

Megoldhatja-e a segélyezés a gyógyszerhez jutást a fejlődő országokban?

Szpisják Nóra – Udvari Beáta

A XXI. század globális kihívásai közé tartozik a fejlődő országok elmaradottsága, a szegénység, a járványok elleni küzdelem. A fejlődő országokban (különösen a fekete-afrikai régióban) az egészségügyi járványok komoly társadalmi-gazdasági hatással járnak, és könnyen világméretű járvánnyá válhatnak. Ugyanakkor a világ népességének körülbelül egyharmada nem jut hozzá az alapvető gyógyszerekhez, és ez igazán a fejlődő országokban élők számára kihívás.

Az ezredforduló óta több nemzetközi kezdeményezés is született ezen probléma orvoslására, így felmerül a kérdés: vajon a nemzetközi összefogás hogyan jelent még és milyen eredményeket ért el? Kutatásunk során azt vizsgáljuk, hogy a nemzetközi fejlesztési segélyezésben a gyógyszerhez jutás milyen szerepet tölt be. Ennek érdekében a hivatalos fejlesztési támogatások mellett kitérünk az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközökre is, melyek közül az előzetes piaci kötelezettségvállalás (Advance Market Commitment, AMC) eszközt elemizzük. Vizsgálataink alapján arra jutottunk, hogy külön-külön eddig egyik eszköz sem tudott jelentős eredményt elérni, együttes működésük azonban eredményes lehet.

Kulcsszavak: gyógyszerhez jutás, hivatalos fejlesztési támogatás, innovatív fejlesztésfinanszírozás, AMC, Fekete-Afrika

1. Bevezetés

Az elmúlt néhány évben azt tapasztalhattuk, hogy járványok gyorsan kialakulnak és nagyon hirtelen globálissá válhatnak. Az afrikai kontinentst jellemző vírusok közül a HIV-vírus¹ okozza napjainkban a legkomolyabb megbetegedéseket: a világon körülbelül 35 millió ember szenved HIV-fertőzésben, ebből mintegy 25 millió ember Fekete-Afrikában² él (Ansa–Sifa 2015). Az ebola 2014-ben ütötte fel a fejét Afrika nyugati részén, és 2016 tavaszáig 28 646 megbetegedést és 11 323 halálesetet rögzít

¹ HIV: human immunodeficiency virus, azaz humán immundeficiencia vírus.

² Fekete-Afrika az afrikai kontinens Szahara alatti térségét jelenti, 48 ország tartozik ebbe a régióba https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519#Sub_Saharan_Africa Letöltve: 2016.12.29.

tettek (Yamanis et al. 2016). Azonban Afrikán kívül Európában és Amerikában is jelentettek ebolás megbetegedéseket, Amerikában halálesetet is okozott³. Az elmúlt időszakban pánikot keltő járvány, a 2015 márciusában elsőként Braziliában megjelenő Zika-vírus körülbelül 1,5 millió fertőzést okozott az országban a kitörése óta, de Kolumbiában 2015 októbere óta 1331 esetet erősítettek meg, valamint további 25 000 esetben gyanítható Zika-vírus jelenléte⁴ (Saad-Roy et al. 2016).

E járványok megelőzésére és kezelésére már többféle gyógyszer létezik, azonban a XXI. század első két évtizedében a világ népességének körülbelül egyharmada nem jut hozzá az alapvető gyógyszerekhez. A probléma megoldására számos nemzetközi kezdeményezés indult az elmúlt években, mely meghatározza a nemzetközi fejlesztési segélyezés irányait is, beleértve az innovatív fejlesztésfinanszírozási formákat is. Ebből kifolyólag *kutatásunk során arra keressük a választ, hogy a segélyezés területén hogyan jelenik meg a gyógyszerhez jutás javítása*. E cél elérése érdekében mind a hivatalos fejlesztési támogatást, mind az innovatív fejlesztésfinanszírozást megvizsgáljuk. Tanulmányunkban – a betegségek gazdasági hatásainak és a gyógyszerhez jutás problémájának ismertetése után – a Millenniumi Fejlesztési Célokkal, valamint a Fenntartható Fejlesztési Célokkal foglalkozunk a gyógyszerhez való hozzájutás szempontjából, valamint azt elemezzük, hogy a hivatalos fejlesztési támogatás, továbbá az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök egyik típusa, az előzetes piaci kötelezettségvállalás hogyan javítja a gyógyszerhez jutást. Az utóbbi eszköz az előállított vakcinák számának növelésével és az árak csökkentésével segíti elő a vakcinákhoz való hozzájutást, ezért esett rá a választásunk. A tanulmány végén összehasonlítjuk a hagyományos segélyezést az innovatív fejlesztésfinanszírozással a gyógyszerhez jutás szempontjából.

2. Betegségek gazdasági hatásai

Annak érdekében, hogy rávilágítsunk a gyógyszerhez jutás fontosságára, bemutatjuk, hogy a betegségek, járványok gazdasági hatásai hogyan ragadhatók meg. Ezt a folyamatot a szakirodalomban leggyakrabban elemzett HIV-vírus vonatkozásában tanulmányozzuk, azonban a folyamat maga a legtöbb betegségre vonatkozatható.

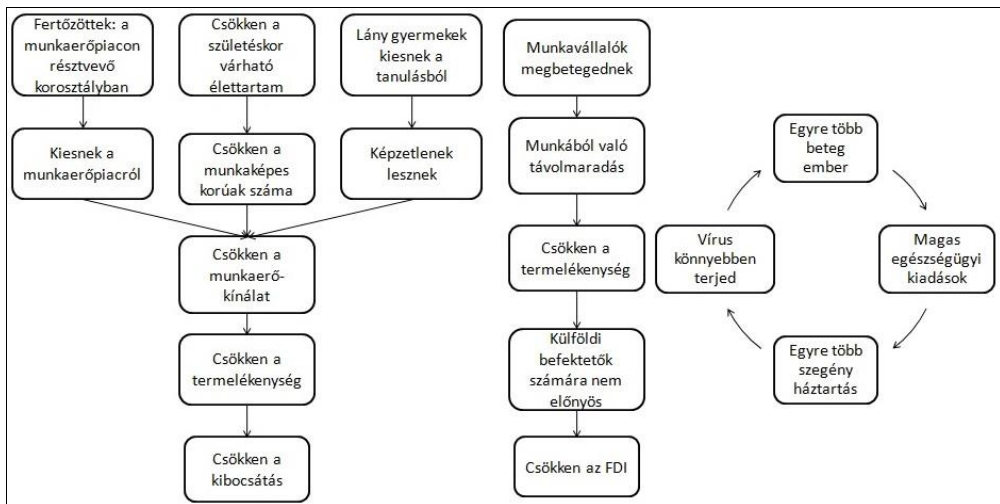
Általánosságban a betegségek a termelékenység, ezáltal a termelés csökkenését eredményezik (1. ábra). Ezt a következményt azonban több tényező együttesen idézi elő. Egyrészt a fertőzöttek többnyire a munkaerőpiacon résztvevők (15–49 éves korosztály) közül kerülnek ki, akik ennek eredményeképpen nem tudnak to-

³ <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports> Letöltve: 2016.12.29.

⁴ <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/who-zika-situation-report-12-02-2016.pdf?ua=1> Letöltve: 2016.12.29.

vább dolgozni (Mtika 2007). Másrészt a HIV/AIDS járvány miatt egyes fekete-afrikai országokban akár 20 évvel is alacsonyabb lett a születéskor várható élettartam, melynek eredményeként a munkaképes kort elérők száma is csökkent, a termelékenység további visszaesését eredményezve (Gezahegn–Upadhyay 2014). Továbbá, amikor a betegségben szenvedők már nem képesek magukat gondozni, legtöbb esetben a család női tagjai ápolják a betegeket: viszont gyakran a lány gyermekeket veszik ki az iskolából, hogy segítsenek az ápolásban. Mivel ők így kiesnek az oktatásból, képzetlenek lesznek, és megfelelő végzettség hiányában nem tudnak elhelyezkedni a munkaerőpiacon, nem tudnak hozzájárulni a termelés növekedéséhez. Ezek mellett a szegénység és a HIV/AIDS kapcsolata ördögi körként definiálható, ugyanis a betegség terjedése az elszegényedett háztartások számának növekedéséhez vezethet, a szegénység pedig elősegítheti a vírusok terjedését (Masanjala 2007).

1. ábra A betegségek gazdasági hatásai



Forrás: saját szerkesztés

A betegségek jelenléte a külföldi tőkebeáramlásra is negatív hatással lehet: egyrészt a betegségben szenvedő munkavállaló szabadságot vesz ki, tehát nem tud hozzájárulni a termelékenység növekedéséhez, másrészt pedig, amennyiben betegen kényszerül dolgozni, az egészséges dolgozók munkamorálja csökkenhet a fertőzés félelme miatt. Ezen tényezők mind alacsony termelékenységet eredményeznek, amely a befektetők számára nem vonzó (Asiedu et al. 2015).

Mint látható, a betegségek több szempontból is negatív hatással vannak a gazdaságra, ezért fontos az, hogy kezeljük őket, és megelőzzük a járványok terjedését. Ezt azonban gátolja a gyógyszerhez jutás problémája.

3. Gyógyszerhez jutás problémája

A gyógyszerhez jutást az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) az alábbiak szerint definiálja⁵ „a gyógyszer folyamatosan rendelkezésre áll, a lakosság számára megfizethető, és hozzáfér olyan állami vagy magán egészségügyi intézetekben, esetleg gyógyszert értékesítő üzletekben, amelyek legfeljebb egy órányi gyalogos távolságra vannak az emberek otthonától”. E feltételek azonban több milliárd ember számára kihívást jelentenek: egyes becslések szerint a világ népességének egyharmada (Chorev–Shadlen 2015, Hogerzeil et al. 2014) nem jut hozzá a szükséges gyógyszerekhez. Sőt, a piaci megtérülés hiányában azon betegségek kezelésére relatív kis arányú kutatás-fejlesztés irányul, amelyek a világ szegényeit nagy mértékben érintik (Hoffman et al. 2014). Az alacsony fizetőképes kereslet miatt a trópusi betegségek kezelésére alkalmas gyógyszerek kutatására a fejlett országok gyógyszergyártói elenyésző összeget fordítanak, ezáltal nagyon kevés az ilyen jellegű gyógyszerek szabadalmaztatása (Opderbeck 2005, Sterckx 2004). A WHO (2004) szerint a kutatás-fejlesztési ráfordítások mindössze egytizede irányul olyan járványok kezelését szolgáló gyógyszerek kifejlesztésére, amelyek a járványok okozta egészségügyi károk 90%-áért felelősek (ezt nevezik a „10/90 szakadéknak”).

A gyógyszerekhez való hozzáférés korlátozottsága a gyógyszerek magas árának, a generikus gyógyszerekkel⁶ való helyettesíthetőség hiányának, valamint a gyógyszereket érintő nemzeti politikák elavultságának, hiányának tulajdonítható⁷. Ez utóbbi azt jelenti, hogy bár a fejlődő országok többsége rendelkezik olyan egészségügyi stratégiával, amely magában foglalja a gyógyszerekhez való hozzájutást, azonban szükséges lenne ezek rendszeres frissítése, aktualizálása. A fejlődő országok közel fele frissítette a nemzeti gyógyszerpolitikáját az elmúlt 5 évben, míg a fejlett országokban 80% fölött van ez az arány.

⁵ <http://www.who.int/medicines/mdg/MDG08ChapterEMedsEn.pdf>, 35. o. Letöltve: 2016.12.29.

⁶ A generikus gyógyszerek azonosak vagy biológiaiailag egyenértékűek az originális gyógyszerekkel, azonban jóval olcsóbbak azoknál (<http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/BuyingUsingMedicineSafely/UnderstandingGenericDrugs/ucm144456.htm> Letöltve: 2017.01.15).

⁷ <http://www.who.int/medicines/mdg/MDG08ChapterEMedsEn.pdf> Letöltve: 2016.12.29.

3.1. A gyógyszerhez jutás problémájának felerősödése

A gyógyszerpiac a gazdaság érzékeny területe, hiszen etikai (gyógyszerhez való hozzájutás) és gazdasági (kutatás-fejlesztési költségek fedezése, profit realizálása) érdekek ütköznek egymással. Azonban a gyógyszerhez jutás kapcsán kialakult vita leginkább a Kereskedelmi Világszervezet 1995-ben elfogadott, szellemi termékekről szóló egyezménye (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* – TRIPS-egyezmény) miatt erősödött fel (Ramani–Urias 2015). Az egyezmény előírja a legalább 20 éves szabadalmi védeltséget a legkülönbözőbb találmányokra, köztük a gyógyszerekre is, így megakadályozza az olcsóbb generikus gyógyszerek minél korábbi piacra kerülését, ezáltal is sértve a gyógyszerekhez való hozzájutás jogát (Barton 2004).

A TRIPS-egyezmény jelentős mértékben beavatkozott a gyógyszeripari versenybe, ami kihat a közegészségügyre is. Emiatt az elmúlt néhány évben többféle átmeneti megállapodás született. Elsőként a gyógyszergyártó vállalatoknak előírták a *differenciált árazást*, azaz arra kötelezték őket, hogy ugyanarra a gyógyszerre a szegényebb országokban alacsonyabb árat határozzanak meg, mint a fejlett országokban (Barton 2004). Úgy vélték, hogy ezzel a lépéssel a gyógyszercegek motiváltak maradnak a további kutatás-fejlesztés finanszírozására. Emellett a TRIPS-egyezmény lehetővé teszi, hogy egészségügyi vészhelyzet esetén az adott ország – a további járványok megelőzése érdekében – a szabadalmi tulajdonos beleegyezése nélkül, saját kapacitásaival gyártsa a szükséges gyógyszereket (Fink 2006, Watal 2002), azaz *kényszerengedély* alkalmazható. Azonban a gyártás csak és kizárólag „saját használatra” történhet, és a gyógyszer nem kerülhet nemzetközi kereskedelmi forgalomba (Barton 2004). Mivel nem minden fejlődő ország képes saját kapacitásokkal gyógyszert gyártani, így ezek az országok, a 2003 augusztusában született döntés értelmében, más országokból – amelyek viszont képesek gyógyszerek gyártására – importálhatják a generikus gyógyszereket, viszont az adott országnak meg kell akadályoznia, hogy az importált olcsóbb generikus gyógyszer a fejlett országok piacaira kerüljön (Fink 2006). Ezt az eszközt nevezzük *párhuzamos import*nak. A valóságban ezek kombinációja is megjelenik: például Brazília a kényszerengedély lehetőségével „fenyegetőzve” érte el azt, hogy olcsóbb gyógyszerekhez jusson hozzá (Ramani–Urias 2015).

A gyógyszerhez jutás mint kihívás az ENSZ által megfogalmazott Millenniumi Fejlesztési Célok (*Millennium Development Goals*, MDG) és a Fenntartható Fejlesztési Célok (*Sustainable Development Goals*, SDG) között is megtalálható. E kezdeményezések a nemzetközi fejlesztési célokat – és ezáltal a segélyezés prioritásait is – hosszú távon meghatározták, hiszen 15–15 éves időszakra fogalmaztak meg fejlesztési prioritásokat. A 2000-ben elindult Millenniumi Fejlesztési Célok 8 céljá-

nak elérésére⁸ 2015-öt szabták meg határidőül. E célok közül a 6. cél (HIV/AIDS⁹ és malária elleni küzdelem) foglalkozik kifejezetten a gyógyszerhez jutással. A második alcélja (6.B) szerint 2010-ig univerzális hozzáférést kell biztosítani a HIV/AIDS kezeléshez. Emellett az MDG 8. célja fogalmazza meg a globális partnerség szükségességét, és ötödik alcélja (8.E) szerint a gyógyszergyártó vállalatokkal együttműködve szükséges segíteni a fejlődő országokat a gyógyszerhez jutásban. A 8. cél eredményeként is egyre több ország ismeri fel, hogy a kormánzatnak, a gyógyszergyártóknak és a civil szervezeteknek (beleértve a fogyasztókat is) együtt kell működniük a gyógyszerhez jutás megoldása érdekében¹⁰.

A Millenniumi Fejlesztési Célok eredményeként 2014 júniusára globálisan 13,6 millió HIV-beteg kapta meg az ún. antiretrovirális terápiát¹¹, ami a 2003-as 800 ezer beteghez képest jelentős mértékű növekedés. Továbbá 2000 és 2015 között 6,2 millió malária által okozott halálesetet előztek meg, különösen az 5 év alatti gyermekek esetén sikerült ezt visszaszorítani (UN 2015). Ezek ellenére gyakran kritizálják az MDG gyógyszerhez jutást érintő célját, mert az alapvető gyógyszerekhez való hozzájutásról adatok nem, vagy csak csekély mértékben érhetőek el (Gotham et al. 2016), amivel kutatásunk során mi is szembesültünk. Ebből kifolyólag nem lehet pontos információt adni arra vonatkozóan, hogy az MDG ezen céljait hogyan és milyen mértékben sikerült teljesíteni.

2016-tól a Fenntartható Fejlesztési Célok határozzák meg a nemzetközi fejlesztési irányokat. A fejlődő országok fejlesztése érdekében 17 célt fogalmaztak meg a 2016–2030 közötti évekre (UN 2016). Az SDG 3. célja a fejlődő országokban a jó egészség és jóllét biztosítása, melynek két alcélja is szorosan kapcsolódik a gyógyszerhez jutáshoz: egyrészt szükséges biztosítani az univerzális egészségügyi lefedettséget, valamint a biztonságos, hatékony, minőségi gyógyszerekhez való hozzájutást; másrészt pedig felhívják a figyelmet arra is, hogy a gyógyszeripari kutatás-fejlesztéseknek a fejlődő országokban lévő betegségekre is ki kellene térniük, valamint lehetőséget kell adni a TRIPS-egyezmény lehetőségeinek kihasználására.

3.2. Segélyezés és gyógyszerhez jutás

A következőkben megnézzük azt, hogy a nemzetközi fejlesztési együttműködés terén milyen eredményeket láthatunk a gyógyszerhez jutás vonatkozásában. Segély alatt az OECD által is használt hivatalos fejlesztési támogatást (*official development assistance*) értjük. Eszerint segély az alacsony és közepes jövedelmű

⁸ Az MDG-k részletes megtekinthetők itt: <http://www.un.org/millenniumgoals/> Letöltve: 2017.01.15.

⁹ AIDS: acquired immune deficiency syndrome, azaz szerzett deficiencia szindróma; betegség, amely HIV-vírus fertőzés következményeként alakul ki.

¹⁰ <http://www.who.int/medicines/mdg/MDG08ChapterEMedsEn.pdf> Letöltve: 2016.12.29.

¹¹ A HIV úgynevezett retrovírus.

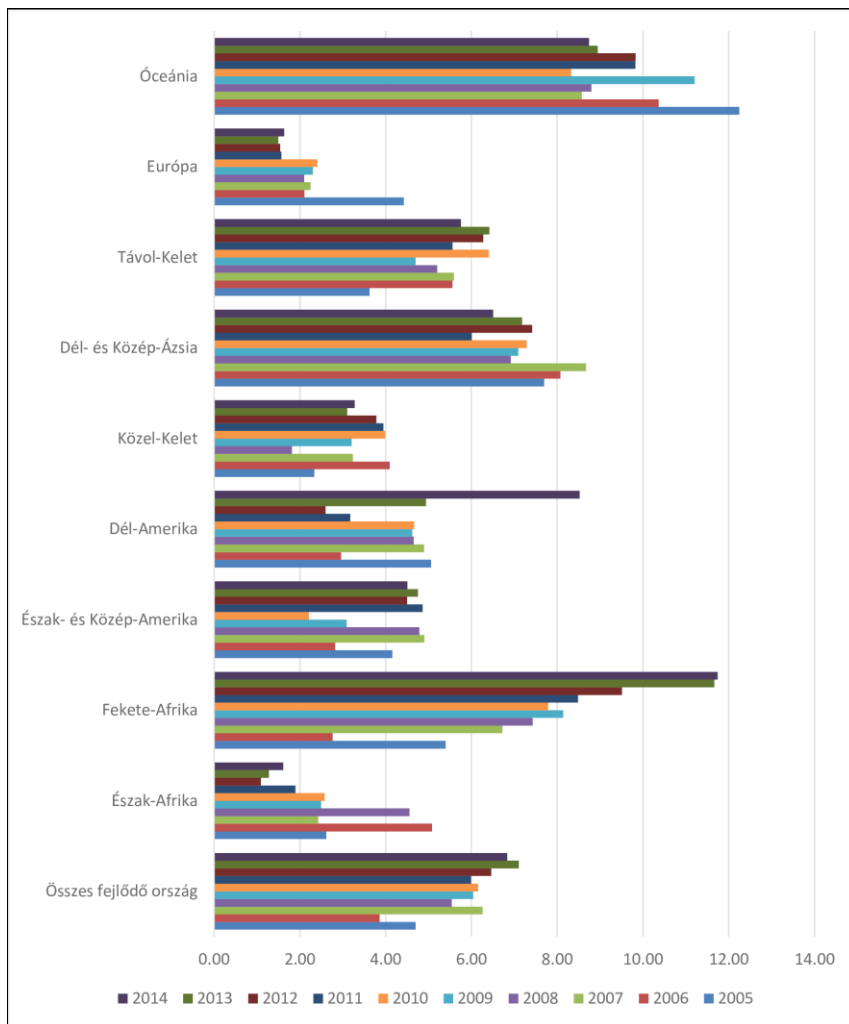
országok részére nyújtott olyan támogatás, amely legalább 25%-os adományelemet tartalmaz (OECD 2013). Az OECD segélyezési adatbázisa (OECD CRS) szektorok szerinti bontásban is tartalmazza azt, hogy egy-egy donor ország mely területre juttat segílyt. Az egészségügy területe a 120-as kód alatt található meg az adatbázisban, és ez további alterületekre bontható (OECD 2016):

1. Általános egészségügy
 - Egészségügyi politika
 - Orvosi oktatás és képzés
 - Orvosi kutatás
 - Orvosi szolgáltatások
2. Alapszintű egészségügyi ellátás
 - Egészségügyi alapellátás
 - Alapvető egészségügyi infrastruktúra
 - Alapélelmezés
 - Fertőző betegségek járványügyi-ellenőrzése
 - Egészségügyi oktatás
 - Malária járványügyi ellenőrzése
 - TBC járványügyi ellenőrzése
 - Egészségügyi személyzet fejlesztése

A gyógyszerhez jutás szempontjából az egészségügyi alapellátás alterület bír kiemelkedő jelentőséggel, hiszen ez tartalmazza az alapvető egészségügyi programokon túl a gyógyszerhez való hozzájutást, a gyógyszerek, vakcinák kínálatát is.

Annak érdekében, hogy az egészségügyi segélyeket a teljes segélyezésen belül elhelyezzük, megnézzük, hogy a teljes bilaterális segély hány százalékát nyújtják egészségügyi területre (2. ábra). Ez régióként és időszakonként meglehetősen változó, hiszen 2–12% között mozog az egészségügyi segélyek aránya a teljes bilaterális segélyeken belül. Kiemelkedő az óceániai térség és a feketeafrikai térség, azonban például 2014-ben a dél-amerikai régió is kiemelkedően sok egészségügyi támogatásban részesült. Az ingadozó nagyság egyrészt rávilágít a segélyek volatilitására is, másrészt pedig arra is utal, hogy a segélyek inkább ad hoc módon avatkoznak be, és akkor nő meg a bilaterális egészségügyi segélyek aránya, amikor az adott térségben valamilyen egészségügyi vészhelyzet van.

2. ábra Egészségügyi segély nagysága a teljes bilaterális segély %-ában, 2005–2014

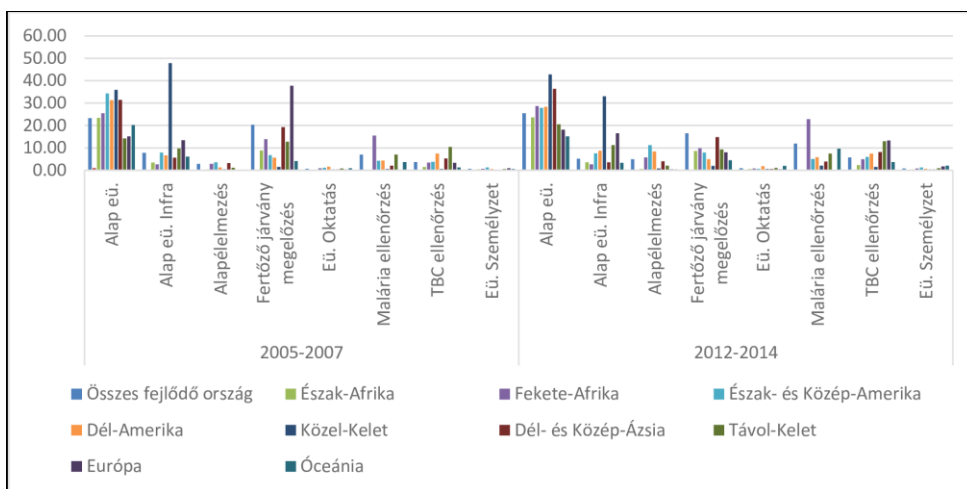


Forrás: OECD-CRS (2016) alapján saját számítás

A 3. ábra kizárólag a gyógyszerhez jutás területére koncentrál, és az egészségügyi segélyek százalékában mutatja az e területre érkező támogatásokat. Mint látható, az egészségügyi segélyek legalább egyharmada az egészségügyi alapellátás fejlesztésére irányul. Mivel ez a terület tartalmazza a gyógyszerekhez jutás fejlesztését, a gyógyszerek és a vakcinák kínálatának bővítését, a donor országok összesség-

gében fontosnak tartják a fejlődő országok gyógyszerhez jutásának támogatását. Ugyanakkor a volatilitás itt is megfigyelhető, és többnyire azokban az években ugrik meg a támogatás nagysága, amelyekben valamilyen egészségügyi vészhelyzet volt az adott országban (például a második időszakban Dél-Amerikában 10 százalékponttal magasabb az erre a területre juttatott támogatás, mint az első időszakban).

3. ábra Gyógyszerhez jutás támogatása (egészségügyi segélyek %-ában)



Forrás: OECD-CRS (2016) alapján saját számítás

Összességében bár több nemzetközi kezdeményezés irányul a gyógyszerhez jutás problémájának orvoslására, ezek eddig mégsem bizonyultak kellően hatékonynak, hiszen még mindig számtalan járvány alakul ki, valamint olyan halálesetek történnek, amelyeket az alapvető gyógyszerekhez való hozzájutással el lehetne kerülni. Ennek érdekében fontos, hogy alternatív megoldásokat is megvizsgáljunk, úgy mint az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközeit.

4. Innovatív fejlesztésfinanszírozás: az AMC

Az innovatív fejlesztésfinanszírozás eszközei a 2000-es években jelentek meg, a hivatalos fejlesztési támogatás kiegészítéseként. Jelenleg nincs még nemzetközileg egységesen elfogadott definíciójuk, tanulmányunkban az ENSZ általi meghatározást vesszük alapul, mert ez fogja át a legjobban az eddig létező definíciókat (UNDP 2012). Eszerint az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök kiegészítik a hivatalos fejlesztési támogatást, és működésük során a magánszektor kezdeményezése mellett

állami szektor általi támogatás is megvalósul – ez lehet pénzügyi hozzájárulás vagy technikai segítségnyújtás, tanácsadás is. Ezenkívül az alábbi kritériumoknak is eleget kell tenniük: tartalmazzon határokon átnyúló forrásátcsoportosítást, tranzakciót jelentsen, nemzetközi együttműködést foglaljon magában, jelentős pénzügyi forrást mozgósítson, végül pedig a hagyományos finanszírozási mechanizmust új kontextusban használja vagy tartalmazzon innovatív, újszerű elemeket (UN 2012).

Az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök négy csoportja különböztethető meg (Kiss 2015, UNDP 2012):

- kötelező adók, illetékek, díjak;
- önkéntes, szolidaritási alapú hozzájárulások;
- „front-loading” (megelőlegezett befektetések), adósság alapú konstrukciók, kötvénykibocsátások;
- állami garanciák, a magánszektor befektetéseit ösztönző eszközök, biztosítások, egyéb piaci alapú mechanizmusok.

Az általunk vizsgált eszköz, az előzetes piaci kötelezettségvállalás (*Advance Market Commitment*, AMC) az utolsó csoportba tartozik, és tökéletes példa a donorok és a magánszektor szereplőinek együttműködésére. Választásunk azért esett erre az eszközre, mert célja a gyógyszerhez jutás fejlesztése és vakcinák előállításának támogatása különböző gyógyszergyárakkal együttműködve.

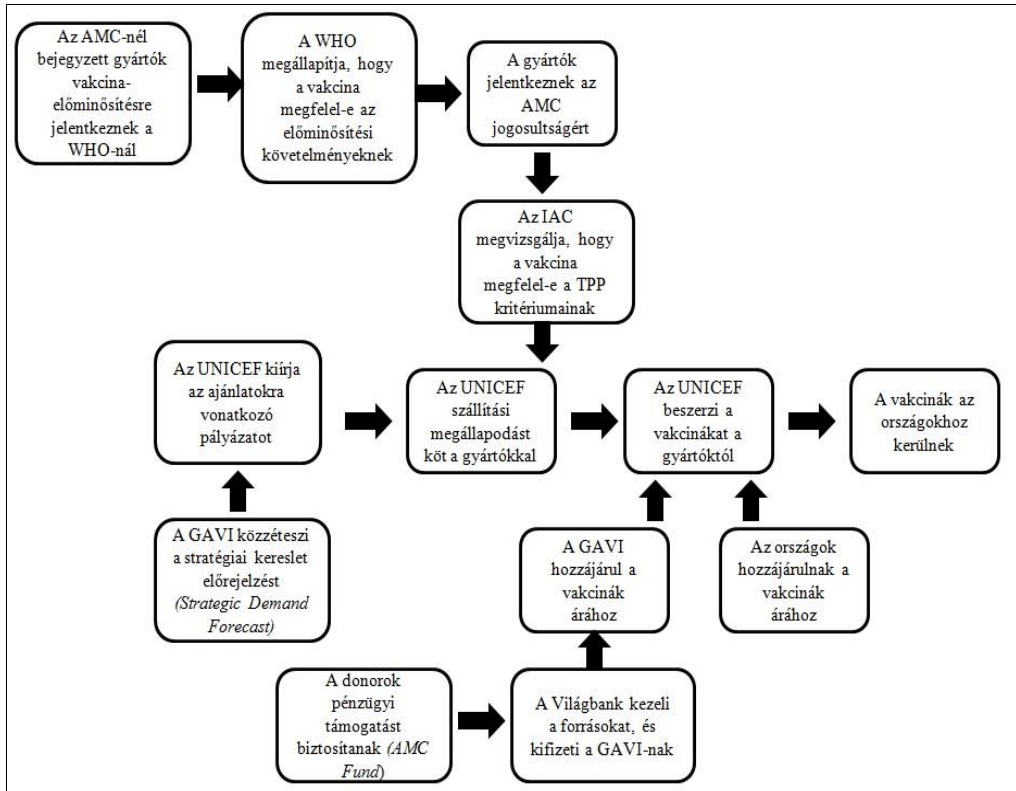
Az AMC-t 2007-ben hozta létre 5 ország (Egyesült Királyság, Kanada, Norvégia, Olaszország és Oroszország), valamint a Bill & Melinda Gates Alapítvány. Célja, hogy felgyorsítsa a pneumococcus elleni¹² oltóanyag kifejlesztését, szélesítse az oltóanyaghoz való hozzáférhetőséget, valamint átfogó célja a pneumococcus baktérium okozta halálesetek mérséklése (UNDP 2012, GAVI 2015). Az AMC segítségével a gyógyszergyártóknak lehetőségük nyílik olyan termékek előállítására is, amelyeket normál piaci viszonyok mellett nem tudnának kifejleszteni, azonban a pénzügyi segítségért cserébe szerződésben kell garantálniuk, hogy az így előállított vakcinákat egy előre egyeztetett áron kínálják (UNDP 2012) – ez az ár nem lehet magasabb dózisonként 3,5 dollárnál (GAVI 2010). A donorok minden gyártó kínálatának első 20%-áért dózisonként 7 dollárt fizetnek – 3,5 dollárt az AMC donorok és 3,5 dollárt az Oltóanyag és Immunizációs Világszövetség¹³ (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*, GAVI) és a recipiens ország együttesen –, ezzel is ösztönözve a gyógyszergyártókat az együttműködésre. A fogadó országok hozzájárulá-

¹² A pneumococcus baktérium okozta betegségek miatt évente 1 millió gyermek hal meg a fejlődő országokban (UN 2009).

¹³ Az elnevezés nem igazán állja meg a helyét, mert igazából csak néhány országról van szó.

sának mértéke változó, az ország egy főre jutó jövedelmétől függ (Kiss 2015, UN 2012). Az AMC kezdeményezésben több szervezet is részt vesz (4. ábra).

4. ábra Az AMC működése



Forrás: UNDP (2012, 14. o.)

A mechanizmus során történő pénzügyi folyamatok lebonyolítását a Világbank biztosítja, a WHO felelős a különböző biztonsági és hatékonysági kritériumok megalkotásáért, az UNICEF intézi többek között a vakcinák beszerzését és elosztását, a GAVI feladata pedig a mechanizmus sikeres működésének biztosítása (UN 2009).

Az AMC mindhárom szereplő – a finanszírozó, a gyártó és a recipiens – számára egyaránt jelenthet kockázatot. A finanszírozók számára kihívás a több éven keresztül támogatás – a GAVI esetében a pénzügyi segítségnyújtás 10 évet jelent. A gyártók szempontjából előnyös, hogy a mechanizmus által biztos piacot szerezhetnek, azonban a gyártást megelőző kutatások finanszírozása nem biztosított, így a

kisebb gyógyszergyártó cégek kiszorulhatnak a mechanizmusból. A fogyasztók (fejlesztő országok) olcsóbban juthatnak hozzá a számukra szükséges vakcinákhoz, azonban ezeknek az országoknak gyakran az így megállapított árak is magasnak bizonyulnak (Kiss 2015, UN 2012).

5. A hivatalos fejlesztési támogatás és az AMC összehasonlítása

Az előzőekben láthattuk, hogy mind a hivatalos fejlesztési támogatás, mind az AMC támogatja a gyógyszerhez jutás fejlesztését, azonban segítségnyújtásuk tekintetében néhány ponton különböznek. E a különbségeket összegzi az 1. táblázat.

1. táblázat A hivatalos fejlesztési támogatás és az AMC jellemzői

Jellemző	Hivatalos fejlesztési támogatás	AMC
Időtáv	Projektfinanszírozás	Hosszú távú
Gyógyszerárak szerepe	Gyógyszerárak kimaradnak	Gyógyszerárakkal együttműködnek
Célok	Infrastruktúra-fejlesztés, képzés	Helyi betegségek kezelése
Gyógyszerek ára	Gyógyszerek árát nem befolyásolja	Olcsóbb gyógyszerek (de még mindig drágák)
Fejlődő országba mit „juttat”?	Pénzt: kormányok kapják – pénzelosztás korlátozott	Gyógyszereket
SDG-hez való hozzájárulás	A pénzügyi támogatás hátrányai	SDG megvalósulásához hatékonyabb hozzájárulás

Forrás: saját szerkesztés

Míg a hivatalos fejlesztési támogatás elsősorban rövidebb távú projekteket finanszíroz, és a segélyek elosztásában nem vesznek részt gyógyszerárak, addig az AMC hosszabb távú, akár 10 éves időtartamú együttműködést jelent: a gyógyszerárak a megfelelő pénzügyi segítséggel minél több vakcinát állítanak elő. Elérendő céljukat tekintve a hivatalos fejlesztési támogatás az egészségügy területén leginkább az infrastruktúra-fejlesztést és a szakemberek képzését támogatja, míg az AMC konkrétan az előállított vakcinák mennyiségének növelését célozza, mellyel a fejlődő országokban terjedő járványokat próbálja megszüntetni, valamint a gyógyszerekhez való hozzájutást könnyíti a vakcinák árának csökkentésével. Ezzel szemben a hivatalos fejlesztési támogatás egyáltalán nem befolyásolja a gyógyszerek árát. Működésüket vizsgálva látható, hogy a hivatalos fejlesztési támogatás pénzt juttat a fogadó országokba, amelyet a kormányok kapnak, így korrumpált állam esetében ez a támogatás nem a megfelelő fejlesztéseket célozza. Az AMC esetében viszont maga a gyógyszer jut el a fejlődő országba, így az elosztás során a segély esetén megjelenő problémáról nem beszélhetünk. Az SDG-hez való

hozzájárulás a hivatalos fejlesztési támogatás esetében nem jelentős, és eredményességét befolyásolja a segélyek hatékonysága. Ezzel szemben az AMC hatékonyabban tud hozzájárulni az SDG során megfogalmazott célokhoz. Ez az összehasonlítás jól mutatja a két támogatási típus közötti különbségeket, ugyanakkor rávilágít arra is, hogy a hivatalos fejlesztési támogatás inkább a kapacitások kiépítésére, fejlesztésére törekszik, míg az AMC inkább a konkrét termék, a gyógyszerek célba juttatását célozza.

6. Összegzés

Tanulmányunk során arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a segélyezés területén hogyan jelenik meg a gyógyszerhez jutás fejlesztése. Ahhoz, hogy e kérdésre választ kapjunk, két eszközt – a hivatalos fejlesztési támogatást, valamint az innovatív fejlesztésfinanszírozás egyik eszközét, az AMC-t – vizsgáltunk.

A fejlődő országokban tapasztalt problémák hatására fogtunk bele kutatásunkba. Mivel az elmúlt években azt tapasztalhattuk, hogy járványok gyorsan kialakulnak, és könnyen globálissá válhatnak, fontosnak tartottuk foglalkozni ezzel a témakörrel. Vizsgálatunk során bebizonyosodott, hogy a betegségek negatív hatással vannak a gazdaságra is, ezért fontos tenni ellenük, orvosolni őket vagy megakadályozni a kialakulásukat. Azonban számos fejlődő országnak nehézséget okoz a gyógyszerhez való hozzájutás. E probléma megoldására hozták létre a Milléniumi, valamint a Fenntartható Fejlesztési Célokat is, de a gyógyszerhez való hozzájutás fejlesztését célozza a hivatalos fejlesztési támogatás és az innovatív fejlesztésfinanszírozási eszközök egyik típusa, az AMC is.

Vizsgálatunk során fény derült arra, hogy az általunk vizsgált eszközök ugyanazon cél elérésére vállalkoznak, mégis különbözőképpen próbálják meg elérni azt. Következésképp elmondható, hogy külön-külön egyik eszköz sem tud jelentős eredményt elérni a gyógyszerhez jutás fejlesztésében, azonban együttes működésük megoldást jelenthet a fejlődő országok egészségügyi problémáira.

Felhasznált irodalom

- Ansa, G. A. – Sifa J. S. (2015): Tuberculosis and HIV integration in sub-Saharan Africa. *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*, 5, 11, pp. 841–849.
- Asiedu, E. – Jin, Y. – Kanyama, I. K. (2015): The impact of HIV/AIDS on foreign direct investment: Evidence from Sub-Saharan Africa. *Journal of African Trade*, 2, 1–2, pp. 1–17.

- Barton, J. H. (2004): TRIPS and the global pharmaceutical market. *Health Affairs*, 23, pp. 146–154.
- Chorev, N. – Shadlen, K. (2015): Intellectual Property, Access to Medicines, and Health: New Research Horizons. *Studies in Comparative International Development*, 50, 2, pp. 143–156.
- Fink, C. (2006): Intellectual Property and Public Health: the WTO's August 2003 Decision in Perspective. In Newfarmer, R. (ed.): *Trade, Doha, and Development. A Window into the Issues*. World Bank, New York, pp. 187–196.
- GAVI (2010): *GAVI Alliance Progress Report 2010*. GAVI, Switzerland.
- GAVI (2015): *Pneumococcal AMC Annual Report 2015*. GAVI, Switzerland.
- Gezahegn, M. – Upadhyay, M. (2014): The effect of HIV/AIDS on economic growth of Southern African countries. *Asian Economic and Financial Review*, 4, 9, pp. 1146–1157.
- Gotham, D. – Onarheim, K. H. – Barber, M. J. (2016): How the MDGs gave up on measuring access to medicines. *The Lancet Global Health*, 4, 5, pp. e296–e297.
- Hoffman, S. J. – So, K. – Global Access to Medicines Reform Study Team (2014): Assessing 15 Proposals for Promoting Innovation and Access to Medicines Globally. *Annals of Global Health*, 80, 6, pp. 432–443.
- Hogerzeil, H. V. – Iyer, J. K. – Urlings, L. – Prasad, T. – Brewer, S. (2014): Is the pharmaceutical industry improving with regard to access to essential medicines? *The Lancet Global Health*, 2, 3, pp. e139–e140.
- Kiss J. (2015): Innovatív finanszírozás a nemzetközi fejlesztésben. *Külügyi Szemle*, 14, Különszám, 47–65. o.
- Masanjala, W. (2007): The poverty-HIV/AIDS nexus in Africa: A livelihood approach. *Social Science & Medicine*, 64, 5, pp. 1032–1041.
- Mtika, M. M. (2007): Political economy, labor migration, and the AIDS epidemic in rural Malawi. *Social Science & Medicine*, 64, 12, pp. 2454–2463.
- OECD (2013): Glossary of statistical terms. Letölthető: <http://stats.oecd.org/glossary/index.htm> Letöltve: 2013.10.17.
- OECD (2016): The list of CRS purpose codes. http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/2015%20CRS%20purpose%20codes%20EN_updated%20April%202016.pdf Letöltve: 2016.11.14.
- OECD-CRS (2016): Query Wizard for International Development Statistics. <http://stats.oecd.org/qwids/> Letöltve: 2016.10.26.
- Opderbeck, D. W. (2005): Patents, essential medicines, and the innovation game. *Vanderbilt Law Review*, 2, pp. 501–554.
- Ramani, S. V. – Urias, E. (2015): Access to critical medicines: When are compulsory licenses effective in price negotiations? *Social Science & Medicine*, 135, June, pp. 75–83.
- Saad-Roy, C. M. – van den Driessche, P. – Ma, J. (2016): Estimation of Zika virus prevalence by appearance of microcephaly. *BMC Infectious Diseases*, 16, 1, pp. 1–6.
- Sterckx, S. (2004): Patents and access to drugs in developing countries: an ethical analysis. *Developing World Bioethics*, 4, 1, pp. 58–75.
- UN (2009): *Innovative Financing for Development*. United Nations, New York.

- UN (2012): *World Economic and Social Survey: In Search of New Development Finance*. United Nations, New York.
- UN (2015): *The Millennium Development Goals Report 2015*. United Nations, New York.
- UN (2016): Sustainable Development Goals. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/>
Letöltve: 2016.10.14.
- UNDP (2012): *Innovative Financing for Development: A New Model for Development Finance?* United Nations Development Programme, Discussion Paper, January 2012.
- Watal, J. (2002): Implementing the TRIPS Agreement. In Hoekman, B. – Matto, A. – English, P. (eds.): *Development, trade, and the WTO. A Handbook*. The World Bank, New York, pp. 359–368.
- WHO (2004): *World Medicines Situation*. World Health Organization, Geneva.
- Yamanis, T. – Nolan, E. – Shepler, S. (2016): Fears and Misperceptions of the Ebola Response System during the 2014–2015 Outbreak in Sierra Leone. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 10, 10, pp. 1–12.