

VINCE PÉTER

Vince Péter a Kopint-Datorg Rt. tudományos munkatársa.

Az önálló egészségbiztosítás dilemmái - a gyógyszerár-támogatási rendszer funkciózavarai

Az átalakuló egészségbiztosítás működését évek óta egyre feszítőbb pénzügyi korlátok határozzák meg. A nehéz pénzügyi helyzet mellett a gyógyszerártámogatási rendszer - amely az egészségbiztosítás egyik legfontosabb tevékenységi köre - működtetése során szerepzavarokkal is küzd. Ezek forrása az, hogy az egészségbiztosítás államigazgatástól való függetlenedése egyelőre nagyon felemás képet mutat. Az egészségbiztosítás egyik oldalról csak részlegesen rendelkezik feladatainak elvégzéséhez szükséges jogosítványokkal, a másik oldalról ugyanakkor államigazgatási jellegű funkciók ellátására kényszerül.*

A piacgazdasághoz fűződő várakozásoknak és illúzióknak egyszerre éljük a virágkorát. Eldönthetetlen még egyelőre az, hogy az átalakuló társadalmi és gazdasági folyamatoknak mekkora hányadát lesznek, lehetnek képesek piaci mechanizmusok szabályozni. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a mindennapos gazdasági, üzleti tranzakcióktól eltávolodva, egyre bizonytalanabbá válik a piaci erők és mechanizmusok hatókörének a körülhatárolása.

E kérdések a társadalombiztosítás és gyógyszerártámogatási rendszere működésének elemzése során merültek fel. A társadalombiztosítás ugyanis olyan terület, amelyen a piaci erők eleve csak korlátozott, alárendelt szerephez juthatnak. Az átalakuló és az államigazgatási függéstől önállósodó társadalombiztosítás funkciója és működési gyakorlata eleve kevés teret hagy a piaci erők működésének. Intézményi korlátot emel a piaci mechanizmusok érvényre jutása elé az, hogy a társadalombiztosítás a piaci normáktól függetlenül vagy éppen azok hatásait szándékosan korrigálva valósít meg jövedelemújraelosztást.

A társadalombiztosítást ugyanakkor egyre kevésbé lehet elszigetelni a piaci hatásoktól. Költségvetési korlátjának keményedése, valamint a gyógyszergyártókkal és kereskedőkkel a gyógyszerártámogatások finanszírozása keretében kialakult sokrétű kapcsolatai miatt egyre erőteljesebben kénytelen számolni a piaci normák, követelmények és mechanizmusok hatásaival.

A társadalombiztosítás és ezen belül a gyógyszerártámogatási rendszer különböző szereplőit tehát a piaci és nem piaci szféra számos érintkezési pontja köti össze. Tanulságos lehet ennyire eltérő természetű területek együttműködésének és konfliktusainak a megfigyelése: kialakulnake annak a feltételei, hogy a szereplők hatékonyan tudják ellátni saját funkciójukat.¹

Miközben a makrogazdasági pénzügyi egyensúlyhiány egyre súlyosabbá válik, a magyar gazdaság mikroszférájában a privatizáció, a korábbi monopolhelyzetek felszámolása van napirenden. E keretfeltételek között a társadalombiztosítás szervezeti és szabályozási rendje is lényeges átalakulásokon megy keresztül. A tanulmány az egészségbiztosítási rendszer egyik fő tevékenységi körét választotta érdeklődésének tárgyául. A gyógyszerártámogatási rendszer működésének elemzése sokoldalú képet tud adni a társadalombiztosítás újrafogalmazódó funkcióiról, szerepének, presztízsének módosulásáról a gyorsan átalakuló magyar gazdaságban.

A gyógyszerártámogatási rendszer működésének bemutatását az egészségbiztosítás költségvetésének és a gyógyszerártrendek alakulásának leírásával kezdjük. Ezután a támogatások kritériumainak rangsorváltozását elemezzük. A következő részben a társadalombiztosítás és a gyógyszerpiac szereplőinek konfliktusaival foglalkozunk. Külön is kitérünk egyes szabályozási kérdésekre, amelyek azt mutatják, hogy az egészségbiztosítás feladatainak ellátása során indokolatlan többletterhek és követelmények hárulnak. Végezetül összefoglaljuk azokat a kutatási tapasztalatokat, amelyek bizonyítani tudják a tanulmány fő következtetését: az egészségbiztosítás súlyos funkciózavarokkal küzd.

Egy módszertani megjegyzés. A tanulmány megírásának legfontosabb forrásai - statisztikák és egyéb információk mellett - azok a konzultációk és interjúk voltak, amelyeket az egészségbiztosítás, az állami irányítás, a gyógyszergyártók és kereskedők, továbbá szakmai szervezeteik vezetőivel és szakértőivel folytattam. Megnyilatkozásaik megfigyelésével és ütköztetésével jutottam el a következtetésekig. A tanulmány a magyar szociológiai és közgazdasági irodalomban gyakorta előforduló esettanulmány műfajába tartozik. Az esettanulmány a vizsgált társadalmi és gazdasági jelenségekről "alulnézetből", a szereplők viselkedésének megfigyelésével és leírásával ad képet. Az elemzés természetesen előfeltevésekre és értékválasztásra is támaszkodik, amelyeket jelen esetben egy korábbi munkám eredményei alapoztak meg. (Vince, 1993.)

Tények a gyógyszerártámogatási és finanszírozási rendszer működéséről

Az Egészségbiztosítási Pénztár költségvetése által finanszírozott gyógyszerártámogatási rendszer fő funkciója a felhasználás szerkezetének és mennyiségének a befolyásolása. E sokrétű feladat részleteivel a cikk későbbi részeiben foglalkozunk, ezért az elemzés elején csak a fő vonásokat emeljük ki. A gyógyszerártámogatást minden vásárló megkapja a receptre felírt készítmények után. A különböző támogatási kategóriákba sorolt gyógyszerek ártámogatásának mértéke változó. E támogatási kategóriákat - később ismertetendő szempontok alapján - nem az Egészségbiztosítási Pénztár, hanem egy hatóság (a Népjóléti Minisztérium) állapítja meg. Az Egészségbiztosítási Pénztár feladata a megegyezés gyógyszergyártókkal és kereskedőkkel a forgalomba kerülő gyógyszerek áráról. Az Egészségbiztosítási Pénztár csak azoknak a gyógyszereknek az árát támogatja, amelyet egyetértésével alakítottak ki és hoztak forgalomba. Végezetül az Egészségbiztosítási Pénztár kifizeti a támogatásokat a kiskereskedelemnek, így a gyógyszerárakban a vásárló nem a teljes, hanem a támogatott árat (térítési díjat) fizeti meg.

Az Egészségbiztosítási Pénztár költségvetésének kialakítására évről évre ismétlődő forgatókönyv szerint kerül sor. Az Egészségbiztosítási Pénztár által összeállított költségvetési tervezetet a kormány minden évben megnyirbálva terjesztette az országgyűlés elé elfogadásra. A kormány úgy módosította minden évben az Egészségbiztosítási Pénztár költségvetési tervezetét, hogy csökkentette az előirányzott deficitet, növelte a bevételek és csökkentette a kiadások előirányzatait.

A gyakorlatban rendre világossá vált, hogy az előirányzatok irreálisak és nem teljesíthetők. Ez a költségvetés évközi módosításhoz, a költségvetési hiány növekedésének mérséklését szolgáló gyógyszeráremelésekhez, támogatáscsökkentésekhez is vezethetett. Mindezek ellenére az Egészségbiztosítási Pénztár költségvetési hiánya minden évben nagyobb lett a tervezettnél (*1. táblázat*).

A Társadalombiztosítási Alap és az Egészségbiztosítási Alap költségvetései*
(milliárd forint)

Év	Bevétel		Kiadás	
	terv	tény	terv	tény
1991	n.a.	436,4	n.a.	458,4
1992	n.a.	514,7	n.a.	546
1992	240,2	235,8	240,2	257,5
1993	270,5	280,5	287	306,1
1994**	330	..	358	..
1994	336,4	..	336,4	..

* 1991-ben és 1992-ben a Társadalombiztosítási, 1993-ban és 1994-ben az Egészségbiztosítási Alap.

** Ezek az Egészségbiztosítási Önkormányzat előirányzatai. A kormány eltérő javaslatot terjesztett az országgyűlés elé. Ez a bevételek és kiadások egyensúlyát irányozta elő.

Forrás: OTF Statisztikai jelentések, a Társadalombiztosítási Évkönyv különböző számai, törvények a Társadalombiztosítási Alap költségvetéséről, Áttekintés az 1993. évi és az 1994. év eleji gazdasági folyamatokról. Pénzügyminisztérium, 1994. március.

**A Társadalombiztosítási Alap és az Egészségbiztosítási Alap
gyógyszerár-támogatási előirányzatai és teljesítései**
(milliárd forint)

Megnevezés	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Előirányzat	18	26	35,8	31*	38	50,7
Tényleges kiadás	19,2	27,6	39,4	42,9	51,1	
Eltérés	1,2	1,6	3,6	11,9	13,1	

* Az előirányzat 1992-es csökkenését az okozta, hogy a kórházak gyógyszerfelhasználását más költségvetési tételből kezdték finanszírozni.

Forrás: Lásd az előző táblázatot.

A növekvő eltérések egyik legfontosabb tételévé a gyógyszerártámogatások váltak. Az Egészségbiztosítási Pénztár 1993-as 25,6 milliárd forintos költségvetési hiányának több mint a fele a gyógyszerártámogatási előirányzatok túllépéséből származott (2. táblázat).

A gyógyszerártámogatási kiadások évről évre növekvő mértékben múlták felül az előirányzatokat. Ez összefügg az előirányzatok kialakításának módszerével: a 2. táblázat adatai szerint 1991-től minden egyes évben az előirányzott gyógyszerártámogatási költségvetés elmaradt az előző év tényleges kiadásaitól. Vagyis az új költségvetésben nem vették figyelembe a gyógyszerek ár, választék és forgalomműködésének a hatásait. Pedig ezek nagyon erőteljesek voltak. A gyógyszerválaszték gyorsan bővült a hazai termelők árszínvonalát többszörösen meghaladó importkészítményekkel. A gyógyszerek árszínvonala az importgyógyszerek gyors térhódításának következtében emelkedik elsősorban, aminek az ütemére jellemző, hogy míg 1990-ben a hazai gyógyszerforgalom értékének a külföldi termékek az egynegyedét, addig 1993-ban közel a felét tették ki. A gyógyszerárak emelkedésében a leértékeléseknek és az inflációnak is jelentős a hatása. Mindezek eredményeképpen a gyógyszerek fogyasztói ára 1990 és 1993 között két és félszeresére növekedett. A gyógyszerártámogatások is megkétszereződtek ezzel párhuzamosan. A vásárlóknak a támogatott gyógyszerekre fordított kiadásai csupán 1992 és 1993 között hetven százalékkal emelkedtek. A gyógyszerártámogatások átlagos szintje az 1992-es 91 százalékról 1993-ra 88 százalékra csökkent.

A gyógyszerárak alakulása növelte az Egészségbiztosítási Pénztár gyógyszerártámogatási kiadásait. Ez konfliktushelyzet kialakulásához vezetett az Egészségbiztosítási Pénztár és a kormány (illetve illetékes hivatala, a Népjóléti Minisztérium) között. Napirendre került a gyógyszerártámogatási kiadások csökkentésének a szükségessége. Kiadáscsökkentés történhet a gyógyszerártámogatások mérséklésével, ami a vásárlók által megfizetett térítési díjak növelésével jár. Ezt a döntést azonban nem könnyű meghozni, mivel a gyógyszerárak és a térítési díjak emelése társadalmilag érzékeny kérdésnek számít. Ezért a kormány, illetve a Népjóléti Minisztérium a lakosság reagálásától, a várható negatív visszhangtól tartva halasztani igyekezett e döntéseket. *A kormány azt az utat követte, hogy a gyógyszerár-támogatások módosításának halasztása miatt felhalmozódó feszültségek összes terhét a társadalombiztosítás költségvetésére igyekezett áthárítani.* Ez inkonzisztens magatartás volt, hiszen miközben a kormány nem engedte meg a gyógyszerártámogatások szintjének mérséklését, az Egészségbiztosítási Pénztár költségvetésének emiatt növekvő deficitjét sem volt hajlandó elfogadni. Az Egészségbiztosítási Pénztár nem csökkenthette támogatásait, ezért az egyetlen kiút költségvetési előirányzatainak rendszeres túllépése maradt. (Jelentős változásokhoz a kormány csak az elemzett időszak után, 1995-től kezdve járult hozzá.)

A gyógyszerártámogatási rendszer: állandóság és változás

A gyógyszerártámogatási rendszer működése

A támogatások szintjének lassú csökkenése a támogatási rendszer részleges változásaival és - ezzel együtt - alapvonásainak állandóságával magyarázható. Nem változott meg az utóbbi években sem a támogatási rendszer konstrukciója, sem az alakításában részt vevők köre és hatásköre. A támogatások gyógyszerek közti elosztásának szempontjai és módszerei ugyanakkor sok tekintetben módosultak.

A támogatási rendszert az Egészségbiztosítási Pénztár és a Népjóléti Minisztérium működteti. A formális munkamegosztás szerint a szabályozást a Népjóléti Minisztérium alkotja meg a társadalombiztosítás egyetértésével. A napi gyakorlatban azonban a két intézmény funkcióinak elhatárolása az erőviszonyok átrendeződése miatt sok problémát vet fel és feszültségek forrásává válik. A támogatási rendszert működtető két szervezetnek sokféle érdek, szempont közti kompromisszumot kellene tudni kialakítani.

A gyógyszerártámogatások megállapításának menetében a Népjóléti Minisztérium két kérdést szabályoz. Az egyik az alkalmazható - a fogyasztói ár százalékában meghatározott - támogatási kulcsok mértéke, a másik a gyógyszerek támogatási kulcsok szerinti besorolásának elvei. Bár a szabályozás legfontosabb elemei változatlanok maradtak az utóbbi években, de az időközben végrehajtott módosítások nem lényegtelen hangsúlyeltolódásokat hoztak létre. Nem változtak meg az érvényes támogatási kulcsok (100, 95, 80, 0 százalék) tekintettel a lakosság korlátozott fizetőképességére, de újabb - kevesebb támogatást élvező - kategóriák (az 50 százalékos és a fix összegű támogatás) bevezetésére is sor került időközben. A támogatási kulcsok választékának eddigi bővítése is eredményezett már támogatásmegtakarítást. 1992ben a gyógyszerforgalom 2,8 százalékát, míg 1993ban 9,2 százalékát tették ki az 50 százalékkal, illetve fix összeggel támogatott gyógyszerek.

A változások célja az volt, hogy mód nyíljon kevesebb támogatás folyósítására, valamint a túlzottan minősített gyógyszerfelhasználás visszafogására. A fogyasztói árak emelkedése és a túlfogyasztás együttesen hozta létre azt a támogatási igény szintet, amelyet az Egészségbiztosítási Pénztár nem tud többé finanszírozni.

A gyógyszerek ártámogatásának kritériumairól

A gyógyszerártámogatási rendszer döntő fontosságú eleme a támogatási kategóriákba történő besorolás kritériumainak a meghatározása. A besorolásnak három fő, egymással állandóan összeegyeztethetetlennek bizonyuló kritériuma van. A gyógyszerek besorolásának első szempontja a gyógyszer felhasználó beteg személyével függ össze. *Szociális jellegű* megfontolások tartoznak ide - olyanok, hogy kik, vagyis milyen társadalmi helyzetű és életkorú betegek, illetve milyen gyakran és

mennyi ideig szedik a készítményt. (Ilyen szempontok szerint élveztek magas támogatást az idősök és a gyerekek által gyakran használt gyógyszerek, függetlenül a betegség jellegétől.) A besorolás következő szempontját az *orvosi, terápiás megfontolások* alkotják. Ezek szerint a gyógyszer besorolását a betegség jellege, súlyossága, időtartama határozza meg. Végezetül a harmadik csoportba a *pénzügyi természetű* kritériumok tartoznak. Ezek hivatottak a társadalombiztosítás romló költségvetési egyensúlya miatt szükségessé váló takarékoság érvényesítésére, azaz egy alacsonyabb támogatási kulcs alá történő besorolás megindolására.

Az 1992 és 1994 közti időszakban lényeges átrendeződés indult meg e kritériumok érvényre jutásának rangsorában, amelynek lényege úgy foglalható össze, hogy *megkezdődött - lépésről lépésre - a korábban nagy súlyt képviselő szociálpolitikai megfontolások háttérbe szorítása*. Nem nehéz belátni, hogy aligha érvényesíthető egyidejűleg és konzekvensen mind a három kritérium. A szociálpolitikai szempontok érvényesítése többlettámogatások folyósítását igényli, hiszen céljuk a térítési díjak mérséklése. A szociális szempontok azonban csak a terápiás és a pénzügyi kritériumok ellenében juttathatók érvényre, élezve a pénzügyi feszültségeket.

A kritériumok rangsorának átrendeződéséhez a lökést az importkészítmények gyors terjedése adta meg. Részben terápiás, részben pedig szociális megfontolások álltak annak a háttérben, hogy ezeket a korszerű és drága importkészítményeket a kilencvenes évek elején gyakorta az azonos hatású hazai gyártmányoknál magasabb támogatásban részesítették. Ez a gyakorlat elősegítette, hogy e gyógyszerekhez viszonylag könnyebben tudjon hozzájutni a lakosság. De az Egészségbiztosítási Pénztár számára már 1992ben világossá vált, hogy nem képes finanszírozni változatlan szinten a támogatásukat.

1992től kezdve több lépésben került sor a támogatások módosítására, vagyis a térítési díjak emelésére. 1992 augusztusában az akkor forgalmazott 1300 gyógyszer közül 300at érintett a támogatáscsökkentés, főleg olyan gyógyszerek körében, amelyek esetében jelentős mértékűnek tartották a túlfogyasztást. Az Egészségbiztosítási Pénztárnak ugyanakkor nem sikerült elfogadtatnia a Népjóléti Minisztériummal azt, hogy a támogatáscsökkentés elsősorban a drága külföldi készítményeket érintse olyan módon, hogy a hasonló hazai gyógyszereknél alacsonyabb szintű támogatást élvezzenek. Az 1994 elején bevezetett - szintén mintegy 300 gyógyszert érintő - támogatáscsökkentés már jórészt ezt az elvet követte.

Az Egészségbiztosítási Pénztár szempontjából kedvező irányú változás elfogadtatásához azonban nem vezetett sima út. Napirendre tûzése partnereinek az ellenállásába ütközött. A Népjóléti Minisztérium a térítési díjak várható emelése miatt ellenezte e változást: szociális szempontok érvényesítését preferálva. Hasonló álláspontot foglaltak el az 1993ban megválasztott Egészségbiztosítási Önkormányzatban a munkavállalók képviselői. A külföldi szállítók pedig a támogatáscsökkenést piaci helyzetük romlása, a hazai szállítók preferálása miatt támadták.

Az Egészségbiztosítási Pénztár 1992es és 1993as gyógyszerártámogatási költségvetésének deficitjei hoztak végül elmozdulást a holtpontról, elkerülhetetlenné váltak a támogatáscsökkentő intézkedések. Így tört utat magának az az elv, amelyet az Egészségbiztosítási Pénztár már hosszabb ideje szorgalmazott: az azonos hatású gyógyszerek közül az olcsóbb készítményeket kell több támogatásban részesíteni. *E támogatáscsökkentő intézkedésekben már pénzügyi megfontolások játszottak döntő szerepet*, a szociális jellegűek visszaszorulása figyelhető meg. De emiatt a *terápiás kritériumok súlya is korlátozottabban juthat csak érvényre*, hiszen egyes korszerűbb, de drágább gyógyszerek támogatásának a visszafogására is sor került.

Az Egészségbiztosítási Pénztár kapcsolatai a gyógyszerpiac szereplőivel

A gyógyszerártámogatási rendszer módosulásai nemcsak az Egészségbiztosítási Pénztár költségvetési egyensúlyának, hanem partnereinek, a hazai és külföldi gyógyszergyártók, valamint a kis és nagykereskedők pozícióinak alakulását is befolyásolják. A gyártók és kereskedők helyzetének alakulása azért érdemel figyelmet, mert a gyógyszerpiacon az Egészségbiztosítási Pénztárnak

meghatározó szerepe van. Az Egészségbiztosítási Pénztár működésének megismeréséhez szorosan hozzátartozik piacbefolyásoló szerepének bemutatása. Mivel a gyógyszeráraknak átlagosan a négyötödét a támogatások fedezik, ezért a gyártóknak és kereskedőknek el kell fogadniuk, hogy legnagyobb "vásárlójuk" szabja meg a feltételeket ezen a piacon.

Az Egészségbiztosítási Pénztár a gyártókkal és a nagykereskedőkkel a gyógyszerárak kialakítása, vagyis az áralkuk, a kiskereskedelemmel pedig a gyógyszerártámogatások folyósítása során kerül kapcsolatba. Az Egészségbiztosítási Pénztár és partnerei együttműködésének és konfliktusainak jellege változásokon megy keresztül, mivel lényeges átalakulások zajlanak le a gyártók és kereskedők piaci helyzetében és magatartásában. Alapvetően új helyzetbe kerültek a hazai gyógyszergyártók; a piacnak közel a felét már a külföldi termelők szerezték meg 1990 óta, így a termelők közötti versenyhelyzet kialakulásának lehetünk szemtanúi. A másik lényeges átalakulást a gyógyszer-nagykereskedelem hagyományos monopolista szerveződésének a megszűnése idézte elő. A legkevesebb változásra eddig a gyógyszerkiskereskedelemben került sor.

Lazuló összefonódás a hazai gyógyszergyártókkal

Az Egészségbiztosítási Pénztár a gyógyszergyártókkal a gyógyszerárak megállapítása keretében kerül kapcsolatba. E kapcsolatok korábban nem csupán a formális áralkura korlátozódtak. Kölcsönös egymásrataltság jellemezte az együttműködést, aminek az alapja az volt, hogy a hazai gyógyszergyártók uralták a piacot. Az áralkuban mindkét fél az árakon túlmenően a partner pénzügyi lehetőségeit, érdekeit is figyelembe vette. A hazai gyógyszergyártók áremelési igényeik kialakítása során számításba vették azt, hogy a társadalombiztosításnak mindig szűkös a költségvetése. A hazai gyógyszergyártók ezért áremelési "önmérsékletet" tanúsítottak. A társadalombiztosítás pedig viszonzásképpen szem előtt tartotta, hogy az árak még biztosítani tudják a vállalatok jövedelmező működését, a fő szállítók pénzügyi helyzete stabil legyen.

A hazai gyógyszergyártók piaci részesedése jelentősen csökkent az import gyors felfutása miatt a kilencvenes években. Ennek oka az, hogy bár az importált gyógyszerek jóval drágábbak a hazaiaknál, de bővítik a választékot hatékony készítményekkel. Mindez, valamint a hazai gyógyszergyártók privatizációja napirendre tűzi a tradicionális kapcsolatok újragondolását. Arra lehet számítani, hogy e múltbeli kapcsolat nem tűnik el nyomtalanul a jövőben sem. A hazai gyártóknak továbbra is az Egészségbiztosítási Pénztár gyógyszerártámogatásaiból származnak fő bevételeik, tehát ezentúl is érdekük lesz bizonyos fokú áremelési önmérsékletet tanúsítani. Cserébe ezért remélhetik, hogy az Egészségbiztosítási Pénztár a külföldi szállítóknál kedvezőbb gyógyszerártámogatási besorolást biztosít számukra. Az Egészségbiztosítási Pénztárnak is érdeke fűződik ahhoz, hogy ne szűnjenek meg teljesen a hazai iparhoz fűződő informális, az érdekek kölcsönös figyelembevételére épülő régi kapcsolatai. Ezek a társadalombiztosítás befolyásának, mozgásterének további a fenntartásához tudnak hozzájárulni.

A gyógyszerártámogatások finanszírozásának változásai

Az Egészségbiztosítási Pénztár és a gyógyszerkiskereskedelem között a gyógyszerártámogatások finanszírozása hoz létre kapcsolatot. A társadalombiztosítás és a kiskereskedelem közti pénzmozgást az teszi szükségessé, hogy a gyógyszerárakban a vásárló térítési díjat fizet a fogyasztói ár helyett. A különbözetet, vagyis a támogatást utalja át a társadalombiztosítás a gyógyszerkiskereskedelemnek. A finanszírozás szabályozása nem semleges pénzügytechnikai kérdés, hanem fontos szerepe van abban, hogy az Egészségbiztosítási Pénztár pénzügyei kiegyensúlyozatlanok.

A gyógyszerártámogatási rendszer működése olyan finanszírozási feltételeket hozott létre a gyógyszerkiskereskedelemben, amely gyökeresen eltér a kereskedelemben általánosan elterjedt gyakorlattól. E szerint a kereskedelem költségeinek fedezetét és profitját a kereskedelmi áraknak kell biztosítaniuk. A gyógyszerkiskereskedelemben ezzel szemben a gyógyszerártámogatások nemcsak a vásárlók, hanem egyúttal a gyógyszerkiskereskedelem támogatását is szolgálták. A gyógyszerkiskereskedelemben az árrés mellett a gyógyszerártámogatás is bevétellé vált. E

szabályozásnak az lett a következménye, hogy az *Egészségbiztosítási Pénztár biztosítói feladatától idegen szerepbe kényszerült*, a kereskedelem működésének finanszírozásában kellett részt vennie, miközben állandóan pénzügyilikviditási gondokkal küzdött.

A gyógyszerártámogatások átutalására 1989 óta előzetesen, a tényleges támogatási igény keletkezése - tehát a vásárlás időpontja - előtt került sor. A támogatások utalási szabályai 1989 és 1994 között többször is módosultak, de megmaradt az az alapvonásuk, hogy *előlegek* maradtak. E megoldás egyoldalúan a gyógyszerkiskereskedelem számára volt előnyös. Ez abból eredt, hogy a támogatásoknak a gyógyszervásárlás előtti átutalása lehetővé tette a kiskereskedők számára, hogy az Egészségbiztosítási Pénztár pénzét működési költségeik fedezésére (készletfinanszírozásra) használják fel. Emellett módjuk nyílt arra, hogy ezzel a pénzzel rövid távon megtérülő befektetéseket bonyolítsanak le. Bár a gyógyszerártámogatásnak nem a gyógyszerkiskereskedelem működésének a finanszírozása volt a funkciója, a gyakorlatban mégis felhasználható volt erre a célra. A gyógyszerkészletek finanszírozásában a támogatási előlegek a bankhitelek igénybevételét tették feleslegessé, vagyis ezek kamatmentes finanszírozást tettek lehetővé a gyógyszertárak számára. A gyógyszerkiskereskedelem tehát nyertese volt e helyzetnek, hiszen meg tudta takarítani a kamatköltségeket.

1989 és 1994 között a támogatásfinanszírozás rendszere csak annyiban változott, hogy egyre rövidebb időszakra vonatkozó előleget kellett az Egészségbiztosítási Pénztárnak kifizetnie. Ez amiatt jelentett könnyebbséget az Egészségbiztosítási Pénztár számára, hogy kevesebb pénz átutalására volt szükség és rövidebb ideig használta a pénzt a kiskereskedelem.

1994 májusában megváltozott a gyógyszerártámogatások finanszírozása: *áttértek arra, hogy ne a vásárlás előtt, hanem utána* fizesse meg a társadalombiztosítás a támogatást. Ez a finanszírozási rendszer korlátozni tudja azt, hogy a társadalombiztosítás pénzét a gyógyszertárak készleteikbe fektessék. Mindenesetre közelebb került a gyakorlat ahhoz az elvhez, hogy a társadalombiztosítás csak a támogatásokat és ne a gyógyszertárak működését finanszírozza.

Az újonnan létrehozott magántulajdonban lévő gyógyszertárak esetében nem vezették be a támogatások utólagos kiutalását, hanem működésük első évében fennmaradt az előlegfinanszírozás. E szerint az Egészségbiztosítási Pénztárnak kell az induló magángyógyszertárak támogatásának a terhére viselnie. A korábbi finanszírozási rendszer fenntartásával a *társadalombiztosításra feladatától megint független, idegen szerep hárul: a privatizáció és az új vállalkozások támogatása*.

A kérdés a támogatásfinanszírozás rendszerével kapcsolatban az, hogy miért hárult az Egészségbiztosítási Pénztárra korábban az állami és jelenleg a magántulajdonú gyógyszertárak támogatásának a kötelezettsége?

Erőviszonyok és szerepviharok

Számos fontos válaszra váró kérdés közül két, egymással szoros kapcsolatban állót emelünk ki. Először: az Egészségbiztosítási Pénztár szervezeti önállósodása *mennyiben járt együtt az államigazgatástól való tényleges függetlenedésével*. Ettől elválaszthatatlan a következő kérdés: *meddig tudott eljutni az a folyamat, amelynek le kellene választania a társadalombiztosításról a biztosítói funkcióktól idegen feladatokat*. E kérdésekre a gyógyszerártámogatási rendszer működési tapasztalatainak áttekintésével próbálunk meg néhány választ - a teljesség igénye nélkül - megfogalmazni.

Érdekek ütközőpontjában

A társadalombiztosítás szervezeti önállósodásának első lépését 1989ben az jelentette, hogy költségvetésének összeállítását és elfogadását különválasztották az állami költségvetésétől. További fontos változás volt a két társadalombiztosítási ágazat - a Nyugdíjbiztosítási Pénztár és az

Egészségbiztosítási Pénztár - költségvetésének szétválasztása 1992ben. A társadalombiztosítást önkormányzatainak 1993as megválasztása és felállítása kivonta a kormány felügyelete alól, és a munkaadók, valamint a munkavállalók képviselőinek ellenőrzése alá helyezte.

A szervezeti önállósodás mellett a függetlenedés egyéb, jogi természetű feltételeinek a megteremtése azonban meglehetősen ellentmondásos képet mutat, legalábbis a gyógyszerártámogatási rendszer szabályozása szempontjából. *Az Egészségbiztosítási Pénztár az egyik oldalról túlzottan sok hatáskörrel és kötelezettséggel, más tekintetben viszont indokolatlanul kevés jogosítvánnyal rendelkezik a gyógyszerártámogatási rendszer működtetéséhez.* Vegyük sorra az Egészségbiztosítási Pénztár gyógyszerártámogatással kapcsolatos jogosítványait és kötelezettségeit!

A társadalombiztosítási önkormányzatok felállítását nem követte ezen a területen a hatásköröknek az államigazgatást képviselő Népjóléti Minisztérium és az Egészségbiztosítási Pénztár közti újrafelosztása, módosítása. A Népjóléti Minisztérium dönt - a korábbi gyakorlatot folytatva - továbbra is a gyógyszerártámogatási rendszer kulcskérdéseiről: a gyógyszerártámogatási rendszer konstrukciójáról, az egyes gyógyszerek támogatási kulcsok szerinti besorolásának elveiről, a gyógyszerkereskedelem árreéseinek mértékéről, a támogatások kiskereskedelem számára való átutalásának (a finanszírozásnak) a módjáról. Bár a gyógyszerek fogyasztói árát nem hatóság, hanem a gyógyszergyártók és az Egészségbiztosítási Pénztár megegyezése alakítja ki, de az ár egyes komponenseinek, így a támogatás nagyságát meghatározó szabályokat a Népjóléti Minisztérium határozza meg. Állami döntések rendelkeznek tehát az Egészségbiztosítási Pénztár gyógyszerártámogatási erőforrásainak felhasználásáról.

Az Egészségbiztosítási Pénztárnak ugyanakkor nem csak hiányosak a jogai, de egy szokatlan hatáskörrel is rendelkezik. A gyógyszerforgalmazásban az az általánostól eltérő gyakorlat honosodott meg, hogy az árról nem a vevő (esetünkben a kereskedelem) egyezik meg a gyártóval, hanem a társadalombiztosítás. A társadalombiztosítás nem vásárló, "csupán" az teremt jogalapot számára, hogy támogatásai fedezik a gyógyszerárak túlnyomó részét. *A gyógyszerforgalmazást összefoglalóan az jellemzi, hogy a pénztulajdonosok (a kereskedelem és a társadalombiztosítás) - hatósági szabályozások miatt - nem vagy csak korlátozottan tudnak rendelkezni saját eszközeik felhasználásáról.*

A piaci normák szerinti működés követelménye - mint az eddigi elemzés is mutatja - e szférával szemben nem támasztható. A társadalombiztosítás természetesen nem tekinthető ugyanolyan típusú piaci szereplőnek, mint a termelő vagy a kereskedelmi vállalatok. Egészen más funkciói vannak: jövedelmek újraelosztását végzi az állampolgárok között, függetlenül a piaci szempontoktól, érdekektől. Az Egészségbiztosítási Pénztár e tevékenységét ugyanakkor a gazdaság különböző szereplőinek találkozási pontján fejt ki. Partnerei hatékony érdekérvényesítési lehetőségekkel rendelkező, nyereségérdekelte termelők és kereskedők az egyik oldalon, akiknek jövedelmét, piaci versenyhelyzetét a társadalombiztosítás döntései alakítani tudják. A másik oldalon az Egészségbiztosítási Pénztár a heterogén összetételű biztosítottak gyógyszerfelhasználását támogatja, valamint eltérő, egymásnak is ellentmondó igényeket támasztó csoportjaik érdekeit rangsorolja. Az Egészségbiztosítási Pénztár végül fontos hatalmi pozíciók birtokosa. Ezt a helyzetet az hozza létre, hogy a társadalombiztosítás az állami költségvetés után a magyar gazdaságban a legnagyobb volumenű jövedelemtömeg felett rendelkezik. Emellett az államigazgatással közösen osztozik e terület működésének szabályozásában. A gyógyszergyártók és kereskedők, továbbá a biztosítottak helyzetének alakításában az államigazgatással egyrészt együttműködik. Másrészt azonban érdekeik érvényesítéséhez szükséges befolyás megszerzése mindennapos konfliktusaik előidézője.

Az egészségbiztosítás többletfunkciói

Az előző pontban említettük, hogy a társadalombiztosítás jogosítványai bizonyos szempontból túlzottan szűköseknek, máskor azonban indokolatlanul széleseknek bizonyulnak. Leegyszerűsítve úgy fogalmazhatunk, hogy a társadalombiztosítás sokszor nem egészen azt teszi vagy teheti, ami szorosan vett biztosítói funkciójából következne.

E funkciózavar bemutatásakor abból lehet kiindulni, hogy az Egészségbiztosítási Pénztárt motiválja a gyógyszerforgalom ellenőrzésének, befolyásolásának biztosítása. Ehhez vannak pénzügyi eszközei, saját költségvetése. A Népjóléti Minisztériumnak azonban, amely a társadalombiztosításától eltérő szempontok érvényesítésére törekszik, az állami költségvetés nem biztosít pénzeszközt. Ezért *az államigazgatás csak a társadalombiztosítás eszközeinek igénybevételével, vagyis a társadalombiztosítás feletti hatáskörök fenntartásával tud érvényt szerezni saját érdekeinek, szempontjainak.* Végül is ez a meglehetősen egyszerű alaphelyzet okozza az Egészségbiztosítási Pénztár szerepzavarait.

A társadalombiztosítás többletfunkciói közül elsőként jogszabályban előírt hatásköre, a gyógyszerárak kialakításáról a gyógyszergyártókkal folytatott tárgyalások említendők. Ez roppant fontos, számára nagy mozgásteret biztosító felhatalmazás. Az áralkuk a költségvetési, szabályozási korlátok közé szorított társadalombiztosításnak manőverezési, érdekérvényesítési lehetőségeket teremtenek. Az áralkuk keretében a gyógyszergyártók ajánlatainak függvényében tud a társadalombiztosítás különböző feltételű támogatásokat nyújtani. Ha a gyártó árengedményt ad, vagy mérsékli áremelési igényét, ezért cserébe az Egészségbiztosítási Pénztár garantálni tudja, hogy támogatásait egy ideig nem csökkenti. A gyógyszerárak és támogatások közti "adokveszek" ügyelepek bonyolításában a társadalombiztosítás jelentős szabadságfokkal tud eljárni. Ezt elősegítik a gyógyszerártámogatások megállapításának meglehetősen lazán megfogalmazott eljárási szabályai. Ezek az általános, normatív szabályok mellett egyedi mérlegelést, elbírálást is lehetővé tesznek, ami megteremti az alkuk feltételeit. Az Egészségbiztosítási Pénztárnak érdeke fűződik ezeknek a - számára mozgásteret biztosító - ártárgyalási feltételeknek a fenntartásához. Hozzá kell tenni mindehhez, hogy a társadalombiztosítás nem csupán saját érdekeit követi, hanem szerepe nélkülözhetetlen egyelőre az áralkukban, hiszen kívülre nincs más intézmény, piaci szereplő, amely korlátozni tudná a gyógyszergyártók áremelési törekvéseit.

A társadalombiztosításra háruló többletfunkciók közül már elemeztük a hazai gyógyszeriparhoz fűződő kapcsolatokat, amelyek szintén segítik mozgásterének bővítését. Az Egészségbiztosítási Pénztár érdekelt a hazai gyógyszergyártókkal évtizedes múltra visszatekintő, az érdekeket kölcsönösen figyelembe vevő együttműködés fenntartásában. Az együttműködés az Egészségbiztosítási Pénztár számára olcsóbb gyógyszereket biztosít, és ugyanakkor - korlátozott lehetőségei között - figyelembe veszi a *hazai gyógyszeripar védelmének* szempontját is. Ez azonban nyilvánvaló módon nem tartozik egy egészségbiztosító szorosan vett feladatai közé.

Az Egészségbiztosítási Pénztár előbbieken jellemzett többletfunkciói mind a korábbi évtizedek gazdaságirányítási rendszerének örökségei közé tartoznak. Ezek jellemző vonása volt az, hogy egy intézmény fontosságát, befolyását, elismertségét sem teljesítménye, sem munkájának társadalmi hasznossága önmagában nem tudta megalapozni. Presztízszt és befolyást az "alaptevékenység" mellett végzett, érdekérvényesítésre módot teremtő kapcsolatteremtések, többlettevékenységek biztosítottak. *Mint az Egészségbiztosítási Pénztár példája mutatja, e többlettevékenységek a működőképesség fenntartásának elengedhetetlen feltételei voltak.*

A társadalombiztosítás többletfeladatairól el kell mondani, hogy közülük néhány veszített jelentőségéből az elmúlt években. Még a közelmúltban, a nyolcvanaskilencvenes évtized fordulóján is volt arra példa, hogy társadalombiztosítás pénzügyi, likviditási zavarokkal küzdő vagy veszteséges ipari és kereskedelmi vállalatokat *közvetlen* támogatásban részesített. Ezt egészítette ki a gyógyszerkiskereskedelemnek a támogatási előlegek finanszírozási rendszerébe bújtatott *közvetett* támogatása. Mára az előbbi, közvetlen támogatásokra nem találunk példát, az utóbbi pedig jelentősen kisebb mértékűvé vált. A kiskereskedelem támogatásának csökkentését az segítette elő, hogy a kiskereskedelem - e támogatás által teremtett - függésének fenntartásához fűződő érdek megszűnt. A kiskereskedelem közvetett támogatásának ugyanis a biztonságos ellátás, a korábban gyakori gyógyszerhiány csökkentése volt az indoka. A gyógyszerhiányok okozta feszültségek mérséklését - e támogatással is finanszírozott - nagyobb gyógyszerkészletek tartása volt hivatott elősegíteni. A gyógyszerellátás helyzete az utóbbi években kiegyensúlyozottabbá vált, ezzel a kiskereskedelem támogatásának indoka érvényét veszítette. Ezzel magyarázható, hogy az Egészségbiztosítási Pénztár

jelenleg már jóval korlátozottabb mértékben kényszerül a gyógyszerkiskereskedelem közvetett támogatására. A gyógyszerellátás hiányainak csökkentése valójában nem a társadalombiztosítás, hanem a Népjóléti Minisztérium feladatkörébe tartozott, amelynek azonban e feladat finanszírozásához saját költségvetése nem volt. Ezért - mint más esetekben is - a társadalombiztosítás eszközeit vette igénybe, hiszen a Népjóléti Minisztérium előírhatta társadalombiztosítás számára, hogy a gyógyszerártámogatásokat milyen módon finanszírozza.

Hatásköri korlátok

A társadalombiztosítás ugyanakkor más területeken csak korlátozott mértékben rendelkezik feladatainak elvégzéséhez szükséges alapvető jogosítványokkal. Ezekkel - az érvényes szabályozás szerint - a Népjóléti Minisztérium rendelkezik annyi korlátozással, hogy esetenként a társadalombiztosítás egyetértését meg kell szereznie. A két intézménynek tehát eltérnek a jogosítványai, érdekei és felelősségük természete is. *A Népjóléti Minisztérium e hatáskörökkel nemegyszer csak a társadalombiztosítás érdekeit sértve tud élni.*

A gyógyszerártámogatási rendszer működésének a társadalombiztosítás pénzügyeire gyakorolt hátrányos hatásaival már foglalkoztunk. Hasonló jellegű problémákat vet fel a támogatások megállapításának rendszere is. A társadalombiztosítás csak javasolhatja a támogatási rendszer átalakítását, de a jóváhagyás hatósági jogkörbe tartozik. *Vagyis a társadalombiztosítás nem dönthet saját eszközei (a támogatások) felhasználásának szabályairól.*

A Népjóléti Minisztériumnak a gyógyszerforgalmazással kapcsolatban más szempontjai vannak, mint a társadalombiztosításnak. Szociálpolitikáért felelős intézményként a fogyasztói árak emelkedésének mérséklésében és a támogatások magas színvonalának fenntartásában érdekelt elsősorban. E szempontok érvényesítésének pénzügyi következményei azonban a társadalombiztosítás költségvetési deficitjének növekedésében jelennek meg. További hatósági szempont volt a gyógyszerellátás kiegyensúlyozottságának biztosítása, ennek érdekében írta elő a - már ismertetett - támogatásfinanszírozási szabályokat, és preferálja ma is e téren az induló magángyógyszertárakat. Végezetül szakmai, egészségpolitikai megfontolásai megvalósításának a terhét is - az előzőekhez hasonlóan - a társadalombiztosítás viseli. A Népjóléti Minisztérium hatáskörét az is tágítja, hogy az egyes támogatások, illetve a támogatási rendszer módosításának, elfogadásának a menete, a határidők nincsenek rögzítve. A Népjóléti Minisztérium ezért gyakorta folyamodik a kedvezőtlen hatások (áremelés, támogatáscsökkentés) életbe lépésének késleltetéséhez, ami a gyógyszerártámogatási kiadások gyors emelkedését idézte elő.

Végezetül említést érdemel még, hogy a gyógyszeráraknak a támogatás mértékét is befolyásoló egyik komponensét, a kereskedelmi árrést a Népjóléti Minisztérium határozza meg, eltérve a kereskedelemben szokásos általános gyakorlattól. E szabályozás lehetővé teszi a Népjóléti Minisztérium számára, hogy a kereskedelem jövedelmi helyzetének az alakulását is befolyásolni tudja.

Az egészségbiztosítás önállósodásának határai

A társadalombiztosítás költségvetésének 1989-es önállósítását követően még alig utalt valami arra, hogy eltávolodna korábbi államigazgatási típusú funkcióitól, ezektől fokozatosan megszabadulva ki tudná alakítani önálló biztosítói szerepét, arculatát. Az önállósodás több jelével 1992 óta lehet találkozni. Az önkormányzat 1993-as felállítása pedig megszüntette a társadalombiztosítás feletti államigazgatási felügyeletet, de az *önállóságát biztosító jogi garanciák egyelőre hiányosak.*

Az Egészségbiztosítási Pénztár önállósodásának két oldala emelhető ki. Az egyik az olyan államigazgatási feladatok számának, súlyának csökkenése, mint az ipar és a kereskedelem közvetlen támogatása, a szociális ellátások finanszírozása, a gyógyszerár-támogatások számottevő részének szociális szempontok szerinti elosztása. Az önállósodás jele az is, hogy a társadalombiztosítás saját szempontjait határozottabban tudja megfogalmazni, és az Egészségbiztosítási Önkormányzat pedig

ezeket erőteljesebben tudja képviselni az államigazgatással folytatott egyeztetésekben.

A társadalombiztosítás érdekei természetesen szerteágazóak, szűkös költségvetése azonban a gyógyszerártámogatási rendszer felülvizsgálatát, a támogatási színvonal csökkentését tűzi napirendre. Ennek képviselője során alakulnak ki érdekütközései az államigazgatással, amely e változtatások késleltetésére törekszik. Az érdekütközések eredményei mutatják, hogy a társadalombiztosítás önállósodásának jogi garanciái elégtelenek: pénzügyi helyzetét és a gyógyszerártámogatási rendszer működését befolyásoló döntések a Népjóléti Minisztérium hatáskörébe tartoznak. A szabályozásban, a döntési hatáskörök elosztásában még nem jelentek meg az önállósodás formális feltételei, de az egészségbiztosítás informális pozíciói - az önkormányzat növekvő presztízse miatt - erősödni látszanak. Erre fokozódó mértékben szüksége is lesz a társadalombiztosításnak a támogatási rendszer küszöbön álló újraszabályozása miatt. Ennek keretében sort kíván keríteni a gyógyszerártámogatás szintjének csökkentésére, a támogatási kritériumok rangsorának átrendezésére.

Az egészségbiztosítás szerepének, helyzetének változásáról elmondható, hogy ennek középpontjában az *államigazgatáshoz fűződő viszony újraszabályozása* áll. Megkezdődött az elmozdulás a korábbi diszfunkcionálisnak bizonyult döntési és működési rendszertől. A változás irányáról, a lehetőségek közti választásról azonban még nem rendelkezünk információval. Az egészségbiztosítás átalakulása az állampolgárokat és a gyógyszerforgalom szereplőit különbözőképpen érintheti, e folyamatnak lesznek vesztesei és talán nyertesei is. E szereplők helyzetének átalakulása a formálódó egészségbiztosítási rendszer jellegétől is függ: hogyan fogja feladatait megfogalmazni, rangsorolni és érvényre juttatni, milyen kompromisszumok fogják kísérni a változásokat. Az Egészségbiztosítási Pénztár jelene tehát felemás, ellentmondásos módon megindult önállósodási folyamat kezdeteként értékelhető. A körvonalazódó változások azonban egyelőre több nyitott kérdést vetnek fel, mint amennyi bizonyossággal tudnak szolgálni.

Felhasznált források

A gyógyszerforgalom szabályozásának szabályai. Gyógyszertári Központok, 1993.

A hazai és külföldi gyógyszergyártók és forgalmazók közleményei. Pharmorient, 1993. június-július.

A Társadalombiztosítási Főigazgatóság közleménye a gyógyszerártámogatási koncepciójáról. Népjóléti Közlöny, 1993. No. 2.

Áttekintés az 1993. évi és 1994. év eleji gazdasági folyamatokról. Pénzügyminisztérium, 1994.

Egészségbiztosítás. Heti Világgazdaság. 1994. augusztus 24.

Előterjesztések, munkaanyagok, statisztikák. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, 1993., 1994.

Health Reform in Hungary: Taking Stock. World Bank and Health Insurance Fund, 1994.

Információ a gyógyszerártámogatások finanszírozásáról 1993ban. Pharma FELAX, 1994.

Információk a gyógyszerek ártámogatásáról. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, 1994.

Magyar Statisztikai Évkönyv 1992. Központi Statisztikai Hivatal, 1993.

Statisztikai Havi Közlemények. Központi Statisztikai Hivatal, 1994. No. 1.

Társadalombiztosítási Évkönyvek 1990-1993. Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság, 1991., 1992., 1993., 1994.

Törvény az Egészségbiztosítási Alap költségvetéséről 1993. Magyar Közlöny, 1993. No. 185.

Vince Péter: Mit fizetünk meg a gyógyszerek árában? Közgazdasági Szemle, 1993. 6. sz.

* A tanulmány az Aktív Társadalom Alapítvány támogatásával készült.

¹ A cikk a gyógyszerártámogatási rendszer működésének tapasztalatait az 1994ig terjedő időszakra tekinti át. 1995 tavaszától - várhatóan - új támogatási rendszer és szabályozás bevezetésére kerül sor.