

OTDK DOLGOZAT

Uhrin Ákos

2013

Minden igyekezet hiába? Gyógyszerhez jutás Fekete-Afrikában

Are All Efforts In Vain? Access To Medicines In Sub-Saharan Africa

Kézirat lezárva: 2012. 04. 16.

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	1
2. AZ EGÉSZSÉGÜGY FONTOSSÁGA	4
2.1 Fekete-Afrika egészségügyi helyzete	5
2.2. A betegségek gazdasági következményei	9
2.3. Gyógyszerráfordítások alakulása a világban illetve a fejlődő országokban	16
3. A GYÓGYSZERHEZ JUTÁST AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐK	25
3.1. TRIPS egyezmény mint nemzetközi jellegű akadály?	25
3.1.1. A TRIPS egyezmény vonatkozó rendelkezései	26
3.1.2 A TRIPS-plus	30
3.1.3. A TRIPS mint egyértelmű akadály	31
3.1.4. A TRIPS nem kizárólagos akadály	34
3.2. Nemzeti hiányosságok	38
3.2.1. Szegénység és infrastruktúra	38
3.2.2. Alulinformáltság és a megelőzés hiánya	40
3.2.3. A gyógyszerárakat befolyásoló egyéb tényezők	41
3.3. A gyógyszergyártók érdekei	43
3.3.1. A gyógyszer és a gyógyszerkutatás	43
3.3.2 Gyógyszergyártók érdekei és az önkéntes engedély	45
4. LEHETSÉGES MEGOLDÁSOK	48
4.1. India és a generikumok szerepe Afrika gyógyszerellátásban	48
4.2. Kényszerengedélyezés és párhuzamos importálás	55
4.3. Nemzetközi összefogás	58
4.3.1. Az ENSZ és a Millenniumi Fejlesztési Célok	58
4.3.2. A UNAIDS	61
4.3.3. A Médecins Sans Frontières	633
4.4. Nemzeti összefogás – fókuszban a prevenció	64
4.5. Kitekintés a jövőbe – a farmakogenomikai kutatások	69
5. VALÓBAN MEGOLÁS LEHET-E A GYÓGYSZERHEZ JUTÁS BIZTOSÍTÁSA.....	71
5.1 Az elhanyagolt trópusi betegségek	71
5.2 A hagyományos orvoslás	73
6. ÖSSZEGZÉS.....	76
7. IRODALOMJEGYZÉK	79

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat Országcsoporthok a GNI/fő indikátor értéke alapján, USD	17
2. táblázat Az alapvető gyógyszerekhez hozzá nem jutók száma és aránya jövedelemcsoportok alapján, 1999	18
3. táblázat A TPE aránya az egyes jövedelmi csoportokban, 2006 (%)	19
4. táblázat Egészségügyi kiadások a vizsgált fekete-afrikai országokban Amerikai Egyesült Államokban, 1995-2006	20
5. táblázat Egy főre vetített TPE megoszlása jövedelemkategóriák és finanszírozási forma szerint, 2006 (%)	23
6. táblázat A TRIPS egyezmény rendelkezéseinek alkalmazásáig rendelkezésre álló átmeneti idő hossza az országok szabadalmi védelmének fejlettségi szintje szerint	30
7. táblázat TRIPS egyezmény hatásai.....	38
8. táblázat Az első és második generációs AIDS gyógyszerek összehasonlítása a teljes AIDS gyógyszer forgalom aránya és ára szempontjából.....	50
9. táblázat 2011-es politikai nyilatkozat céljai.....	61
10. táblázat Az antiretrovirális terápiához való hozzáférés Fekete-Afrikában 2003-ban és 2008-ban ..	62

Ábrák jegyzéke

1. ábra HIV vírussal fertőzöttek számának alakulása (jobb tengely, millió fő), illetve az AIDS betegséghez köthető halálesetek számának alakulása (bal tengely, ezer fő) Fekete-Afrikában, 2000-2009	5
2. ábra Maláriás megbetegedések számának alakulása Fekete-Afrikában (bal tengely, millió fő), illetve a fekete-afrikai maláriás esetek népességen belüli aránya (százalék), 2000-2010 ...	6
3. ábra Maláriában elhunytak számának alakulása Fekete-Afrikában (bal tengely, ezer fő), illetve a fekete-afrikai halálesetek részaránya a világon maláriában elhunytak közül (jobb tengely, százalék), 2000-2010.....	7
4. ábra TBC-s megbetegedések száma Fekete-Afrikában (bal tengely, 1000 fő), illetve TBC-s megbetegedések száma a fekete-afrikai lakosságon belül (ezrelék), 2005-2010.....	8
5. ábra Betegségek hatása a gazdaságra	13
6. ábra Néhány fertőző betegség terhe (millió egészségkárosodással korrigált életévben).....	16
7. ábra Teljes gyógyszerkiadás (TPE) az egyes országokban és a világ népességének megoszlása világbanki jövedelemkategóriák szerint (%).....	22
8. ábra A szegénység konzerválódásának ördögi köre	25
9. ábra Fekete-Afrika gyógyszerimportjának megoszlása származási hely szerint, 1995-2010 (ezer dollár)	51
10. ábra Honnan származik a gyógyszer Fekete-Afrikában? Fekete-Afrika gyógyszerimportja Indiából (kék) és a világ egyéb részeiről összesen (piros), 1995-2010 (%)	53
11. ábra HIV fertőzöttség aránya három afrikai országban a partnerek száma szerint és nem szerinti megoszlásban, 2007 (%).....	66
12. ábra A gyógyszeres beavatkozás lehetősége a szegénység ördögi körébe	75

„A jó egészség a boldog és eredményes élet egyik legfontosabb hozzávalója. Mégis, sokan nem jutnak hozzá a megfelelő gyógyellátáshoz és fertőző betegségeknek kitéve élnek.” - Robert Alan

1. BEVEZETÉS

Napjainkban egyre fontosabb szerepet játszik *az egészség*. A televízióban, interneten, rádióban és újságokban egyre többször hívják fel figyelmünket az egészséges táplálkozásra, helyes életvitelre, mozgásban gazdag életmódra. Ha odafigyelünk étrendünkre, sok zöldséget és gyümölcsöt eszünk, emellett eleget mozgunk, akkor immunrendszerünk megerősödik, és kevésbé leszünk fogékonyak a betegségekkel szemben. Ha pedig mégis elkapnánk valamit, akkor sem kell aggódni, hiszen a fejlett orvostudománynak hála gyorsan felgyógyulunk. Beveszünk néhány tablettát, amik megszabadítanak minket a kízó nyavalyáktól. Igazából nem is nagyon gondolkodunk el rajta, hogy honnan származik az életünket megkönnyítő orvosság. Egyszerűen örülünk neki, biztonságban érezzük magunkat attól, hogy tudjuk, rendelkezésünkre állnak, ha szükség van rájuk, mert betegek vagyunk. Ha fáj a fejünk, elmegyünk a patikába és az ott vásárolt fejfájás-csillapítóból beveszünk egyet, és máris jobban érezzük magunkat. Ha rossz a közérzetünk, szintén rendelkezésünkre állnak olyan tabletták, amik ennek orvoslását hivatottak ellátni... Legalábbis a fejlettebb, magas jövedelmű országokban.

Azonban *nem minden ember ilyen szerencsés*. Az alacsony jövedelmű afrikai országokban nyugati életszínvonalunk szemüvegén keresztül nagyon rossz életkörülmények uralkodnak. Kérdés azonban, hogy vajon az ott élők is ennyire negatívan látják saját helyzetüket. Ez egy érdekes felvetés, hiszen az ottani emberek más szemlélettel rendelkeznek, más értékeket tekintenek fontosnak. Bizonyíték lehet erre például az ott tapasztalt népesedési folyamat. Annak ellenére, hogy Fekete-Afrika szerte pusztít a HIV/AIDS, malária, tuberkulózis, mégis gyors ütemben nő a népesség. Ameddig ott a népességrobbanás okoz nagy gondot, addig a nyugati országokban a népességfogyás. Ebből is látszik, hogy mennyire különbözőek vagyunk. Véleményünk szerint a szubszaharai-afrikai országok számára az egyik legfontosabb feladat, hogy megoldják gazdasági problémáikat, és a fejlődés útjára lépjenek. Egyelőre azonban sok tényező gátolja még ezt a folyamatot. Példának okáért Molavi (2003) szerint a malária betegség következtében a fekete-afrikai térség GDP-je mintegy 32%-

kal lehetne több, ha az 1960-as évek óta nem pusztítana folyamatosan. Ez a példa is rávilágít arra, hogy a betegségek milyen kiemelt szereppel bírnak egy ország gazdasági életében. A gazdasági növekedés beindításához azonban sok lehetséges út vezet, ilyen például az élelmezési helyzet megoldása, a magas minőségű emberi tőke megteremtése. Az előző példában említett megbetegedés ellen is több módon lehet felvenni a harcot. Megoldásként kínálkozik például az ott élők életkörülményeinek javítása vagy a gyógyszeres kezelés megteremtése. A középkori Európában a pestis számos országban több alkalommal is hatalmas károkat okozott, azonban az életkörülmények megváltoztatásával hosszú távon sikerült elérni, hogy ma már többet ne támadhasson fel ez a járvány. Elismerjük, hogy az egészség és a gazdasági fejlődés között ok-okozati kapcsolat áll fent, azonban nagyon nehéz meghatározni, hogy először a gazdasági növekedés indul meg, majd utána a néhány betegség „magától” elmúlik (természetesen itt az életkörülmények jobbá fordulásáról beszélünk), vagy mindez fordítva történik. Dolgozatunkban azonban mégis inkább a gyógyszeres kezelés elérhetővé tételével foglalkozunk, mert úgy véljük, hogy ily módon rövidebb idő alatt meg lehet változtatni az emberek (egészségügyi) életkörülményeit és elhárítani az akadályokat a gazdasági fejlődés elől. A többi út is járható, azonban sokkal tovább tart megvárni, míg ezek a gazdaságok önerőből eljutnak a fejlettség olyan fokára, hogy megszűnjön kitettségük a jelenleg sok áldozatot követelő betegségekkel szemben. Ezzel kapcsolatban felmerülhet egy olyan kérdés, hogy vajon jót teszünk-e a fekete-afrikai országoknak, egyáltalán akarják-e azt, hogy segítsünk nekik olyan életszínvonalon élni, mint mi. Úgy gondoljuk, hogy e kérdés megválaszolása egy külön dolgozat témája is lehet, ezért nem törekszünk választ találni erre. Mindazonáltal fontosnak tartjuk, hogy az egészségügy és a gazdaság kapcsával foglalkozzunk. Ez nem új megközelítés, hiszen az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Céljainak 8. pontja is foglalkozik ezzel a témakörrel, amikor a dokumentum egyik része értelmében a gyógyszeripari cégekkel való összefogás révén kívánják biztosítani a fejlődő (alacsony jövedelmű) országokban az elérhető árú alapvető gyógyszerekhez történő hozzáférést.

Ezek alapján a dolgozat célja azt megvizsgálni, hogy milyen tényezők vezettek el és milyen okok miatt maradt fent a mai napig a gyógyszerhez jutás problémája Fekete-Afrikában. Mivel a gyógyszerhez való hozzájutás nem mindenütt valósul meg és komplex problémával állunk szemben, így jelen dolgozat azt vizsgálja, hogy mennyiben nemzeti illetve nemzetközi jellegű okokra vezethető vissza a gyógyszerhez nem jutás. Arra is választ adunk, hogy mennyire lehet eredményes a gyógyszerhez jutáshoz kapcsolódó különböző megoldási módok alkalmazása, valamint hogy alapvetően hosszú távon megoldás-e a gyógyszerhez

jutás biztosítása a fejlődő országok gazdasági és társadalmi gondjainak felszámolására. Mivel ezzel kapcsolatban főleg az alacsony jövedelmű fejlődő országok az érintettek, ezért vizsgálódásunk fókuszában is ezek az országok állnak. Tekintettel arra, hogy a legtöbb ilyen ország Afrikában található, ezért a dolgozatunk központjában álló gyógyszerhez jutás problémáját is erre a kontinensre összpontosítva mutatjuk be.

A témaválasztást az is indokolta, hogy *nagyon kevés* gyógyszerhez jutással kapcsolatos tanulmány íródott eddig magyar nyelven, így a témának még nincs kiterjedt hazai szakirodalma. Ezért jelen *dolgozat ahhoz is hozzájárul, hogy a rendelkezésre álló nagyon széles körű angol nyelvű közgazdasági szakirodalom egy részének felhasználásával anyanyelvünkön is elérhetővé tegyük a témakör főbb következtetéseit*. Különösen fontos ez abból kifolyólag is, hogy Magyarország tagja számos olyan nemzetközi szervezetnek (például ENSZ), amelyeknek van a gyógyszerhez jutás problémájával foglalkozó szakosított szervezete, amik arra tesznek erőfeszítéseket, hogy minél több ember jusson hozzá az orvosságokhoz.

Tekintettel arra, hogy a gyógyszerhez jutás problémájának vizsgálata nem megszokott témakör, ezért a dolgozat *2. fejezetében* a betegségekkel kapcsolatos trendeket tekintjük át, hogy hangsúlyozzuk a probléma jelentőségét. Ezután az egészség és a gazdaság kapcsolatát tárjuk fel, majd a fejezet végén az egészség mérésével kapcsolatban bemutatjuk a teljes gyógyszerkiadás (TPE) és a teljes egészségügyi ráfordítás (THE) mutatókat. A *3. fejezetben* olyan nemzeti és nemzetközi *akadályokat* emelünk ki, amelyek okai lehetnek a gyógyszerhez jutás problémájának. Ezzel kapcsolatban számos nemzetközi szakirodalmat mutatunk be, amelyek tanulságait (vagyis, hogy a bemutatott tényezők mennyiben minősülnek gátló tényezőnek) a fejezet végén pro és kontra szerint összegezve vázoljuk fel. Kiemeljük a gyógyszergyártók érdekeit is, hiszen ők azok a szereplők, akik arról döntenek, hogy egy betegségre kifejlesztnek-e gyógyszert vagy sem, ezáltal élet és halál urai. A *4. fejezetben* pedig olyan nemzetközi és nemzeti *lehetőségeket* mutatunk be, amelyek révén esély kínálkozhat a gyógyszerhez jutási probléma megoldására. Végül megvizsgáljuk, hogy valóban a gyógyszerhez jutás előmozdítása lehet-e a legjobb megoldási lehetőség.

2. AZ EGÉSZSÉGÜGY FONTOSSÁGA

A gyógyszerhez jutás kérdésköre egyre nagyobb figyelmet kap nemzetközi szinten (WTO,¹ WHO,² stb.), mert nagyon sokan nem tudják megfizetni a gyógyszereket, ami etikai szempontból helytelen, azonban számos *gazdasági* vonatkozása is van. Mivel a gyógyszerhez való hozzájutás az egészséges életet biztosítja, így ebben a fejezetben azt részletezzük, hogy az egészség miért játszik fontos szerepet egy ország gazdaságában. Mindezekkel megalapozzuk, hogy miért szükséges a gyógyszerhez való hozzájutás kérdésével foglalkozni gazdasági oldalról is az etikai szempontokon kívül. Mivel a dolgozatban a hangsúlyt *Szubszaharai-Afrikára*³ helyeztük, így a fejezetben elsőként bemutatjuk a térség egészségügyi helyzetét. A következőkben azt elemezzük, hogy a betegségek milyen hatást gyakorolhatnak egy ország gazdaságára, elsősorban makroökonómiai szinten, majd áttekintjük, hogyan alakulnak a gyógyszerkiadások a térségben. A betegségek gazdasági következményeinek vizsgálata során fekete-afrikai országokat és a térségre leginkább jellemző betegségek (például HIV/AIDS, malária) hatásait vettük górcső alá. Annak érdekében, hogy a problémát és a beavatkozási lehetőségeket megértsük, hosszabb felvezetés szükséges. Így elsőként azt vizsgáljuk meg, hogy elsősorban milyen betegségek is sújtják Fekete-Afrikát, és hogy a járványok mennyire érintik a térségbeli országok lakosságát.

2.1. Fekete-Afrika egészségügyi helyzete

Fekete-Afrika vagy másik nevén Szubszaharai-Afrika alatt a Szaharától délre elterülő országok csoportját értjük. A WHO (2012h) népességi adatai szerint 45 ország tartozik a térségbe, tulajdonképpen *Marokkó, Algéria, Tunézia, Líbia és Egyiptom kivételével minden afrikai ország beletartozik* ebbe a csoportba. A térségben három nemzetközi szervezetek által is kiemelt fontossággal kezelt betegség okoz gazdasági és társadalmi gondokat. Ezek rendre a *HIV/AIDS, malária és a tuberkulózis (TBC)*. A betegségek tendenciáinak bemutatására a WHO (2012a) adatbázisát használjuk. Tekintettel arra, hogy a legnagyobb gondot jellegéből fakadóan a HIV/AIDS járvány okozza, ezért a betegségek bemutatását is ezzel kezdjük. Fekete-Afrika népessége 2010-ben 802 millió főre rúgott, ám lakosságának száma gyors

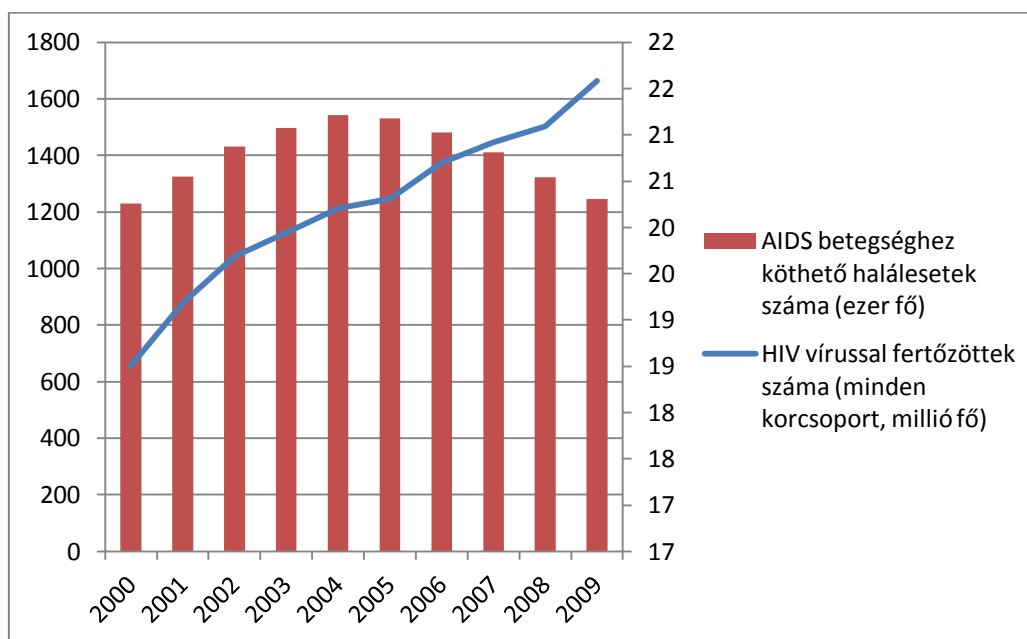
¹ Világkereskedelmi Szervezet (World Trade Organization)

² Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

³ Szubszaharai-Afrika vagy Fekete-Afrika alatt a Szahara és az attól délre elterülő országokat értjük. Tulajdonképpen Mauritánia, Nyugat-Szahara, Marokkó, Algéria, Tunézia és Egyiptom kivételével minden Afrikai ország ide tartozik.

tempóban emelkedik (2000 és 2010 között a népesség növekedésének évi átlagos üteme 2,56%-ra rúgott). A HIV járvánnyal kapcsolatban azt mondhatjuk, hogy a vírussal élők száma folyamatos növekedést mutat. Míg 2000-ben 18,5 millió ember volt fertőzött, addig 2009-ben ez a szám már meghaladta a 21,5 milliót. Az AIDS-hez köthető halálesetek számának alakulása 2004 után vett pozitív fordulatot, ám még mindig több mint 1,2 millió ember veszti életét valamelyik AIDS-hez köthető betegségben (1. ábra). Ez azonban 19%-os csökkenést jelent a 2004-es csúcshoz képest, amikor 1,5 milliónál is több halált kötöttek valamelyik AIDS-betegséghez. Tovább árnyalja a képet, hogy a HIV/AIDS járvány elsősorban Fekete-Afrika betegsége, mert a világon 2009 végén ezzel a betegséggel az összes fertőzött 68%-a élt a vizsgált térségben, valamint a halálesetek 72%-a történt ott.

1. ábra HIV vírussal fertőzöttek számának alakulása (jobb tengely, millió fő), illetve az AIDS betegséghez köthető halálesetek számának alakulása (bal tengely, ezer fő) Fekete-Afrikában, 2000-2009

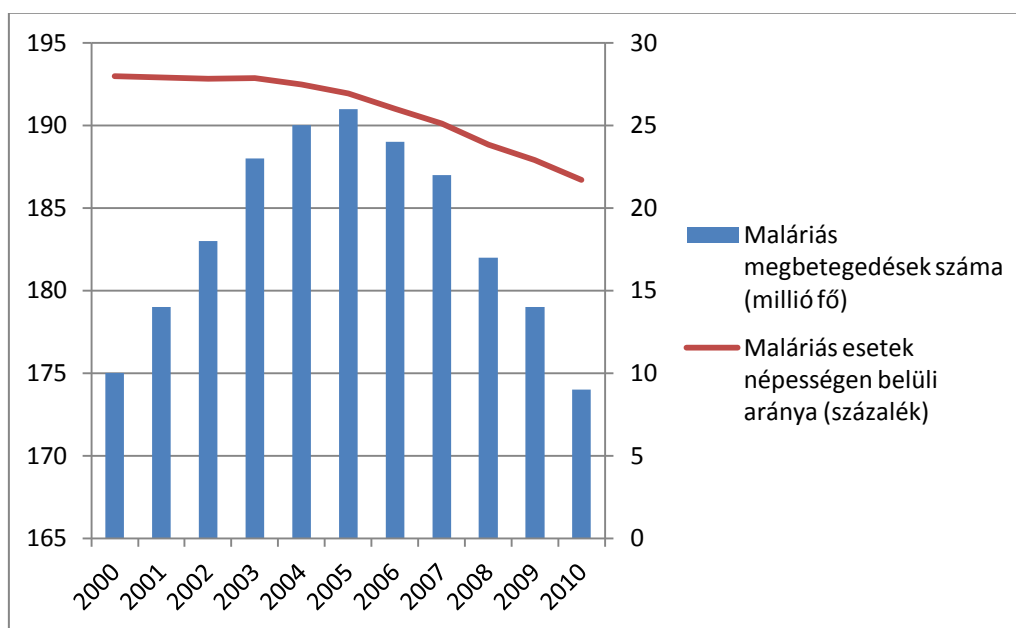


Forrás: WHO (2012a) adatai alapján saját szerkesztés

A HIV/AIDS epidémia mellett a másik leginkább gondot okozó betegség a *malária*. Habár speciális szúnyoghálókkal nagyon könnyen lehetne ellene védekezni, mégis rengetegen betegednek meg és halnak meg ebben a betegségben a mai napig. Megfigyelhetjük a 2. ábrán, hogy a megbetegedések száma 2005-ig folyamatosan, nagy ütemben (175 millióról 191 millióra, vagyis a vizsgált időszak alatt közel 10%-kal) növekedett Fekete-Afrikában, majd ettől az évtől kezdve a mai napig folyamatosan csökkent. A 2010-es évben már kevesebb megbetegedést regisztráltak, mint 2000-ben, tehát mindenképpen egy pozitív fordulatról

beszélhetünk. Ennek ellenére ez a 175 millió megbetegedés még mindig nagyon sok, a szubszaharai-afrikai népesség 22%-át érinti. Ez, természetesen, javulást jelent, hiszen 2000-ben még a teljes népesség 28%-a esett át maláriás megbetegedésen. A csökkenés oka azonban nem csupán az esetek számának gyors csökkenésében keresendő, hanem ahhoz még hozzájön a népességnövekedés hatása. Jól mutatja ezt, hogy ez idő alatt a térség népessége 93 millió fővel, 13%-kal növekedett, azonban a maláriás megbetegedések száma a 2005-ös csúcshoz képest csupán 17 millió fővel, 9%-kal csökkent.

2. ábra Maláriás megbetegedések számának alakulása Fekete-Afrikában (bal tengely, millió fő), illetve a fekete-afrikai maláriás esetek népességen belüli aránya (százalék), 2000-2010

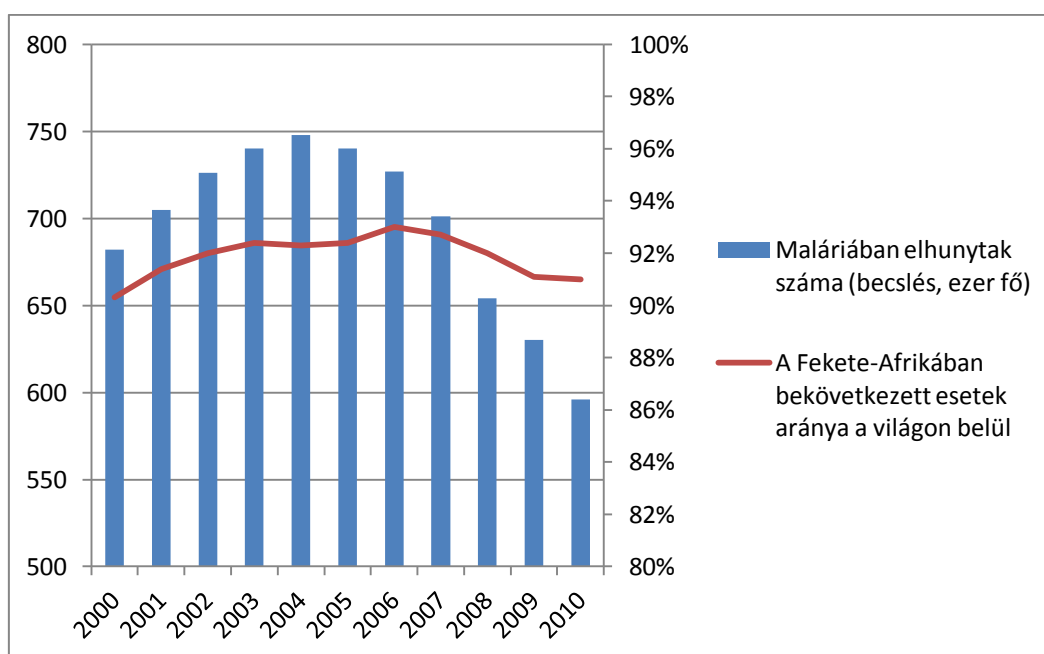


Forrás: WHO (2012a) adatai alapján saját szerkesztés

A maláriás megbetegedések számának alakulása után érdemes megnézni, hogyan alakult *a betegségben elhunytak száma*. A 3. ábra szerint 2000 és 2004 között fokozatosan növekedett a maláriában elhunytak száma, *közel egyenesen arányosan* a népesség- és a maláriás megbetegedések számának növekedésével (2000 és 2004 között a térség népessége 10,5%-kal, a megbetegedések száma 8,6%-kal és a halálesetek száma 9,7%-kal növekedett). 2004 után azonban ennél az adatsornál is egy pozitív trendfordulónak lehetünk szemtanúi, hiszen e dátum után fokozatos csökkenést mutat a maláriában elhalálozottak száma. 2004 és 2010 között e mutató értéke több mint 30%-kal csökkent, ami nagyon jelentősnek mondható. Érdekes megvizsgálni azonban azt is, hogy a fekete-afrikai maláriás halálozások a világ maláriás halálozásai közül mennyit tesznek ki. Az ábra alapján azt állapíthatjuk meg, hogy a

malária – a HIV/AIDS-hez hasonlóan – elsősorban (szinte kizárólag) csak Szubszaharai-Afrika betegsége. Ezt jól indokolja, hogy a betegségben történő halálozások több mint 90%-a a térségben következik be, és lényegében a vizsgált időszakban nem mutatható ki lényeges változás vagy tendencia. Ebből arra tudunk következtetni, hogy Fekete-Afrikában nem csökken jelentősebb mértékben a maláriában elhunytak száma a világ többi térségéhez képest. Nyilvánvalóan csökkenő tendencia mutatkozna a vizsgált mutatóban akkor, ha Szubszaharai-Afrika maláriás halálozásai nagyobb mértékben csökkennének, mint a világ többi részén, még akkor is, ha a legtöbb megbetegedés a vizsgált régióban következik be.

3. ábra Maláriában elhunytak számának alakulása Fekete-Afrikában (bal tengely, ezer fő), illetve a fekete-afrikai halálosetek részaránya a világon maláriában elhunytak közül (jobb tengely, százalék), 2000-2010

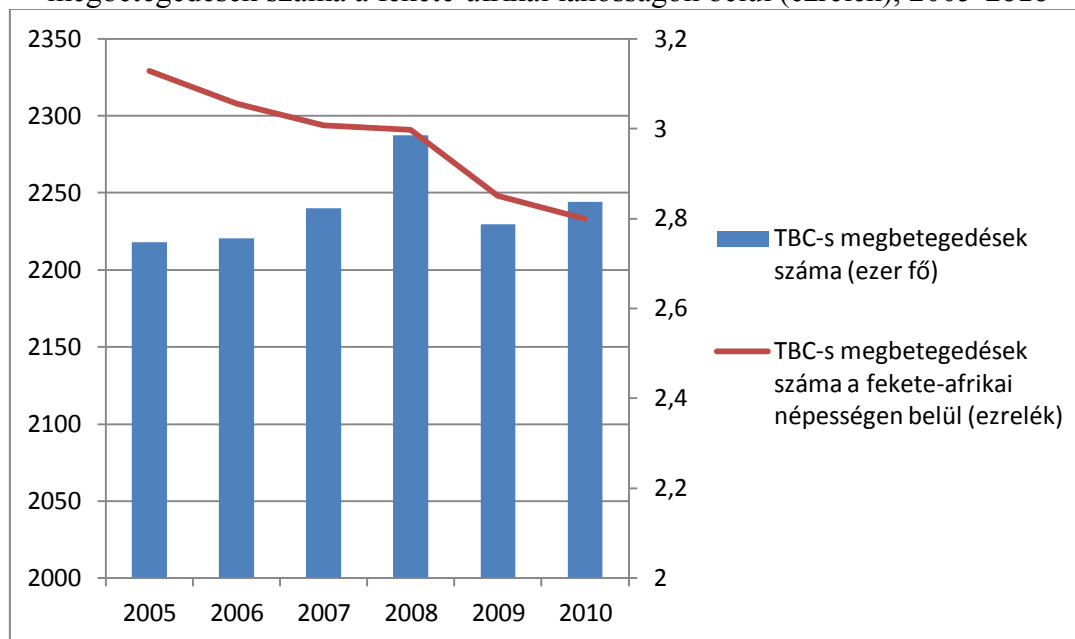


Forrás: WHO (2012a) adatai alapján saját szerkesztés

A *tuberkulózisról* annyiban különbözik a többitől, hogy a TBC nem elsősorban Afrikát sújtja, hanem Ázsiát (az összes eset 60%-a Ázsiában történik). Ennek elsősorban az eltérő életkörülmények és éghajlat a magyarázata. Azonban Afrikában is nagyon sokan betegednek meg a TBC baktériummal, és elmondható az is, hogy a világon az afrikai térségben történik a legtöbb új megbetegedés (WHO 2012i). Az eddig bemutatott betegségektől az is eltérővé teszi a tuberkulózist, hogy ebben az esetben nem olvashatunk le a 4. ábráról konkrét trendet a TBC-s megbetegedések *számának* alakulásával kapcsolatban, 2010-ben 0,5%-kal regisztráltak több megbetegedést, mint 2005-ben. Más eredményre jutunk akkor, ha megnézzük a tuberkulózis

jelenlétének alakulását a népességhez viszonyítva. Ebben az esetben azt mondhatjuk, hogy a megbetegedések *népességen belüli* aránya 3,13 ezrelékről 2,8 ezrelékre csökkent. Ezt azonban azért nem nevezhetjük pozitívnak, mert nem amiatt csökkent a mutató értéke, hogy kevesebben betegednek meg, hanem csupán a népesség természetes növekedésének tudható be mindez.

4. ábra TBC-s megbetegedések száma Fekete-Afrikában (bal tengely, 1000 fő), illetve TBC-s megbetegedések száma a fekete-afrikai lakosságon belül (ezrelék), 2005-2010



Forrás: WHO (2012a) alapján saját szerkesztés

A betegségekkel kapcsolatban összegzésként elmondhatjuk, hogy habár a HIV/AIDS illetve a malária esetében a bemutatott adatok alapján pozitív tendenciát tudunk megfigyelni, azonban még mindig nagyon magas a megbetegedések és a halálozások száma. A TBC-nél pedig elmondhatjuk, hogy semmiféle pozitív változást nem tudtunk megfigyelni. Az pedig, hogy a HIV/AIDS betegséggel élők száma folyamatosan emelkedik, valamint hogy maláriával még mindig a teljes népesség 22%-a él és hogy a TBC-ben megbetegedettek száma nem csökken, komoly gazdasági következményekkel járhat. Azt természetesen nem merjük kijelenteni, hogy *minden* fekete-afrikai országban egyformán jelentkeznenek a gazdasági következmények, hiszen 45 különböző országról beszélünk, melyek némelyikében az ábrákon bemutatott átlagnál alacsonyabb, némelyiknél pedig magasabb a bemutatott mutatók értéke. A következő részben tehát az Afrikára leginkább jellemző betegségek gazdasági hatásainak áttekintése következik.

2.2. A betegségek gazdasági következményei

„*A jó egészség a gazdasági növekedés meghatározó tényezője és a népjólét alapeleme*” – írja tanulmányában Mwabu (2007, 1. o.). Ebben a részben azt tanulmányozzuk, hogy a jelentős afrikai betegségek (HIV/AIDS, malária) milyen gazdasági következményekkel járnak, és hogy befolyásolják-e a térség gazdasági növekedését.

Afrikában gazdasági szempontból elsősorban azért okoz jelentős gondokat a HIV/AIDS járvány, mert *leginkább a munkaképes (15-49 éves) korosztály a legjobban érintett* (Mtika 2007). Ők pedig a munkaerőpiacról kiesve gondoskodásra szorulnak, ami teher a gazdaságnak, hiszen így ők már nem vesznek részt a termelésben. Továbbá az egészségnek nagy szerepe van a termelékenységben és az oktatásban való részvételben is (Miguel és Kremer 2004). Bollinger et al. (2000) alapján az AIDS hatása első körben a családon belül lesz észrevehető, ami majd később továbbgyűrűzik vállalati, végül makroökonómiai szintre.

Anand et al. (1999) vizsgálatai alapján a HIV/AIDS járványnak három fő gazdasági következményét tudjunk megkülönböztetni.

1. a termelékenység csökkenése a betegség tünetei, majd a halál miatt,
2. a termelékenység csökkenése az AIDS-betegek gondozása miatt,
3. és az AIDS-páciensek kezeléséből fakadó többletköltségek.

Az elemzésből kiindulva, mivel a HIV/AIDS megbetegségnek kezdetben nem nagyon jelentkeznek tünetei, különösebb gazdasági vonatkozásokról sem beszélhetünk. Az idő előrehaladtával azonban a HIV vírus elszaporodik a fertőzöttek szervezetében, végül kialakul az AIDS. Ebben a stádiumban már rendszeres időközönként kell orvosi vizsgálatokra járni. Amikor a beteg orvosnál van, akkor természetesen nem dolgozik. Az ebből fakadó termelékenység csökkenéséről beszélt a szerző. Sok esetben ezeket a költségeket a vállalat vagy a biztosító állja, és a betegség drágán kezelhetősége miatt ez nagy terheket ró a finanszírozóra.

A fenti gondolatokkal összefüggésben Corrigan és szerzőtársai (2005) is azt tanulmányozták, hogy az AIDS terjedésének melyek a gazdaságra gyakorolt hatásai Fekete-Afrikában. A szerzők szerint két okból érdemes foglalkozni ezzel a kérdéssel. „*Egyrészt, a növekedésre gyakorolt alacsony hatás is jelentős befolyást gyakorolhat a jövő generáció*

jólétére. Másrészt, nincs sem gyógymód, sem bármilyen esély arra, hogy a közeljövőben a járvány terjedését a felügyeletünk alá vonjuk.” (Corrigan et al. 2005, 107. o.) A szerzők azt állapították meg, hogy nehéz pontosan megmondani, hogy a betegség hogyan hat a GDP-re. Megemlítették, hogy más szerzők, mint például Kambou (1992), ezzel kapcsolatban azt találták, hogy az járvány elterjedtségtől függően akár 50%-kal is vissza tudja vetni a GDP növekedési ütemét. Ezzel szemben Cuddington és Hancock (1994) ennél kisebb mértékű hatást figyeltek meg: Malawi gazdaságát 1985 és 2010 között vizsgáló modelljük alapján arra a következtetésre jutottak, hogy mérsékelt AIDS elterjedtség mellett a gazdasági növekedés évi 0,2-0,3 százalékponttal maradhat el a potenciális kibocsátástól, mely az időszak végére potenciálisan elérhető GDP csupán 95%-a termelődik meg. Extrém HIV fertőződés jelenléte esetén azonban a várható GDP-nek mindösszesen csak 68-75%-át sikerülhet megtermelni az időszak végére. A szerzők tehát különösen *fontosnak tartják, hogy foglalkozzanak a HIV/AIDS járvány gazdasági hatásainak csökkentésével* (például az AIDS gyógyszerek mindenki számára elérhetővé tételével).

Corrigan és szerzőtársai (2005) tanulmányukban az „*AIDS árvasággal*” is foglalkoztak. Eredményeik szerint a járvány következtében egyik vagy másik szülőjét elvesztett gyerekek számára kevesebb lehetőség van, mert például *dolgozniuk kell* az egyik szülő halála okozta keresetcsökkenés miatt, s emiatt nem járhatnak iskolába.⁴ Az iskolai jelenlétet nem csak a munkába állás csökkenti. Vannak olyan családok is, akiknek választaniuk kell: vagy iskolába járatják a gyereket, vagy AIDS gyógyszert vesznek. Corrigan et al. (2005) létrehoztak egy modellt, amely különböző bonyolultabb számításokon keresztül vizsgálja meg az AIDS gazdasági hatásait. Természetesen az derül ki, hogy minél több ember érintett a járvány által egy országban, annál nagyobb a gazdaságra gyakorolt hatás. Tesznek azonban egy végső megállapítást is, miszerint az AIDS gyógyszerek magasabb szintű kormányzati támogatása csak kisebb mértékben mérsékli a gazdaságra gyakorolt hatásokat, mint azt a korábban bemutatott szerzők állították.

Bollinger és munkatársai (2000) hosszasan foglalkoztak *az AIDS járvány* Malawira gyakorolt hatásaival. Mint ahogy a fejezet elején már említettük, a szerzők vizsgálatai alapján egy gyógyíthatatlan és halálos betegséggel küszködő ország gazdaságra jellemző, hogy annak *hatása először csak a családon belül lesz észrevehető, ami majd később továbbgyűrűzik a vállalati, végül a makroökonómiai szintre*. A szerzők felosztották a gazdaságot szektorokra, és

⁴ A munkába állás és az iskolába járás közötti választás negatív hatásait hangsúlyozza Shetty és Powell (2003) is.

egyenként megvizsgálták, hogy melyik ágazatra hogyan hat ki a betegség. A következőkben a vizsgálatnak csak a gyógyszerhez jutás és Fekete-Afrika szempontjából legjobban releváns részeit emeljük ki.

1. A családok akkor találkoznak az AIDS gazdasági hatásaival, amikor a családot eltartó személy betegsége következtében elveszti munkáját. Ennek elsődleges hatása a család jövedelmének csökkenése, másodlagos hatása a gyógyszerkiadások emelkedése. Ennek következtében a család többi tagja - például a feleség vagy a gyerekek - munkára kényszerülnek, s emiatt kiesnek az iskolából. Ez a gyerekek iskolába nem járása a gazdaságban csökkenti a potenciálisan felhalmozható emberi tőkét. Harmadsorban a beteg családtag halál esetén temetkezési költségekkel is számolnia kell a családnak.
2. Afrika számos országában a primer szektor a fő gazdasági ágazat. Ezért érdemes foglalkozni a HIV/AIDS mező- és halgazdálkodásra gyakorolt hatásaival. A háztartásokról szóló részben már megállapítottuk Bollinger et al. (2000) alapján, hogy ha a család pénzt kereső tagja beteg lesz, akkor kiesik a termelésből. A mezőgazdaságban ez úgy jelentkezik, hogy ekkor a család kevesebb munkaerővel kevesebb terményt tud betakarítani. Ez különösen annak tudatában lényeges adat, hogy Malawi GDP-jének 10 százaléka ered ültetvényes gazdálkodásból (Bollinger et al. 2000). A latifundiumok mellett van egy másik formája is a hagyományos ágazatnak, amelynek keretében a háztartások jellemzően egy hektárnál kisebb földterületeket művelik. Ebben az esetben kiemelkedően fontos, hogy a betakarítás ideje alatt minden munkaképes családtag munkába álljon. Ellenkező esetben - esetünkben, ha valaki AIDS beteg lesz - munkaerőt kell felbérelni. Ha nincs forrás napszámos alkalmazására, akkor az iskolás korú gyermekeknek kell besegíteni. Ez pedig az iskolából való távolmaradást eredményezi, ami az emberi tőkére jelentős hatást gyakorol.
3. Bollinger és szerzőtársai (2000) tanulmánya az AIDS vállalatokra gyakorolt hatásai közül megkülönböztet egyfelől a kiadásnövekedéssel járó terheket, mint például a megnövekedett egészségügyi kiadások, temetési költségek vagy a munkaerő-toborzásból és betanításból fakadó többletköltségek. Másfelől megkülönböztet bevételecsökkentő hatásokat is. Ilyen például a betegségből fakadó termelésekiesés, a családtag temetésén való részvétel miatti távolmaradás. Az új munkaerő alkalmazása azért negatív hatás, mert a friss, még tapasztalatlan munkaerő kevésbé termelékeny. Utóbbi különösen akkor igaz, ha például az AIDS egy már régóta a cégnél dolgozó, vezető beosztású személynél is jelen

van. Az ilyen munkaerő pótlása nagyon nehéz (Corrigan et al. 2005). A HIV/AIDS vállalatokra gyakorolt hatásait a táblázatban foglalhatjuk össze.

4. Az AIDS más gazdasági ágazatokra gyakorolt hatását is érdemes megvizsgálni. A fentebb említett szerzők közül ezzel a kérdéssel a legátfogóbban Bollinger és munkatársai (2000) foglalkoztak. Vizsgálataik során a gazdaság többi ágazata közül az egészségügyi és az oktatási szektornak tanúsítottak nagyobb figyelmet. Elemzésük alapján az egészségügyet kétfelől érinti a betegség. Egyrészt megnő a kórházi ellátást igénylők száma, másrészt növekednek az egészségügyi szektor kiadásai, hiszen az AIDS betegek kezelése jóval költségesebb, mint más pácienseké. Az oktatás pedig úgy érintett, hogy a járvány miatt csökken a tapasztalattal rendelkező tanárok száma, ezáltal hanyatlik az oktatás színvonala. Másfelől pedig a gyerekek a már említett házkörüli munka végzése miatt alkalmanként kimaradnak az iskolából, rosszabb esetben pedig végleg kiíratják őket.

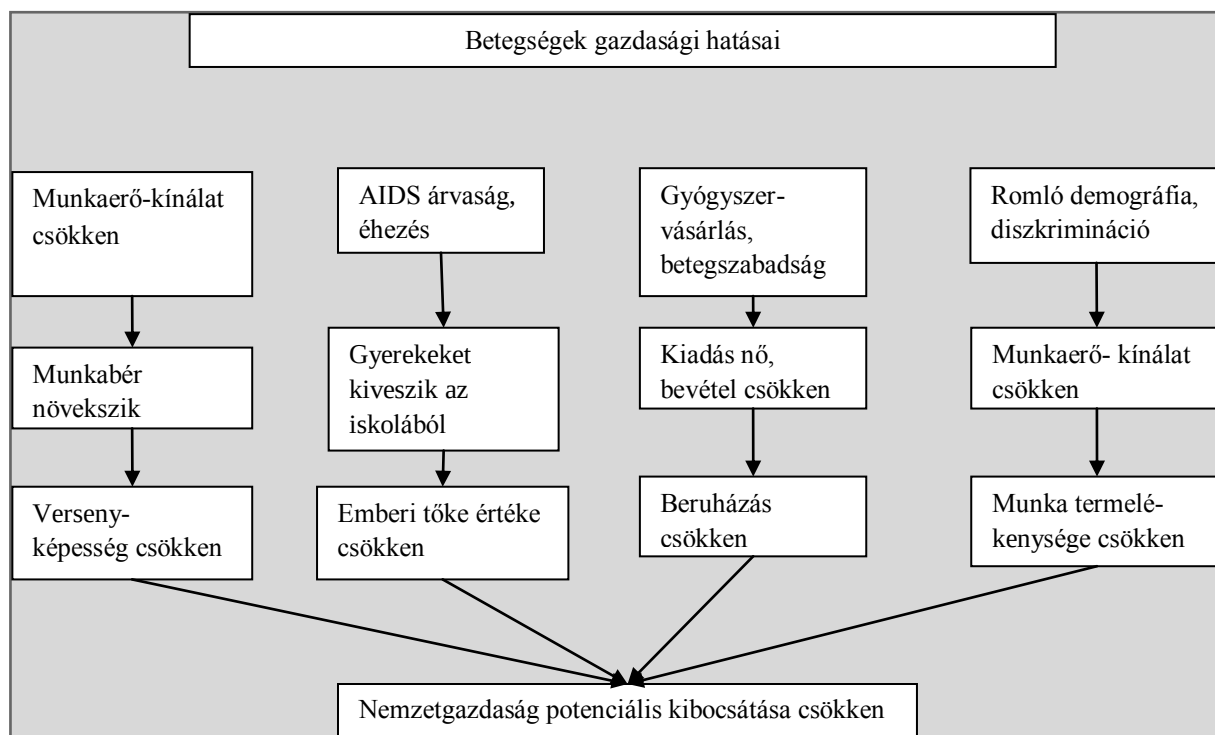
Összegzésként tekintsük át, hogy a fejezetben ismertetett tanulmányok alapján milyen hatást gyakorol a betegség a gazdaságra. Ezek a hatások nem csak a HIV/AIDS-re érvényesek, hanem olyan trópusi betegségre is, mint például a malária (Chima et al. 2003, Shepard et al. 1991, Ettling és Shepard 1991, Ettling et al. 1994). Ezzel a betegséggel kapcsoltban Molavi (2003) megjegyzi, hogy a Világbank (WB) számításai szerint a maláriás megbetegedések 1960-as évek óta tartó tombolása következtében 2003-ban Fekete-Afrika GDP-je 32%-kal marad el az optimálistól (azaz, ha nem lett volna megbetegedés). A betegség következtében tehát az alábbi hatások jelennek meg (5. ábra). Összesen négy fontos következményt tudunk elkülöníteni.

1. A magas, korai halálozással járó betegségek következtében csökkenést tapasztalhatunk a gazdaság munkaerő-kínálatában. Mivel csökken a rendelkezésre álló munka nagysága, ezért egységnyi munkáért többet kell fizetni, vagyis a munkaerő-kínálat szűkülése következtében emelkedni fognak a munkabérek. A magasabb munkabérek pedig azt eredményezhetik, hogy a külföldi befektetők nem ezekben az országunkban fognak befektetni, hanem egy alacsonyabb bérszínvonallal rendelkező államban.

2. Továbbá tudjuk, hogy a betegségekkel csak gyógyszeres kezelés révén, sok pihenés árán lehet hatékonyan megbirkózni. Ez pedig a gyakorlatban azt jelenti, hogy a megnövekedett egészségügyi kiadások (betegek gyógyszeres kezelése) magasabb kiadásokat (és csökkenő bevételeket) eredményeznek mind a kormány, mind a vállalati szinten (például új munkaerő toborzása és kiképzése), ez pedig pénzt von el a beruházásoktól.

3. A betegségek hatással vannak az iskolai jelenlétre is. Amennyiben egy gyermek elveszíti egyik vagy mindkét szülőjét (AIDS árva lesz), úgy arra kényszerül, hogy már fiatalon, iskolába járás helyett is dolgozni menjen. Emiatt a gyermekeket kiveszik az iskolából, és a családi gazdaságban vagy egyéb helyen fogják dolgoztatni. Ennek révén nem tesz szert azokra az ismeretekre, amiket megtanulhatott volna akkor, ha nincs jelen a család életében a betegség. Ez csökkenti az emberi tőke értékét.

5. ábra Betegségek hatása a gazdaságra



Forrás: Saját szerkesztés

4. A betegségek kártékony hatást gyakorolnak az ország demográfiai mutatójára (például növelik a halálozások számát, csökkentik az átlagéletkort). Ennek hatására csökken a munkaerő-kínálat (hiszen kevesebben lesznek alkalmasak munkavégzésre), és ezáltal kevesebb (például exportra szánt) terméket tud a gazdaság előállítani.

Mindezen folyamatok hatására csökken a gazdaság potenciális kibocsátása.

Látható, hogy az egészségügy rendezetlen helyzete nagyon komoly következményekkel járhat a gazdaságra nézve. Ezért elengedhetetlen az, hogy valamilyen módon ezeket a hatásokat csökkentsük. A fekete-afrikai térség legfőbb célja a gazdasági

növekedés beindítása lenne, azonban mindez véleményünk szerint nem következhet be addig, ameddig az 5. ábrán bemutatott okok fennállnak. Összegzésként tehát megállapíthatjuk, hogy a betegségeknek negatív gazdasági vonatkozásai vannak, így az alacsony jövedelmű országok fejlődése érdekében égető szükség van tenni ezek ellen. Természetesen tisztában vagyunk azzal, hogy Afrikában nem csak az egészség fenntartásának és helyreállításának biztosítása okoz gondot, hanem például az alacsony szintű és színvonalú ételmezés illetve felmerülhetnek egyéb problémák is. Dolgozatunkban azonban mi az egészség szempontjából vizsgáltuk a gazdasági következményeket.

A betegségek gazdasági következményeinek vizsgálata mellett azt is érdemes megvizsgálni, hogy egy betegség által okozott terheket hogyan lehet megmérni. Erre azért van szükség, hogy súlyosság szerint rangsorolni tudják azokat, így nézve meg azt, hogy egy-egy betegség mennyire nagy kárt okoz egy ország életében. E rangsor alapján pedig fel lehet állítani egy preferenciarendszert, amely segítségével könnyebben lehet eldönteni, melyik betegséggel szükséges a legtöbbet foglalkozni. Egy lehetséges mutató a *DALY* (Disability Adjusted Life Years - Egészségkárosodással korrigált életévek), ami azt mutatja meg, hogy egy betegség következtében egy ember hány egészséges évet veszít el az életéből. „1 „*DALY*” egyenlő egy olyan életévnyi veszteséggel, amit teljes egészségben lehetett volna megélni” (Egészségpolitikai Fogalomtár 2012). Ideális esetben, azaz ha a személy élete végéig egészséges maradna, a mutató értéke nulla lenne (WHO 2012b). Kiszámítására az alábbi képletet használják.

$$DALY = YLL + YLD,$$

ahol az YLD (Years Lost due to Disability) az egészségkárosodás miatt elveszített életévek számát mutatja meg, míg az YLL (Years of Life Loss) az elvesztett életévek számát adja meg. A képletből az YLL-t lényegében úgy kapjuk meg, ha a halálozások számát megszorozzuk azon korosztály átlagosan várható élettartamával, amely életévben a beteg elhunyt, vagyis

$$YLL = N + L,$$

ahol az N a halálozások számát, az L pedig a halál beálltának évében megfigyelt átlagéletkorból még hátralévő időt jelenti. Az YLD kiszámításakor pedig a következő képletet kell alkalmazni.

$$YLD = I \times DW \times L,$$

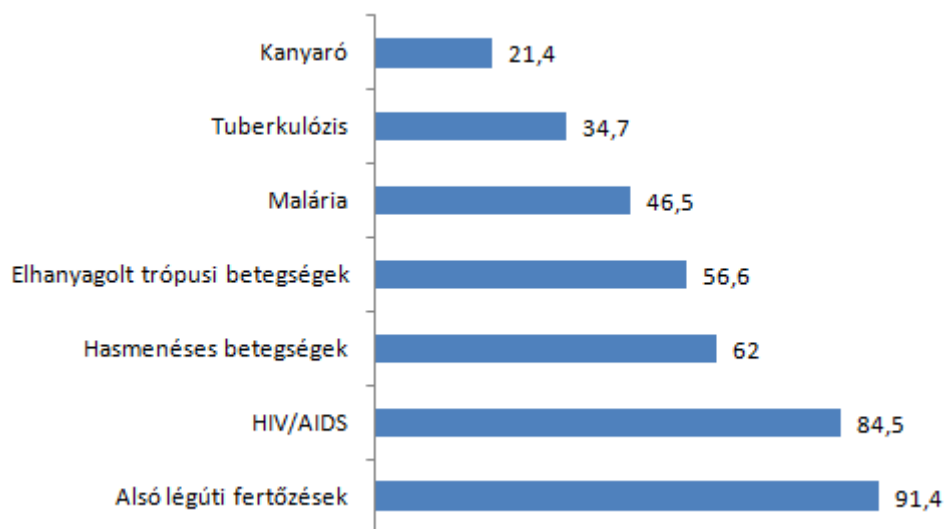
ahol az I a vizsgált időszakban bekövetkezett megbetegedéssel esetek (incidencia) száma, DW az eset lefolyásának súlyossága. A DW 0 és 1 közötti értéket vehet fel, ahol 0 a tökéletes egészség visszaszerzését jelenti, 1 pedig a beteg halálát. Az L a betegség átlagos lefolyását jelöli években, vagyis azt az időt, amely átlagosan eltelik a gyógyulásig vagy a halál beálltaig (WHO 2012b).

Vegyünk egy hipotetikus példát,⁵ ahol egy 28 éves angolai férfi megbetegszik, majd egy hónap után meghal. Tegyük fel, hogy Angolában a most 28 éves korosztály átlagosan várható élettartama 42 év (így $L = 42 - 28 = 14$) és ebben a betegségben csak ő hunyt el a vizsgált időszakban ($N = 1$), de összesen 10-en betegedtek meg ($I = 10$). A betegség lefolyása a vizsgált időszakban egy esetben vezetett halálhoz, tehát szakértői becslésünk szerint $DW = 0,9$ és a betegség átlagos lefolyása 1 hónap, vagyis $L = 0,083$. Ha a szükséges műveleteket elvégezzük, megkapjuk, hogy $YLL = 1 + 14 = 15$, illetve $YLD = 10 * 0,9 * 0,083 = 0,747$. A kettőt összeadva megkapjuk, hogy a fent említett képzeletbeli betegség DALY-je 15,747-nek adódik. Ez azt jelenti, hogy az eddigi tapasztalatok alapján ez a betegség 15,747 egészségben leélhető évtől fosztja meg a megfertőződött személyt. Ha tehát kitörne a példában említett járvány, akkor a megbetegedettek számát megszorozzuk a betegség DALY terhével és eredményként megkapjuk a betegség világszintű terhet.

A 6. ábrán DALY szerint rangsorolva megfigyelhetjük a legfontosabb betegségeket. Láthatjuk, hogy a dolgozat 2.1. fejezetében bemutatott betegségek közül DALY szerint rangsorolva a HIV/AIDS a második, a malária az ötödik, a TBC pedig a világ hatodik legsúlyosabb betegsége. E szerint is nagyon fontos tehát, hogy a betegségekkel gazdasági oldalról is foglalkozzunk, és a következmények mérséklése érdekében előmozdítsuk a térségben a gyógyszerhez jutást. Ezzel kapcsolatban természetesen vannak próbálkozások az érintett országok magán- és állami szektorai részéről is. A következő részben azt vizsgáljuk meg, mennyit fordítanak az ország szereplői egészségügyre és azon belül gyógyszerre.

⁵ A valóságban általában csupán egyetlen megbetegedésre nem számolnak DALY mutatót; a dolgozatban bemutatott példát a könnyebb megértés reményében, mint illusztráció mutattuk be.

6. ábra Néhány fertőző betegség terhe (millió egészségkárosodással korrigált életévben)



Forrás: Liese és Schubert (2009), 144. o.

2.3. Gyógyszerráfordítások alakulása a világban illetve a fejlődő országokban

Ebben a fejezetben rávilágítunk arra, hogy milyen az egészségügyi ellátás színvonala a fejlődő (alacsony jövedelmű) országokban a fejlettekhez (magas jövedelműekhez) viszonyítva. Az egészségügy színvonalával kapcsolatban kiderül az is, hogy az egyes jövedelemcsoport országai mennyit költenek gyógyszerre, és hogy mindez milyen mértékben fedezi az emberek ellátását, valamint hogy milyen trendet mutatnak a kiadások. A dolgozatban a fejlett-fejlődő országok értelmezéséhez a *Világbank jövedelem alapú besorolását* hívjuk segítségül. Ezeket a csoportokat a gazdaságok GNI/fő indikátor értéke alapján alakítják ki. A kategóriák elnevezését és a hozzájuk rendelt GNI/fő értéket az 1. táblázatban foglaltuk össze. A fejlődő országok általában az alacsony jövedelmű országok közül kerülnek ki, míg a fejlettek a magas jövedelműek közül. A témánk szempontjából fontos *Szubszaharai-Afrika legtöbb országa alacsony jövedelmű ország*. A WB (2012) adatai szerint az általunk vizsgált 45 Fekete-Afrikai ország 58%-a (26 ország) alacsony jövedelmű, és mindösszesen csak egyetlen ország (Egyenlítői-Guinea) számít magas jövedelműnek.

1. táblázat Országcsoporthoz a GNI/fő indikátor értéke alapján, USD

Jövedelemkategória	GNI/fő érték (USD)	Fekete-afrikai országok száma (darab)
Magas	> 12 275	1
Felső közepes	3 976 - 12 275	5
Alsó közepes	1 006 – 3 975	13
Alacsony	< 1 005	26

Forrás: Világbank (2012)

Évtizedek óta mintegy 1,3-2,1 milliárd olyan ember él a Földön, aki *nem jut hozzá az alapvető gyógyszerekhez* sem és ez a szám már évek óta változatlan (WHO 2004), vagyis úgy tűnik, nemigen akar időben csökkenni. Azonban arányaiban nézve elmondható, hogy az össznépeséghez képest valamelyest csökkent azok részaránya, akik nem jutnak orvossághoz. 1987-ben a gyógyszerhez nem jutók aránya még 37%-ot tett ki, amely 1999-re 30%-ra csökkent, és ha ezt a mai hét milliárdos lakosságra vetítjük, akkor már csak 26%.⁶ Mégsem szabad azonban egyértelműen kijelenteni, hogy pozitív trendfordulónak vagyunk a szemtanúi. Ezeket az adatokat ugyanis úgy is értelmezhetjük, hogy az alapsokaság, ami régebben sem jutott gyógyszerhez, ma sem jut sokkal nagyobb arányban orvossághoz. Csupán az évek során nőtt a Föld népessége, ami azt okozta, hogy arányaiban véve kisebbnek tűnik ugyanakkora sokaság.

Ha megnézzük, hogy melyik jövedelemcsoportot sújtja leginkább a gyógyszerhez jutás problémája, a következőket tapasztalhatjuk. A 2. táblázatból kiolvasható, hogy az alacsony jövedelmű országokban jutnak arányaiban véve és abszolút értelemben is a legkevesebben gyógyszerhez (azonban az alacsony jövedelmű országok közül is kiemelkedik Afrika elmaradottsága). Látható, hogy a gyógyszerhez nem jutók több mint háromnegyede a legsó jövedelmi kategóriából kerül ki, míg a legmagasabb csoportban egy százalékot sem érint ez a probléma. Mindez arra utal, hogy szegénység konzerválja az egészségügyi állapotot is, hiszen az alacsony jövedelmű országokból kerül ki a legtöbb gyógyszerhez nem jutó személy (WHO 2004).

⁶ AWHO (2004) szerzői 1,8 milliárdos átlaggal számoltak, és azért pont az 1987-es és az 1999-es éveket vették figyelembe, mert akkor haladta meg a Föld lakossága rendre az 5 illetve a 6 milliárd főt, 2012 eleje óta pedig már 7 milliárdan élünk bolygónkon.

2. táblázat Az alapvető gyógyszerekhez hozzá nem jutók száma és aránya
jövedelemcsoportok alapján, 1999⁷

Ország jövedelem- csoportja	Országok száma	Népesség	Alapvető gyógyszerekhez sem jutó népesség száma		
	darab	millió főben	millió főben	jövedelem- csoport %- ában	Világon hozzá nem jutók %- ában
Alacsony	63	3548	1369	38,6	79,4
Közepes ⁸	86	1447	350	24,2	20,3
Magas	34	859	5	0,6	0,3
Összesen	183	5854	1724	N/A	100

Forrás: WHO (2004)

A továbbiakban részletesebben megvizsgáljuk az alacsony jövedelmű országok egészségügyi kiadásait valamint gyógyszerirányításait, hiszen a dolgozat célja szempontjából ez a csoport a legfontosabb, mert Szubszaharai-Afrika országainak közel kétharmada tartozik bele ebbe a rétegbe. Ennek értelmezésében a *TPE* (Total Pharmaceutical Expenditures – teljes gyógyszerkiadások) mutató segít, amely azt mutatja meg, hogy egy ország *teljes egészségügyi kiadásaiból* (THE) – beleértve mind a magán mind az állami költségeket – mennyit fordít gyógyszerre.⁹ Az országok jövedelemcsoportjai alapján a TPE mutató az alacsony jövedelmű országok esetében jóval magasabb értéket vesz fel, mint a magas jövedelmű országokban (3. táblázat). Ennek az lehet az oka, hogy a gyógyszerárak nagyjából mindenhol egyformák, így az alapvető gyógyszerek biztosítása egy kisebb költségvetéssel gazdálkodó országban nagyobb terhet jelent. Jól láthatjuk, hogy ameddig az alacsony jövedelmű országokban a kiadások átlagosan közel harmadát költik gyógyszerre (29,5%), addig a magas jövedelmű csoportba tartozó országokban átlagban csupán 18,2%-át. Így a gyógyszerek beszerzése egy alacsony jövedelmű ország számára sokkal nagyobb teher, mint egy fejlettebb ország számára.

⁷ Mivel nem találtunk az 1999-es évinél frissebb adatokat a gyógyszerhez nem jutók számával kapcsolatban, felkerestük az Egészségügyi Világszervezetet. Kérdésünkre azt a választ adták, hogy a WHO már más módszereket használ a gyógyszerhez jutás szintjének méréséhez, mert a táblázatban bemutatott mérés sok nehézségbe ütközik. A szervezet új mérési módszere három fő indikátor segítségével méri fel a gyógyszerhez jutás szintjét (segítve és igazodva ezzel a Millenniumi Fejlesztési Célok egészséggel kapcsolatos célkitűzéseivel). Ezek az indikátorok pedig a következők: gyógyszerek árai, elérhetőségük, megfizethetőségük (medicine prices, availability, affordability).

⁸ Felső közepes és alsó közepes együttvéve.

⁹ Tehát például ha egy országban egy fő átlagosan 100 dollárt ad ki egészségügyre, és ebből 10 dollárt fordít gyógyszerre, akkor a TPE a THE 10%-ának adódik.

3. táblázat A TPE aránya az egyes jövedelmi csoportokban, 2006 (%)

Jövedelemcsoport	Országok száma	Népesség (ezer fő)	Átlag (%)
Magas	46	1 011 957	18,2
Közepesen magas	37	812 489	22
Közepesen alacsony	44	3 379 873	26,6
Alacsony	34	1 114 890	29,5
Összesen	161	6 319 210	23,1

Megjegyzés: A negyedik oszlopban szereplő számok a népesség szerint súlyozott átlagot mutatják be.

Forrás: Lu et al. (2011), 6. o.

Külön megemlítené még a fenti táblázattal kapcsolatban, hogy a negyedik oszlopban lévő számok csak az országok számának átlagát takarják, tehát vannak extrém értékek is. Például a közepesen alacsony jövedelmű Kongóban 1995-ben a teljes egészségügyi kiadások 67,4%-át költötték gyógyszerre (Lu et al. 2011). A jövedelmi kategóriák gyógyszerkiadásainak közelebbi vizsgálata után a 4. táblázatban Fekete-Afrika néhány országának gyógyszerkiadásait nézzük meg részletesebben, összehasonlítva az Amerikai Egyesült Államokban tapasztalt trendekkel. A táblázat adatai szerint a gyógyszerekre szinte minden évben a GDP ugyanakkora hányadát költötték a vizsgálatban szereplő fekete-afrikai országok, ez pedig 0,96-1,21%-nak adódott. Megfigyelhető, hogy a TPE indikátor a teljes egészségügyi kiadások viszonylatában kezd visszaszorulni; a 2006-os 4,1 százalékponttal múlja alul az 1995-ös szintet, így *szintje közelíteni látszik a magasabb jövedelmű országokéhoz*. Az egy főre vetített egészségügyi kiadások is javuló tendenciát mutatnak az 1995 és 2000 között megfigyelt stagnálást követően. Míg 2000-ben fejenként átlagosan 6,7 dollárnak adódott a TPE, addig 2006-ban már 19,5 dolláros fejenkénti értéket figyelhetünk meg. Az adatokból az látszik, hogy a fekete-afrikai országokban nagyon lassú fejlődés mutatkozik egészségügy területén. Kiemelendő a TPE egy főre jutó értékével kapcsolatban, hogy a megfigyelt javulás elsősorban egyetlen ország eredményének, Egyenlítői-Guineának tudható be. Az afrikai állam hatalmas gazdasági növekedést tapasztalt az 1996-os évet követően (1997-ben például a gazdaság teljesítménye az előző évhez képest 95%-kal nőtt), miután megindult az olajkitermelés (CIA Factbook 2012). Azonban míg az ország 1995-ben a GDP 0,7%-kát költötte gyógyszerekre, ami akkor 2,9 dollárnak adódott, addig 2006-ban 0,3%-át költik ilye célokra, jóllehet, ez az érték 65,2 dollárt takar. Az, hogy az ország a *HDI*

*rangsorban*¹⁰ a 136. helyet foglalta el 2011-ben mutatja, hogy a gazdasági növekedés mellé nem társul humán fejlődés (Human Development Report 2011).

A szubszaharai-afrikai országokban tapasztalt trend mellett érdemes azonban összehasonlítani az adatokat az Amerikai Egyesült Államokból vett adatokkal (4. táblázat). Azért ezt az országot választottuk, mert az USA egy magas jövedelmű ország, ahol a fekete-afrikai országokhoz hasonlóan szintén *nagymértékben* (52,8%) járul hozzá a magánszektor az egészségügyi ellátás finanszírozásához (BBC 2012). A 4. táblázat adatai szerint mind a GDP százalékában, mind az egy főre vetített TPE esetében jelentősen többet költ egészségügyre az USA, mint a vizsgálatban szereplő fekete-afrikai országok. Emellett a szubszaharai-afrikai országok teljes gyógyszerkiadása a teljes egészségügyi kiadáshoz viszonyítva (THE) kis mértékben csökken ugyan, de még így is duplája, mint az Amerikai Egyesült Államokban.

4. táblázat Egészségügyi kiadások a vizsgált fekete-afrikai országokban Amerikai Egyesült Államokban, 1995-2006

Fekete-Afrika					Amerikai Egyesült Államok			
Év	TPE a GDP %-ban	TPE a THE %-ban	TPE/fő (USD)	Átlagos GDP növekedés (%)	TPE a GDP %-ban	TPE a THE %-ban	TPE/fő (USD)	Év
1995	1,21	29,3	7,5	5,32	1,4	10,2	382,4	1995
1996	1,06	26,8	7	8,51	1,4	10,6	415,4	1996
1997	1,1	28,1	6,9	14,46	1,5	11,2	452,6	1997
1998	1,13	27	6,8	7,22	1,6	11,6	491,2	1998
1999	1,08	27,6	6,9	6,62	1,7	12,4	549,6	1999
2000	1,03	27,3	6,7	4,72	1,7	12,8	602,7	2000
2001	1,01	25,9	7	14,13	1,9	13,1	660,4	2001
2002	1	23,8	7,8	5,63	2	13,3	726,5	2002
2003	1,02	25,5	9,9	5,25	2,1	13,5	788,6	2003
2004	0,99	24,3	12,4	12,55	2,1	13,5	834,5	2004
2005	0,96	24,6	14,1	6,41	2,1	13,3	869,6	2005
2006	0,97	25,2	19,5	4,96	2,1	13,3	924	2006

Forrás: saját szerkesztés Lu et al. (2011) adatgyűjtései alapján

Megjegyzés: Az adatok a következő országok átlagából adódnak: Zöld-foki Köztársaság, Közép-afrikai Köztársaság, Csád, Kongó, Egyenlítői-Guinea, Kenya, Szenegál

Forrás: saját szerkesztés Lu et al. (2011) adatgyűjtései alapján, illetve UNCTAD (2012)

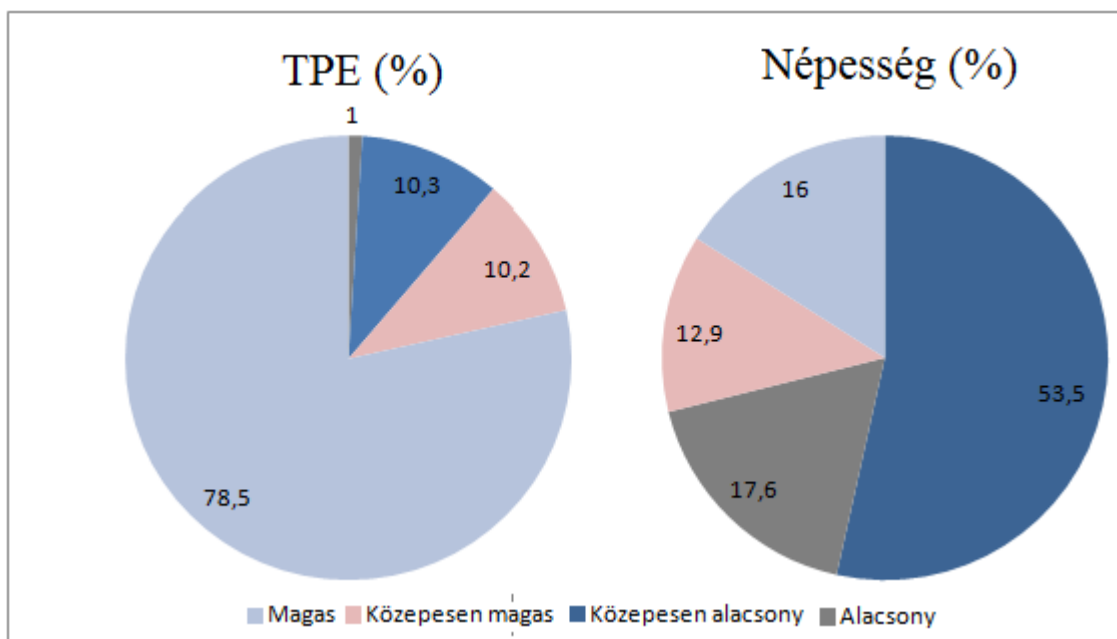
¹⁰ Az országokról minden évben elkészítik az úgynevezett Human Development Reportot, ami a HDI (Human Development Index vagy Emberi Fejlettségi Index) index alapján az országok fejlődését méri. Három dimenzióból áll, melyet négy indikátor segítségével határoznak meg: egészség, oktatás, jólét. Az egészséget a születéskor várható élettartam alapján mérik. Az oktatás részbe beleszámít, hogy a 25 éven felüliek átlagosan hány évet töltöttek el az oktatásban, valamint hogy az újonnan beiskolázott gyermekek *várhatóan* hány évig fognak iskolába járni. A jólét méréséhez az egy főre vetített, vásárlóerő-paritáson (PPP) számított bruttó nemzeti jövedelem (GNI) az irányadó (Human Development Reports 2012).

Összegezve a táblázat tanulságait megállapíthatjuk, hogy habár a bemutatott egészségügyi mutatók alapján *javuló helyzet mutatkozik* a vizsgált szubszaharai-afrikai országokban, azonban még bőven van tér a fejlődésre. Még jobban igaznak bizonyul ez annak tudatában, hogy a WHO (2012c) szerint a *Millenniumi Fejlesztési Célok*¹¹ teljesítése érdekében évente legalább 62 USD-t kellene fejenként egészségügyi kiadásokra fordítani. A korábbi táblázatok adatai viszont rámutatnak, hogy ennek a szintnek átlagosan csak az egyharmadát sikerült eddig elérni Fekete-Afrikában 2006-ig, a vizsgált országok közül egyedül Egyenlítői-Guinea érte el a kívánt szintet.

Ezt a *lemaradást* akkor is tapasztalhatjuk, ha összegezzük a teljes gyógyszerkiadásokat (7. ábra). Ekkor kiderül, hogy abszolút értékben nézve a legtöbb pénzt a magas jövedelmű országokban költik gyógyszerre, és ahogy haladunk lefelé a jövedelemkategóriák között, úgy adnak ki egyre kevesebbet ilyen célra. Az ábráról leolvasható, hogy míg az alacsony jövedelmű országok a világ teljes gyógyszerkiadásából mindösszesen csak 1%-áért felelnek, addig a magas jövedelmű országok több mint háromnegyedéért (78,5%). Ezek az adatok akkor válnak elgondolkodtatóvá, ha összehasonlítjuk őket a jobb oldali diagrammal, amely a világ népességmegoszlását mutatja be jövedelemkategóriák szerint rendezve. Ezek szerint, a teljes gyógyszerkiadások 78,5%-át a világ népességének mindössze 16%-át kitevő magas jövedelmű országokban költik el. Ezzel szemben a világ népességéből 17,6%-ot jelentő alacsony jövedelmű országok lakosai csupán a TPE 1%-ból részesülnek.

¹¹ A Millenniumi Fejlesztési Célokat egy 2000-ben kezdődő ENSZ konferencián fogalmazták meg és fogadták el a világ országai. A nyolc pontból álló, 2015-ig megvalósítandó célok cselekvési tervének 4-6. pontja foglalkozik az egészségügy javításával. Ennek keretében csökkenteni kell a csecsemőhalandóságot, javítani kell az anyai egészségügyet, illetve meg kell állítani, majd vissza kell fordítani a HIV/AIDS, malária és egyéb betegségek terjedését. Ennek keretében igyekeznek univerzálissá tenni a gyógyszerhez jutást legalább az alapvető gyógyszerek tekintetében (ENSZ 2012).

7. ábra Teljes gyógyszerkiadás (TPE) az egyes országokban és a világ népességének megoszlása világbanki jövedelemkategóriák szerint (%)



Forrás: Lu et al. (2011), 5. o.

Még jobban árnyékolja a képet, ha megnézzük, hogy állami vagy magánfinanszírozásból van-e szó (5. táblázat). Az alacsony jövedelmű országok nem csak, hogy világviszonylatban költenek keveset egészségügyre (így gyógyszerre is), de az általuk igénybe vett egészségügyi ellátást a betegeknek nagy részben önerőből kell állniuk. Ezzel kapcsolatban kiemelendő, hogy Fekete-Afrikában a lakosság fele napi kevesebb, mint egy dollárból él (Benetar 2002). Így elgondolkodtató, hogy a lakosoknak ilyen feltételek mellett kell önerőből évi mintegy 5,85 dollárt egészségügyre költeni.¹² Szemben egy magas jövedelmű országgal, ahol ugyan 167,2 dollárt kell ilyen célra kiadni, ám ez a keresetekhez viszonyítva kevesebb, mint az 5,85 dollár (Lu et al. 2011)! Az alacsony arányú állami gyógyszer-finanszírozás azt jelenti, hogy sok esetben az embereknek pénzt kell kölcsönkérniük vagy tulajdonuk egy részét eladni, hogy ki tudják fizetni az orvosi ellátást. Ennek következtében minden évben mintegy 25 millió ember válik szegénnyé, ami segít a világ szegényeinek újratermelődésében (Wagner 2011).

¹² Ha belegondolunk, 5,85 dollár nem tűnik túl nagy összegnek. Felmerülhet bennünk az is, hogy azok is meg tudnak ennyit spórolni, akik napi egy dollárnál kevesebből élnek. Azonban ez sajnos nem így van. Azoknak az emberek, akik ennyiből kénytelenek élni, sokszor még az alapvető élelmiszerek beszerzése is gondot okozhat. Bizonyítja ezt az is, hogy naponta hozzávetőlegesen 22 ezer gyermek hal meg a szegénység következtében. (Global Issues 2012). Azonban még ha volna is ennyi rendelkezésre álló megtakarításuk, a kórházak sokszor több száz kilométer távolságra helyezkednek el, így a kórházi kiadásokon felül gondoskodni kell jármű beszerzéséről, többlet ételről. Ha a család például földet művel, akkor a beteg helyett napszámot kell bérelni.

5. táblázat Egy főre vetített TPE megoszlása jövedelemkategóriák és finanszírozási forma szerint, 2006 (%)

Jövedelemcsoport	Állami	Magán
Magas	61,3	38,7
Közepesen magas	38,8	61,2
Közepesen alacsony	33,5	66,5
Alacsony	23,1	76,9

Forrás: Lu et al. (2011), 7. o.

A fejezetben gyakran használtuk a *TPE* mutatót. Mint tudjuk, minden mérőszámnak megvannak a maga *előnyei* is és *hátrányai* is. A TPE mutató például jól visszaadja azt, hogy az országok a teljes egészségügyi ráfordításukból (THE) mennyit fordítottak gyógyszerre. Azonban a tanulmány szerzői (Lu et al. 2011) szerint az indikátorból nem derül ki, hogy

1. mennyiségileg hányféle gyógyszert vásárolnak (például lehet, hogy egyetlen speciális gyógyszerre költenek minden pénzt)
2. a gyógyszert állami támogatással vásárolták, vagy teljesen magánúton történt a finanszírozása (mint láttuk, a különböző jövedelmű országokban különböző mértékben segíti az állam a gyógyszerek megvásárlását, az alacsony jövedelmű országokban 23,1%-ban),
3. az emberek a hagyományos vagy a gyógyszeres úton történő orvoslást preferálják-e,
4. illetve, hogy informális csatornákon történt-e gyógyszerbeszerzés (például regisztrálatlan gyógyszerek).

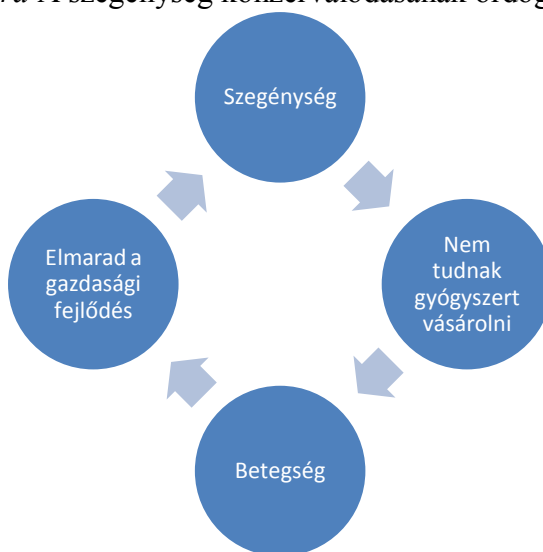
Mindezek alapján azonban elgondolkodtató, hogy a legszegényebb országokban költik a legkevesebbet egészségügyi célokra (és ezáltal gyógyszerre) illetve a magas jövedelmű országokban a legtöbbet ugyanilyen célokra. Ezáltal megfogalmazhatunk egy olyan állítást, ami szerint a legkevesebbet gyógyszerre költő alacsony jövedelmű országokban él a gyógyszerhez jutási szempontból leginkább sújtott réteg. *Mindennek pedig súlyos gazdasági következményei is lehetnek.* A fejezetben tehát bemutattuk, melyek a legfontosabb betegségek Fekete-Afrikában, milyen kapcsolat van az egészségügy és a gazdaság között, illetve hogyan alakulnak a térségbeli gyógyszerfinanszírozások. Láttuk, hogy az egészség és a gazdaság között jelentős kapcsolat van. A nagy kérdés azonban az, hogy előbb a gazdaságnak kell fejlődnie, s utána oldódnak meg az egészségügyi problémák, vagy pedig a betegséggel kapcsolatos gondok megoldása vezet el végül a gazdasági fejlődéshez. Úgy véljük, utóbbinak van

nagyobb létjogosultsága, s dolgozatunk mondanivalója is végig ezt hordozza. A probléma ugye abból tevődik össze, hogy a magas létszámú megbetegedésekhez negatív gazdasági következmény társul, amely a fekete-afrikai térség elsősorban magánkézből történő gyógyszerfinanszírozása következtében újratermeli a szegénységet, és meggátolja a gazdasági növekedést. Úgy gondoljuk tehát, hogy a fejezetben bemutatott gazdasági következmények ördögi körének a felszámolásának az egyik módja lehet a gyógyszerhez való hozzájutás segítése ezekben a térségekben. Ez azonban jelenleg több akadályba ütközik. A következőkben ezeket tekintjük át.

3. A GYÓGYSZERHEZ JUTÁST AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐK

Ebben a fejezetben feltárjuk, hogy a második részben bemutatott tendenciák (alig javuló gyógyszerhez jutási helyzet, az egészségügyi ellátás rossz helyzete) *milyen okokra vezethetők vissza*. Megismerkedünk ezzel kapcsolatban a fontosabb *nemzeti hiányosságokkal* valamint *nemzetközi akadályokkal*. A szegénység miatt az emberek nem tudnak gyógyszereket vásárolni, ami miatt betegek. Azonban betegségükből kifolyólag különböző negatív gazdasági következmények jelentkeznek, aminek egyik feloldása lehetne a gyógyszerek vásárlása. Ám mivel szegények, betegek maradnak. Ez egy ördögi kör, amely miatt (is) konzerválódik az alacsony jövedelmű afrikai országok kilátástalan helyzete (8. ábra). Az okok azonban sokrétűek: gyógyszerhez jutást nem csak nemzeti, hanem számos nemzetközi tényező is befolyásolja. Felmerül még ezek mellett a gyógyszergyártók érdeke is, melyről szintén érdemes értekezni. Ezek közül elsőként vizsgáljuk meg a nemzetközi jellegű akadályokat.

8. ábra A szegénység konzerválódásának ördögi köre



Forrás: Saját szerkesztés

3.1. TRIPS egyezmény mint nemzetközi jellegű akadály?

Ebben a részben azt elemezzük, hogy milyen hatással van a gyógyszerhez jutásra a *Szellemi Tulajdonjogok Kereskedelmi Vonatkozásairól szóló TRIPS* (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) *egyezmény*. Elemzésünk során bemutatjuk a TRIPS rövid történetét és legfontosabb rendelkezéseit.

3.1.1. A TRIPS egyezmény vonatkozó rendelkezései

A tulajdonvédelemmel kapcsolatban már korábban, a XIX. században is voltak kezdeményezések.¹³ A legátfogóbb multilaterális szabályozásra azonban csak a XX. század végén kerül sor. A GATT¹⁴ 1995-ben zárult uruguayi fordulóján a magasabb jövedelmű szerződő felek részéről felmerült az igény az eddigieknél szigorúbb, több területet átfogó, pontosabb szabályozásokat tartalmazó szellemi tulajdonvédelmi rendelkezések létrehozására. Ezt az hívta életre, hogy a magas jövedelmű országok vállalatának nagy károkat okoztak az alacsony jövedelmű, elsősorban *Távol-keleti országok termékhamisításai*. Ezek az országok nem írták alá a szabadalomról és a szerzői jogokról szóló korábbi egyezményeket (például *Párizsi illetve Genfi konvenció*), így a hamisított áruk tömeggyártása nagy mértéket öltött. Ez szolgáltatta az igényt egy új, átfogó multilaterális egyezmény létrehozására. Ennek eredményeként született meg a TRIPS (Szellemi Tulajdonjogok Kereskedelmi Vonatkozásairól szóló) egyezmény, mely *„fokozott védelmet kíván biztosítani a szellemi termékek széles körének, a márkáktól és védjegyeiktől kezdve a gyártási eljárásokig és műalkotásokig”* (Andor et al. 2005, 108. o.). A Kereskedelmi Világszervezet alapító szerződését (Marrakeshi Egyezmény) aláíró országok vállalták, hogy ezentúl a TRIPS egyezményt is betartják. Az egyezménytől *azt várták, hogy csökkenésnek indul a termékhamisítás*, hiszen innentől kezdve már be lehetett hajtani a jogdíjat a termékhamisítóktól (Somai 1997). Tekintettel arra, hogy a TRIPS egyezmény a szellemi tulajdon területeinek széles körével foglalkozik, mi csak a gyógyszerhez jutás szempontjából fontos rendelkezéseit fogjuk áttekinteni. Udvari (2011) szerint hat cikkely emelhető ki a gyógyszerekkel kapcsolatban, ezt elfogadva eszerint haladunk.

1. A 3. és a 4. cikkely, amelyek hangsúlyozzák, hogy a WTO tagországok közötti kereskedelembe a *nemzeti elbánást*¹⁵ és a *legnagyobb kedvezmény elvét*¹⁶ kell alkalmazni.

¹³ A korábbi szabályozások elsősorban az ipari tulajdonra terjedtek csak ki. Az első ezzel kapcsolatos nemzetközi szabályozást 1883 márciusában írták alá Párizsban, ám kiegészítéseivel a mai napig hatályos. Az idők folyamán, ahogy egyre magasabb igény mutatkozott a tulajdon védelmére, egyre több kiegészítést is tettek. Összesen hét kiegészítést tettek: 1900 decemberében Brüsszelben, 1911 júniusában Washingtonban, 1925 novemberében Hágában, 1934 júniusában Londonban, 1958 októberében Lisszabonban, 1967 júliusában Stockholmban, valamint 1979 szeptemberében Párizsban (WIPO 2012).

¹⁴ A GATT (Általános Vám- és Kereskedelmi Egyezmény) a Világkereskedelmi Szervezet (WTO) elődje. Átmeneti szándékkal hozták létre 1947-ben, és 1995-ig, a WTO megalakulásáig volt hatályban.

¹⁵ A GATT egyik alapelveként vezették be, ami szerint „a Szerződő Felek állampolgárai, valamint azok a természetes és jogi személyek, akiknek lakóhelye, illetve amelyeknek székhelye valamelyik Szerződő Fél területén van, az összes többi Szerződő Fél területén [...] ugyanolyan elbánásban részesülnek, mint amilyen elbánást a másik Szerződő Fél jogszabályai saját állampolgárainak biztosítanak” (SZTNH 2012a).

¹⁶ Szintén a GATT alapelve a legnagyobb kedvezmény elve, ami „szerint a tagállamok vám-, adó- és a kereskedelemre vonatkozó más szabályozásukban nem alkalmazhatnak diszkriminációt a GATT szerződő felei

2. A 7. cikkely meghatározza, hogy miért kell megvédeni és kikényszeríteni a szellemi tulajdonjogok védelmét. A szöveg értelmében ennek „hozzá kell járulnia a technológiai találmányok előmozdításához, a technológia terjedéséhez és a technológiatranszferhez [...] a közös érdekek mentén” (WTO 1994).
3. A 27-es cikk (1) bekezdése kimondja, hogy a szabadalmak a termékre is és annak gyártási folyamatára is vonatkoznak.
4. A 28-as cikkely megfogalmazza, hogy a szabadalom birtoklójának kizárólagos jogokat kell biztosítani a termék értékesítésével, importjával és használatával kapcsolatos célokat illetően.
5. Végül a 33-as cikkely leszögezi, hogy *a szabadalmi védelem annak bejegyzésétől számított húsz éven belül nem járhat le.*

Ezen rendelkezések alapján a szabadalmak tulajdonképpen kizárják a generikus gyógyszerek¹⁷ megjelenését a piacon (27. cikkely), ami a monopóliumból adódó verseny hiánya miatt (28. és 33. cikkely) magasabb árakhoz vezet (WTO 1994). Ez pedig kedvezőtlen helyzetbe hozza a szűkös forrásokkal rendelkező alacsony jövedelmű országokat. Ezért állítja néhány szerző (például Watal (2000), Attaran és Gillespie-White (2002), Akaleephan (2009) vagy Smith és Correa (2009)), hogy a TRIPS a gyógyszerhez jutást akadályozza.

A TRIPS és a gyógyszerhez jutás témakörében gyakran megjelennek az úgynevezett „*TRIPS rugalmasságai*”, melyeket a probléma megoldására szántak.

1. A 31. cikkely rendelkezik a *kényszerengedélyezés* (compulsory licensing)¹⁸ lehetőségéről, ami ha a Tagok jogszabályai „lehetővé teszik a szabadalom tárgyának a jogosult engedélye nélkül történő [...] hasznosítását”, akkor nemzeti vészhelyzet vagy egyéb extrém fontosságú körülmény fennállása esetén a szabadalom tulajdonosának beleegyezése nélkül is meg lehet kezdeni a gyógyszerek generikus úton történő előállítását (WTO 1994). Az egyezmény felsorol a kényszerengedélyezéssel kapcsolatban tizenöt kitétel, melyek közül kiemelendő a

tekintetében: azaz bármely előnyt, amelyet a GATT-ban részes valamely állam megad egy másik államnak, biztosítani kell a GATT többi tagállamának is” (SZTNH 1998).

¹⁷ A generikus és az originális gyógyszer közötti legfőbb különbség a kettő közötti árkülönbségben rejlik. A generikus gyógyszerek jó értelemben vett gyógyszermásolatok (tehát először az originális gyógyszereket fejlesztik ki). Ennek ellenére a szakirodalom szerint (például Kopp (2000) vagy Austin (2006)) közel egyforma hatékonyságúak és szedésük kényelmessége is lényegében ugyanolyan. A fő különbség tehát a pontosan az originális gyógyszerek nagyon magas K+F ráfordításából fakad, szemben a generikus gyógyszerek alacsony kutatás-fejlesztési költségeivel. Természetesen a magas K+F tevékenységet az originális gyógyszergyártók az árakban is érvényesíteni kívánják, ezért lesz a generikumokhoz képest magasabb árú az originális gyógyszereknek.

¹⁸ A kényszerengedélyezésről részletesebben a 4.2. fejezetben lesz szó.

- (b) a kényszerengedély egyedi elbírálás után akkor adható ki, „ha a hasznosítás előtt a javasolt hasznosító megkísérelte, hogy méltányos kereskedelmi feltételek mellett engedélyt szerezzen a jogosulttól”, de azt belátható időn belül nem sikerült elérnie,
- (c) a hasznosítás nem lehet kereskedelmi jellegű,
- (f) a hasznosítás célja az ország szükségletének piaci kielégítése,
- (g) az ilyen hasznosítási engedély [...] megszűnik, ha és amennyiben az engedélyezéshez vezető körülmények megszűnnek és valószínűleg nem merülnek fel újra” (WHO 2004),
- (h) a szabadalom birtoklója felé ilyen esetben is – az egyezmény által meg nem határozott (Patralekha 2005) – jogdíjat kell fizetni.

2. A kényszerengedélyezés mellett a TRIPS egyezmény szövegéből levezetve adódik a „*párhuzamos import*” lehetősége is. Ezt a lehetőséget 2003-ban azon országok számára emelték be az egyezménybe és könnyítették meg, amelyek valamilyen oknál fogva (alulfejlett technológia és infrastruktúra, nem rendelkeznek kapacitásokkal, stb.) nem tudnak élni a kényszerengedélyezés adta lehetőségekkel. A párhuzamos import lényege a következő. Ha A ország kinyilvánítja, hogy közegészségügyi vészhelyzet áll fenn az országban, viszont nem rendelkezik kapacitásokkal, hogy a megszerzett kényszerengedélyezés révén saját maga gyártsa le a gyógyszereket, akkor megkérheti B ország C nevű cégét, hogy gyártsa le A ország helyett a szükséges gyógyszereket. Kitétel, hogy mindhárom fél betartsa a 31. cikkely rendelkezéseit (azaz ha a hasznosítás nem kereskedelmi jellegű, célja a piaci szükségletek kielégítése, és megtörténik a szabadalmat birtokló felé a jogdíj kifizetése, stb.) *Ezek fennállása esetén megkezdődhet a gyógyszer B országból A országba történő szállítása* (WTO 2012).

Mivel a fenti rendelkezésekkel kapcsolatban *sok mindent nem tisztáztak* (például hogy pontosan mikor lehet élni a kényszerengedélyezés lehetőségével) a WTO-n belül az Afrikai Csoport (ami tartalmazza a WTO összes afrikai tagországát) kérte, hogy ezeket határozzák meg. Így a *2001-es dohai konferencián* bátorították a fejlődő (alacsony jövedelmű) országokat, hogy szükség esetén, az arra vonatkozó szabályok betartása mellett alkalmazzák a TRIPS adta kényszerengedélyezés lehetőségét (Abott (2002), Smith-Correa (2009), Kerry és Kelly (2007)). Ennek jogi alapját a Doha határozat 5. cikkelyének (b) bekezdése adja, mely szerint „minden Tag jogában áll szabadon kényszerengedélyezést kiadni és a

kényszerengedélyezés kiadásának alapjait meghatározni.” Valamint az 5. cikk (c) értelmében „minden Tag jogában áll meghatározni, mi számít nemzeti vészhelyzetnek vagy egyéb extrém fontosságú körülménynek” és hogy a kényszerengedélyezés alapjául nyugodtan lehet venni a HIV/AIDS-szel, maláriával vagy tuberkulózissal kapcsolatos járványokat is (WTO 2012).

A WTO elismeri, hogy különösen *az alacsony jövedelmű országoknak nagy nehézséget fog okozni a rendelkezések implementálása*. A TRIPS implementálására rendelkezésre álló időt, amely során az ország ugyan már WTO tag, de még nem köteles megfelelni az 1995-ös egyezmény szabályozásainak, átmeneti időnek (transition period) nevezzük. Azok az országok, amelyek magasabb fejlettséggel rendelkeztek, kevesebb időt kaptak az implementálásra, ezzel szemben azok, akik jogrendszere kevésbé volt kompatibilis a TRIPS egyezménnyel, több időt kaptak a végrehajtásra.

Ennek alapján négy csoportra oszthatóak a tagországok a szerint, hogy mennyi idő áll rendelkezésre a TRIPS végrehajtását illetően (Kremer 2002, Correa 2002, WTO 2012), (6. táblázat). Az első csoport tartalmazza azokat az országokat, ahol a jogrendszer fejlett mutatott és *mind a termékre, mind a gyártási folyamatra* vonatkozott a szabadalmi védelem. Számukra nem okozott nehézségeket a TRIPS rendelkezéseinek alkalmazása, így a nemzeti jogszabályaik átalakítására egy évet kaptak, azaz 1996-ig kellett megfelelniük az 1995-ös egyezmény szabályainak. A második csoport a relatíve fejlett fejlődő országokat tartalmazza, ahol *a termékre ismerték el a szabadalmi védelmet*, azaz csupán másik előállítási folyamattal nem lehetett lemásolni az árucikket. Mivel ez a szabadalmak egy magasabb fejlettségi szintjét jelentette, ezért ők a jogi hiányosságok elhárítására 5 évet kaptak, és így 2000-ig kellett megfelelniük a TRIPS egyezmény szabályozásainak. A harmadik csoportba azon országokat sorolták, amelyeknek szabadalmi szabályozásai *csak a folyamatot tekintették védettnek*, azaz egy új eljárás kifejlesztésével a terméket szabadon előállíthatják. E nagy hiányosságok leküzdésére tíz év átmeneti időt kaptak. A negyedik csoport azon országokat tartalmazza, amelyek jogrendszere egyáltalán nem *ismerte el a szabadalmi védelmet*, sem a termékre, sem a folyamatra. Ezek tizenegy év átmeneti időt kaptak 1995-ben, amit a 2001-es dohai miniszteri konferencián tizenhat évre módosítottak, így ezen (főleg legkevésbé fejlett, LDC) országoknak 2016-ig kell jogrendszerüket TRIPS-kompatibilisé tenni. Kétséges azonban Correa (2002, 10. o.) szerint, hogy ez idő alatt a leginkább elmaradott országok is végre tudják hajtani a szükséges reformokat, mert ugyan az „egyezmény biztosítja a szükséges időt, azonban az erőforrásokat nem” a megfelelő lépések végrehajtására, habár a fejlettebb országok – ennek megoldása érdekében – elkötelezték magukat a technikai segítségnyújtás mellett.

6. táblázat A TRIPS egyezmény rendelkezéseinek alkalmazásáig rendelkezésre álló átmeneti idő hossza az országok szabadalmi védelmének fejlettségi szintje szerint

	Szabadalmi védelem szintjének fejlettsége	Rendelkezésre álló átmeneti idő
Fejlett országok	termékre és folyamatra is kiterjedő szabadalmi védelem	1 év (1996-ig)
Fejlődő országok	Csak a termékre vonatkozik a szabadalom	5 év (2000-ig)
	Csak a folyamatra vonatkozik a szabadalom	10 év (2005-ig)
	Sem a termékre, sem a folyamatra nem vonatkozik a szabadalom (LDC-k)	11 év (2006-ig), majd 15 évre meghosszabbították (2016-ig)

Megjegyzés: LDC: Legkevésebb fejlett országok (Least Developed Countries)

Forrás: saját szerkesztés

3.1.2 A TRIPS-plus

Létezik azonban a TRIPS rendelkezéseinél szigorúbb elvárásokat tartalmazó elvek gyűjteménye is, az úgynevezett *TRIPS-plus*. Miután a magas jövedelmű országoknak nem sikerült elérniük, hogy a TRIPS egyezménybe 1995-ös életbe lépése után (például a Seattle-i miniszteri konferencián) szigorúbb szellemi tulajdonvédelemmel kapcsolatos rendelkezéseket foglaljanak bele, az érintett országok inkább bilaterális kapcsolataik alakítása (például szabadkereskedelmi megállapodások, beruházási szerződések) során követelik meg a TRIPS-plus elvek alkalmazását (Mercurio 2006). Lényege abban áll, hogy a TRIPS rendelkezésein *felül, szigorúbb IPR védelmet biztosít* a szerződő felek országaiban. Ez azonban különösen akkor vezet problémákhoz, ha a bilaterális szerződést egy magas és egy alacsony jövedelmű ország között köti. Ez esetben a magas jövedelmű elvárja az alacsony jövedelműtől, hogy a fejlett ország által nyújtott (például kereskedelmi) kedvezményekért vezessen be a szellemi tulajdonvédelem kapcsolatos szigorúbb szabályozásokat. *A rendelkezések túlmutatnak a TRIPS által megkövetelt normákon, és nagyban érinthetik a gyógyszerhez jutást is.* A következő kiegészítéseket szokták az országok elvárni (WHO 2006).

- *Szabadalmi védelem kiterjesztése.* Ez esetben a TRIPS által meghatározott legalább húszévnyi szabadalmi oltalomnál több időt kell biztosítani a monopolhelyzet fenntartására.
- A Dohai Határozattal szembemenően *korlátozhatják a kényszerengedélyezés kiadásának feltételeit*, holott a dohai konferencián kijelentették, hogy a kényszerengedélyezéshez szükséges egészségügyi vészhelyzet fennállását a kormányok saját hatáskörben dönthetik el.

- *Adatkizárolagosság (data exclusivity) elve.*

A rendelkezések közül talán a legfontosabb az adatkizárolagosság elvéről szólni. Ez lényegében a gyógyszertárak klinikai tesztelésével kapcsolatos információk kiadásának tilalmát jelenti. Korábban, ha egy generikus gyógyszer a piacra lépett, nem volt szükséges a klinikai tesztek szigorú lefolytatására, annak egy enyhébb, gyorsabb és olcsóbb formáját alkalmazták. A TRIPS-plus következtében azonban a klinikai tesztelés folyamatát az új gyógyszerek tesztelésének jellemzőihez kell igazítani, ami jelentős gyógyszerár-emelkedést okozhat a többletköltségek miatt. Ezen felül ez idő alatt nem lehet engedélyezni generikus gyógyszerkészítményeket sem. Az adatkizárolagosság elvét csak egy bizonyos időszakra kérhetik (ami rövidebb, mint a húsz éves szabadalomvédelmi időszak). Azonban ez idő alatt a WHO (2006) szerint különböző kérdések merülhetnek fel. Elsőként, elképzelhető, hogy kényszerengedélyezést rendel el egy ország, miközben adatkizárolagosság van érvényben. Mivel ilyenkor nem lehet generikus gyógyszer engedélyezni, a kényszerengedélyezés végül is elveszti lényegét, vagyis azt, hogy a nehéz egészségügyi helyzetben lévő országok lakosságát olcsó gyógyszerekkel ellássa (El Said 2010, WHO 2006). Összegezve tehát elmondható, hogy az egyes országoknak óvatosan kell eljárniuk bilaterális kapcsolataik alakítása során, „az országoknak nem szabad eladni állampolgáraik gyógyszerhez jutási jogát” (WHO 2006, 3. o.).

A TRIPS egyezmény legfontosabb rendelkezéseinek tanulmányozása után vizsgáljuk meg, hogy miként érintik az egyezményben foglaltak a gyógyszerhez jutást. A vizsgálat során az érveket két részre bontva mutatjuk be: ellene és mellette szóló érvek.

3.1.3. A TRIPS mint egyértelmű akadály

A TRIPS legvitatottabb pontja a húsz éves szabadalmi idő, ami a generikus gyógyszerek *kiszorulását* okozza. Azonban a nemzetközi szakirodalom nem egységes a TRIPS gyógyszerhez jutásra gyakorolt hatásait illetően. Vannak olyanok, akik más okokra vezetnek vissza a kialakult helyzetet, és szerintük nem vagy elsősorban nem az egyezmény az oka a hiányos gyógyszerhez jutásnak (lásd 3.1. fejezet). Mások szerint igenis kapcsolat van a TRIPS és témánk között, hiszen az egyezményből adódóan különböző következmények származnak. A következőkben ezeket a véleményeket tekintjük át.

Udvari (2011) szerint az egyezmény következtében sérül a gyógyszerhez jutás joga néhány országban, ami az egészségre gyakorolt negatív hatásai révén visszaveti az érintett tagország gazdasági fejlődését. Ez pedig a Világkereskedelmi Szervezet gazdasági fejlődés előmozdításának alapelveibe ütközik (WTO 2012). Emellett Udvari (2011) szerint a

különböző fejlettségű fejlődő országokat el kell egymástól határolni, ha azt szeretnénk vizsgálni, milyen hatást gyakorol rájuk a TRIPS egyezmény rendelkezéseinek betartása. Megállapította, hogy a fejlődő országokat nem lehet homogén csoportként kezelni, ezért a TRIPS alkalmazásával járó hatások vizsgálata szempontjából az alábbi jellemzők szerint az országokat öt nagy csoportra osztotta.

1. volt-e szellemi tulajdonvédelmi törvény az országban, illetve, hogy az csak a termékre vagy a folyamatra is kiterjedt-e,¹⁹
2. van-e generikus gyógyszereket gyártó cég az országban,
3. melyik járvány okozza a legnagyobb gondot a térségben,
4. tudnak-e élni az érintett országok a TRIPS egyezmény rugalmasságaival (párhuzamos import, kényszerengedélyezés),
5. illetve, hogy áll-e rendelkezésre átmeneti idő a szabályok alkalmazásáig.

Az eredmények szerint azok az országok voltak könnyebb helyzetben a TRIPS előírásainak alkalmazása szempontjából, ahol legalább a termékre kiterjedt a szabadalmi védelem (Udvari 2011). Azonban fontos ehhez hozzátenni, hogy a legtöbb fejlődő országban nem találkozhattunk *semmilyen szabadalomvédelmi törvénnyel* (Chanduri et al. 2006). De a szerző szerint összességében a TRIPS negatívan hat a gyógyszerhez jutásra (ezzel pedig a gazdasági fejlődésre is).

Akaleephan (2009) azt vizsgálta, hogy milyen hatást gyakorol a szabadalmi védelem a gyógyszerköltségekre. Vizsgálta során azt állapította meg, hogy a TRIPS hátrányosan érinti gyógyszerhez jutást. Ezt azzal indokolta, hogy az olcsóbb generikus gyógyszergyártás lehetősége megszűnik, ha a szabadalmi védelmet a gyártási folyamatra is kiterjesztik. Ennek következtében emelkedik azon gyógyszerek száma, amelyekhez magas árak miatt az alacsonyabb jövedelmű országokban nem tudnak hozzájutni. A szerző abból indult ki, hogy az egyezmény által biztosított monopolhelyzetben nem áll fent a verseny lehetősége, így emiatt magasak lesznek az árak. Azt is hozzáteszi azonban, hogy a szabadalmi idő letelte után az árak folyamatosan csökkenni fognak, ahogy egyre több és több generikus változat jelenik

¹⁹ Megkülönböztetünk a gyártási folyamatra illetve magára a termékre kiadott szabadalmakat. Ha elismerik, hogy a szabadalom a terméket védi, akkor a szóban forgó árucikket ugyanazokkal a paraméterekkel nem lehet más módon előállítani. Amennyiben egy jogrendszer csak az előállítás folyamatát ruházza fel szabadalmi védelemmel, abban az esetben elég egy új utat találni a termék előállításához. Tehát a termékre vonatkozó védelem elismerése magasabb rendű, mint a folyamatra kiterjedő oltalom (Chanduri et al. 2006, Li 2008).

meg a piacon. Ezek nagyobb számban történő megjelenésére azonban legalább húsz évig kell várni. Az árak ez idő alatt csak abban az esetben csökkenhetnének, ha más originális gyártók is kifejlesztenek egy hasonló gyógyszert. Addig azonban a magas gyógyszerárak miatt a szűkös forrásokkal gazdálkodó egészségügyben egységnyi pénzért kevesebb gyógyszert lehet majd beszerezni, amitől az emberek egészségi állapota romolhat. Gazdasági szempontból a generikus gyógyszerek engedélyezése megtakarításhoz illetve azok innovatívval való felváltása a kiadások növekedéséhez, egyúttal a beruházások csökkenéséhez vezetne. Ebben az esetben a verseny miatt már hamarabb csökkenésnek indulnának az árak (Love 2000). Alakeephan (2009) azt is hozzáteszi, hogy a magas gyógyszerárak negatív következményekkel bírnak az ország közegészségügyére, mert a fix büdzsével gazdálkodó egészségügyben ugyanannyi pénzből ezentúl majd kevesebb gyógyszert lehet beszerezni, amitől az emberek egészségi állapota romolhat. Sőt, a szerző szerint a generikus gyógyszerek engedélyezése megtakarításhoz illetve azok innovatívval való felváltása a megtakarítások csökkenéséhez vezetne, ami visszaveti a termelő beruházások létrehozását. Mindez pedig a gazdasági fejlődés lehetőségeit szorítja vissza.

Smith és Correa (2009) is arra a véleményre jutottak, hogy a TRIPS egyezmény betartása a jelenleg használt generikus gyógyszerek gyártásának megszűnésével jár együtt, ami az elkövetkező húsz évben a gyógyszerek magas árának tartós fennmaradásához vezet. Ezt azzal indokolja, hogy a TRIPS által biztosított szabadalmi védettség következtében a verseny kizárásával monopolhelyzetben lévő gyógyszergyártó magasabb árakat szabhat meg. Patralekha (2005) szerint azonban nem csak a gyógyszerek áremelkedésével fog együtt járni a TRIPS rendelkezéseinek alkalmazása, hanem a magas árak miatt kialakult szűkebb gyógyszerhez jutás növelni fogja a HIV/AIDS-ben és egyéb drágán kezelhető betegségekben elhunytak számát.

Chaudhuri és szerzőtársai (2003) az előzőekkel szemben empirikus úton vizsgálták meg, hogy milyen hatást gyakorol a gyógyszerhez jutásra a TRIPS egyezmény rendelkezéseinek alkalmazása. Hangsúlyozzák, hogy a TRIPS alapelve olyan szempontból jónak tekinthető, hogy bátorítja a gyógyszergyártók kutatás-fejlesztési tevékenységét. Ezt azzal indokolják, hogy a vizsgálatok alapján a TRIPS pozitívan hat a beruházásokra, mert biztosítja, hogy a befektetett pénz a húsz éves védelmi periódusban megtérüljön. Ezáltal pedig több új gyógyszer léphet a piacra, ami jó hatással van az egészségügyre. Ugyanakkor rámutatnak, hogy az alacsony jövedelmű országok legnagyobb sérelme a TRIPS egyezménnyel kapcsolatban az, hogy emelkedni fognak a gyógyszerárak és néhány orvosság nem lesz elérhető a tökeszegény területeken. Vizsgálatai során a szerzők egy meghatározott,

antibiotikum alapanyagként használt molekulát vizsgáltak. A gyógyszergyártók azzal érveltek, hogy számos szabadalmaztatott terméknek (különösen az antibiotikumok között) vannak terápiás alternatívái. A szerzők összességében az alacsony jövedelmű országok panaszait igazoló eredményekre jutottak. Azt találták, hogy a TRIPS nem kedvez a hazai gyártóknak, továbbá jóléti veszteségben kifejezhető hátránya is van: a hazai gyártók 50 millió dollár meg nem termelt profitja nincs összehangban a külföldi gyártók 19,6 millió dollárnyi hasznával.

Sonderholm (2010) a korábbiaktól eltérő nézőpontból, inkább etikai szempontból vizsgálta a TRIPS egyezményt. Azt tanulmányozta, hogy mennyiben minősülnek igaznak azok az etikai problémák (például a gyógyszerhez jutás alapjogának sérülése), amelyek sokak szerint a TRIPS egyezmény rendelkezéseinek implementálásából származnak. Morális szempontból aggályosnak látja azt, hogy a magas árak miatt néhány eladó-vevő tranzakció nem fog létrejönni. Ezt nevezi „hozzájutási problémának” (access problem). Az erkölcsi problémát ez esetben az okozza, hogy emberek életét megmentő életmentő gyógyszerekről beszélünk, így elsősorban nem csak anyagi szempontokat kellene követniük a gyógyszergyártóknak.

Mindezek mellett vannak olyan vélekedések is, melyek szerint a TRIPS nem is játszik szerepet a kérdésben, vagy legalábbis nem akkora szerepe van a gyógyszerhez jutásban, mint azt az előző szerzők állították. A következőkben ezen szerzők véleményeit tekintjük át.

3.1.4. A TRIPS nem kizárólagos akadály

Sonderholm (2010) hangsúlyozta, hogy a kérdést több szempontból is lehet vizsgálni, hiszen a másik oldalon a gyógyszergyártók magas költségeket felemésztő K+F tevékenységei sem elhanyagolható tényezők. A gyógyszergyártók érdekeivel kapcsolatban még hozzáteszi, mivel a generikus gyártóknak nem kell a kutatás-fejlesztés magas költségeit megfizetni, ezért az árak a piaci versenyben gyorsan beállnak a termelés határköltségére (MC), így az originális cég nem tudja a befektetett tőkét visszanyerni, mivel nem tud a piacról származó profitra szert tenni.²⁰ Ezért a TRIPS egyezmény 33. cikkelye az originális gyártóknak monopóliumot biztosít a termékek értékesítéséből profitra tegyenek szert. A befolyó bevétel mértéke pedig

²⁰ Mivel a piacon alkalmazott árak a termelés határköltségére állnak be, ezért újabb termék előállítására már több pénzbe kerülne, mint annak értékesítése során az abból adódó haszon, feltételezve, hogy az $MC = MR$ profitmaximalizálási elvet alkalmazzák a cégek.

fedezze a korábbi évek kutatás-fejlesztési kiadásait, valamint azt meghaladva extra profitot érhessen el a gyógyszergyártó.

Watal (2000) ezzel kapcsolatban további megállapításokat tesz. Elismeri, hogy problémát jelent, hogy a világ egyharmada nem jut gyógyszerhez. A szerző azonban kifejti, hogy habár az IPR alkalmazásával az árak magasabbak lesznek, inkább a szegénység következtében jutnak kevesen gyógyszerhez. Ezt azzal indokolja, hogy azokat a gyógyszereket sem tudják az alacsony jövedelmű országokban megvenni, amelyeket nem véd szabadalom, illetve, hogy a gyógyszergyártók maguk is számos országban eltekintenek a szabadalmak betartásának kikényszerítésétől, és még így sem javul a helyzet. Fontosnak tartja, hogy a szabadalmi védelem elsődleges feltétele annak, hogy a gyógyszergyártók kockázatosabb K+F tevékenységbe fogjanak. Ez pedig csak úgy lehetséges, hogy elismerik a szabadalmakat, ami ösztönzi a beruházást ebben a szektorban. Hozzáteszi még ezzel kapcsolatban, hogy ha sok a generikus gyógyszer, a gyártók nem tesznek szert elég profitra, így nem lesz elegendő forrás például a trópusi betegségekkel kapcsolatos gyógyszerkutatásra. Összegezve tehát a TRIPS indirekt módon a betegek érdekeit is szolgálja!

Ezen felül Watal (2000) habár elismeri, hogy az egyezmény hatására emelkednek az árak, azt is hangoztatja, hogy szerinte nem elsősorban a TRIPS következtében áll fenn a jelenlegi helyzet. A TRIPS ellenzőinek véleményére reagálva azt mondja, hogy meg kell nézni azokat a gyógyszereket, amelyeket nem véd szabadalom. Kiemeli, hogy az alacsony jövedelmű országok még azokat sem tudják megvenni. Ebből következően nem elsősorban a gyógyszerek áremelkedését kell megakadályozni, hanem először a szegénységet kell felszámolni és infrastruktúrát kell kialakítani, és majd csak ezek után érdemes visszatérni a gyógyszerárakra.

Az előzőekhez kapcsolódva Attaran és Gillespie-White (2001) elemzése alapján sem a TRIPS egyezmény következtében áll fenn a korlátozott gyógyszerhez való hozzájutás, hanem ez az érintett kormányok gyógyszerre vonatkozó adó- és vámpolitikájának, a súlyos szegénységet, és az egyéb nemzeti szabályozásoknak tudható be. Ahhoz, hogy ezekben a régiókban jelentős javulás következzen be a gyógyszerhez való hozzájutás esélyeivel kapcsolatban, először ezeket az akadályokat kell felszámolni.

Boring (2010) is erősíti Attaran és Gillespie-White (2001) véleményét. A szerző a TRIPS egyezmény kereskedelemre gyakorolt hatásait vizsgálta. Elemzése alapjait az egyezmény ellenzői és támogatói között kialakult vita képezte. Az ellenzők szerint a generikus gyógyszerek gyártásának megszűnése csökkentő hatást gyakorol a kereskedelem

magyságára. A támogatók szerint pedig éppen ellenkezőleg, a szabadalmi jogok elismerése kiszámíthatóbbá teszi a kereskedelmet, ami a volumen növekedésében fog jelentkezni. Végül arra a következtetésre jut, hogy nem a TRIPS felelős a gyógyszerhez nem jutás tekintetében, hanem az államok belső problémái.

Kyle és McGahan (2009) inkább gazdasági szempontból vizsgálták a TRIPS hatásait. Vizsgálataik során arra jutottak, hogy a TRIPS egyezmény bátorítóan hatott a fejlett országok gyógyszeriparára (elősegítette az innovációt), s nem mutatható ki összefüggés az egyezmény és a gyógyszerhez jutás között. Az gyógyszeripari beruházások növekedésnek indulása annak tudható be, hogy a TRIPS egyezmény alapján bátrabban fognak magas költséggel járó kutatás-fejlesztési projektekbe, mert tudják, ha sikerrel járnak, a piacra jutás után visszanyerhetik korábbi ráfordításaikat a monopolhelyzet következtében.

Chadha (2009) az előző szerzőpáros véleményét megerősítve ezzel kapcsolatban azt találta, hogy Indiában a TRIPS hatására növekedésnek indult a beruházás. Ennek oka az, hogy a TRIPS védi a szabadalmakat és ennek következtében megjelentek a multinacionális vállalatok a gyógyszerpiacon (korábban az MNC-k egy törvény értelmében kizorultak a piacról). A szerző véleménye szerint az MNC-k beáramlását még tovább kellene ösztönözni, hiszen ők a külföldi működőtőke és a modern technológiák fő forrása. Az MNC-k beáramlásának oka Chadha (2009) szerint az, hogy a cégek biztonságban érzik magukat egy olyan helyen, ahol az általuk fejlesztett termékek védeltséget élveznek. Összegezve tehát az IPR szigorúbb betartása ösztönzi az innovációt, különösképpen a kutatásigényes ágazatokban, mint amilyen a gyógyszeripar is. Annak érdekében, hogy teljes képet alkothassunk a szabadalmi védelem beruházást ösztönző szerepéről, említsük meg Chadha (2009) véleményével ellentétben Haley és Haley (2012) nézetét. Szerintük önmagában a szabadalmi védelem nem ösztönzi a beruházást. A beáramló FDI növekedéséhez szükség van arra, hogy a magas szintű IPR védelemmel együtt járjon az oktatás színvonalának emelkedése és a gazdaság fejlődése. Haley és Haley (2012) véleményét támasztják alá Correa és munkatársai (2002) is. A szerzők a TRIPS tömeges alkalmazásának hatásait vizsgálja meg a fejlődő országok (alacsony jövedelmű országok) K+F jövőbeli alakulására, a fejlett technológiához való hozzáférésre és a jólétre gyakorolt hatások alapján. Vizsgálataik során széleskörűen feldolgozta a rendelkezésre álló nemzetközi szakirodalmat. Azt találta, hogy a szellemi tulajdonjog védelme pozitív hatást gyakorol a beruházásra, mert élénkíti a K+F szektort. Ugyanakkor hozzátették, hogy a fejlettebb országok többet tudnak profitálni belőle, mint a kevésbé fejlettek. Megvizsgálták az IPR és a külföldi működőtőke (FDI) beáramlás közötti

kapcsolatot is. Ezzel kapcsolatban a szakirodalom nem egységes, tehát nem mondható ki egyértelműen, hogy a magasabb szintű szellemi tulajdonjog védelme egyértelmű pozitív hatást gyakorolna az FDI-ra. Correa (2002) ezt azzal indokolja, hogy azon országok között is jelentős különbségek vannak, amelyek rendelkeznek szellemi tulajdonjog-szabályozással. Míg Thaiföldön és Brazíliában a helyi gazdasági válság legyőzése után óriási növekedésnek indult a beáramló működőtőke mennyisége, addig más országokban ezt nem lehetett megfigyelni. Összességében levonják a következtetést, hogy nem mutatható ki egyértelmű kapcsolat a szellemi tulajdonjogok védelmének fejlettsége és a beáramló működőtőke összegének nagysága között.

Az érvek és ellenérvek „kavalkádjának” tanulságait a 7. táblázatban foglaltuk össze. E szerint a TRIPS egyezmény inkább gazdasági oldalról nézve tekinthető hasznosnak, viszont az elemzések szerint a fejlődő (alacsony jövedelmű) országok is haszonélvezők lehetnek. Hatására növekszik a beáramló FDI nagysága, ösztönzi a gyógyszeripari beruházásokat és kutatás-fejlesztést, mert lehetőséget biztosít a monopolhelyzetből fakadó kizárólagos profitszerzésre. Ezzel szemben az egyezmény társadalmi szempontból nem jár ennyi előnnyel. A rendelkezések implementálása akadályokat vet a generikus gyógyszergyártás elé, aminek hatására emelkednek a gyógyszerárak. Ha a gyógyszerárak emelkedését nem fedezi a gyógyszerre fordítható jövedelem emelkedése, akkor az a megtakarítások csökkenésével, romló közegészségügyi helyzettel és ebből eredően a demográfiai mutatók (például születéskor várható élettartam, mortalitás, gyermekhalandóság) romlanak, és konzerválják a szegénységet. Ezen felül sérül a gyógyszerhez jutás alapjoga is. Az egyezmény negatív hatásait elvetők azzal érvelnek, hogy elsősorban nem a TRIPS következtében nem jutnak egyes helyeken gyógyszerhez, hanem például az alulfejlett infrastruktúra következtében. Így a következőkben ezeket a nemzeti sajátosságokat részletezzük.

7. táblázat TRIPS egyezmény hatásai

Érvek a TRIPS egyezmény ellen	Érvek a TRIPS egyezmény mellett
Korlátozottá válik a generikus gyógyszergyártás lehetősége	Növeli a beáramló külföldi működőtőke nagyságát
Emelkednek a gyógyszerárak	Növeli a beruházást (leginkább a gyógyszeriparban)
Sérül a gyógyszerhez jutás alapjoga	Az alacsony fizetőképes kereslet és infrastruktúra a fő hátráltató tényező
A demográfiai mutatók romlásnak indulnak	Léteznek alternatív kezelések, gyógyszerek, amik nem állnak védelem alatt
Romlik az egészségügy gyógyszerellátottsága (egységnyi pénzből kevesebb gyógyszer vásárolható)	Lehetőséget biztosít a profitszerzésre, ami indirekt módon növeli a forgalomban lévő gyógyszerek számát
WTO alapelvet sért	

Forrás: saját szerkesztés

3.2. Nemzeti hiányosságok

A gyógyszerhez nem jutás számos tényezőre (például nemzetközi szabadalmak betartásának kikényszerítése, stb.) vezethető vissza. Ezen okok közül a következő részben a nemzeti hiányosságokat vizsgáljuk meg. Ez azt jelenti, hogy melyek azok az akadályok egy adott országon belül, amelyek gátolhatják a gyógyszerhez jutást. A gyógyszerhez jutásnak három fő nemzeti akadályát tudjuk megkülönböztetni: szegénység és infrastruktúra hiánya, alulinformáltság és a megelőzés hiánya, valamint az egészségügy finanszírozási rendje. Ezek mellett külön foglalkozunk a gyógyszerárakat befolyásoló tényezőkkel is, melyek szintén fontos szerepet töltenek be a gyógyszerhez jutási probléma fennmaradásában.

3.2.1. Szegénység és infrastruktúra

Mivel a legtöbb szakértő szerint a gyógyszerhez jutásnak az *infrastruktúra és a szegénység* a két legnagyobb nemzeti jellegű akadály, ezért először ezeket vizsgáljuk meg részletesebben.

Elsőként emeljük ki az alulfejlett infrastruktúrát és az elégtelen kormányzati ráfordításokat. A gyógyszerhez jutással kapcsolatban Boring (2010) azt fogalmazta meg, hogy a kormányzati támogatások alacsony szintje, a rosszul elhelyezett kórházak (főleg akkor, ha azok nem közelíthetők meg a problematikus helyekről, például ha nagy létszámú vidéki beteg van, ám a kórházak főleg a városokba települtek), az egészségügyi dolgozók alacsony száma, valamint a gyógyszerek elosztásával, tárolásával és alkalmazásával kapcsolatos egyéb hiányosságok jelentik a probléma gyökerét.

Az előzőhöz kapcsolódva Attaran (2004) szerint is a legfőbb gyógyszerhez jutást akadályozó tényező elsősorban a fejletlen infrastruktúra, illetve ő még a térségben tapasztalható *nagy mértékeket öltő szegénységet* is okolja. A világ népességéből négy milliárd főt kitevő hatvanöt alacsony és közepes jövedelmű ország vizsgálata során azt tapasztalta, hogy ezen országokban a szabadalmi védelem kikényszerítése (akár a jogrendszer, akár a gyártók révén) sokszor elmarad, illetve hogy 319 gyógyszerkészítményből csak mintegy tizenhét alapvető orvosság lenne szabadalmazható, azonban a 319 gyógyszer nagyon alacsony hányada, mintegy 1,4% az, ami ténylegesen szabadalmi védelem alatt áll. Ebből tehát levonható a tanulság, hogy a nagy szegénység következtében még az alacsony árú gyógyszereket sem tudják megvenni a térségbeliek. Watal (2000) is inkább más okokra vezeti vissza a gyógyszerhez jutás alacsony arányát. A szerző véleménye szerint is a súlyos szegénység és az infrastruktúra az, ami miatt számos országban nem jutnak hozzá az alapvető gyógyszerekhez sem.

Az infrastruktúra szerepét Agénor (2008) is hangsúlyozta az egészség és a gazdaság közötti kapcsolatot feltáró modelljében. Az infrastruktúra fejlettsége szerinte nem csak a javak hatékonyabb előállítását teszi lehetővé, hanem az egészségügyre is hatást gyakorol. Például úgy, hogy csökkenthet a betegszállítás ideje, és mint már korábban megállapítottuk, ha a beteg egészsége a kórházban helyreállítható, az gazdasági haszonnal is jár.

Ravallion (2006) valamint Fey és munkatársai (2005) ezzel kapcsolatban azt vizsgálták, hogy mennyiben növelhető a megmentett életek száma az infrastruktúrához való hozzáférés és az egészségügyi ellátás színvonalának (például megfelelő eszközök megléte) révén. Azt találták, hogy a legjobban mindkét tényező egyszerre történő javulása befolyásolja az életben maradás esélyeit. Ha azonban csak az egyikre van lehetőség, úgy már megoszlik a két tanulmány végkövetkeztetése. Ravallion (2006) azt mondja, hogy csak az infrastruktúra fejlesztése nem növeli annyira az életben maradás esélyeit, mint az egészségügy színvonalának emelése. *Ezzel szemben* Fey és munkatársai (2005) inkább az infrastruktúra fejlesztésében látják a megoldást.

Wen és Char (2011) Ruanda egészségügyi rendszerének fejlődésével foglalkozva azt találták, hogy a polgárháború sújtotta országban csak a legalapvetőbb egészségügyi infrastruktúra létezik. A következő gyógyszerhez jutás szempontjából fontos megállapításokat emelhetjük ki.

1. Elviekben a sürgősségi ellátás mindenki számára elérhető, azonban a gyakorlatban időbeli és pénzübeli korlátok is jelentkeznek. Ilyen lehet például az, hogy mentők nem érnek ki időben vagy az orvosi ellátás megkezdésének előfeltételeként egy bizonyos összeg kifizetését kérik. Ez a megállapítás tehát erősíti a korábbiakban is kiemelten hangsúlyozott infrastruktúra fejlesztésének fontosságát.
2. Az ország területén található egészségügyi ellátó központokban csak általános képesítéssel rendelkezők dolgoznak. Ha valamelyik orvos speciális képesítésre szeretne szert tenni, azt az ország egyetlen igazi kórházában kaphatja meg a fővárosban. Egyedül itt képeznek ki ugyanis orvosi specialistákat (például sebészeket). A szakképzett orvosok hiánya egyébként más afrikai országokban is gondot okoz (Ahmed 2011). Ez a vélemény már tovább megy az infrastruktúra fontosságának hangsúlyozásán, mert itt az emberi tőke alacsony értékére (vagyis, hogy nincs elég szakképzett orvos) vezeti vissza az alacsony színvonalú közegészségügyi helyzetet.
3. Emellett az ország szegénységéből adódóan (az ország a világ 166. legszegényebb országa a 187-ből (ENSZ 2011)) jelentős forrás hiányzik az egészségügyből, ami szintén az ellátás alacsony színvonalában fejeződik ki.
4. Az alap infrastruktúrához sem lehet minden esetben hozzáférni. A kórház közelében nem mindig biztosított a tiszta víz és az áramszolgáltatás sem stabil, olyakor leállnak a betegeket életben tartó gépek. Látható tehát, hogy milyen fontos szerepet játszik a fejlett infrastruktúra az egészség megőrzésében. Ezek mellett fontos még az emberi tőke fejlesztése is. E kettő tényező mellett természetesen más hiányosságok is vannak, amiket a következő részben elemzünk.

3.2.2. Alulinformáltság és a megelőzés hiánya

Ha a nemzeti hiányosságokat elemezzük, feltétlenül meg kell említeni azokat a hiányosságokat, amelyek az ott lakókban alakultak ki. Az egyik legfontosabb ezek közül az *informáltság hiánya*. Az alulinformáltság az alacsony színvonalú iskolázottságból és a tévhitek terjesztéséből következik. Ezt egy példán keresztül illusztráljuk. Fairhead és munkatársai (2006) azt vizsgálták, hogy milyen lépéseket kellene tenni annak érdekében, hogy a gambiai kormány által végzett gyógyszerkísérletek a jövőben is fenntarthatók legyenek. Erre azért volt szükség, mert a gambiaiak körében elterjedt egy olyan nézet, hogy habár a programban résztvevők ingyenes gyógyszereket kapnak, cserébe a kormány a betegek

vérét ellopja és kereskedik vele. E tévhit elterjedésének következtében csökkent az önkéntes kísérleti alanyok száma, ami a program jövőjét veszélyeztette.

Halperin és Epstein (2004) további megállapításokat tett az alulinformáltság szerepével kapcsolatban. A szerzők azt vizsgálták, hogy miért terjed gyorsan és széles körben a HIV/AIDS járvány Fekete-Afrikában. Azt találták, hogy a nehéz megélhetés következtében a térségben elterjedt a prostitúció, mely során nem vagy csak elvétve alkalmaznak a HIV vírussal és egyéb más szexuális úton terjedő betegségekkel szemben hatékony védekezési módszereket. Ezt arra vezették vissza, hogy sokszor az érintettek nincsenek is tudatában annak, hogy milyen veszélyeknek vannak kitéve. Habár ez nem közvetlen ok, de közvetve mégis érinti a gyógyszerhez nem jutás kérdéskörét, ezért mindenképpen érdemes róla szót ejteni. Hiszen az, hogy Afrika számos országában a Halperin és Epstein által is bemutatott viselkedések figyelhetők meg, nagyban hozzájárul ahhoz, hogy fennmarad a gyógyszerhez nem jutók 1,3-2,1 milliárd főt kitevő bázisa (WHO 2004).

Tehát az egyes országok saját hiányosságait vizsgálva nem csak gazdasági-politikai okokat lehet találni, hanem társadalmi okokat is. Az embereknek az ilyen országokban sokkal felvilágosultabbnak kellene lenniük a járványok terjedésével és megszerzésük megelőzésével kapcsolatban, hiszen egészségünk megőrzésében egyformán fontos szerepet játszik az, hogy ne kapjuk el a betegséget, illetve hogy a már megfertőzöttek hozzájussanak a szükséges gyógyszerekhez.

3.2.3. Gyógyszerárakat befolyásoló egyéb tényezők

A gyógyszerhez jutást akadályozó tényezők nemzeti problémája az *egészségügy finanszírozási rendje* (amit már érintettünk a 2.5. fejezetben). Streetland (2005) a gyógyszerhez való hozzájutás nemzeti szintű akadályaként tünteti fel az egészségügy magánkézbe adását. Az 1990-es években számos fekete-afrikai országban (például Ghána, Mali, Kamerun, Benin) a korábban ingyenes egészségügyet részben vagy egészben privatizálták, ami együtt járt a különböző vizit díjak bevezetésével. Ezáltal korlátozottabbá vált a hozzáférés az alapellátáshoz, csökkent a színvonal, kevesebb gyógyszert tudtak megvenni és az egészségügyben dolgozók fizetése is csökkent vagy nagy késedelmekkel került kifizetésre, köszönhetően a visszaeső keresletnek és az állam kivonulásának. A vidéki és falusi egészségügy szinte teljesen összeomlott. A HIV/AIDS elterjedése, és a növekvő számú maláriás és TBC-s megbetegedések pedig csak tovább fokozták a bajt. Az eredmény

csökkenő kereslet formájában különösen a gyógyszerek és egészségügyi ellátás iránti kereslet formájában jelentkezett. Megemlíti még azt is, hogy az alacsony egészségügyi fizetés különböző informális magatartásokhoz vezetett. Például kiemeli, hogy az egészségügyi dolgozók gyógyszereket csempészték ki a raktárakból és értékesítettek a fekete piacon, *informális díjakat* (olyan plusz fizetnivalókat, melyeket az egészségügyi ellátás igénybevételéről szóló nemzeti törvényekben meghatározottakon felül, „zsebbe” kell fizetni, például hálapénz) számoltak fel az egészségügyi ellátást igénybe vevők körében.

Ezen nemzeti hiányosságok mellett célszerű még a gyógyszerárakat befolyásoló legfontosabb és legnyilvánvalóbb tényezőket is megvizsgálni, hiszen nem elhanyagolható faktor a gyógyszerhez jutás szempontjából, hogy mennyibe kerül egy-egy gyógyszer. Az alacsony jövedelmű országok jobban kitettek a magas gyógyszeráraknak, mint a magasabb jövedelműek. A WHO (2012e) szerint több tényező is befolyásolhatja a gyógyszerek árait.

Az egyik ok, hogy számos ország *vámot* vet ki a gyógyszerimportra, aminek következtében a gyógyszerek árai magasabbak lesznek. A vámvédelemnek több oka is lehet (például iparnevelés, hazai piac és hanyatló ágazatok védelme), de véleményünk szerint a gyógyszerhez jutást segítve érdemes minden gyógyszerekre vonatkozó vámot eltörölni vagy alacsonyan tartani, sőt esetleg a kormányoknak érdekében állhat elősegíteni egy számára fontos gyógyszer piacra lépését is. A vámok kedvezőtlen hatása abban nyilvánul meg, hogy általuk megemelkedik a termékek ára, és így drágábban lehet a vámmal terhelt árukhoz hozzájutni, mint a világpiacról vámmentesen beszerezettekhez. A gyógyszerekre vonatkozó vámok eltörlése révén alacsonyabbá válna az orvosságok ára, így többen tudnának hozzájutni az életmentő készítményekhez.

A *generikus gyógyszerek piaci jelenléte* is hatással lehet a gyógyszerek árára. Amennyiben nincsen generikum az adott orvosság piacán, hanem csak originális, úgy annak ára magas lehet. Ahogy Austin (2000) is hangsúlyozta, fontos a gyógyszerkészítmények tekintetében is a piaci verseny. Az árak szempontjából kedvezőtlen, ha csak egy vállalatot találunk az adott termék piacán (monopolhelyzet), hiszen ilyen esetben magasabb árak alakulhatnak ki. A gyógyszerárak tekintetében tehát fontos, hogy több szereplő is jelen legyen, és hogy ezek egymással versenyzéséből alacsonyabb árak alakulhassanak ki. A WHO (2012e) alapján a gyógyszergyártóknak át kellene térnie a fair árképzésre, vagyis hogy a szegényebbek kevesebbet, a gazdagabbak többet fizessenek ugyanazért a termékért. Emellett érdemes lehet kialakítani hatékonyabb gyógyszerbeszerzési gyakorlatokat a költségek - ezáltal

a gyógyszerek árának - csökkentése érdekében. A WHO (2012e) felsorolásából ezeket tartottuk a legfontosabbnak kiemelni. Ezek mellett azonban találtunk más tényezőket is, amelyek hatással vannak a gyógyszerárakra. Ilyen például az, ha a termék *szabadalmi oltalom* alatt áll. Ilyen esetben a gyógyszergyártónak lehetősége van monopolhelyzet fenntartására a generikumok piacra lépésének kizárásával. Ez a helyzet magasabb gyógyszerárakhoz vezethet (Galvão 2002, Attaran - Gillespie-White 2002, Patralekha 2005, Steinbrook 2007, Akaleephan 2009).

Összegezve, a nemzeti jellegű akadályok vizsgálata során arra jutottunk, hogy egyfelől *fontos volna a kormányok részéről a kiszámíthatóbb és bőkezűbb finanszírozás* (utóbbi akár a nemzetközi segélyszervezetek forrásaiból is megvalósulhat), egy elfogadható *infrastruktúra kiépítése*, valamint *az érintettek informáltságának javítása*. A kormányoknak azt is érdemes lehet megfontolni, hogy vámkedvezményekkel támogassák a gyógyszerimportot, különösképpen akkor, ha egy adott betegség elleni orvosságnak nincs belföldi gyártója. Ezek mind olyan hiányosságok, amelyek a gyógyszerhez jutást gátolják. Azzal, hogy az okokat ismerjük, könnyebb a megoldási lehetőségeket is értékelni. Azonban mielőtt rátérnénk a megoldási lehetőségek vizsgálatára, érdemes még röviden bemutatni, hogy a gyógyszergyártók mennyiben érdekeltek a gyógyszerhez jutás előmozdításában.

3.3. A gyógyszergyártók érdekei

A gyógyszerhez jutással kapcsolatos felületesség elkerülése végett fontosnak tartjuk a nemzeti és nemzetközi akadályok ismertetése után maguknak a gyógyszergyártók érdekeinek a bemutatását. Azért kiemelkedően fontos ezzel a témakörrel is foglalkozni, mert a gyógyszergyártókat illetően is beszélhetünk befolyásoló tényezőről, amelyeket figyelembe vesznek kutatási tevékenységük, árképzési döntéseik meghozatalakor. Ez az érdek pedig természetesen a minél magasabb profit szerzése. Ezen elv érvényesítésének megvan a megfelelő magyarázata, amit ebben a részben igyekszünk bemutatni.

3.3.1. A gyógyszer és a gyógyszerkutatás

Attól válik valami gyógyszerre, hogy olyan hatóanyagot tartalmaz, ami segít a szervezetünknek legyőzni egy betegséget vagy annak kialakulását meggátolja (Orvosi lexikon 1969). Ezeket a hatóanyagokat laboratóriumokban kísérletezik ki, majd ezt egy több szakaszon át tartó klinikai tesztelésnek vetik alá, melynek során kiderül, hogy a gyógyszer emberi használatra alkalmas-e. Nagyon fontos kiemelni, hogy nem minden molekulából lesz

gyógyszer. Többször előfordult már, hogy több százmillió dollárt költöttek egy hatóanyag kutatására, ami végül nem került forgalomba, azonban egy ilyen sikertelen kísérlet olykor egymilliárd dollárt is felemésztethet (Love 2000). Mindebből következően hatalmas kutatási költségekről van szó, amit magas kockázat kísér.

A gyógyszerkutatás, azaz új hatóanyagok felkutatása óriási *anyagi és időbeni ráfordítások* árán megvalósuló folyamat (Issekutz 1979, Austin 2006). A vegyészek feladata az új hatóanyag feltalálása, majd a farmakológus (gyógyszerész) dolga az új hatóanyag emberi fogyasztásra alkalmazhatóvá tétele. A kliniko-farmakológiai kutatásokkal foglalkozó gyógyszerészek az orvosságok terápiás lehetőségeivel, a pontos adagok, hatásmechanizmus és mellékhatások meghatározásával foglalkoznak. Egy általában három szakaszból álló klinikai tesztelési folyamatnak vetik alá a leendő orvosságot, mire egy vegyész által feltalált molekulából emberi fogyasztásra alkalmas gyógyszer születhet (Issekutz 1979).

1. Az első szakaszban az *akut human farmakológiai* vizsgálatok folynak. Ezek során egészséges önként vállalkozókon kipróbálják az első szakaszt megelőző állatkísérletek során tesztelt gyógyszereket. Megvizsgálják, hogyan hat a kísérletben résztvevőkre a gyógyszer, megállapítják a legkisebb, már mérgező adagokat.
2. A második szakaszban *terápiás tájékoztató kísérletek* során már nem egészséges, hanem különböző betegségben szenvedő betegeken próbálják ki az első fázisban sikeres gyógyszereket. Ebben a szakaszban állapítják meg a mellékhatásokat és az adagolást is.
3. A *kontrollált széleskörű klinikai vizsgálatok* jelentik a gyógyszerkutatás harmadik, egyben végső szakaszát. Ennek során összehasonlítják az új terápiás eljárás hatékonyságát a régivel, illetve úgynevezett placebo tablettákat (hatóanyag nélküli tablettákat) is alkalmaznak.

Mindez bizonyítja azt, hogy a gyógyszerkutatás hosszú és kockázatos folyamat. A molekula kifejlesztésétől a végső gyógyszer kifejlesztéséig átlagosan *11,8 év* telik el.

Fontos megjegyezni, hogy a kutatások nem minden betegség kezelésére, megelőzésére irányulnak. Ez Love (2000) szerint a már említett *profitszerzési váagnak* tudható be: a gyógyszergyártó cégek nem fognak például egy betegség ellen gyógyszert kifejleszteni, ha alacsony a gyógyszert potenciálisan felhasználók fizetőképes kereslete. A gyógyszerkutatás tehát egy drága és hosszadalmas folyamat, melynek során fontos figyelembe venni a fizetőképes keresletet is. Mindez azt jelenti, hogy napjainkban egy *originális gyógyszer átlagos előállítása* a nem sikerült projekteket is beleértve átlagosan *802 millió amerikai*

dollárt emészt fel (Austin 2006). Fontos azonban, hogy a gyógyszer kifejlesztésére fordított kutatási keret nagymértékben függ attól, hogy a gyógyszergyártó a piaci bevezetést követően mennyi hasznot remél a gyógykészítmény értékesítésétől (Austin 2006). A tanulmány eredményei szerint a $K+F$ ráfordítások az utóbbi időben *nagymértékben megnőttek*, melynek *három okát* különbözteti meg a szerző. Az első szerint nőtt az olyan kutatások száma, melyek végül zsákutcába jutottak, hiszen a gyártók ingoványosabb területekre merészkedve több kockázatot vállaltak. Másodsorban a gyógyszergyártók olyan krónikus betegségek gyógymódjait keresik, amelyek sokkal több kutatást igényelnek. Harmadsorban pedig a még nem gyógyítható betegségek legyőzéséhez a technológia fejlődésére is szükség van, így természetesen megdrágul a kutatás. Ilyen például a nanotechnológia gyógyászati alkalmazása, amiktől számos betegség legyőzését remélik (Nanomedicine 2012). Amennyiben egy betegségre több gyártó is megkísérli a gyógymód kifejlesztését, úgy nem csak egy gyógyszer lehet a piacon. Ezek egymással versenyeznek mind ár, mind pedig hatékonyság illetve egyéb területen - a szerző az antidepresszánsokat hozza fel példaként. A fentieket alapján ismételtén megerősíthető, hogy sok ráfordítással jár egy új gyógyszer létrehozása, amit a gyógyszergyártók érvényesíteni fognak árképzésükben is. Az itt bemutatott érdekek mellett más tényezők is számításba jöhetnek a gyógyszergyártók érdekeivel kapcsolatban. Ez az önkéntes engedély lehetősége, amely elvileg egy „nemes gesztus” a gyógyszergyártók felől. A következőkben ennek lehetőségeit és korlátait járjuk körül részletesebben.

3.3.2 Gyógyszergyártók érdekei és az önkéntes engedély

Ebben a részben a WHO (2003) által bemutatottakhoz kapcsolódva saját következtetéseket vonunk le. Mivel ebben a fejezetben a gyógyszergyártók érdekeit igyekszünk körülhatárolni, ezért az *önkéntes engedélyt* (voluntary license) is ilyen formában mutatjuk be. Definíció szerint az önkéntes engedély a szabadalom tulajdonosa (esetünkben a gyógyszergyártó) és egy másik fél közötti megállapodást jelent. A két fél megállapodik egymással azon feltételekben, amik teljesítése esetén a szabadalmat birtokló engedélyezi a második fél számára a szabadalmi oltalom alatt álló gyógyszer generikus gyártását (WHO 2003). Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a gyógyszergyártó cégek engedélyezik egy másik ország cége számára, hogy a szerződésében meghatározott feltételek fennállása esetén a piacra generikus gyógyszert gyártson, azt szétosztson vagy importáljon. A gyógyszergyártó elsősorban természetesen nem etikai szempontok alapján mérlegel ilyenkor, hanem gazdasági érdekek vezérlik, mint például egy új piacra való betörés, vagy piaci részesedés megszerzése.

A két fél között létrejött szerződés azonban nagymértékben korlátozhatja ennek mikéntjét, emiatt az önkéntes engedély megadása bár nemes gesztusnak tűnik, általában nem az. E szerződések korlátai a következők (WHO 2003).

1. *A kereskedés feltételei előre meghatározottak.* Ilyen feltétel lehet például, amikor megállapodnak abban, hogy az eredeti árnál mennyivel adhatják olcsóbban a gyógyszert.

2. *Meghatározzák, hogy mely piacokat lehet ellátni a generikus gyógyszerrel.* Amikor a gyógyszergyártók megállapodnak egy idegen kormánnyal vagy másik országbeli céggel az önkéntes engedélyről, magától értetődik, hogy nem szeretnék, ha azt magasabb jövedelmű országokba reexportálnák (WHO 2003). Ezt azért is ellenezhetik, mert a gazdagabb országban nagyobb a fizetőképes kereslet, így ha olcsóbb gyógyszer kerül be annak piacára, akkor sérülhet a gyógyszerítő érdeke. A érdeksérelem a kieső bevétel nagyságával magyarázható. Minél több gyógyszert re-exportálnak, annál nagyobb kár éri a gyógyszergyártót. Ez a folyamat addig folytatódhat, ameddig a gyógyszergyártó megvonja az önkéntes engedélyt, ami indirekt módon a gyógyszerárak növekedésében vagy a gyógyszer elérhetőségének sérülésében nyilvánul meg. Természetesen ezek korlátozhatják a gyógyszerhez jutást az érintett országokban. A re-exportot egyébként különféle módokon lehet megakadályozni vagy ellenőrizni, például ha felirattal látjuk el a gyógyszert, vagy az egyes országoknak szánt tabletták különböző színűek.

3. *Megfizetendő jogdíjat határoznak meg.*

4. *Olyan feltételek teljesítését szabják meg,* amelyek révén az árak az eredetivel azonos árszínvonal adódik (WHO 2003). Ilyen eset lehet például, amikor a gyártók a TRIPS-nél szigorúbb IPR védelmet megszabó TRIPS Plus rendelkezéseinek alkalmazását követelik meg az alacsonyabb árú gyógyszerekért cserébe.

5. *Korlátozhatják a haszonélvezők számát* vagy meghatározhatják, mely betegségben szenvedők jogosultak a gyógyszerre. A gyógyszergyártók érdekeinek szempontjából az olcsóbb gyógyszerből részesülők számának meghatározása előnyös lehet. Ennek oka az, hogy feltételezve, hogy ha a legszegényebb betegek részesülnek főként az olcsóbb gyógyszerből, akkor az árakat nem kell ezen az alacsony színvonalon tartani, mert a relatíve gazdagabbak ki tudnak majd fizetni nagyobb összeget is.

Nyilvánvalóan ennek az a negatív hatása, hogy nem minden relatíve szegény fog részesülni az olcsóbb gyógyszer nyújtotta előnyökből.

Úgy gondoljuk, hogy a gyógyszergyártók érdekei egyértelműek, kutatási tevékenységüket és árképzésüket – érthető okokból kifolyólag – a profitorientáltság határozza meg. Ez egyfelől azért elfogadható, mert az originális gyógyszer kifejlesztése mögötti K+F tevékenység nagyon jelentős, és természetesen a gyógyszergyártók vissza kívánják szerezni a ráfordításokat illetve profitszerzésre is törekszenek. Ha ezt a lehetőséget elvonnánk tőlük, akkor véleményünk szerint veszélybe kerülne a ritkább és egzotikusabb betegségek elleni küzdelem, mert a gyártó nem gyártana olyan orvosságot, amelyről tudja, hogy veszteséget termelne. Ugyanez igaz azokra a betegségekre is, amelyek olyan területeket sújtanak, ahol nincs fizetőképes kereslet. Habár a gyógyszergyártók érdekei teljesen érthetőek és elfogadhatóak, mégis, ez a fejlettebb világnak kedvez és nagyon hátrányosan érinti az alacsony vásárlóerővel rendelkező területek lakosait. Más szavakkal a gyógyszergyártónak nem érdeke e területek betegségeit kutatni, hiszen minden bizonnyal nem hozza vissza a ráfordításokat sem. Emellett fontos még, hogy létezik a gyógyszergyártókkal való megegyezés lehetősége is, amely ha ugyan tartalmazhat is buktatókat és inkább önös érdek, mint „nemes gesztus”, mégis fontos része a gyógyszerhez jutási probléma feloldásában. Azzal, hogy az okokat ismerjük, könnyebb a megoldási lehetőségeket is értékelni. A következőkben azt nézzük meg, hogy a gyógyszerhez jutás kérdését hogyan igyekeznek megoldani Afrikában.

4. LEHETSÉGES MEGOLDÁSOK

A TRIPS egyezményrel kapcsolatos vélemények értékelése után néhány olyan tényezőt vizsgálunk meg, amelyek *segítséget jelenthetnek* Fekete-Afrikában a gyógyszerhez jutás univerzálissá válásában. Ebben a fejezetben bemutatunk (kritikájukkal együtt) néhány olyan nemzeti és nemzetközi tényezők adta lehetőséget, melyek pozitívan befolyásolhatják a térségben a gyógyszerrel való ellátottságot és – mint az egyik lehetséges megoldás – ezáltal elháríthatják a jellemzően alacsony jövedelmű országok gazdasági növekedését gátló tényezőket.

4.1. India és a generikumok szerepe Afrika gyógyszerellátásban

Ahogy arra a 3.1. fejezetben is utaltunk, a kényszerengedélyezéssel kapcsolatban a párhuzamos import révén a gyógyszergyártási *kapacitásokkal nem rendelkező* országok számára is elérhetővé válnak a generikus gyógyszerek. Afrika szempontjából a legfontosabb generikus gyógyszergyártó India, mert a hindu ország számos cége exportál generikus gyógyszereket Afrikába (Chien 2007) és alacsony jövedelmű ázsiai országokba (Steinbrook 2007). Ezért érdemes megvizsgálni részletesebben, hogy mennyire fontosak Afrika számára a generikus gyógyszerek, ezen belül is Indiának milyen szerep jut a térségben.

Azokban az országokban, ahol csak a termelési folyamatot részesítették védelemben, az országban jelenlévő generikus gyógyszereket előállító cégek szabadon másolhatták az orvosságokat, amennyiben sikerült új módszert találni azok előállítására. Ezt a lehetőséget a TRIPS alkalmazása után azonban elvesztették. Chanduri és munkatársai (2006) illetve Barton (2004) alapján Indiában elismerték ugyan a termékre vonatkozó szabadalmi védettséget (ami magasabb szintű védelem, mint a folyamatra kiterjedő), azonban ebbe nem tartoztak bele a gyógyszerkészítmények. Ezáltal az ország szabadon állíthatott elő generikus gyógyszereket. Indiában ugyanis az 1970-es években számos generikus gyógyszerek gyártására specializálódott szervezet jött létre, melyek abból profitáltak, hogy az ott előállított olcsó gyógyszereket exportálták olyan helyekre, ahol elismerték a termékre is kiterjedő szabadalmakat vagy egyszerűen nem rendelkeztek kapacitásokkal. Így az exportáru lényegesen alacsonyabb áron került értékesítésre, mint a világpiaci árszínvonal. Az indiai generikus gyógyszert gyártó vállalatok nem csak exportra termeltek, hanem a lakosságot is el tudták ezáltal látni olcsó gyógyszerekkel (Barton 2004). Gerster (2000) szerint mivel az olcsó indai gyógyszerkészítményekkel számos másik, az originális gyógyszereket megfizetni nem

tudó fejlődő országot is elláttak, meg kell említeni, hogy nem csak az hazai közegészségügyre nézve járt a WTO csatlakozással együtt járó TRIPS egyezmény betartása jelentős negatív hatásokkal, hanem az indiai exportból részesülő fejlődő országok számára is. Indiára nézve azért is járhat ez negatív hatással, mert néhány betegség, mint például a HIV/AIDS, TBC terjedésének megállítását tűzték ki célul, amely elérése így veszélybe kerülhet (KPMG 2006). Továbbá csökkent ezen cégek (és közvetve a hindu állam) bevétele is (Kale, 2005). Mivel az indiai generikus gyártók elvesztették a piacaik egy részét, ez kapacitásaik leépítéséhez vezetett, ami által az 500 ezer főt foglalkoztató gyógyszeriparban elbocsátások történtek (Gerster 2000). India azonban ma is nagy generikus gyógyszergyártó, hiszen a világ generikus gyógyszerellátásából 22%-ot képvisel (KPMG 2006). Mindezek után kiemelten fontos megvizsgálni, hogy Szubszaharai-Afrikában milyen szereppel bírnak a generikus gyógyszerek. Fekete-Afrika generikus gyógyszerekkel történő ellátása *három* fő formában történik.

1. Egyfelől vannak olyan országok, amelyeknek még nem kell a TRIPS egyezmény minden rendelkezését alkalmazni, ezért ezekben az országokban szabadon folyik a generikus gyógyszergyártás, és a szabadalmak betartásától a gyógyszergyártók nagy része eltekint. Ezt nevezzük a *ki nem kényszerítés* (non-enforcement policy) *elvének* (Chien 2007).
2. Másodsorban számos olyan cég illetve ország található (például Dél-afrikai Köztársaság), amelyek megállapodtak a nagy gyógyszergyártókkal, hogy valamekkora díj megfizetése mellett szabadon gyárthatnak generikus gyógyszereket. Ez a formát az *önkéntes engedélyezésnek* (voluntary licensing) nevezzük (Chien 2007, WHO 2003).
3. Harmadsorban pedig olyan országokat is találunk, amelyek a gyógyszergyártókkal fennálló megállapodás hiányában a TRIPS egyezmény adta *kényszerengedélyezés* lehetőségével élnek, és saját maguk határoztak arról, hogy elkezdik a generikus gyógyszerek gyártását. Amennyiben nem áll módjukban ezt saját maguk megtenni, abban az esetben külföldről kérnek segítséget (például India gyógyszergyártó cégeitől (Gerster 2000, KPMG 2006, Hafner és Popp 2011)).

Fontos megvizsgálni, hogy *a generikus gyógyszerek mennyire fontos szerepet töltenek be Afrika gyógyszerellátásában*. Ezt a gyógyszereken belül is elsősorban a HIV/AIDS kezelésére szolgáló antiretrovirális orvosságok segítségével fogjuk megtenni (számos AIDS orvosság megtalálható a WHO alapvető gyógyszerek listáján). Ennek oka, hogy az említett betegséggel

kapcsolatban számos adat áll rendelkezésre, valamint hogy talán ez az egyik legfontosabb és legnagyobb figyelmet érdemlő betegség a kontinensen.

Az ARV-k között inkább az első generációs gyógyszerek között találkozhatunk generikummal, a második generációs gyógyszerek között inkább originális orvosságokat fedezhetünk fel.²¹ A 8. táblázat szemlélteti ezt az állítást. E szerint a HIV/AIDS gyógyszerek forgalmából mindösszesen 4%-ot tesz ki a második generációs termékcsoporthoz és 96%-ot az első generációs gyógyszerfajták csoportja. Az első generációs orvosságok túlnyomó hányada (65%-a) generikus forrásból származik, maradék részüket (35%-át) pedig originális gyártók állították elő. A generikus változatokhoz átlagosan 59%-kal lehetett olcsóbban hozzájutni, mint az originális típusúakhoz. Az árak rendre 114 és 277 dollárnak adódtak évente egy főre vetítve. A teljes forgalomból a 4%-ot kitevő második generációs gyógyszereket vizsgálva már érdekesebb képet alkothatunk. Azt tapasztalhatjuk, hogy 93%-ban originális gyógyszerekhez tudunk hozzájutni, és csak 7%-ban generikus orvosságokhoz. Érdekesség azonban, hogy a Chien (2007) által vizsgált adatsorban a második generációs antiretrovirális terápia során alkalmazott gyógyszerek közül – ugyan nem szignifikánsan, de – a generikus gyógyszerek bizonyultak drágábbnak. A szerző szerint ez annak tudható be, hogy a generikus gyártók általánosságban az alacsonyabb profitot nagyszámú eladott mennyiséggel kompenzálják. A mi esetünkben csak kis számú eladásról (a teljes forgalom 4%-áról) beszélhetünk, ezért lehet az, hogy a generikus változatok drágábbak az originális csoportba tartozóknál.

8. táblázat Az első és második generációs AIDS gyógyszerek összehasonlítása a teljes AIDS gyógyszer forgalom aránya és ára szempontjából

Gyógyszer típusa	Aránya a teljes forgalomból	Ebből originális	Ebből generikus	Átlagos originális ár	Átlagos generikus ár
Első generációs	96%	35%	65%	277	114
Második generációs	4%	93%	7%	591	601

Megjegyzés: A táblázat utolsó két oszlopában feltüntetett árak egy betegre és évente, dollárban értendők.

Forrás: Chien (2007)

Chien (2007) az AIDS gyógyszerekkel kapcsolatban azok származási helyét és generikus mivoltát is vizsgálta. Azt találta, hogy 2004 és 2006 között az Afrikában felhasznált

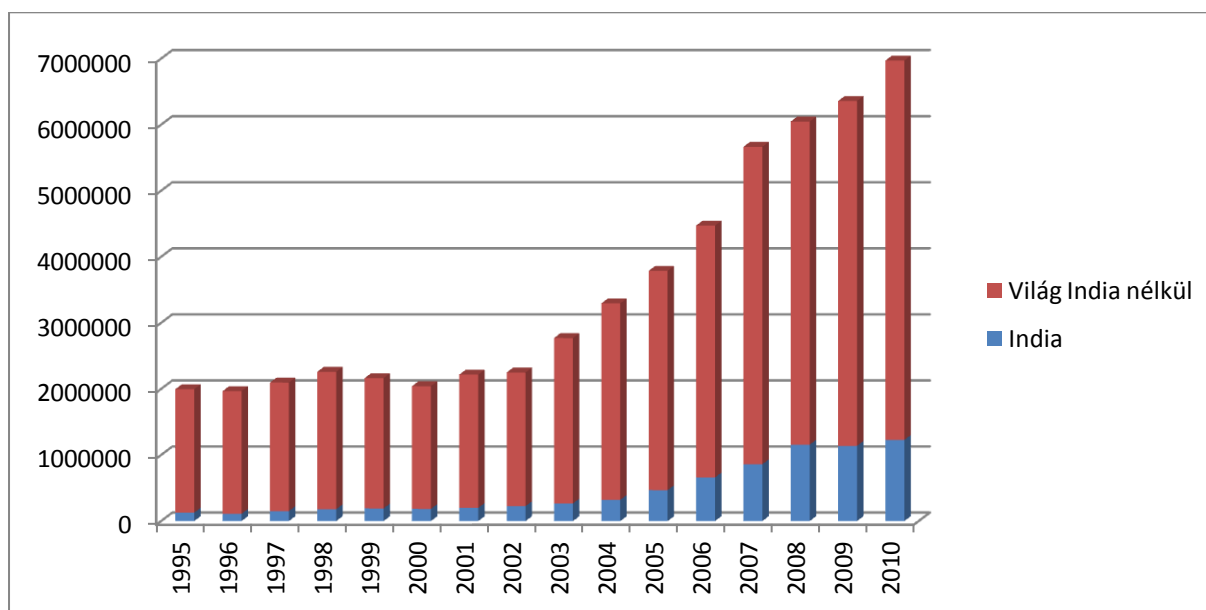
²¹ A HIV/AIDS tüneteinek mérséklése céljából először a már régebb óta létező első generációs gyógyszereket alkalmazzák, majd ha ezekhez már adaptálódott a vírus, rátérnek a második generációra. Utóbbiak ára még jóval magasabb, mert még kevés ilyen jellegű generikus készítmény kapható a piacon (Chien 2007).

összes HIV gyógyszer 63%-a származott generikus előállítótól. Azt is megfigyelte, hogy a generikus gyógyszerek ára az originális orvosságoknál jóval alacsonyabb, egyes esetekben akár 67%-kal is olcsóbbak lehetnek. További nagyon fontos megállapításként leszögezte, hogy *a generikus orvosságok 85%-át Indiában állították elő!*²² A többi 15% előállítása nagyrészt a Dél-afrikai Köztársaság területén történt, és az ott készült gyógyszerek nagy része az originális gyártók a szóban forgó gyógyszerekre vonatkozó önkéntes engedélyével rendelkeztek. Az önkéntes engedély ebben az esetben azt takarja, hogy az érintett gyógyszergyártók felhatalmazták a dél-afrikai köztársasági Aspen Pharmacare gyógyszergyártó céget, hogy generikusan előállíthassa a szükséges gyógyszereket, amiért cserébe egy előre megbeszélt jogdíjat fizet az originális előállítónak.

Annak érdekében, hogy még jobban kihangsúlyozzuk India szerepét Afrika gyógyszerellátásában, nézzük meg a 9. ábrát. Az ábra azt mutatja, hogy Szubszaharai-Afrika abszolút értékben mekkora összegben importál gyógyszereket a világ egyes országaiból, valamint Indiából. Azt láthatjuk, hogy a térség gyógyszerrel való ellátottsága folyamatosan növekszik, ezen belül is Indiának van kiemelkedő szerepe. A hindu állam 1995-ben még alig észrevehető hányadban részesült a terület gyógyszerellátásából, azonban ez a későbbi években folyamatosan emelkedett, egészen 2008-ig, mert ezután kis mértékben ugyan, de értékét tekintve csökkent az ázsiai ország felől beáramló gyógyszer értéke (1 156 millió dollárról 1 138 millió dollárra). A rövid visszaesést követően 2010-ben azonban már ismét emelkedni tudott az indiai import értéke, ami így 1 229 millió dollárt tett ki, ami magasabb értéket jelent mint a 2008-as.

²² Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy 2010-ben a mintegy 8 milliárd dollár összértékű Indiai export 15%-át, pontosabban 1,23 milliárd dollárt tett ki az Afrika országaival folytatott kereskedelem. Ebből is látható, hogy mennyire fontos szereplője India az afrikai gyógyszerpiacnak (Berger 2011, Unctad 2012).

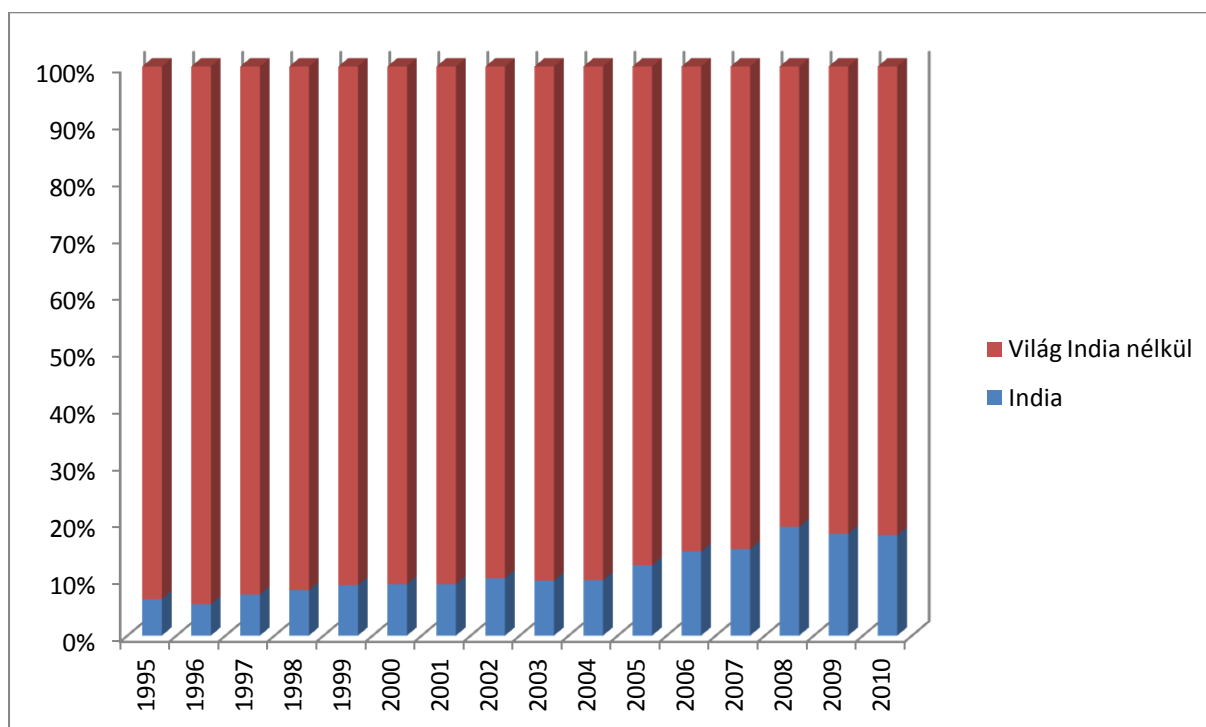
9. ábra Fekete-Afrika gyógyszerimportjának megoszlása származási hely szerint, 1995-2010 (ezer dollár)



Forrás: Unctad (2012)

A 10. ábrán szintén az indiai gyógyszerimport alakulását tudjuk nyomon követni. Ezen az ábrán már jobban látszanak a trendek, mint az előző ábrán. Láthatjuk, hogy India részesedése Fekete-Afrika gyógyszerimportjából az adatsor szerint 1996-ban volt a legalacsonyabb, akkor 5,5%-ot tett ki az egészhez viszonyítva. A legszignifikánsabb növekedés 2007 és 2008 között következett be, amikor 4 százalékponttal nagyobb arányt tett ki a térségbe beáramló indiai gyógyszerimport. 2008-ra érte el India részesedése a *maximumot*, ekkor a teljes gyógyszerimport 19,1%-a származott a hindu országból. Ezután folyamatos csökkenést figyelhetünk meg. A legfrissebb rendelkezésre álló adatok szerint a 2010-es évben India 0,2 százalékponttal kisebb arányban, 17,6%-ot kiteve képviseli magát Szubszaharai-Afrika gyógyszerimportjából.

10. ábra Honnan származik a gyógyszer Fekete-Afrikában? Fekete-Afrika gyógyszerimportja Indiából (kék) és a világ egyéb részeiről összesen (piros), 1995-2010 (%)



Forrás: Unctad (2012)

A 9. ábráról leolvasottakat összevetve a 10. ábrán vizsgáltakkal elmondhatjuk, hogy *habár Afrika gyógyszerimportja folyamatosan növekszik, az India felől érkező import nem tud olyan nagymértékben növekedni, hogy részarányát tekintve is meglátszódnjon ez az emelkedés.* Lehetséges magyarázat erre, hogy elképzelhető, hogy India szabadalmi törvényeinek 2005-ös TRIPS kompatibilissé válása után már nem állnak ugyanakkora mértékben rendelkezésre a generikus gyógyszerek gyártásából fakadó előnyök. Ez alatt azt érthetjük, hogy a szigorúbb IPR védelem következtében sokkal kevesebb új gyógyszert tudnak India generikus orvosságokat gyártó cégei előállítani, mint korábban, valamint a korábban előállított pirulák egy részének gyártását be kellett szüntetni (Smith és Correa 2009). Ennek következtében, *habár a növekvő gyógyszerimportból következtetve volna kereslet további gyógyszerekre, azokat a korlátozott Indiai lehetőségekre tekintettel más forrásból kell beszerezniük a térségbelieknek.* Felmerülhet ezzel az indoklással kapcsolatban egy kérdés, miszerint ha 2005-ben vált TRIPS kompatibilissé a hindu állam gyógyszerekre vonatkozó szabadalmi törvénye (Barton 2004), akkor miért nem 2005-ről 2006-ra kezdett el csökkenni ez az arány. Ezt magyarázhatjuk a lejáró szabadalmakkal. Elképzelhető, hogy a szóban forgó években több olyan gyógyszerre vonatkozó szabadalom is lejárt, ami iránt világszerte nagy igény

mutatkozott. Ilyenek lehetnek például az antiretrovirális gyógyszerek, melyekre az igény egyrészt a növekvő HIV/AIDS megbetegedések száma, másrészt a körükben megfigyelhető javuló arányt mutató gyógyszerhez jutási arány következtében nőtt meg (WHO 2012e).

Ez főleg akkor tekinthető kimerítő magyarázatnak, ha tudjuk, hogy az indiai gyógyszergyártóktól származik a donor országok által támogatott fejlődő országokba (főleg Szubszaharai Afrikába) irányuló gyógyszer 80%-a (Waning 2010). Ezen kívül az indoklás szempontjából kiemelendő még, hogy számos fontos *AIDS* gyógyszer szabadalma járt le 2004 és 2008 között, ami lehetővé tette ezek generikus előállítását. Csak néhány példa, zárójelben a szabadalom lejárta dátuma: zidovudine (2005), didanosine (2006), abacavir (2004) vagy a zalcitabine (2006-2008) (WHO 2012f, Cptech 2000). Némiképpen javulhat majd a jövőben India aránya Fekete-Afrika gyógyszerellátásában, mert 2014-re további három kiemelkedő fontosságú *AIDS* gyógyszerre vonatkozó szabadalom fog lejárni. Ezek a következők: nevirapine (2010), delavirdine (2013), efavirenz (2013) (WHO 2012f). A felsoroltak közül a legfontosabb az efavirenz gyógyszerre vonatkozó szabadalom lejárta, mert ez az a gyógyszer, ami a többihez képest a leghatékonyabban, a legkevesebb mellékhatással és a legegyszerűbb szedést igényelve (napi egy tabletta) blokkolja a HIV vírus gyors szaporodását a szervezetben (Steinbrook 2007). Várhatóan további új *AIDS* gyógyszerek fognak piacra kerülni, amik a donorok megrendeléseivel által löketet adhatnak India Szubszaharai-Afrikába történő gyógyszerexportjának (Cichocki 2007).

Véleményünk szerint a *kényszerengedélyezés bátrabb indiai alkalmazása* is hozzájárulhat a hindu ország gyógyszeripari termékvolumenének növeléséhez, valamint az afrikai országok problémájának kezeléséhez. Habár a hindu ámban számos cég foglalkozik generikus gyógyszerek gyártásával, a TRIPS rendelkezéseinek 2005-ös implementálása óta hét évnek kellett eltelnie, mire India saját célra elrendelte az első kényszerengedélyezést. Az ország szabadalmi törvényének egyik speciális rendelkezése értelmében, amennyiben a hatóságok alapos vizsgálat után úgy találják, hogy nem áll rendelkezésre elégséges mennyiség egy orvosságból, akkor elrendelhet kényszerengedélyt. Ez esetben a Bayern gyógyszergyártó egyik rákellenes gyógyszerével rendelkezett így. A maga fajtájában ez az eset az első. A gyógyszerhez jutás mellett elkötelezett szervezetek megelégedésüket fejezték ki az indiai rendelettel kapcsolatban és remélik, hogy India példája majd utat mutat a többi alacsony jövedelmű ország számára is. Eközben a gyógyszergyártók érdekképviselői továbbra is azt hangoztatják, hogy nem a szabadalmak feltörése a megoldás a gyógyszerhez jutás kérdéskörével kapcsolatban (ICTSD 2012).

Mindezek alapján India ugyan kiemelkedő gyógyszerellátója Afrikának, de a TRIPS miatt ez nem biztos, hogy sokáig így marad majd. Ebből kifolyólag úgy véljük, a hindu állam támogatása önmagában nem lehet megoldás, más eszközöket is keresni kell a térség számára. Ilyen eszköz lehet a kényszerengedélyezés, illetve a párhuzamos importálás.

4.2. Kényszerengedélyezés és párhuzamos importálás

A TRIPS egyezmény 31. cikkelye szerint a *kényszerengedélyezés* a szabadalmat birtokló megkerülése nélkül még a TRIPS által előírt legalább *húsz éves szabadalomvédelmi idő letelte előtt* lehetőséget biztosít a gyógyszerek generikus úton történő előállítására, amennyiben egy állam egészségügyi vészhelyzet fennállását véli (különös tekintettel a HIV/AIDS, malária és tuberkulózis betegségekre (Ganguli 2003)).²³

A szakirodalom bővelkedik olyan szerzők vizsgálataival, akik a kényszerengedélyezés gyógyszerhez jutásra gyakorolt hatásaival foglalkoznak. Azonban ahogy a TRIPS egyezmény hatásait elemezve sem láttunk összhangot az egyes vélemények között, úgy a kényszerengedélyezést vizsgálva sem beszélhetünk egyértelmű konszenzusról. A következő részben néhány, a kényszerengedélyezés gyógyszerhez jutásra gyakorolt hatásaival kapcsolatos véleménnyel ismerkedhetünk meg.

Watal (2000) szerint a TRIPS által biztosított szabadalmi védelem miatti áremelkedést a kormánynak lehetősége van ellensúlyozni: kényszerengedélyt adhat ki, párhuzamos importot és árkontrollt alkalmazhat. szerző véleménye szerint ezek helyes használata esetén összhangba hozható az egyezmény és a gyógyszerhez jutás. Véleménye szerint tehát a TRIPS kínálta kényszerengedélyezés elősegítheti a gyógyszerhez jutást az alacsony jövedelmű országokban. Ganguli (2003) szerint is megoldás lehet a kényszerengedélyezés alkalmazása. A szerző tanulmányában az indiai szabadalmi védelemmel foglalkozott. Azt vizsgálta, mennyire alkalmazható az ország belső jogszabálya szerint a kényszerengedélyezés. A törvény egy új kiegészítése értelmében Indiában a szabadalom kiadásától számított három év elteltével bárki folyamodhat kényszerengedélyezéshez. Meghatározza a törvény szövege, hogy kényszerengedélyt lehet kiadni, „ha a köz ésszerű igényei a szabadalommal összefüggően nem kerültek kielégítésre” vagy ha „a termék nem érhető el a piacon megfizethető áron.” Az engedély kiadása előtt komoly vizsgálatok folynak a kérelem indokoltságát vizsgálva. Természetesen automatikusan megkapják a kényszerengedélyezést, ha nemzeti egészségügyi vészhelyzet áll fent.

²³ A kényszerengedély kiadásának pontos feltételeivel már foglalkoztunk a 3.2. fejezetben.

Ezzel szemben Sonderholm (2010) szerint a kényszerengedélyezés nem mindenhol jelenthet megoldást, mert számos, gyógyszergyártó kapacitásokkal nem rendelkező országgal találkozhatunk, különösen a legkevésbé fejlett országok csoportjában, akik nem tudnak ezzel a lehetőséggel élni, így ők kiszolgáltatott helyzetbe kerülnek.

Galvão (2002) is inkább Sonderholm (2010) véleményét osztja. A szerző Brazília HIV/AIDS gyógyszerellátásával foglalkozott. Habár ez az ország nem kapcsolódik Szubszaharai-Afrikához, a szerző tett egy fontos megállapítást, miszerint a TRIPS a nemzetközi tárgyalásokon növelheti egy ország alkupozícióját. Mindezt egy esettanulmánnyal szemlélteti. 1999-ben Brazília a számára szükséges gyógyszerek 47%-át generikus módon, helyben gyártotta. A maradék 53%-ot pedig külföldről hozta be, ám ezekre a teljes gyógyszerekre fordított összeg 81%-át költötte. A TRIPS alkalmazásáig hátralévő átmeneti időszak letelte után (Brazília 2000-ig kapott átmeneti időszakot a rendelkezések alkalmazására (Póvoa 2011)) azonban a HIV/AIDS betegek gyógyszereinek finanszírozása nagyon drágává vált az ország számára. Ennek okán Brazília megfenyegette az egyik leghatékonyabb HIV gyógyszert (efavirenz) előállító Merck céget, hogy a szabadalmak feltörésével kényszerengedélyt ad ki a szóban forgó termékre, azaz lehetővé akarta tenni az amerikai cég által kifejlesztett gyógyszer generikus előállítását. A Merck ezt megakadályozandó 60%-kal csökkentette a gyógyszer árát. Ezek alapján a kényszerengedély jelentős tárgyalási erőfölényt biztosíthat a nagyobb lakossággal és gazdasággal rendelkező afrikai országok számára is, mint amilyen például a Dél-afrikai Köztársaság vagy Nigéria. A szerző azonban hozzáteszi, hogy a kényszerengedély szükséges, de nem elégséges feltétele a közegészségügyi helyzet javításának. Nem várhatunk látványos eredményt, ha a gyógyszeres kezelés nem jár együtt a betegségek megelőzésével.

Ganguli (2003) és Watal (2000) véleményével szemben Smith és Correa (2009) kritikával illeti a kényszerengedélyezés intézményét. Szerintük eredetileg a TRIPS egyezményt olyan szellemben alkották meg, hogy az ne sértse a gyógyszerhez jutás esélyeit. Ezért foglalták bele a szövegbe a kényszerengedélyezés és a párhuzamos import lehetőségét. Azonban véleményük szerint a jogalkotók nem gondoltak arra, hogy ezt *kétoldalú egyezményekkel csorbítani lehet*. A szerzők szerint ugyanis megfigyelhető az országok bilaterális kereskedelmi megállapodásait vizsgálva egy érdekes jelenség. E szerint a kétoldalú (kereskedelmi) szerződések megkötésének alapjául a magasabb jövedelmű országok a TRIPS-nél szigorúbb IPR védelmet előíró TRIPS Plus szerződés megkötését követelik. Ez a gyakorlatban azt jelenti tehát, hogy annak érdekében, hogy egy relatíve gyengébb alkupozícióval rendelkező ország számára előnyös szerződés létrejöhessen, el kell fogadni a

TRIPS Plus szerződést is. Ez pedig a szigorúbb szellemi tulajdonjog védelem következtében a TRIPS-nél is kisebb teret hagy a generikus gyógyszergyártásnak, hiszen például a TRIPS Plus értelmében időt kell szánni a klinikai tesztekre, adatokat kell gyűjteni a hatékonyságról és biztonságról. Mivel ez a folyamat sokszor titkos, nem jut el a generikus gyógyszergyártókhoz. Ezek a cégek az adatok hiányában nem tudják alacsony ráfordítással legyártani a gyógyszert, ami csökkenti a hozzájutást és növeli az árakat.

Az előző véleményektől eltérően Patralekha (2005) a kényszerengedélyezéssel kapcsolatban azt kifogásolja, hogy a TRIPS egyezményben *nem kerül pontos meghatározásra, mekkora összegű jogdíj illeti a szabadalom tulajdonosát kényszerengedélyezés esetén*. A szerző azt vallja, hogy alapvetően a kényszerengedély intézménye megoldást jelenthet a gyógyszerhez jutást illetően, ám kiszámíthatóvá kell tenni az engedély után a tulajdonosnak fizetendő jogdíjat. Ennek hiányában a jogdíj megállapodásával kapcsolatos tárgyalások elhúzódhatnak (Smith és Correa 2009), ami akadályozhatja a gyógyszergyártás megkezdését. Ez pedig emberek halálához vezethet.

Chien (2007) mindezek mellett egy komoly dologra hívja fel a figyelmet. Szerinte a kényszerengedélyezés csak részben lehet megoldás a gyógyszerhez jutás problémájának orvoslására, hiszen *a gyógyszergyártó cégekkel való együttműködés nélkül nem képzelhető el érdemi javulás*, hiszen ha mindenki kicsikarja, hogy nagyon olcsón jussanak gyógyszerhez, akkor ott járnának, mintha nem is volna szabadalmi védelem.

Smith és Correa (2009) a kényszerengedélyezés mellett a párhuzamos import alkalmazhatóságával is foglalkoztak. Véleményük szerint a párhuzamos importálás (vagyis amikor A ország felkéri B ország C nevű cégét, hogy juttasson gyógyszert a kényszerengedélyezés lehetőségével élni nem tudó A országba) segíthet az egészségügyi vészhelyzetek orvoslásában azon országokban, amelyek nem tudnak élni a kényszerengedélyezés adta lehetőséggel. Hozzáteszik azonban, hogy ez idő alatt erőfeszítéseket kell tenni az irányába, hogy kiépítsék az országok saját kapacitásukat.

Összességében véve tehát a TRIPS alapgondolata jó szándékú, a gyakorlatban azonban sokszor egyéb tényezők állják útját a gyógyszerhez jutást segíteni hivatott kényszerengedélynek és párhuzamos importnak. Láthatjuk tehát, hogy nagyon megoszlanak a vélemények a kényszerengedélyezés gyógyszerhez jutást segítő szerepéről. Egyfelől pozitívnak mondható, hogy a kényszerengedélyezés meghatározott esetekben lehetőséget biztosít az egészségügyi vészhelyzetek orvoslására, ugyanakkor számos a TRIPS egyezmény

idevágó része számos hiányosságot (kiskaput) is hagy. A jogalkotók például nem határozták meg pontosan a kényszerengedélyezés után fizetendő jogdíj nagyságát. Ezen felül habár néhány ország (például a Brazília) ezzel a lehetőséggel tárgyalási erőfölényt szerzett, addig más országok kétoldalú kapcsolataikat féltve inkább nem élnek a kényszerengedélyezéssel, valamint kis súlyuk miatt nem is tudnak élni ilyen eszközökkel (mint az afrikai elmaradott, alacsony jövedelmű országok). Az is kifogásolható, hogy mivel nem minden országban találkozhatunk kiépített gyógyszergyártó kapacitásokkal, valamint annak ellenére, hogy a párhuzamos import révén lehetőség nyílik a kapacitásokkal nem rendelkező országoknak is kényszerengedélyezett gyógyszerek importjára, sok ország még ezek ellenére is továbbra is kiszolgáltatott helyzetben maradt.

Az eddigiekben megvizsgáltuk, hogy mennyire fontos szerepet töltenek be Fekete-Afrikában a generikus gyógyszerek. Áttekintettük, hogy az ilyen típusú gyógyszerek milyen fő forrásból származnak. Ezek után érdemes azt megvizsgálni, hogy milyen egyéb nemzeti és nemzetközi lehetőségek állnak még rendelkezésre a gyógyszerhez jutási arány javításával kapcsolatban.

4.3. Nemzetközi összefogás

Ebben a részben azt mutatjuk be, hogy milyen nemzetközi szintű összefogások léteznek, melyek célja a gyógyszerhez jutás elősegítése. Elsőként nézzük meg a legnagyobb nemzetközi bázissal rendelkező szervezetet.

4.3.1. Az ENSZ és a Millenniumi Fejlesztési Célok

2000 szeptemberében a világ vezetői közül számos állam- és kormányfő jelent meg a New York-i ENSZ székházban. A világ vezetői elfogadták a Millenniumi Nyilatkozatot. A dokumentumban felvázolt és lefektetett célok megvalósításának határidejét 2015-re tűzték ki. A nyilatkozat *Millenniumi Fejlesztési Célok* (Millennium Development Goals vagy MDG) néven vált ismertté (ENSZ 2012b). A Millenniumi Fejlesztési Célok nyolc célkitűzése²⁴ közül a témánk szempontjából a hatodik és a nyolcadik célkitűzései, „a HIV/AIDS, malária és más betegségek elleni küzdelem” valamint a „Globális fejlesztési partnerség kialakítása” érdemel

²⁴ A Millenniumi Fejlesztési Célok (MDG) összesen nyolc célkitűzést fogalmaz meg, melyek a következők: 1. cél: A súlyos szegénység és éhínség felszámolása, 2. cél: Mindenkire kiterjedő alapfokú oktatás biztosítása, 3. cél: A nemek közti egyenlőség és a nők felemelkedésének előmozdítása, 4. cél: A gyermekhaladóság csökkentése, 5. cél: Az anyai egészségügy javítása, 6. cél: A HIV/AIDS, malária és más betegségek elleni küzdelem, 7. cél: A környezeti fenntarthatóság biztosítása, 8. cél: Globális fejlesztési partnerség kialakítása.

nagyobb figyelmet. Az ENSZ (2012c) értelmében, hogy a Millenniumi Fejlesztési Célok hatodik célkitűzése (A HIV/AIDS, malária és más betegségek elleni küzdelem) megvalósulhasson,

- 2015-re meg kell állítani és vissza kell fordítani az AIDS terjedését,
- 2010-re minden rászoruló számára elérhetővé kell tenni a HIV/AIDS gyógyszereket (az általános hozzáférés a gyakorlatban 80%-os lefedettséget jelent),
- 2015-re megállítani és visszafordítani a malária és egyéb súlyos betegségek okozta halálozást.

Az ENSZ (2011) jelentése szerint az MDG 6. célkitűzésének megvalósítása révén *jelentős javulás következett be* számos betegség kapcsán. Kiemeli, hogy több betegséggel szemben is sikerült eredményesen fellépni: a maláriában elhunytak száma például a 2000-ben bekövetkezett közel egymillió esetről 781 ezer esetre, azaz 20%-kal mérséklődött 2009-re. A gyermekek egyre nagyobb hányada alszik moszkító ellenes vegyszerrel bevont szúnyogháló alatt. Az ENSZ (2010) szerint az ilyen fajta szúnyogháló használata Ruandában a legmagasabb, ahol a gyermekek 56%-a aludt 2008/2009-ben az életmentő védelem alatt. Ez az arány 2000-ben csupán 4% volt. Az adatsor alapján minden fekete-afrikai országban növekedett a szúnyogháló használata, ám kiemelendő két ország, ahol az arány továbbra is nagyon alacsony maradt. Míg Elefántcsontparton 2000-ben az esetek 1%-ban használtak védőhálót, addig ez az arány 2008/2009-ben is csupán 3%. Még rosszabb a helyzet az AIDS-től is nagyon sújtott Sváziföldön, ahol 2000-ben 0% körülinek adódott a szúnyogháló-használat, 2008/2009-ben is csak az esetek 1%-ban használják ezt a védelmet. A dokumentum szerint ennek oka a mérhetetlenül magas szegénység.

Habár számos országgal kapcsolatban jelentős javulás figyelhető meg, megjegyezzük, hogy a célkitűzés elérése érdekében a rendelkezésre álló két és fél év alatt további drasztikus javulásnak kell bekövetkeznie, ami a jelenlegi ütemből levezetve aligha fog bekövetkezni. Jelentősnek tartja még az ENSZ (2011) a HIV/AIDS-szel kapcsolatban, hogy 2009-re Szubszaharai-Afrikában az új megfertőzések száma 1997 óta 21%-ot esett, valamint hogy az antiretrovirális terápiához való hozzáférés világszerte tizenháromszorosára nőtt 2004 óta, így 5,25 millió ember részesült az életben maradáshoz nélkülözhetetlen gyógyszerekből. Ennek révén pedig az AIDS-hez kötődő halálesetek száma 19%-kal mérséklődött. Azt állítják a jelentésben, hogy a HIV/AIDS-szel élők számának emelkedése az életet meghosszabbító

kezelés hatásának tudható be. A célkitűzés elérése azonban még koránt sem sikerült. 2010-ben valamivel több mint 33 millió ember élt a vírussal, azaz 16%-uk részesül az életben maradáshoz szükséges kezelésben. Az, hogy 2015-re megállítsák és visszafordítsák az AIDS terjedését távolról sem tűnik elérhetőnek. Bizonyítja ezt az is, hogy a fertőzések száma a mai napig meghaladja a halálozások számát, vagyis még mindig emelkedő tendenciát mutat a betegséggel élők száma. Ez egyrészt az ART életet meghosszabbító hatására vezethető vissza (ENSZ 2011), másrészt pedig arra, hogy a mai napig évi 2,6 millió körüli új megfertőződés történik (Nunnenkamp 2011). A kettőt összeadva pedig pozitív egyenleget kapunk, ami a fertőzéssel élők számának mára már lassú, de emelkedő tendenciáját adja. Látható tehát, hogy habár az ENSZ célkitűzései jogosnak tűnnek, mégis, *megvalósításuk rögs úton halad*, mert a célok megvalósulása több akadályba is ütközik.

A nyolcadik célkitűzés, a globális partnerség kiépítését képzei el 2015-re. Ennél a pontnál számos megvalósítandó céllal (például kereskedelemmel kapcsolatos elképzelésekkel) találkozhatunk, azonban a gyógyszerhez jutással kapcsolatban kettő emelhető ki. Az egyik ilyen, miszerint foglalkozni kell a fejlődő országok speciális igényeivel. Ez lényegében a támogatások hatékonyabb szétosztását, illetve minél több ország a támogatási rendszerbe történő bevonását jelenti. Lényegében az így befolyó pénzből megvalósulhatna az afrikai infrastruktúra kiépítése, aminek az egészségügyben betöltött jelentős szerepéről a 3.2.2. fejezetben már szóltunk. Ezen felül, mivel az ENSZ (2010) alapján a malária elleni védelem hiányának oka a magas szegénység, a támogatások növelésével talán a 2008/2009-ben az esetek csupán 1%-ban tapasztalt moszkító ellenes védelem is növekedésnek indulhatna Sváziföldön. A második lényeges eleme, hogy a dokumentum a gyógyszergyártókkal együttműködve képzei el a fejlődő országokban az alapvető gyógyszerek elérhetővé tételét (ENSZ 2012a). Véleményünk szerint is kívánatos, hogy az orvosságok elérhetőségét a gyógyszergyártókkal karöltve képzelik el. Ezt a véleményt osztja a nemzetközi szakirodalomban például Chien (2007) is.

A program célkitűzéseinek megvalósításához a legfontosabb fejlesztési forrás a Hivatalos Fejlesztési Támogatás (Official Development Assistance vagy ODA), ami definíció szerint röviden olyan pénzmozgást jelent, amelynek célja főként a fejlődő országok gazdasági fejlődésének és jólétének előmozdítása (OECD 2003). Az ODA összegét az ENSZ ajánlása értelmében az tagországoknak legalább a bruttó nemzeti jövedelmük (GNI) 0,7%-át kellene segélyezésre fordítani. Erre az érintettek a célok nyolcadik csoportjával összhangban kötelezettséget is vállaltak. Ezt úgy kellene értelmezni, hogy minden egyéb segítségnyújtáson

(például államadósság-elengedés, stb.) felül kellene ezt a 0,7%-ot elérni (Adem 2007). Ez azonban sokszor nem vagy nem így történik.

Mindezek alapján látható, hogy nem feltétlen biztos, hogy 2015-re megvalósulnak a beígért célkitűzések. Az ENSZ általános szervezete mellett egy szakosított intézet, az UNAIDS is foglalkozik a kérdéskörrel.

4.3.2. A UNAIDS

Az 1999-ben az létrejött UNAIDS a HIV/AIDS elleni küzdelmet az ENSZ keretein belül *nemzetközi szervezetek általi összefogás* útján képzei el (UNAIDS 2005). Különböző nemzetközi szervezetek összefogtak, hogy felvegyék a harcot a betegségek terjedésével, különösképpen a HIV/AIDS járvánnyal szemben. Az összefogás tagjai például az UNICEF, WFP (World Food Programme), ILO (International Labour Organisation), WHO (World Health Organisation) vagy a Világbank (UNAIDS 2012a, UNAIDS 2005). A program finanszírozásához legnagyobb részben hozzájáruló országok az Amerikai Egyesült Államok (ám ez az ország csak abszolút értékben járul hozzá a legnagyobb mértékben, GNI-hoz viszonyított aránya csak a 19.), Svédország (1,12%), Norvégia (1,06%) és Luxemburg (1,04%), akik egyébként a legnagyobb ODA-t nyújtják (OECD 2009). A nemzetközi szervezet számos célt fogalmazott meg, amelyet a 9. táblázat személtet. Ezek egy része összhangban van az ENSZ MDG célkitűzéseivel.

9. táblázat 2011-es politikai nyilatkozat céljai

1. cél	Csökkenteni a szexuális úton történő átvitelt
2. cél	Megelőzni a HIV terjedését a droghasználók körében
3. cél	Az új fertőzések elejét venni a gyermekek körében
4. cél	15 millió ember számára hozzáférhetővé tenni az antiretrovirális terápiát
5. cél	Elkerülni a tuberkulózis okozta halálozást
6. cél	Elejét venni az erőforrások egyenlőtlen eloszlásának
7. cél	Megszüntetni a nemek közötti egyenlőtlenségeket
8. cél	Megszüntetni a megbélyegzést és a diszkriminációt
9. cél	Megszüntetni az utazással kapcsolatos szigorításokat
10. cél	Erősíteni a HIV összefogást

Forrás: UNAIDS (2012b)

A UNAIDS legfontosabb programja 2011 és 2015 között Getting to Zero stratégia, aminek célja a prevenció és a gyógyszeres kezelés együttes alkalmazásával hozzájárulni a Milleniumi Fejlesztési Célok megvalósulásához. Főbb célkitűzései 2015-re (UNAIDS 2010b)

- Felével csökkenteni a szexuális úton történő vírusátvitelt,
- Felével csökkenteni az AIDS-hez köthető anyai halálozást és a HIV vírus anyáról gyermekre történő átvitelét
- Megelőzni minden fertőzést a droghasználók körében,
- Minden rászoruló számára biztosítani a terápiás kezelés lehetőségét,
- Felére csökkenteni a tuberkulózis általi halálozást az AIDS betegek körében,
- Szociális védelem a fertőzöttek számára,
- Felével csökkenteni a helyzet javítása érdekében tett lépéseket akadályozó politikai tényezőket.

A célok megvalósulása néhány helyen (például az univerzális hozzáférés biztosítása) *nem áll jól*, vagyis nem biztos, hogy az ígéreteket 2015-ig teljesíteni lehet majd. A 10. táblázatban azt látjuk, hogy milyen ütemben nőtt Szubszaharai-Afrikában az antiretrovirális gyógyszerekhez jutás. Míg 2003-ban a fekete-afrikai rászorulók csupán 2%-a kapta meg az életben maradáshoz szükséges gyógyszereket, addig 2008-ban már 44%-uk. Ez a javulás dicséretes, különösen annak fényében, hogy a terápiás kezelést igénylők száma a térségben 2003 és 2005 között egymillió fővel, 5,7 milliőról 6,7 millióra növekedett. Azt mondhatjuk, hogy míg 2003-ban csupán 100 ezer fő részesült az életet meghosszabbító kezelésből, addig 2008-ban már 2 925 000 fő kapta meg a kezelést, tehát közel harmincszor annyian, mint 2003-ban.

10. táblázat Az antiretrovirális terápiához való hozzáférés Fekete-Afrikában 2003-ban és 2008-ban

	2003	2008
ART-re való igény (fő)	5 700 000	6 700 000
ART-ben részesülők száma (fő)	100 000	2 925 000
ART-ben részesülők aránya az összes rászoruló arányában (%)	2	44

Forrás: WHO (2012g)

Látható tehát, hogy habár *erőteljes előrelépés történt* a célok elérése érdekében, mégis, még mindig nagyon távol vagyunk az univerzális hozzáférés minimum határát jelentő 80%-os lefedettségtől ENSZ (2012c). Annak érdekében, hogy a 2015-re kitűzött célokat elérjük, további komoly lépésekre lenne szükség.

4.3.3. A Médecins Sans Frontières

A Franciaországból 1971-ben indult *MSF* (Orvosok Határok Nélkül) mozgalom „egy független nemzetközi, humanitárius célokat ellátó szervezet, ami fegyveres konfliktusban megsérülteknek, járványnak kitéve, természeti katasztrófa által sújtott területen élőknek vagy olyanoknak nyújt segítséget, akiket kizártak az egészségügyből” (MSF 2012). Három fő szempont szerint végzik munkájukat.

1. Humanitárius akciók. A célja, hogy megfelelő minőségű orvosi ellátást biztosítson a rászorulóknak számára. Saját értékelési rendszert fejlesztettek ki annak meghatározására, hogy a rendelkezésre álló erőforrást kik között osszák szét.

2. Felelősségvállalás. A szervezet dolgozói számos esetben találkoznak erőszakkal, sokszor olyan helyeken, amire még nem figyelt fel a nemzetközi közvélemény. Az MSF feladatának érzi felhívni a közvélemény figyelmét az ilyen sérelmekre.

3. Megfelelő minőségű orvosi ellátás. A szervezet tagjai úgy vélik, hogy minden ember egyforma, ezért mindenkit megillet a magas minőségű orvosi ellátás. A szervezet részt vesz az elhanyagolt trópusi betegségek elleni harcban is, valamint munkája révén segített hozzájárulni az alacsonyabb árú AIDS gyógyszerek elterjedéséhez. Továbbá segíti olyan vállalatok kutatás-fejlesztési munkáját, akik az NTD-k elleni orvosságok (például álmokör elleni gyógykészítmény) vagy biztonságosabb malária elleni orvosságok kifejlesztésén dolgoznak (MSF 2012a).

Az MSF, habár az egész világon tevékenykedő nemzetközi szervezet, egyik legfőbb célterülete Fekete-Afrika. Bizonyítja mindezt az is, hogy a tíz legjobban támogatott ország közül 2010-ben nyolc Afrikából került ki. Az első helyen 2010-ben Haiti állt, ami a földrengés okozta humanitárius katasztrófa miatt kapott nagyobb jelentőséget abban az évben. Így is, a rendelkezésre álló erőforrások (a szervezet 2010-es költségvetése 943,3 millió euró

volt, ami a 2009-es 665,4 millió eurós költségvetéséhez képest jelentős javulás) nagy részét, 58%-át Afrika helyzetének javítására költötték (MSF 2012b).

Habár az MSF az ENSZ-hez vagy a UNAIDS-hez a költségvetés nagyságát tekintve nem mondható nagy szervezetnek, mégis jól bizonyítja, hogy a kisebb szervezetek is nagy hatásokkal járó változásokat tudnak elindítani, hangjuk hallatása vagy elkötelezettségük hangoztatása révén. Gondoljunk csak az MSF AIDS gyógyszerek árcsökkenéséhez való szerepvállalására.

De mit tud tenni egy ország, egy közösség egymaga a járvány megfékezése érdekében? A legfontosabb – és véleményünk szerint talán a legegyszerűbb eszköz – a prevenció lenne.

4.4. Nemzeti összefogás – fókuszban a prevenció

Az eddigiekben mindig arra helyeztük a hangsúlyt, hogy milyen okokra vezethető vissza a gyógyszerhez nem jutás Fekete-Afrikában. Eközben azon felvetés mentén haladtunk, hogy a járványok és betegségek terjedésének megállításának és visszafordításának *általunk legjobbnak tartott* lehetősége a gyógyszeres terápia. Létezik azonban egy ennél sokkal egyszerűbb megoldás is: *a megelőzés*. Azért fontos ezt a témánk szempontjából hangsúlyozni, mert a prevenció jóval olcsóbb, mint a gyógyszeres kezelés és sokkal egyszerűbb megelőzni a betegséget, mint annak tüneteit kezelni. Ráadásul a megelőzés sokkal költséghatékonyabb, mint a terápia. Ha egy dollárt megelőzésre fordítunk, akár huszonnyolcszor nagyobb eredményt tudunk elérni, mintha azt gyógyszerekre költöttük volna (Marseille et al. 2002). Mivel a szubszaharai-afrikai térség egyik legnagyobb károkat okozó, kezelhető, de gyógyíthatatlan betegsége az *AIDS*, ezért ennek *megelőzési kérdéseivel foglalkozunk*, így nem érintjük a malária vagy más trópusi betegségek ellen alkalmazható prevenciók lehetőségeit. Ezek alapján vizsgáljuk most meg az egyik legelterjedtebb megelőzési módszert, az *ABC stratégiát*, amit először az afrikai Ugandában kezdtek el alkalmazni, ahol a '80-as években a HIV/AIDS járvány féktelenül terjedt.

Ugandában 1982-ben regisztrálták az első hivatalos HIV fertőzöttet, majd a járvány hirtelen hatalmas méreteket öltve kezdett terjedni országszerte. (Mugenyi 2002). Ezért 1987-ben elindították az első AIDS ellenes hadjáratot, aminek keretében médiakampányok segítségével felhívták a lakosság figyelmét a járvány terjedési útjaira. A kampánnyal elejét kívánták venni a járvány további terjedésének. A kezdeményezéshez erőteljes politikai

elhatározás és jó vezetés is társult, aminek következtében Ugandának sikerült erőfeszítések révén elérnie, hogy a járvány terjedését megállítsa és visszafordítsa. Másfél évtized múlva, 2001-re a hadjárat már kézzel fogható eredményeket tudott felmutatni. Míg 1991-ben (amikor a HIV/AIDS-szel élők száma a legmagasabb volt) a teljes lakosság 15%-a (ezen belül a terhes nők 30%-a) bizonyult HIV pozitívnak, addig 2001-ben ez az arány 5%-nak illetve a terhes nők esetében 14%-nak adódott. Elfogadott, hogy mindez nagyrészt a rendelkezésre álló prevenciós eszközök sikeres alkalmazásának tudható be. Kisebb részt pedig annak, hogy a 90-es évek elején még nem állt rendelkezésre olyan sokféle AIDS gyógyszer, mint napjainkban, így a csökkenő tendenciát mutató új fertőzések magas halálozási aránnyal jártak együtt a megfertőzöttek körében. Később Uganda esete nemzetközi visszhangot is kapott, és a módszer ABC stratégia néven kapott világhírnevet (Avert 2012).

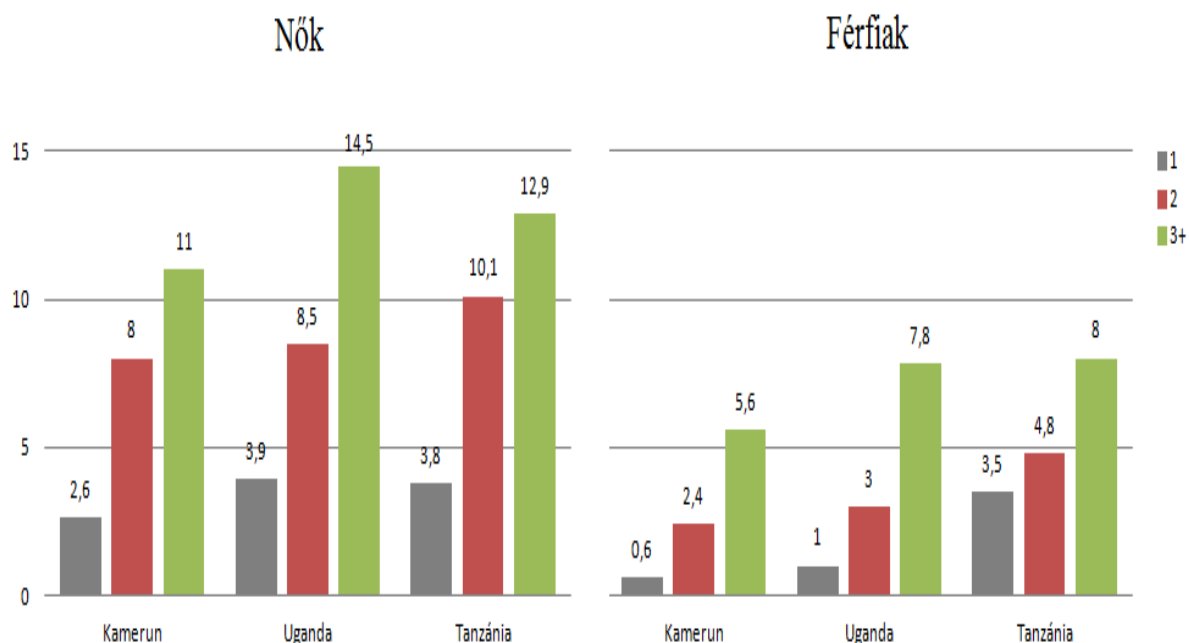
Az ABC stratégia a HIV vírus elleni küzdelemmel foglalkozók körében a megelőzést előtérbe helyezők között terjedt el. Lényege, hogy a járványt nem elsősorban gyógyszeres kezeléssel kell megállítani - révén, hogy minden esetben halállal végződik -, hanem a prevenciós eszközök használatával. Az ABC egy mozaikszó, ami az *A mint önmegettartóztatás* (abstinence), *B mint hűségesség* (being faithful) és *C mint kondomhasználat* (using condoms) angol szavakat rövidíti (Cohan, 2003). A prevenciós eszközök megismerése érdekében érdemes megnézni, hogy ezek a szavak pontosan mit takarnak.

A, mint önmegettartóztatás. Afrikában az Európában megszokottól eltérő szexuális szokások alakultak ki, aminek eredménye révén a lakosság nagyobb részének volt életében egynél több életre szóló szexuális partnere, már fiatalon elkezdtek nemi életüket (1988-ban átlagosan 15,9 évesen), illetve nagyon alacsony volt az óvszerhasználat aránya (a hajadon nőknél 1989-ben 1%, a nőtlen férfiaknál pedig 2%). Mindezekben a területeken a prevenció hirdetésével pozitív változás következett be. 1995-ben már csak átlagosan 16,3 évesen kezdték meg nemi életüket a fiatalok, az óvszerhasználat aránya a nőtlen férfiak körében 22%, a hajadon nőknél pedig 14%-ra emelkedett, valamint csökkent a szexuális partnerek száma is (Cohan 2003).

B, mint hűségesség. Cairns (2012) véleménye szerint az ABC elemei közül a B (hűségesség) tényezőnek elhanyagolt szerepe van. Kifejti, hogy ez nem csak a társunk iránt tanúsított elkötelezettséget jelenti, hanem a partnerek számának csökkentését is. Kiemeli, hogy Afrika egyes részeire különösen jellemző prostitúció, amely a betegség átvitelének egyik forrása. Az ABC elemei közül a B elem népszerűsítése révén csökkenésnek indulhatna a prostitúció is, ami révén mérséklődhetne a HIV/AIDS terjedésének üteme. A 11. ábrán azt

figyelhetjük meg, hogy milyen erős kapcsolat áll fent a HIV fertőzöttség és a szexuális partnerek száma között. Az ábra három afrikai országban mutatja be nemek szerinti megoszlásban ezt az erős kapcsolatot. A nőknél jóval magasabb arányú fertőzöttségi arányt figyelhetünk meg. Ennek oka, hogy a nők sokkal nagyobb eséllyel fertőződnek meg szexuális együttlét során, mint a férfiak (Jackson 1992). Az ábráról leolvashatjuk, hogy a HIV vírus megszerzésének szempontjából többszörösen kitettek azok a férfiak és nők, akiknek életük során három vagy annál több szexuális partnerük volt. Érdekes tehát a vírusnak kitett helyen élőknek a partnerek számának redukálására törekedni.

11. ábra HIV fertőzöttség aránya három afrikai országban a partnerek száma szerint és nem szerinti megoszlásban, 2007 (%)



Forrás: Cairns (2012)

Nem lehet tehát az ABC stratégia B elemének fontosságát eléggé hangsúlyozni, vagyis ha kevesebb partnerünk van, akkor az adatok alapján kisebb eséllyel szerezhethetjük meg a vírust, ezáltal csökkenthetővé válna az új fertőzések száma.

Az ABC harmadik eleme a C, mint kondom használat. A legeredményesebben a kondom használatával lehet védekezni a szexuális úton terjedő betegségekkel szemben. Mégis, számos afrikai országban nagyon alacsony arányban alkalmazzák ezt a megelőzési módot. Ugandában például 2006-ban csak a nők 35%-a és a férfiak 57%-a élt ezzel a megelőzési móddal (UNAIDS 2008). Ezzel szemben például az Amerikai Egyesült Államokban készített tanulmány (Rabin 2010) azt említi, hogy a fiatal férfiak 69%-a, illetve a

nők 80%-a használt kondomot a legutóbbi szexuális kapcsolat során. Látható, hogy a magasabb jövedelmű országokban inkább a nők használnak kondomot. Ez a tendencia az ENSZ (2010) szerint Szubszaharai-Afrika országaiban pont fordítva van, ott inkább a férfiak élnek a prevenciós eszközzel. A lakosságot jövedelem alapján öt csoportra bontva azt tapasztaljuk, hogy a leggazdagabb 20%-nál is csupán a nők 42%, a férfiak 60%-a használ kondomot. Ez az arány folyamatosan csökken a jövedelem nagyságával, a legszegényebb 20%-nál például csak a nők 15%, a férfiak 24%-a használ óvszert. Levonva a tanulságokat elmondható, hogy a fertőzési veszély magas arányához képest tapasztalt alacsony kondomhasználat oka nem csak a szegénységre vezethető vissza (hiszen a legtehetősebb 20% sem olyan arányban él a megelőzés lehetőségével, mint feltételeznénk), hanem oka lehet az alulinformáltság vagy például a kulturális gyökerek.

Összegezve a megelőzéssel kapcsolatban elmondhatjuk, hogy *az ABC stratégia három eleme közül csupán az egyik betű megvalósítása nem jár sikerrel a járvány elleni küzdelem során, mindhármát egyszerre kell alkalmazni a siker elérése érdekében* (Bridges 2006).

Az ABC alkalmazásának ugandai sikerességét látva más fekete-afrikai országok is megpróbálkoztak hasonló prevenciós eszközök alkalmazásával, testre szabva az Ugandában bevált módszert a saját nemzeti igényeire. Namíbiában például a szexuális felvilágosítás kitolta a nemi élet elkezdését és sokkal nagyobb arányban használtak óvszert a fiatalok az első szexuális együttlét során. Kenyában és Tanzániában a kampányok hatására kezd teret nyerni a monogámia, illetve ezzel párhuzamosan az óvszerhasználat is elterjedtebb és az első szexuális kapcsolat létesítése is később történik meg (Bridges 2006). Zimbabweben is csökkenésnek indult a HIV fertőzöttek száma. Ennek oka, hogy az ott élők szexuális viselkedése az erőteljes médiakampányok következtében megváltozott és csökkent a szexuális partnerek száma valamint növekedett a kondomhasználat aránya. Halperin (2011) véleménye szerint ez azért következett be, mert a nagyon magas (1997-ben 29%-os) elterjedtség miatt az emberek saját hozzátartozóik bőrén tapasztalhatták meg a járvány halálos mivoltát, és a szenvedéseket elkerülendő megváltoztatták szokásaikat. 2007-ben a HIV fertőzöttek aránya 16%-ra esett vissza.

Összegezve a leírtakat elmondhatjuk, hogy *a megelőzés nagyon jelentős fegyver a betegség elleni harc során*. Azonban hangsúlyozni kell, hogy amikor azt mondtuk, hogy Ugandában 1991 és 2001 között 10 százalékponttal csökkent a fertőzöttek aránya, akkor ehhez az eredményhez jelentősen hozzájárult a gyógyszeres kezelés hiányából fakadó magas halálozási arány is (Avert 2012). A gyógyszeres kezelést csak 1987-től kezdték alkalmazni, amikor piacra dobták az akkor még szinte megfizethetetlen Zidovudine (AZT) nevű AIDS

gyógyszert, és lehetővé vált a betegek kezelése, életük meghosszabbítása. Később több hasonló gyógykészítmény is elérhetővé vált (Pickrell 2006).

A prevenció mellett megjelent a terápiás kezelés lehetősége is. A HIV/AIDS járvány terjedését megállítani kívánó nemzetközi szervezetek (például ENSZ) számára nagy dilemmát okoz, hogy inkább a prevenciós lépéseket támogassák vagy az emberek gyógyszeres kezelésére áldozzanak. Azért szükséges ezzel kapcsolatban mérlegelni, mert nem áll rendelkezésre elegendő forrás, hogy mindenki számára elérhetővé tegyék a terápiás kezelést és egy időben prevenciós kampányokat is folytassanak (Canning 2006). A szerző a döntés megkönnyítése érdekében bevezette az úgynevezett átfertőződési arányszámot, ami azt méri, hogy egy ember élete során hány másik embernek adja át a vírust. Amennyiben ez a szám kevesebb, mint egy, akkor azokon a területeken érdemesebb a megelőzésre összpontosítani, hiszen a járvány nem terjed túl gyorsan. Ha azonban ez a szám nagyobb, mint egy, akkor a vírus gyorsan terjed, és a prevenciós eszközök alkalmazása mellett elengedhetetlenül szükséges a gyógyszeres kezelés is. Értelmezve ezeket a gondolatokat elmondhatjuk tehát, hogy az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Célok hatodik célkitűzése, miszerint mindenki számára általánosan hozzáférhetővé kell tenni az antiretrovirális kezelési lehetőségeket (ENSZ 2012c) elrugaskodottnak tűnhet. Véleményünk szerint nem elégséges, ha csak a következményekkel foglalkozunk, a probléma gyökerét is kezelni kell a hosszú távú siker elérése érdekében. Ebben az esetben ez azt jelenti, hogy nem elég a nemzetközi szervezetek részéről az antiretrovirális gyógyszerek elterjesztése, hanem meg kell változtatni az emberek szokásait, hogy azok összhangba kerüljenek az ABC stratégiában foglaltakkal. Csak a prevenció és a gyógyszeres kezelés kéz a kézben járásával érhetjük el, hogy megállítsuk és visszafordítsuk a HIV/AIDS járvány terjedését. Véleményünk szerint azért tekinthető jól alkalmazhatónak az ABC stratégia, mert egyrészt felszólít a kondomhasználatra, amely révén gyakorlatilag 0% közelébe csökkenthető a fertőzés lehetősége. Másfelől promótálja a partnerek számának redukálását és a hűségességet, ami szintén fontos lépés, hiszen a partnerek számának csökkenésével egyenes arányban csökken az esély arra, hogy fertőzöttel létesített szexuális kapcsolat során elkapjuk a vírust.

Mindezek mellett érdemes még egy lehetőséget számba venni. Ahogy fejlődik a tudomány, úgy fejlesztenek ki egyre nagyobb hatékonyságú és biztonságosabb gyógyszereket. Érdemes megnézni, hogy az emberi gének egyre nagyobb fokú megismerése milyen mértékben tud hozzájárulni a gyógyszerhez jutáshoz.

4.5. Kitekintés a jövőbe – a farmakogenomikai kutatások

A *farmakológia* (gyógyszerészet) röviden a hatóanyagok terápiás alkalmazásával foglalkozó szakterület. E tudományterületből az emberi és egyéb géntérképek elkészítése után a 2000-es évek elején kezdett el kibontakozni a *farmakogenomika*. Ez a tudományterület a gyógyszerekre való reakció (például mellékhatások) és az öröklés kapcsolatával foglalkozik. A gyógyszerek egy hosszabb folyamat során az emberi sejtekbe jutva fejtik ki hatásukat. Azonban a folyamat minden állomásán más és más reakciót válthatnak ki, attól függően, hogy milyen a gyógyszerhasználó genetikai felépítése. Elvileg a farmakogenomika révén „a gyógyszerek hatékonysága illetve nem kívánt mellékhatásai az adott személy esetében *prediktálhatóak*” (Gyires és Fürst 2011, 91. o.), megjósolhatóak. Éppen ezért a farmakogenomikának nagy szerep juthat a jövő gyógyszerkutatásaiban is. Képzeljük el, hogy ismerjük az ember minden génjét és a gyógyszer hatásmechanizmusát (vagyis azt, hogy hogyan fejt ki a hatását az emberi szervezetben). Ezek tudatában pontosan *ott válik lehetségessé a beavatkozás, ahol arra szükség van*. Például ha a szervezetben jelenlévő HIV vírusokat szeretnénk elpusztítani, akkor a gyógyszer hatóanyaga csak ezekre a fertőzött sejtekre fog hatni, az egészségesekkel nem foglalkozik. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy szinte *mellékhatás nélkül*, csak a célterületre is alkalmazhatóvá válnak a gyógyszerek.

Az informatikát bevonva a gyógyszerkutatásba lehetőség nyílik az új hatóanyagok emberi alkalmazása során fellépő mellékhatások és hatásmechanizmusok 3D-ben történő vizsgálatára. Ezáltal könnyebbé és eredményesebbé válhat a gyógyszertervezés. Ennek pedig *gazdasági haszna is van* a gyakorlatban, mert „*nagyságrendekkel fokozza az eredményességet, csökkenti a ráfordítandó időt és a költségeket is*” (Gyires és Fürst 2011, 91. o.) a gyógyszer kutatás-fejlesztése során. A gyógyszerhez jutás szempontjából is van szerepe a farmakogenomikának, mert azon kívül, hogy olcsóbbá és gyorsabbá válik a K+F folyamata, a genomikai adatok ismeretében azokra az új betegségcsoportokra (akár az elhanyagolt trópusi betegségekre is) is lehetőség adódik majd gyógyszer kifejlesztetni, ahol eddig nem érte meg például az alacsony kereslet miatt. E folyamat révén talán megszűnhetne a 90/10-es szakadék is, hiszen az alacsonyabb költségek miatt már kisebb fizetőképes kereslet is elegendő lenne ahhoz, hogy döntsenek a gyógyszer kifejlesztéséről (Love (2000) szerint ugyanis a gyógyszergyártók profitorientáltak, és csak olyan fejlesztésekbe vágnak, amiről úgy vélik, megéri). Ezen felül a célzott hatóanyag-eljuttatás következtében eredményesebben gyógyulhatnak fel a betegek (Gyires és Fürst 2011).

A fejezetben tehát átnéztük az általunk fontosabbnak tartott megoldási lehetőségeket, melyek hozzájárulhatnak az afrikai gyógyszerhez jutási helyzet javításához. A megoldási módok különösen kihangsúlyoztuk olcsósága miatt a prevenciót, amelyet ha együttesen használunk a többi megoldási módozattal, az eddigi tapasztalatok szerint egy társadalom életében viszonylag hamar jó eredményekkel járhat, emellett hozzájárulhat a millenniumi fejlesztési célok egészségügyi helyzettel foglalkozó részeihez is. A gyógyszerhez jutás elősegítése mellett azonban felmerülhetnek egyéb kérdések is. Ilyen például az, hogy tényleg segítséget jelent-e az embereknek, ha biztosítjuk hozzájutásukat az alapvető gyógyszerekhez vagy esetleg más módon kellene segíteni neki.

5. VALÓBAN MEGOLDÁS LEHET-E A GYÓGYSZERHEZ JUTÁS BIZTOSÍTÁSA

Már többször említettük és hangsúlyoztuk dolgozatunkban, hogy a gyógyszerhez jutás biztosítását a fekete-afrikai országok lakossága számára csupán egy megoldásnak tartjuk a számos egyéb lehetőség közül. Ebben a fejezetben azt vizsgáljuk meg, hogy *valóban megoldást jelenthet-e a fejlődő országok problémáira a gyógyszerhez jutás biztosítása, vagy esetleg más lehetőségek jobban alkalmazhatóak volnának.*

5.1. Az elhanyagolt trópusi betegségek

A gyógyszerhez jutás biztosítása mint megoldási lehetőség vizsgálatakor célszerűnek tartottuk górcső alá venni, hogy *minden megbetegedés esetében* megoldást jelenthetnek-e a gyógyszerek a fekete-afrikaiak egészségügyi problémáikra. Azt találtuk, hogy habár a pirulák nagyon sok alkalommal segítenének, léteznek azonban úgynevezett *elhanyagolt trópusi betegségek*²⁵ (neglected tropical diseases, NTD), melyekkel a gyógyszergyártók szinte egyáltalán nem foglalkoznak. Ennek oka pedig a gyógyszeripari cégek profitigényeiben keresendő. A gyógyszerek *elérhetőségnek*²⁶ vizsgálata során Love (2000) azt találta – mint ahogy már a fejezet bevezető részében utaltunk rá –, hogy egy gyógyszergyártónak elsődleges fontosságú a profitabilitás. Ebből kifolyólag érthető, hogy inkább olyan betegségek kutatására fordítják azt az átlagosan 802 millió amerikai dollárra rúgó kutatási összeget, amelyekre széles keresletet mutatkozik a piacon, mint például az antidepresszáns szerek Love (2000) tanulmányánál maradva. Azonban számos olyan betegség létezik, ami olyan térségeket sújt, ahol nincs vagy csekély mértékű a *fizetőképes kereslet*, vagy a betegség elleni vakcina feltalálása a gyógyszergyártók jelenlegi tudása alapján túl nagy kihívás ahhoz, hogy annak kutatásába belekezdjenek, hiszen a hatóanyag kifejlesztésének *kutatás-fejlesztési költségei* és a *cég profitigénye* közötti kapcsolat egyenesen arányos.²⁷ Ezek főként a *trópusi betegségek* (WHO 2011c), hiszen pont ezek azok, amelyek relatíve alacsony vásárlóerővel rendelkező népeiséget sújtanak, akik ráadásul sokszor elszigetelve is élnek. Viszont a trópusi betegségek közt is különbséget kell tenni. Míg a malária ellen létezik valamiféle kezelési mód (igaz, hogy

²⁵ Azokat a betegségeket értjük trópusi betegség alatt, melyek kizárólag vagy főként trópusi területeken bukkannak fel. Ilyen például a malária, trópusi nátha vagy az álomkór (WHO 2011c).

²⁶ Elérhetőség alatt ez esetben azt értjük, hogy léteznek bizonyos típusú betegségek, amelyek gyógyítására egyáltalán nem vagy csak alig fejlesztenek ki valamilyen gyógyszert, míg más betegségekre több cég is kikísérletez orvosságokat.

²⁷ Amennyiben a gyógyszer csak nagyon magas ráfordítások árán fejleszthető ki, úgy a vállalatok profitorientáltságából következően annak ára is magas lesz. Az, hogy pontosan milyen drága lesz, függ a cég profitigényeitől is, de könnyen belátható, hogy egy drága és hosszadalmas K+F tevékenység során kifejlesztett gyógyszert elsősorban nem a fekete-afrikai, alacsony vásárlóerővel rendelkező lakosoknak szánják, pontosan azért, mert *önerőből* soha nem volnának képesek belőle annyit venni, hogy valaha is megtérüljön a kutatás.

hosszú távon nem alkalmazható a sok mellékhatás miatt, így inkább csak a malária sújtotta térségekbe látogató turisták veszik igénybe, de legalább van valamiféle védelem), addig más betegségekre egyáltalán nem fejlesztettek ki semmit, vagy ha ki is fejlesztettek, valami miatt mégsem elérhető az érintettek számára. Ezeket összefoglalóan tehát *elhanyagolt trópusi betegségeknek* nevezzük, melyeket általában parazita harapása vagy bakteriális fertőzés okoz. Payne és Fitchett (2010) 37 betegséget sorol ebbe a kategóriába. Kiemelnek ezek közül 13 betegséget, amik a leggyakrabban fordulnak elő, így ezek kezelése volna a legsürgősebb, például: vérmételey betegség, nyirokmasszás filariázis, leishmaniasis, dengue-láz, afrikai álomkór.

Liese és Schubert (2009) is az NTD-vel foglalkoztak, és eredményeik alapján az ENSZ keretében a rászoruló országoknak juttatott *Hivatalos Fejlesztési Támogatás* (ODA) egészségügyi részéből *mindössze 0,6%-ot költenek évente az NTD-k elleni harcra.*²⁸ Ez a 0,6% annak ellenére adódott, hogy 2003 és 2007 között az ODA-ból az ilyen típusú betegségekre évente átlagosan 10%-kal többet költöttek. Mi több, ezek a betegségek körülbelül egymilliárd embert érintenek (Payne és Fitchett 2010). Elgondolkodtató még az is, hogy ez a nagy szám annak ellenére adódik, hogy ezen betegeket évente mindösszesen egyszer vagy kétszer kellene kezelni és egy kezelés ára kevesebb, mint egy dollárba kerül (Kremer 2002). Ezeket az információkat azért tartottuk fontosnak megemlíteni, mert annak ellenére, hogy ilyen kevés figyelmet fordítanak a nemzetközi szervezetek ezekre a betegségekre, véleményünk szerint nem volna szabad elhanyagolni őket. A 2. fejezetben bemutatott 6. ábra is jól mutatja, hogy az NTD-k okozta DALY 56,6 millió év világszerte, ami azt jelenti, hogy az elhanyagolt betegségek összességében véve (megelőzve a nagy figyelmet kapó TBC-t és maláriát) a negyedik leg súlyosabb betegségek közé tartoznak. Ne feledjük, hogy ennek ellenére az egészségügyi támogatásoknak mindössze csak a 0,6%-át költik rájuk. Tulajdonképpen ez azt jelenti, hogy ha az egyes elhanyagolt betegségek DALY értékét összeszorozzuk a betegséget megszerzettekkel, majd az így kapott eredményeket egymással összeadjuk, akkor világszinten az NTD-k összesen 56,6 millió egészségben leélhető évet vesznek el az emberektől!

Összegezve tehát elmondhatjuk, hogy a gyógyszeripari kutatások nem minden betegség kezelésére, megelőzésére irányulnak. Pecoul és szerzőtársai (1999) empirikus úton

²⁸ A trópusi betegségeket két elkülöníthető csoportba lehet sorolni annak alapján, hogy milyen okból kifolyólag nem tudjuk velük felvenni a harcot. Az egyik csoportba tartoznak azok betegségek, melyek ellen egyáltalán nem is létezik gyógymódot, a másikba pedig azok, melyek ellen habár van gyógyszer és azok viszonylag elérhető árúak, valami miatt mégsem jutnak el az érintettekhez (Global Network 2011).

kiderítették, hogy 1975 és 1997 között összesen 1233 gyógyszert jegyeztek be, de ezek közül csak tizenháromat fejlesztettek ki kifejezetten a trópusi betegségek elleni emberi használatra (ez 10,54%-a az összesnek). A gyógyszerkutatás átalakulása, költségessége, magas kockázatai következtében kialakult az úgynevezett *90/10-es szakadék*. Ez arra utal, hogy a gyógyszerek kutatására fordított összeg csupán 10%-át költik olyan kutatási célokra, melyek a betegek 90%-át érinti (WHO 2004). Ez Love (2000) szerint a már említett *profitszerzési váagnak* tudható be: a gyógyszergyártó cégek nem fognak például a trópusi betegségek kezelésére gyógyszert kifejleszteni, ha alacsony a fizetőképes kereslet. A fejezet tanulságait levonva tehát elmondhatjuk, hogy habár a gyógyszerhez jutás elősegítését nagyon fontosnak tartjuk, mégsem tudjuk minden esetben azt mondani, hogy megoldják a fekete-afrikai lakosság problémáját, hiszen a mérhetetlen szegénység következtében a gyógyszergyártók kutatás-fejlesztési térképéről szinte lekerült ez a térség. Ez esetben akkor mégis mi lehet a megoldás?

5.2. A hagyományos orvoslás

Mivel sok alkalommal az embereknek nincsen lehetőségük gyógyszert szedni (például nincs elég pénzük vagy nincs olyan gyógyszer, ami segítene), azonban az *emberi életöstönből* kifolyólag mégis megkísérlenek alternatív kezelési eljárásokhoz folyamodni. Ebben az esetben most nem a klinikai tesztelés alatt álló gyógyszerkészítményeket értjük alternatív kezelési módok alatt, hanem a hagyományos orvoslást (traditional medicine). A WHO (2000) honlapjáról idézve a „tradicionalis orvoslás a különböző kultúrákban őshonos elméletekre, hiedelmekre és tapasztalatokra alapuló tudásanyag, készségek és gyakorlatok összessége, melyet akár magyarázhatóak, akár nem, de az egészség megőrzéséhez, feljavításához, megelőzéshez, a diagnózis felállításához illetve a testi vagy mentális megbetegedések kezeléséhez használnak.” Ezek általában olyan gyógyászati gyakorlatok, amelyek az adott ország gyógyászati rendszerébe nem játszanak domináns szerepet, így a gyógyszerhez jutási témakör vizsgálata során sokan megfélekednek róluk. A hagyományos orvoslás során használt leggyakoribb alapanyagok növényi eredetűek, ezért kapták a *gyógynövények* nevet. Fontos, hogy már régóta folynak kutatások a növényi eredetű hatóanyagok emberi használatával kapcsolatban. Ezek előnye, hogy helyben teremnek és megfelelően használva akár a drága gyógyszereket is képesek kiváltani (tulajdonképpen ingyen vannak, hiszen akár a falu környékén is lehet őket termesztetni). Főleg a szegény, forrásokkal alig rendelkező országok érdeke a hagyományos orvoslás előmozdítása, hiszen ezeken a területeken ezen módok alkalmazása komoly előrelépést jelenthetne. A fekete-afrikai országok közül is kiemelkedik Mali szerepe, ahol már az 1990-es években is folytattak

gyógynövényekkel kapcsolatos kutatásokat. Az országban nem ritka a maláriás megbetegedés, így a WHO (1995) tanulmánya is ezzel a megbetegedéssel foglalkozott. Azt találták, hogy a malária gyógyítására akkoriban használt *chloroquine*²⁹ sokkal gyorsabban fejti ki hatását a malária ellen, mint a gyógynövényekből előállított *Malaria!*, azonban utóbbi esetében is megfigyeltek jelentős javulást a beteg egészségügyi állapotában (elmúlt a láza és a többi maláriás tünet is mérséklődött, bár a beteg testében továbbra is jelen volt a malária).

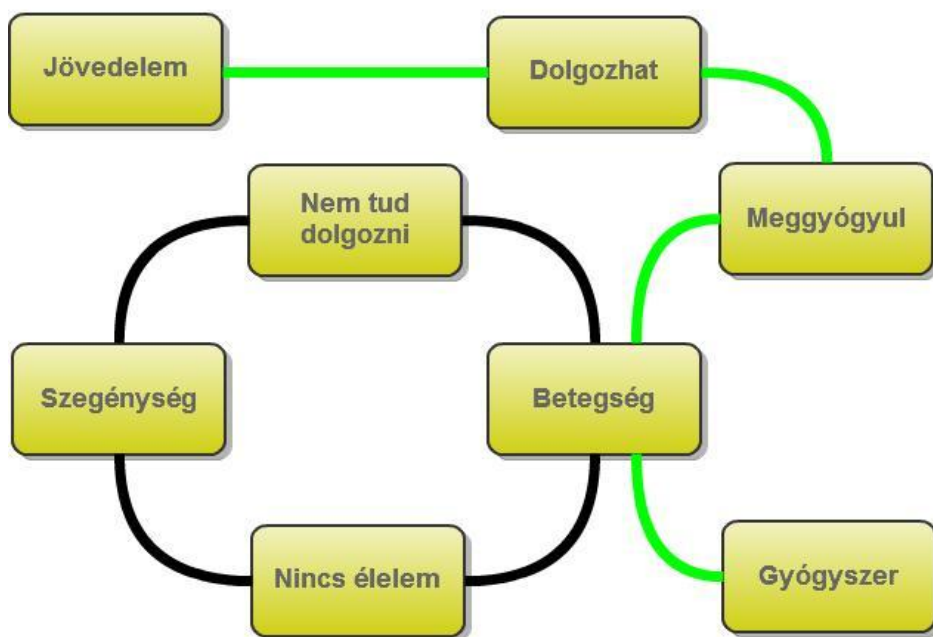
Természetesen létezik a hagyományos gyógyászaton belül a gyógynövényektől eltérő gyógyítási módok is. (Ilyen például az akupunktúra.) Összességében véve elmondhatjuk, hogy a hagyományos orvoslás – különösen a gyógynövényekkel kapcsolatos része – egy évről évre növekvő területe a gazdaságnak. Azonban habár természetes alapanyagokból készülnek, a hagyományos orvoslás termékeivel (gyógynövényekkel) is vigyázni kell, mert sokszor esnek a gyógyszerhamisítás áldozataivá, valamint itt is fennáll a túladagolás veszélye! Ennek ellenére különösen a fekete-afrikai illetve egyéb alacsony jövedelmű országok számára egy alternatív megoldási lehetőséget kínálnak a gyógyszerekkel szemben (WHO 2008).

Mindezidáig a gyógyszerkészítményekről (akár hagyományos, akár nem) esett szó. Azonban a gyógyszerek mellett – ahogy már a bevezetőben is írtuk – léteznek egyéb megoldási módok is (például a fekete-afrikaiak életkörülményeinek megváltoztatása, élelmezés előmozdítása, stb). *Dolgozatunkban mi azonban csak a gyógyszeres útról értekeztünk, mert ezt a módot tartottuk a leghatékonyabbnak.* Ennek oka az alábbi: mivel a fejlődő országok problémáinak java a szegénységre vezethető vissza, ezért felmerülhetnek a gyógyszerektől eltérő kezelési lehetőségek is. Ameddig Európában a pestis több millió emberrel végzett, a lakosság életkörülményének megváltoztatásával mára elértük, hogy szinte semmi esély nincsen egy hasonló járvány kitörésére. Ugyanez történt a TBC-vel is. Ha helyesen táplálkozunk (minőségileg és mennyiségileg is), akkor a legtöbb alacsony jövedelmű országot sújtó betegség elkerülhetővé válik. Mi azonban úgy véljük, hogy csupán azzal, hogy biztosítjuk a helyieknek a megfelelő táplálékhoz való hozzájutást, még nem vesszük elejét a betegségeknek. Gondoljunk csak például a HIV/AIDS-re, ami mára már nem csak a harmadik világ lakosságát sújtja. Úgy gondoljuk, hogy a leghelyesebb beavatkozási zóna a szegénység újratermelődésének ördögi körébe (12. ábra) a betegségek kezelésével és megelőzésével lehetséges, szemben például az élelem biztosításával vagy az életkörülmények javításával. Attól, hogy ha biztosítjuk a lakosság számára az élelmet, még nem vesszük elejét a fertőző

²⁹ Azóta már kevésbé használják, mert a malária parazita immunitást szerzett a gyógyszerrel szemben.

betegségek terjedésének. Ezért gondoljuk úgy, hogy ha – az akár legyengült – emberek számára biztosítjuk a felgyógyulásukhoz szükséges gyógyszereket, akkor elejét vehetjük a betegségeknek, és az emberek újra képesek lesznek dolgozni, a munkájukért kapott juttatásokból pedig vásárolhatnak élelmet és egyéb javakat, így könnyebben felszámolhatóvá válhat a szegénység.

12. ábra A gyógyszeres beavatkozás lehetősége a szegénység ördögi körébe



Forrás: Saját szerkesztés

Amennyiben az élelem biztosításával avatkozunk be, úgy nem számoltuk fel a betegségeket, így ezzel hosszú távon véleményünk szerint nem érhetünk el sikereket. *Elismerjük, hogy a fent említett illetve egyéb tényezők (például a megnövekedett munkaerő foglalkoztatásának lehetőségei, stb.) is kulcsszerepet játszanak, azonban úgy véljük, hogy a gyógyszeres kezelés mellett csupán kiegészítő szerepet szabad nekik tulajdonítani.*

A fejezet tanulságait összegezve úgy véljük, hogy a gyógyszeres kezelés valóban megoldást jelenthet a fekete-afrikai térség gazdasági fejlődésének előmozdítására, és habár vannak alternatív lehetőségek is, véleményünk szerint a gyógyszeres kezeléssel (akár gyógynövény, akár kutatott gyógyszer) érdemes a legtöbbet foglalkozni.

6. ÖSSZEGZÉS

Jelen dolgozat azzal a céllal íródott, hogy feltárja, milyen tényezők vezettek el és milyen okok miatt maradt fent a mai napig a gyógyszerhez jutás problémája. Mivel ezzel kapcsolatban főleg az alacsony jövedelmű fejlődő országok az érintettek, ezért vizsgálódásunk fókuszában a fekete-afrikai országok álltak.

Az elemzés során (fekete-afrikai betegségek és a gyógyszerkiadásokkal kapcsolatos főbb tendenciák bemutatása után) arra kerestük a választ, hogy milyen nemzeti és nemzetközi jellegű *akadályok és lehetőségek* vannak, melyek befolyásolhatják a gyógyszerrel való ellátottságot a térségben. A kiválasztott elemeket alaposan megvizsgáltuk és bemutattuk a hozzájuk kapcsolódó szakirodalom legfontosabbjait. Véggkövetkeztetésként elmondható, hogy *egyik elemről sem lehet egyértelműen megállapítani, hogy tisztán akadálya-e a gyógyszerhez jutásnak vagy segíti-e.*

Vannak olyan nemzetközi egyezmények, akciók (például a TRIPS egyezmény), melyről elterjedt a nemzetközi szakirodalmat és az egyezménnyel kapcsolatos empirikus vizsgálatokat csak felületesen ismerők között, hogy tisztán akadálya a gyógyszerrel való ellátottságot illetően. Dolgozatunkból azonban (anélkül, hogy célunk lett volna megvédeni a nemzetközi egyezményt) világosan kiderül, hogy ezzel kapcsolatban is felhozhatók a témánk szempontjából pozitív és negatív elemek is. Például *negatív a TRIPS egyezménnyel kapcsolatban*, hogy megszünteti a generikus gyógyszergyártás lehetőségét, aminek következtében a gyógyszerárak emelkedni fognak. *Azonban a másik oldalon* ösztönzi a gyógyszeripari beruházást annál fogva, hogy időt biztosít a gyógyszergyártók számára befektetéseik megtérülésére. Ez pedig arra ösztönözheti őket, hogy a későbbiekben olyan betegségek kutatásába is belekezdjenek, ami jelenleg a generikus gyógyszergyártók tevékenysége miatt nem éri meg. Ráadásul az 1995-ös egyezmény számos lehetőséget biztosít azon országok számára, melyek önerőből megoldhatatlan egészségügyi vészhelyezettel állnak szemben, hiszen lehetőség nyílik a kényszerengedélyezés és (különösen, ha utóbbival nem tudnak élni) a párhuzamos import adta lehetőségeket kihasználni.

Az elemzés során bemutattunk több nemzetközi szervezetet is. Nagyon fontos mérföldkönek tartjuk, hogy *a nemzetközi közvélemény felismerte a gyógyszerhez jutás problémáját*, és mára már elterjedtek azok a szervezetek, amelyek ezzel a kérdéssel foglalkoznak. Megemlítendő azonban a kitűzött célokkal kapcsolatban, hogy sokszor

túlságosan elrugaszkodottnak bizonyulnak. Gondoljunk csak a UNAIDS vagy az ENSZ MDG által kitűzött magasztos, de a realitást olykor nélkülöző célokra. Ilyen például a HIV/AIDS-szel kapcsolatban az a célkitűzés, hogy 2015-re forduljon meg a fertőződés trendje, vagyis ériék el azt, hogy kevesebb új fertőződés történjen, mint ahányan meghalnak. Ez teljesen ellentétben van azzal a céllal, hogy univerzálissá tegyék az antiretrovirális terápiát, amely célja meghosszabbítani az AIDS betegek életét. Hogy lenne elérhető a HIV vírussal élők számának csökkenése, ha közben nem mindenki számára biztosítjuk az életmentő terápiás kezelést? Ugyanakkor találkozhatunk nagyon eredményes nemzeti programokkal is (például az ABC stratégia), melyek elsősorban a prevencióra helyezik a hangsúlyt, lévén, hogy nem tudják megfizetni minden állampolgár számára az antiretrovirális kezelést. Azonban ezzel kapcsolatban azt is megemlítenénk, hogy *a prevenció módszereket érdemes minden országnak a saját igényeire szabnia*, már csak abból kifolyólag is, hogy ezeknek a megelőzési módszereknek a lényege az emberek magatartásának *megváltoztatása*. Ezért nem biztos, hogy amit például Ugandában hatalmas sikerrel alkalmaztak, az majd Zimbabweben is beválik. Nagyon fontos tehát azzal foglalkozni, hogy ezen a módszeren milyen változtatásokat kell végrehajtani, hogy más országokban is felhasználható legyen.

De „*minden igyekezet hiába?*” A WHO (2004) alapján az mondható el, hogy a gyógyszerhez nem jutók bázisa az 1980-as évek óta változatlanul 1,8 milliárd fő körül mozog világszerte. Azonban pozitívnak mondható, hogy ha nem is tudjuk ezt a bázist még csökkenteni, de a nemzetközi és nemzeti lehetőségek kihasználásával legalább nem emelkedik a rászorulóknak száma. Továbbá azt is leszögezhetjük, hogy igenis *vannak olyan betegségek, melyeknél a gyógyszerhez jutás aránya pozitív tendenciát mutat*. Ilyen például a HIV/AIDS, a *malária* vagy a *TBC*. Ezek azonban mind olyan betegségek, amelyek mára már nem csak a trópusi területek lakosságát érintik, hanem a mérsékelt éghajlati öv lakosságát is. Ezért is válhatott kiemelkedően fontossá a HIV/AIDS elleni küzdelem, és kap például kisebb jelentőséget a vérmétely betegség, ami kizárólag csak a trópusi vidékek népeit érinti. Emellett még azt is hozzátennénk, hogy *az egyes országok között is nagy különbségek vannak*. Míg például Ruanda képes fejlődést mutatni a malária elleni védekezésben vagy, ahogy Uganda élen jár a HIV/AIDS elleni küzdelemben, addig Szváziföldön láthatólag semmi nem segít. Érdemes lehet a jövőben azzal foglalkozni, hogy mik azok a tényezők, amelyek ahhoz a folyamathoz vezetnek, hogy néhány ország jobban ki tudja használni lehetőségeit, mások pedig nem. Mindezzel azt hangsúlyozzuk, hogy a betegségek elleni harc és a gyógyszerhez jutás elősegítése nem egységesen történik, mert vannak kiemelten kezelt betegségek és

olyanok is, amelyekkel alig foglalkoznak. *Az, hogy a kiemelt betegségek (HIV/AIDS, malária, stb.) esetében kézzel fogható javulást mutathatunk, ki azt igazolja, hogy ha valamire különösen odafigyelünk, és komoly forrásokat tudunk rá fordítani, mindezt úgy, hogy összehangoljuk a megsegítendő országok sajátosságaival, akkor komoly eredményeket érhetünk el!*

Zárszóként megjegyezzük, mint ahogy Chien (2007) is kiemelte, véleményünk szerint is a legkézenfekvőbb megoldásnak az összes bemutatott lehetőség megismerése, szükség szerinti alkalmazása tűnik. Tehát nem elég csak az egyik vagy csak a másik megoldási módra koncentrálni, hanem (például a HIV/AIDS esetében) egyszerre kell erőfeszítéseket tenni a járvány terjedésének felszámolása irányába a prevenció segítségével, illetve segíteni a már megfertőzötteken a terápiás kezelés minél szélesebb rétegekre való kiterjesztésével. Sajnos azonban a gyógyszergyártóknak nem feltétlen érdeke bizonyos betegségekre gyógyszert kifejleszteni a profit, így sok fekete-afrikai lakosnak egyáltalán nincsen lehetősége hozzáférni a szükséges gyógyszerekhez. Azonban úgy véljük, hogy levonva a dolgozat megírásához feldolgozott valamennyi szakirodalom tanulságát, a gyógyszerhez jutást tartjuk a fekete-afrikai fejlődő országok problémáinak megoldásához szükséges legfontosabb tényezőnek, mert ez felszámolja a betegségek okozta problémákat, így az ember újra elmehet dolgozni, és megszerezheti a megélhetéséhez szükséges erőforrásokat. Ez pedig előmozdíthatja a térség gazdasági fejlődését is hosszú távon.

7. IRODALOMJEGYZÉK

Abbott, F. M. (2002): The Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health: lighting a dark corner at the WTO. *Journal of International Economic Law*, 2, 469-505. o.

Adem, G. (2007): Official Development Assistance. Az interneten: http://se1.isn.ch/serviceengine/Files/ISN/103667/ichaptersection_singledocument/368CAAB2-27E3-4854-901E-B10BB9E6F4A3/en/M142CHAP1.pdf. Letöltés ideje: 2012. 04. 01.

Agénor, P. (2008): Health and infrastructure in a model of endogenous growth. *Journal of Macroeconomics*, 4, 1407-1422. o.

Ahmed, M. et al. (Medical Education: Meeting the Challenge of Implementing Primary Health Care in Sub-Saharan Africa. *Infectious Disease Clinics of North America*, 2, 411-420. o.

Anand, K. et al. (1999): Impact of HIV/AIDS on the national economy of India. *Health Policy*, 3, 195-205. o.

Andor, L. et al. (2005): *21. századi enciklopédia – Világgazdaságtan*. Pannonica Kiadó, 2006. 108. oldal

Attaran, A. (2004): How Do Patent And Economic Policies Affect Access To Essential Medicines In Developing Countries? *Health Affairs*, 3, 155-166. o.

Attaran, A. és Gillepsie-White, L. (2001): Do patents for antiretroviral drugs constrain access to AIDS treatment in Africa? *Journal of the American Medical Association*, 15, 1886-1892. o.

Austin, D. H. (2006): Research and Development in the Pharmaceutical Industry. *Working Paper*, 2006. október, Congressional Budget Office, Washington, USA.

Avert (2012): HIV and AIDS in Uganda. Az interneten: <http://www.avert.org/aids-uganda.htm>. Letöltés ideje: 2012. 04. 02.

Barton, J. H. (2004): TRIPS and the global pharmaceutical market. *Health Affairs*, 23, 146-154. o.

BBC (2012): Health care around the World. Az interneten: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/8201711.stm>. Letöltés ideje: 2012. 03. 03.

Benatar, S. R. (2002): Health in Developing Countries: Cultural Concernes. In Smelser N. J. és Baltes P. B. (eds.): *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Polestar Wheaton Ltd, Exeter, 6566-6570. o.

Berger, J. H. (2011): Indian drug firms use S. Africa to access continent. The Sydney Morning Herald. Az interneten: <http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/Pharma-Industry/Indian-drug-firms-use-S.Africa-to-access-continent>. Letöltés ideje: 2012. 03. 22.

Bollinger, L. et al. (2000): The Economic Impact of AIDS in Malawi. *Working Paper*, 2000. július, The POLICY Project, U.S. Agency for International Development, USA

Boring, A. (2010): Abbott, F. M. (2002): Does Foreign Patent Protection Increase the United States' Trade of Pharmaceutical with Developing Countries? *Working paper*, 2010. június, University Paris-Dauphine, Paris, France.

Bridges, E. (2006) HIV Prevention in Development Countries. Advocates for Youth.

Burgoyne, A. D. és Drummond P. D. (2008): Knowledge of HIV and AIDS in Women in Sub-Saharan-Africa. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 2, 14-31. o.

Cairns, G. (2012): Being faithful. Az interneten: <http://www.aidsmap.com/Being-faithful/page/1065600/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 02.

Canning, D. (2006): The Economics of HIV/AIDS in Low-Income Countries: The Case for Prevention. *Journal of Economic Perspectives*, 20, 121-142. o.

Chaudhury, S. et al. (2003): Estimating the effects of global patent protection in pharmaceuticals: a case study of Quinolones in India. *Working paper 10159*, 2003. december, Cambridge, Egyesült Királyság

Chien, C. (2007): HIV/AIDS Drugs for Sub-Saharan Africa: How Do Brand and Generic Supply Compare? *Working Paper*, 2007-03-17, Santa Clara University School of Law, Santa Clara, California, Amerikai Egyesült Államok

Chima, R. I. et al. (2003): The economic impact of malaria in Africa: a critical review of the evidence. *Health Policy*, 1, 17-36. o.

CIA Factbook (2012): Equatorial Guinea. Az interneten: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ek.html>. Letöltés ideje: 2012. 04. 10.

Cichoki, R. N. M. (2007): HIV Medication News - Updated! Az interneten: <http://aids.about.com/od/generalinformation/a/medupdate.htm>. Letöltés ideje: 2012. 03. 23.

Cohan, S. A. (2003): Beyond Slogans: Lessons From Uganda's Experience With ABC and HIV/AIDS. *The Guttmacher Institute*, 5.

Correa, C. M. (2002): *Intellectual property rights, the WTO, and the Developing Countries: The TRIPS Agreement and Policy Options*. Zed Books Ltd, London.

Corrigan, P. et al. (2005): AIDS crisis and growth. *Journal of Development Economics*, 77, 107-124. o.

Cptech (2000): Background Information on Fourteen FDA Approved HIV/AIDS Drugs. Az interneten: <http://www.cptech.org/ip/health/aids/druginfo.html>. Letöltés ideje: 2012. 03. 23.

Cuddington, J. T. és Hancock, J. D. (1994): Assessing the impact of AIDS on the growth path of the Malawian economy. *Journal of Economic Development*, 43, 363-368. o.

Egészségpolitikai Fogalomtár (2012): DALYs. Az interneten: <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/DALYs>. Letöltés ideje: 2012. 02. 19.

El Said, M. K. (2010): Public health related TRIPS-plus provisions in bilateral trade agreements. Az interneten: <http://donttradeourlivesaway.files.wordpress.com/2011/01/dsa1081.pdf>. Letöltés ideje: 2012. 04. 08.

ENSZ (2010): The Millennium Development Goals Report. Az interneten: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf#page=42>. Letöltés ideje: 2012. 04. 08.

ENSZ (2011): The Millennium Development Goals Report. United Nations, New York, 2011. Az interneten: http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf. Letöltés ideje: 2012. 04. 01.

ENSZ (2012a): Goal 8: Develop a global partnership for development. Az interneten: <http://www.un.org/millenniumgoals/global.shtml>. Letöltés ideje: 2012. 04. 08.

ENSZ (2012b): Background. Az interneten: <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>. Letöltés ideje: 2012. 04. 08.

ENSZ (2012c): Millennium Development Goals. Az interneten: <http://www.un.org/millenniumgoals/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 02.

Ettling, M. B. és Shepard, D. S. (1991): Economic cost of malaria in Rwanda. *Tropical Medicine and Parasitology*, 3, 214-218. o.

Fairhead, J. et al. (2006): Where techno-science meets poverty: Medical research and the economy of blood in The Gambia, West Africa. *Social Science and Medicine*, 4, 1109-1120. o.

Fay, M. et al. (2005): Achieving the child-health-related millenium development goals: the role of infrastructure. *World Development*, 8, 1267-1284. o.

Firlag-Burkacka, E. et al. (2009): Comparison of effectiveness of different methods of prevention of mother-to-child hiv transmission. *hiv&aids review*, 4, 11-15. o.

Fleming, A. F. (1997): HIV and blood transfusion in sub-Saharan Africa. *Transfusion Science*, 2, 167-179. o.

Galvão, J. (2002): Access to antiretroviral drugs in Brazil. *The Lancet*, 360, 1862-1865. o.

Ganguli, P. (2003): Indian path towards TRIPS compliance. *World Patent Information*, 25, 143-149. o.

Gerster, R. (2000): How WTO/TRIPS threatens Indian pharmaceutical industry. Az interneten: <http://www.twinside.org.sg/title/twr120h.htm>. Letöltés ideje: 2012. 03. 10.

Global Issues (2012): Poverty Facts and Stats. Az interneten: <http://www.globalissues.org/article/26/poverty-facts-and-stats>. Letöltés ideje: 2012. 04. 13.

Global Network (2011): About our mission. Az interneten: <http://www.globalnetwork.org/about>. Letöltés ideje: 2012. 02. 06.

Gyires, K. és Fürst, Zs. (2011): *A farmakológia alapjai*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Hafner, T és Popp, D. (2011): China and India as suppliers of affordable medicines to developing countries. *Working Paper 17249*, National bureau of Economic Research, Cambridge, Egyesült Királyság.

Haley, G. T. és Haley U. C. V. (2012): The effects of patent-law changes on innovation: The case of India's pharmaceutical industry. *Technological Forecasting and Social Change*, 4, 607-619. o.

Halperin, D. T. et al. (2011): A Surprising Prevention Success: Why Did the HIV Epidemic Decline in Zimbabwe? *Public Library of Science*, 2. Az interneten: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/60797794/surprising-prevention-success-why-did-hiv-epidemic-decline-zimbabwe>. Letöltés ideje: 2012. 04. 02.

Halperin, Daniel T. és Epstein, H. (2004): Concurrent Sexual Partnerships Help to Explain Africa's High HIV Prevalence: Implications for Prevention. *The Lancet*, 364, 4-6. o.

Hollán, Zs. (1969): *Orvosi lexikon*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Human Development Reports (2011): Equatorial Guinea. Az interneten: <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GNQ.html>. Letöltés ideje: 2012. 04. 10.

Human Development Reports (2012): Human Development Index (HDI): Az interneten: <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 10.

Hutchinson, J. F. (2001): The Biology and Evolution of HIV. *Annual Review of Anthropology*, 1, 85-108. o.

ICTSD (2012): India grants First Compulsory License to Generic Drug Producers. *Intellectual Property Programme*, 10. Az interneten: <http://ictsd.org/i/news/bridgesweekly/128236/>

IPO (2011): What is patent. Az interneten: <http://www.ipo.gov.uk/patent.htm>. Letöltés ideje: 2012. 02. 04.

Issekutz, B. (1979): *Gyógyszerrendelés*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Jackson, L. et al. (1992): Varied potential risks of HIV infection among prostitutes. *Social Science and Medicine*, 3, 281-285. o.

Kale, D. (2005): Learning to innovate: The Indian Pharmaceutical industry response to emerging TRIPS regime. DRUID Academy Winter 2005 PhD Conference, Milton Keynes, UK. Az interneten: http://www.druid.dk/uploads/tx_picturedb/dw2005-1654.pdf. Letöltés ideje: 2012. 03. 10.

Kambou, G. és Devarajan, S. és Over, M. (1992): The economic impact of AIDS in an African country: simulations with a general equilibrium model of Cameroon. *Journal of African Economies*, 1, 109–130. o.

Kanbur, R. (2006): The Economics of international aid. *Handbook of the Economics of Giving, Reciprocity and Altruism*, 2, 1559-1588. o.

Kerry, V. B. és Kelly, L. (2007): TRIPS, the Doha declaration and paragraph 6 decision: what are the remaining steps for protecting access to medicines. *Globalization and Health*, 3. Az interneten: <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/3>. Letöltés ideje: 2012. 03. 11.

Knodel, J. (2003): Return migration in the context of parental assistance in the AIDS epidemic: the Thai experience. *Social Science and Medicine*, 2, 327-342. o.

Kopp, C. (2002): What is a truly innovative drug? *Canadian Family Physician*, 9, 1413-1415. o.

KPMG (2006): The Indian Pharmaceutical Industry: Collaboration for Growth. Az interneten: <http://www.in.kpmg.com/pdf/indian%20pharma%20outlook.pdf>. Letöltés ideje: 2012. 03. 22.

Kremer, M. (2002): Pharmaceuticals and Developing World. *The Journal of Economic Perspectives*, 4, 67-90. o.

Kyle, M. – McGahan, A. (2009): *Investments in pharmaceuticals before and after TRIPS*. Working Paper, 15468, National Bureau of Economic Research, Cambridge.

Liese, B. H. - Schubert, L. (2009): Official development assistance for health-how neglected are neglected tropical diseases? An analysis of health financing. *International Health*, 2, 141-147. o.

Love, J. (2000): How Much does it cost to develop a new drug. *Working Paper*, 2000-04-02, Consumer Project on Technology, Geneva, Switzerland.

Lu, Y. et al. (2011): Medicine Expenditures. *Working Paper*, 2011-02-06, The World Medicine Situation, World Health Organisation, Geneva, Switzerland

Magyar Szabadalmi Hivatal (2012): Szabadalom. Az interneten: <http://www.sztnh.gov.hu/szabadalom/>. Letöltés ideje: 2012. 02. 20.

Mahy, M. et al. (2010): What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. *Sex Trans Infect*. Az interneten: http://sti.bmj.com/content/86/Suppl_2/ii48.short. Letöltés ideje: 2012. 02. 26.

Marseille, E. et al. (2002): HIV Prevention before HAART in Sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 359, 1851-1856. o.

Mercurio, B. C. (2006): TRIPS-Plus Provisions in FTAs: Recent Trends. In Bartels, L. és Ortino, F. (eds.): *Regional Trade Agreements And The WTO Legal System*. Oxford University Press, Oxford, 215-237. o.

Miguel, E. és Kremer, M. (2004): Worms: Identifying impacts on education and health in the presence of treatment externalities. *Econometrica*, 1, 159-217. o.

MSF (2012a): About MSF. Az interneten: http://www.msf.org/msf/about-msf/about-msf_home.cfm. Letöltés ideje: 2012. 04. 04.

MSF (2012b): International Activity Report 2010: Facts and Figures. Az interneten: <http://www.msf.org/msf/articles/2011/08/iar-2010---facts-and-figures.cfm>. Letöltés ideje: 2012. 04. 04.

Mtika, M. (2007): Political economy, labor migration and the AIDS epidemic in rural Malawi. *Social Science and Medicine*, 12, 2454-2463. o.

Mugenyi, P. N. (2002): HIV vaccines: the Uganda experience. *Vaccine*, 1905-1908. o.

Mwabu, G. (2007): Chapter 53 Health Economics for Low-Income Countries. *Handbook of Development Economics*, 4, 3305-3374. o.

Nanomedicine (2012): Current Issue. Az interneten: <http://www.nanomedjournal.com/>. Letöltés ideje: 2012. 02. 19.

Nunnenkamp, P. (2011): Throwing Foreign Aid at HIV/AIDS in Developing Countries: Missing the Target? *World Development*, 10, 1704-1723. o.

OECD (2003): Official Development Assistance. Az interneten: <http://www.oecd.org/dataoecd/21/21/34086975.pdf>. Letöltés ideje: 2012. 04. 01.

OECD (2009): Development Co-operation Report. Az interneten: http://www.oecd-ilibrary.org/development/development-co-operation-report-2009/dac-members-net-official-development-assistance-in-2007_dcr-2009-graph1-en. Letöltés ideje: 2012. 04. 07.

OECD (2012): Is it ODA? Az interneten: <http://www.oecd.org/dataoecd/21/21/34086975.pdf>. Letöltés ideje: 2012. 04. 01.

Patralekha C. (2005): India's new patent law may still hurt generic drug supplies. *The Lancet*, 365, 1378. o

Payne, L. - Fitchett J. R. (2010): Bringing neglected tropical diseases into the spotlight. *Trends in Parasitology*, 9, 421-423. o.

Pecoul, B. et al. (1999): Access to Essential Drugs in Poor Countries: A Lost Battle? *Journal of the American Medical Association*, 4, 361-367. o.

Pickrell, J. (2006): Timeline: HIV and AIDS. New Scientist. Az interneten: <http://www.newscientist.com/article/dn9949-timeline-hiv-and-aids.html>. Letöltés ideje: 2012. 04. 02.

Póvoa, L. M. C. et al. (2011): Innovation in the Brazilian Pharmaceutical Industry post-TRIPS. Az interneten: <http://www.ungs.edu.ar/globalics/wp-content/uploads/2011/12/ID-197-Caliari-Mazzoleni-Caliari-Privatization-of-Knowledge-Intellectual-Property-Right.pdf>. Letöltés ideje: 2012. 04. 06.

Rabin, R. C. (2010): Condom Use Is Highest for Young, Study Finds. Az interneten: <http://www.nytimes.com/2010/10/04/health/04sex.html>. Letöltés ideje: 2012. 04. 07.

Rahier, J. F. et al (2009): European evidence-based Consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *Journal of Chron's and Colitis*, 2, 47-91. o.

Ravallion, M. (2007): "Achieving Child-Health-Related Millenium Development Goals: The Role of Infrastructure" - A Comment. *World Development*, 5, 920-928. o.

Richter, D. L. et al. (2001): Limiting the Spread of HIV/AIDS in Sierra Leone: Opportunities for Intervention. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 5, 48-54. o.

Shepard, D. S. et al. (1991): The economic cost of malaria in Africa. *Tropical Medicine and Parasitology*, 3, 199-203. o.

Shetty, A. K. és Powell, G. (2003): Children Orphaned by AIDS: A Global Perspective. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 1, 25-31. o.

Singh, S. et al. (2004): A, B and C in Uganda: The Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline. *Reproductive Health Matters*, 12, 129-131. o.

Smith, R. – Correa, C. – Oh, C. (2009): Trade, TRIPS and pharmaceuticals. *The Lancet*, 373, 684-691. o.

Somai, M. (1997): A GATT-ból a WTO-ba: az Uruguayi forduló előzményei és eredményei. *Külgazdaság*, 10, 4-20. o.

Steinbrook, R. (2007): Thailand and the compulsory licencing of efavirenz. *New England Journal of Medicine*, 356, 544-546. o.

Streetland, P. (2005): Public health care under pressure in sub-Saharan Africa. *Health Policy*, 3, 375-382. o.

SZTNH (1998): A TRIPS Egyezmény szerepe a nemzetközi iparjogvédelmi rendszerben. Iparjogvédelmi és Szerzői Jogi Szemle. Az interneten: <http://www.sztnh.gov.hu/kiadv/ipsz/199806/csiki.html>. Letöltés ideje: 2012. 04. 05.

SZTNH (2012a): Nemzeti elbírás. Az interneten: http://www.sztnh.gov.hu/jogforras/shlaw.html?2002_51:4p. Letöltés ideje: 2012. 04. 05.

Udvari, B. (2011): The TRIPS Agreement and access to medicines: who are the main losers? In: Farkas, B.(ed.): *Studies in International Economics and Finance*. JATEPress, Szeged, 157-179. o.

UNAIDS (2000): *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNAIDS (2005): UNAIDS Questions & Answers. Az interneten: http://www.unaids.org/epi/2005/doc/docs/en/QA_PartIII_en_Nov05.pdf. Letöltés ideje: 2012. 04. 03.

UNAIDS (2010a): *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS pandemic 2010*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS (2010b): Getting to Zero. Az interneten: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc2034_unaids_strategy_en.pdf. Letöltés ideje: 2012. 04. 07.

UNAIDS (2012a): UNAIDS. Az interneten: <http://www.unaids.org/en/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 03.

UNAIDS (2012b): 2011 Political Declaration: Targets and elimination commitments. Az interneten: <http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 03.

UNAIDS (2012c): UNAIDS strategy 2011-2015 Strategy. Az interneten: <http://www.unaids.org/en/aboutunaids/unaidsstrategygoalsby2015/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 03.

UNCTAD (2012): Az ENSZ statisztikai adatbázisa. Az interneten: <http://unctadstat.unctad.org/TableViewer/tableView.aspx>.

Világbank (2012): How we classify countries? Az interneten: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>. Letöltés ideje: 2012. 03. 02.

Wagner, A. K. (2011): Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: Results from the World Health Survey. *Health Policy*, 100, 151-158. o.

Waning, B. et al. (2010): A lifeline to treatment: the role of Indian generic manufacturers in supplying antiretroviral medicines to developing countries. *Journal of the International AIDS society*, 13. Az interneten: <http://www.jiasociety.org/content/13/1/35>. Letöltés ideje: 2012. 03. 23.

Watal, J. (2000): Access to Essential Medicines in Developing Countries: Does the WTO TRIPS Agreement Hinder it? *Science, Technology and Innovation Discussion Paper*, 8, Center for International Development, Harvard University, Cambridge, MA, USA.

WB (2012): Country and Lending Groups (Világbank). Az interneten: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#Sub-Saharan-Africa>. Letöltés ideje: 2012. 04. 13.

Wen, L. S. és Char, D. M. (2011): Existing infrastructure for the delivery of emergency care in post-conflict Rwanda: An initial descriptive study. *African Journal of Emergency Medicine*, 2, 57-61. o.

WHO (1995): Report of the third meeting of directors of WHO collaborating centres for traditional medicine. World Health Organisation, Peking, Kína. Az interneten: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_TRM_96.1.pdf. Letöltés ideje: 2012. 04. 11.

WHO (2000): Traditional medicines: definitions. Az interneten: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 11.

WHO (2003): Cost-Containment Mechanisms for Essential Medicines, Including Antiretrovirals, in China. *Health Economics and Drugs Series*, 13. Az interneten: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4907e/5.html>. Letöltés ideje: 2012. 03. 18.

WHO (2004): *World Medicine Situation*. World Health Organisation

WHO (2006): Briefing Note Access to Medicines. Az interneten: <http://donttradeourlivesaway.files.wordpress.com/2011/01/briefingnote2dataexclusivitymarch2006.pdf>. Letöltés ideje: 2012. 04. 08.

WHO (2008): Traditional medicines. Az interneten: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 11.

WHO (2009): *Global Report*. World Health Organisation. Az interneten: http://www.who.int/hiv/data/2009_global_summary.png. Letöltés ideje: 2012. 02. 26.

WHO (2011a): WHO Model Lists of Essential Medicines. Interneten: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>. Letöltés ideje: 2012. 01. 25.

WHO (2011b): Essential Medicines (17th edition). World Health Organization. Az interneten: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf. Letöltés ideje: 2012. 02. 19.

WHO (2011c): Tropical diseases. Az interneten: http://www.who.int/topics/tropical_diseases/en/. Letöltés ideje: 2012. 02. 06.

WHO (2012a): Data Repository. Az interneten: <http://apps.who.int/ghodata/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 11.

WHO (2012b): Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). Az interneten: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/. Letöltés ideje: 2012. 02. 06.

WHO (2012c): Global Health Observatory. Az interneten: http://www.who.int/gho/health_systems/en/index.html. (Letöltés ideje: 2012. 02. 25.)

WHO (2012d): Statisztikai adatbázis. Az interneten: <http://apps.who.int/ghodata/>. Letöltés ideje: 2012. 02. 26.

WHO (2012e): Data and Statistics. Interneten: <http://www.who.int/hiv/data/en/>. Letöltés ideje: 2012. 02. 19.

WHO (2012f): Patent situation of HIV/AIDS-related drugs in 80 countries. Az interneten: <http://www.who.int/hiv/pub/amds/patentsshivdrugs.pdf>. Letöltés ideje: 2012. 03. 23.

WHO (2012g): HIV/AIDS antiretroviral therapy. Az interneten: <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>. Letöltés ideje: 2012. 04. 10.

WHO (2012h): Generic Drugs. Az interneten: <http://www.who.int/trade/glossary/story034/en/index.html>. Letöltés ideje: 2012. 02. 04.

WIPO (2012): Paris Convention for the Protection of Industrial Property. Az interneten: http://www.wipo.int/treaties/en/ip/paris/trtdocs_wo020.html#P71_4054. Letöltés ideje: 2012. 04. 08.

WTO (1994): *Agreement on trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*. Annex 1C of the Marrakesh Agreement Establishing the World Trade Organization. World Trade Organization, Genf.

WTO (2012): Obligations and Exceptions. Az interneten: http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/factsheet_pharm02_e.htm#dohadec15d. Letöltés ideje: 2012. 03. 10.

WTO (2012): Principles of the trading system. Az interneten: http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/fact2_e.htm. Letöltés ideje: 2012. 03. 20.