azóta eltelt két év hazai növekedési trendjei mennyiben módosítanak ezen a képen Magyarország vonatkozásában. Annyi viszont elmondható: ha az Egészségbiztosítási Alap gyógyszerkasszájának 2005-ös és 2006-os növekedési ütemét vesszük alapul, a magyar közkiadások éves növekedési rátája 1993 és 2006 között (4,5%) még így is egy másfél százalékponttal elmarad a megvizsgált or-

szágcsoport 1993 és 2004 között megfigyelt átlagos növekedési ütemétől (5,9%) (2. táblázat).

Az utóbbi 15 év során tapasztalt gyógyszerkiadás növekedés leginkább a gyógyszer-innováció költségeinek a vásárlókra történő áthárításával magyarázható.

A közfinanszírozott gyógyszerkiadások országok közti összevetésére gyakran azok GDP-hez viszonyított aránya szolgál. Amint az a 2. ábrán látható, az ellipszissel határolt 12 országra vonatkozóan igaz az összefüggés (a korreláció 0,85!), hogy minél több egy országban a megtermelt GDP, a költségvetésből annál kisebb arányban fordítanak a gyógyszerek közfinanszírozására. Ugyanerre a megállapításra jutottak szlovák elemzők is. [9] (3. táblázat) Az is megfigyelhető az ábrán, hogy 5 tagországban a gazdaság fejlettségén túl más tényezők is jelentős szerepet játszanak a közfinanszírozott gyógyszerkiadások mértékének alakításában.



2. ábra
A közfinanszírozott gyógyszerkiadás aránya és a GDP, 2004

Magyarország éppen az említett összefüggést megjelenítő trendvonalra esik, ezért megállapítható: a gazdasági fejlettségének megfelelő mértékű a kiadása. Ilyen arányban költ gyógyszerre még a szegényebb országok közül Portugália és Görögország is, valamint a gazdagabb Franciaország. Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a közfinanszírozott gyógyszerkiadások GDP arányában mért mutatójának 2005-6-ra előre jelzett növekedése – amennyiben a többi tagországban ettől eltérő tendencia érvényesül – a fenti képet megváltoztathatja.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2004/1993	Sorszám	2004/2000	Sorszám
Ausztria			948	994	1 269	1 446	1 638	1 705	1 729	1 838	1 933	1 969			115%	11
Belgium	1 252	1 320	1 306	1 377	1 404	1 554	1 691				2 310					
Csehország	20 982	27 674	29 427	29 479	28 158	28 342	24 545	24 595	25 680	27 312						
Dánia	3 687	3 878	4 024	4 039	4 200	4 456	4 547	4 584	4 985	5 565	6 681	6 269	170%	6	137%	4
Finnország	435	470	494	550	589	580	630	678	744	824	883	981	226%	2	145%	3
Franciaország	12 019	11 872	12 724	12 874	13 504	14 395	15 887	17 498	18 908	19 576	20 647	21 679	180%	5	124%	8
Görögország	973	1 071	1 103	1 188	1 245	1 023	1 135	1 278	1 451	1 665	1 913	1 967	202%	3	154%	2
Hollandia	2 704	2 685	2 746	2 002	2 056	2 068	2 198	2 263	2 393	2 474						
Írország	308	330	357	386	414	460	510	557	676	781	898	1 001	325%	1	180%	1
Lengyelország	3 768	3 884	4 684	5 157	3 502	3 303	3 768	4 510	4 986	5 293	6 087	5 687	151%	9	126%	7
Magyarország	156 833	168 555	134 882	133 906		173 369	165 452	165 253	176 457	190 792	200 684	220 169	140%	10	133%	6
Németország	15 757	16 304	17 099	18 058	17 400	18 249	19 712	20 793	22 756	23 767	24 232	21 996	140%	11	106%	12
Olaszország	8 250	6 651	6 246	6 485	6 916	7 417	8 114	9 379	12 009	11 710	10 872	11 384	138%	12	121%	9
Portugália	1 045	1 056	1 166	1 283	1 373			1 360	1 431	1 470	1 501	1 605	154%	8	118%	10
Spanyolország	4 704	4 898	5 250	5 591	6 077	6 369	6 828	7 110	7 373	7 820	8 900	9 499	202%	4	134%	5
Svédország	11 439	12 840	13 787	16 142	13 141	15 778	17 359	17 915	17 817	19 068	19 132	18 881	165%	7	105%	13
Szlovákia							13 812	14 488	15 137	18 083	19 949					

Forrás: OECD Health Data 2006

2. táblázat
Közfinanszírozott gyógyszerkiadások változása 1993-2004 (millió; nemzeti valutában, 2000-es áron)

		Közfinanszírozott gyógyszerkiadás PPS\$/fő	Közfinanszírozott gyógyszerkiadás GDP%	GDP PPS\$/fő
Ausztria	2004	288	0,9	32 519
Belgium	2003	267	0,9	30 082
Csehország	2002	202	1,2	16 585
Dánia	2004	151	0,5	32 304
Finnország	2004	204	0,7	29 778
Franciaország	2004	423	1,4	29 945
Görögország	2004	293	1,4	21 586
Hollandia	2002	182	0,6	31 284
Írország	2004	285	0,8	36 479
Lengyelország	2004	87	0,7	12 409
Magyarország	2004	226	1,4	15 948
Németország	2004	299	1,0	28 816
Olaszország	2004	262	0,9	28 352
Portugália	2004	247	1,4	18 125
Spanyolország	2004	345	1,3	25 875
Svédország	2004	244	0,8	31 139
Szlovákia	2003	247	1,9	13 241

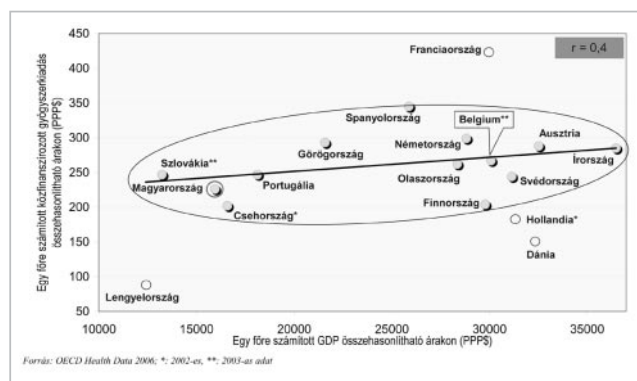
Forrás: OECD Health Data 2006

3. táblázat

A közfinanszírozott gyógyszerkiadások összehasonlító áron egy főre számítva, a GDP százalékában és a GDP

Felmerül a gyanú, hogy a szegényebb országok magasabb gyógyszerkiadása a nemzetközileg érvényesített, a GDP-jükhöz viszonyítva magas gyógyszerárak következménye. Hiszen ezekben az országokban is egyre szélesebb körben alkalmaznak innovatív gyógyszereket, amelyek termelői ára tartalmazza a kiemelkedően magas K+F költségeket is. Ezt támasztja alá az a tény is, hogy 1998 és 2003 között a hazai gyógyszerfogyasztás (az egy lakosra jutó átlagos dobozmennyiség) nem emelkedett, azonban a felhasználás struktúrája eltolódott a kiemelten támogatott (innovatív) készítmények felé [10].

Vizsgáljuk meg, hogy az európai országok lakosonként mekkora összeget fordítanak gyógyszer-támogatásra! A 3. ábrán megfigyelhető, hogy az előbbivel szemben itt gyenge összefüggés található a gazdaság fejlettsége és az egy főre jutó közfinanszírozott gyógyszerkiadás között (a korreláció csupán 0,4). Azonos egy főre jutó összeget költ például három igen eltérő gazdasági fejlettségű ország, Szlovákia, Portugália és Svédország. Ugyanakkor hasonló nagyságú GDP-t előállító országok is igen eltérő gyógyszer-számlát egyenlítenek ki, mint például Franciaország, Belgium és Finnország. A költségvetési gyógyszerkiadások jelentős szóródását számos tényező okozhatja. Ilyenek lehetnek elsősorban az eltérő politikai-gazdasági prioritások, a lakos-



3. ábra
Egy főre jutó közfinanszírozott gyógyszerkiadás és a GDP, 2004

ság egészségi állapota és azt befolyásoló tényezők, [11] a gyógyszerfelírási és fogyasztási különbségek, a gyógyszer befogadási-támogatási rendszerek eltérései, a gyógyszer-cégek különböző országokhoz igazított egyedi árstratégiái.[12] A Magyarország számára esetlegesen hátrányos árstratégia kivédésére a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet előírja, hogy a befogadaskor az ármegállapításnál 13 EU tagországban érvényes legalacsonyabb árat kell alapul venni – ugyanakkor nem kerül sor a termelői árak későbbi felülvizsgálatára, ezért fordulhat elő, hogy a befogadás után pár évvel mégis magasabb nálunk a termelői ár, mint máshol.

Magyarország ezen az ábrán is a többséghez hasonlóan helyezkedik el, a magyar adat abba a 200-300 PPP\$-os sávba esik, amelyben a vizsgált 17 ország közül 12 található.

A KÖZFINANSZÍROZOTT GYÓGYSZERKIADÁSOK ARÁNYA A FEKVŐBETEG-ELLÁTÁSRA FORDÍTOTT KÖZKIADÁSOKHOZ VISZONYÍTVA

A közfinanszírozott gyógyszerkiadások Magyarországon a fekvőbeteg-ellátásra fordított közkiadások 68%-át tették ki 2004-ben. Meg kell jegyezni, hogy a fekvőbeteg-ellátás kiadásaiába beleszámítják a bennfekvés idején alkalmazott gyógyszeres terápia költségeit is. Továbbá, az OECD adatok nemcsak az Egészségbiztosítási Alap fekvőbeteg-ellátási rovatainál nyilvántartott kiadásokat foglalják magukba, hanem ezen kívül még tartalmazzák az Egészségbiztosítási Alap fekvőbeteg-ellátásban realizálódott egyéb kiadásait is (pl. célelőirányzatok, béremelések fedezete), a központi költségvetés és az önkormányzatok működési támogatásait, valamint a szociális ágazat bentlakásos intézményeinek egészségügyi jellegű ráfordításait is. Ez 25 százalék-ponttal magasabb mint az összehasonlítható értékkel rendelkező európai országok súlyozatlan átlaga. A többi újonnan csatlakozott EU tagországok közül – az elérhető legfrissebb adatok alapján – ugyanakkor ez az arány Csehországban 49%, Lengyelországban 40%, Szlovákiában pedig 105% volt. (4. táblázat) Mint a táblázat alapján megállapítható, a magyarországi arány Szlovákia és Spanyolország után a 3. legmagasabb volt az európai OECD országok közül.

		kiadások (millió; nemzeti valuta)	gyógyszerkiadások (millió; nemzeti valuta)	fekvőbeteg-ellátás %-ában
Ausztria	2004	7 721	2 097	27%
Csehország	2002	59 690	29 445	49%
Dánia	2004	37 216	6 850	18%
Finnország	2004	3 648	1 025	28%
Franciaország	2004	55 400	23 270	42%
Hollandia	2002	12 209	2 703	22%
Lengyelország	2004	15 525	6 197	40%
Magyarország	2004	427 457	288 950	68%
Németország	2004	69 054	22 995	33%
Olaszország	2004	48 830	12 855	26%
Spanyolország	2004	15 577	11 179	72%
Svédország	2004	71 906	20 148	28%
Szlovákia	2003	21 630	22 658	105%

Forrás: OECD Health Data 2006

4. táblázat
Közfinanszírozott gyógyszerkiadások és a fekvőbeteg-ellátási kiadások

A fejletlenebb gazdaságú országok magas gyógyszerkiadási aránya minden bizonnyal azzal magyarázható, hogy míg a gyógyszerárakat inkább a nemzetközi piac, addig a fekvőbeteg-ellátás költségeit a belső piaci árak szabják meg. Míg Magyarországon a gyógyszerárak erősen közelítenek a világpiacon árhoz, addig az egyéb egészségügyi kiadások, döntően az alacsony bérek és az egészségügyi intézményekre fordított indokolatlanul kevés pénz miatt képviselnek kisebb arányt az országok többségéhez viszonyítva [13].

Itt érdemes megjegyezni ugyanakkor, hogy – amennyiben az Egészségbiztosítási Alap gyógyszerátogatásra és fekvőbeteg ellátásra fordított kiadásait vesszük alapul (amelyek, és különösen az utóbbi, szűkebb kategóriák mint a nemzetközi összehasonlításokban szereplő tételek) – akkor az adatok egy markáns belső átrendeződést mutatnak az utóbbi években. A gyógyszerkassza kiadásai az Egészségbiztosítási Alap fekvőbeteg kiadásainak 72%-ára rúgtak 2001-ben. Az ötven százalékos béremelés végrehajtását követően ez az arány 2004-re még csak szerényebben emelkedett meghaladva a 75%-ot. A gyógyszerkiadások folytatódó dinamikus növekedése és a fekvőbeteg kiadások reálértékben megfigyelhető stagnálásának együttes hatására ugyanakkor a 2006-ra vonatkozó OEP előrejelzések szerint a gyógyszerkassza ráfordításai már elérik a fekvőbeteg ellátásra fordított társadalombiztosítási kiadások 96%-át. A lassuló ütemben növekvő egészségügyi közkiadások mellett tehát a gyógyszerkiadások egyfajta „kiszorító hatást” gyakorolnak az egyéb természetbeli ellátásokra, így a gyógyító-megelőző kasszán belül legnagyobb tételt képviselő fekvőbeteg ellátásokra is.

KÖVETKEZTETÉSEK

- **A magyar közfinanszírozott gyógyszerkiadások növekedési üteme elmaradt az EU-ban általában tapasztalttól.** Mindazonáltal 2000 óta a kiadások folyamatosan, évente átlagosan 10%-ot meghaladó ütemben, di-

namikusan növekednek, és 2005-ben a 175%-ot érték el az 1993-as bázisévhez viszonyítva.

- **Nemzetközi összehasonlításban a magyar közfinanszírozott gyógyszerkiadások átlagosnak tekinthetők.** Összehasonlítható értéken az egy főre jutó magyar kiadások a többséghez hasonló mértékűek. A közfinanszírozott gyógyszerkiadások GDP-hez viszonyított aránya Magyarország gazdasági fejlettségének megfelelő.
- **A fekvőbeteg-ellátás költségeihez viszonyítva a hazai közfinanszírozott gyógyszerkiadások nemzetközi összehasonlításban viszonylag magas értéket mutatnak,** bár ez az arány csupán a harmadik legmagasabb az OECD európai országai között. Az utóbbi években a gyógyszerkiadások növekedési üteme lényegesen meghaladja a fekvő-beteg ellátás ráfordításainak bővülését.

Hangsúlyozni kell, hogy az ismertetett tények alapján nem lehet következtetni arra, hogy a közfinanszírozott gyógyszerkiadások mértéke gazdasági, vagy orvosszakmai szempontból elegendő volt-e, és arra sem, hogy „jól” költött-e el a közpénzt a gyógyszerek támogatására.

Azonban arra talán alkalmasak, hogy felhívják a figyelmet: tényekre és tudásra alapozott informált döntésekhez, a közfinanszírozott gyógyszerkiadások ésszerűsítéséhez csakis a szakmapolitikai célokhoz illeszkedő mutatók használata járulhat hozzá. Az ésszerűsítésnek azonban a kiadásokat befolyásoló tényezők hiteles adatokra támaszkodó, szakmai műhelyekben megvitatott egészség-gazdaságtani és szakmai elemzéseinek kellene alapulnia.[14] A gyógyszerkiadásokat befolyásoló tényezők mélyreható elemzése nélkül a kiadások kizárólag fiskális szempontú visszafogása más ellátási területen növelheti a forrásfelhasználást. A szakmai, illetve a szélesebb körű konszenzus elérése és megtartása érdekében mind a tervezés, mind pedig a végrehajtás során maradéktalanul érvényesülnie kellene a transzparencia elvének is.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Jelentés a gyógyszerek támogatási és finanszírozási rendszerének, a fogyasztás helyzetének ellenőrzéséről (0448). ÁSZ, Budapest 2004. október; 29.o.
- [2] Magyarország konvergencia programja 2005-2009. Magyar Kormány, 2006
- [3] Magyar egészségügy – Zöld könyv. Miniszterelnöki Hivatal, 2006; 38.o.
- [4] Makro egyensúly és gazdasági növekedés. Central European Management Intelligence, 2006; 74.o.
- [5] Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai és bevételei 1993-2006. ESKI 2006; http://www.medinfo.hu/new3/adatok/adatok_tablazarok.php (2006.10.01.)
- [6] Idézett ÁSZ jelentés; 54.o.
- [7] Idézett ÁSZ Fejlesztési és Módszertani Intézet tanulmány; 53.o.
- [8] Gyógyszerkiadások trendje (1985-2005). Népszerű szlogenek a hazai gyógyszerköltségek alakulásáról. GKI-EKI 2006; http://www.gki-eki.hu/docs/20060307_gyogyszerkiadasok.pdf (2006.10.01.)
- [9] Health policy framework for 2006-2010. Association of health insurance companies Slovakia 2006
- [10] Idézett ÁSZ jelentés 52. o.

- [11] Vitrai J, Mihalicza P: Egészségi állapot. In: Kolosi T, Tóth IGy, Vukovich Gy (szerk.) Társadalmi Riport 2006. TÁRKI, Budapest 2006
- [12] Idézett ÁSZ jelentés; 54.o.
- [13] Gyógyszerfelhasználás és -finanszírozás és az Állami Számvevőszék ellenőrzési tapasztalatai az elmúlt években. ÁSZ Fejlesztési és Módszertani Intézet, Budapest 2004; 71.o.
- [14] Sisto A, Zanola R: The Determinants of Public Pharmaceutical Expenditures: Does Italian Health Federalism Impact on Them? Social Science Research Network, 2005; http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=869762 (2006.10.02.)

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Vitrai József az ELTE biológus szakán végzett, majd szerzett egyetemi doktori címet 1983-ban. Kutatói pályafutása első szakaszában az agy elektromos jeleinek többváltozós statisztikai elemzésével foglalkozott, azt követően az USA-ban több mint 3 évig a farmakoepidemiológia területén tevékenykedett. Hazatérve a

pszichiátriai epidemiológiában, majd az egészségfelmérések módszertanával foglalkozott. Két alkalommal irányította az Országos Lakossági Egészségfelmérést, és egyidejűleg részt vett a korszerű egészségmonitorozás hazai elindításában. Újabban az egészséginformációnak a szakpolitikai döntéshozatalban való alkalmazása kutatási területe, 2005-ben vezetésével készült el az Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptió. Jelenleg a TÁRKI – Egészség Tudásközpont vezetője.



Hermann Dóra orvos, szakgyógyszerész. A Semmelweis Orvostudományi Egyetemen 1996-ban gyógyszerész diplomát, 2001-ben orvosi diplomát szerzett, majd gyakorló orvosként dolgozott. 2003-tól 2006-ig az OEK Egészségmonitorozási Osztályának munkatársa, ahol kérdőívek fejlesztésével,

azok nemzetközi harmonizációjával, valamint a lakosság egészségi állapotát leíró elsődleges és másodlagos adatok vizsgálatával foglalkozott. Részt vett az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) kérdőív-fejlesztési, lebonyolítási és elemzési munkálataiban krónikus betegségek előfordulási gyakorisága és meghatározó tényezői, valamint gyógyszerfogyasztás témakörben.



Vizi János a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Karán végzett 1985-ben, majd 1989-ben pszichiáter, 1997-ben klinikai farmakológus, 2006-ban igazságügyi pszichiátria szakvizsgát szerzett. 2003-ban az ELTE Állam- és Jogtudományi Karán jogász diplomát szerzett. Kutatói tevékenysége kezdetén klinikai pszichiátriával, pszichofarmakológiával,

később e mellett epidemiológiával foglalkozott. Részt vett az Országos Lakossági Egészségfelmérésben és a korszerű egészségmonitorozás hazai elindításában tevékenykedő munkacsoportban. Az utóbbi években a közigazgatási jog egészségügyi vonatkozásaival kapcsolatos tevékenységet is folytatott, szakértőként részt vett e terület jogalkotásában is. Három éve megbízott oktatóként a büntetőjog és a pszichiátria, forenzikus pszichiátria határterületi kérdéseit oktatja a Károli Gáspár Egyetem Állam- és Jogtudományi Karán.



Csaba Iván jelenleg a Perfekt Zrt. vezető tanácsadója. A DEOEC Egészségügyi Menedzserképző Központ oktatója. A budapesti MKKE-n szerzett közgazdaságtanból oklevelet és az Ox-

fordi Egyetemen folytatott posztgraduális tanulmányokat. Szakmai érdeklődése kiterjed a jóléti állam politikai gazdaságtanára, az egészségügy normatív közgazdaságtanára, valamint az egészségügyi rendszerek és intézmények összehasonlító elemzésére.