

Minden igyekezet hiába? Gyógyszerhez jutás Fekete-Afrikában

Uhrin Ákos¹

E kutatás a fekete-afrikai gyógyszerhez jutással kapcsolatos kérdésekkel foglalkozik. A téma aktuálisnak tekinthető, mert az egészség mindig is fontos szerepet játszott, és a nemzetközi szervezetek is felismerték, hogy különösen az alacsony jövedelmű fejlődő országokban az emberek nem jutnak hozzá az alapvető gyógyszerhez sem, ez a helyzet pedig a legkülönbözőbb gazdasági problémák egyik forrása. Ezek alapján jelen kutatás célja feltárni, hogy milyen tényezők vezettek el és milyen okokból kifolyólag maradt fent mindmáig a gyógyszerhez jutás problémája. Mivel a problémával kapcsolatban különösen az alacsony jövedelmű fejlődő országok az érintettek, ezért vizsgálódásunk fókuszában Afrika áll. A vizsgálatot a szakirodalmi áttekintés és rendszerezés módszerével végeztük. Elemzésünket olyan nemzeti és nemzetközi tényezőkre terjesztettük ki, melyek valamilyen módon (pozitívan vagy negatívan) befolyásolhatják a gyógyszerhez jutást (például TRIPS egyezmény, infrastruktúra). Az okokat aprólékosan bemutatva, kellő kritika mellett átfogó képet nyújtunk a gyógyszerhez jutás akadályairól. Azt találtuk, hogy a gyógyszerhez jutás egy régóta meglévő és nagyon szerteágazó problémakör, számos gazdasági vonatkozással, amelyet nem lehet egyértelműen nemzeti vagy nemzetközi tényezőkre visszavezetni.

Kulcsszavak: Fekete-Afrika, gyógyszerhez jutás, TRIPS, szegénység

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 esetleg elkapnánk egy betegséget, akkor sem kell aggódnunk, hiszen a fejlett orvostudománynak hála gyorsan felgyógyulunk. Azonban nem minden ember ilyen szerencsés. Gyógyszerekhez különösen az alacsony jövedelmű, fejlődő országok lakossága nem jut. A legtöbb fejlődő ország arányaiban nézve is és abszolút értékben is Afrikában található. Molavi (2003) szerint csak a maláriás megbetegedések következtében a fekete-afrikai térség GDP-je mintegy 32%-kal lehetne több, ha az 1960-as évek óta nem pusztítana folyamatosan valamilyen betegség.

¹ Uhrin Ákos, PhD-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar. A tanulmány a 2013. évi, XXXI. OTDK-n III. helyezést elért dolgozat alapján készült. Témavezető: Dr. Udvari Beáta, egyetemi adjunktus.

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. 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, mint az egykori pestis esetében, amely Európa szerte pusztított, mára már azonban szinte teljesen kizárt, hogy újra felbukkanjon az életkörülmények jobbá válása miatt), vagy mindez fordítva történik. A kutatás során 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 előtt.

Ezek alapján a tanulmány 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 tanulmány 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 országok² az érintettek, ezért vizsgálódásunk fókuszában is ezek az országok állnak. Tekintettel arra, hogy a legtöbb ilyen ország Afrikában található, ezért a tanulmányunk központjában álló gyógyszerhez jutás problémáját is erre a kontinensre összpontosítva mutatjuk be.

Tekintettel arra, hogy a gyógyszerhez jutás problémájának vizsgálata nem megszokott témakör, ezért a kutatás első részében a betegségekkel kapcsolatos trendeket tekintjük át, hogy hangsúlyozzuk a probléma jelentőségét. Ezután az egészség és a gazdaság kapcsolatát tárjuk fel, majd 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.

² A fejlődő országok meghatározására nem áll rendelkezésünkre egységes definíció. Ezért a kutatásban a Világbank jövedelem szerinti besorolását vettük alapul, amikor ezen országok körét meghatároztuk. Ezek alapján az alacsony és a közepes jövedelmű országok alsó hányadát tekintjük fejlődő országnak, más szóval azon államokat, amelyek egy főre jutó GNI értéke nem haladja meg az évi 3 975 USD szintet.

2. Az egészségügy fontossága

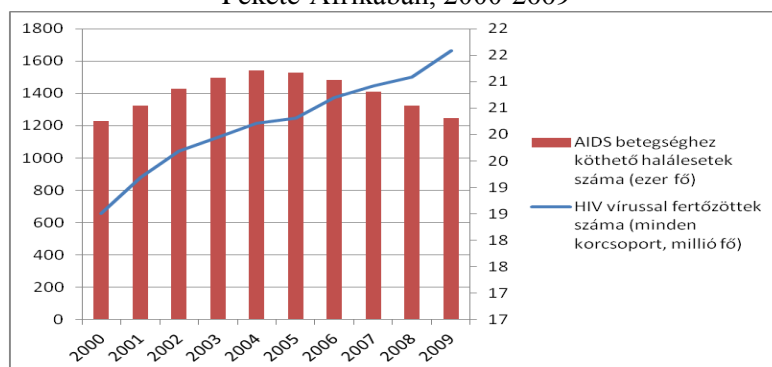
A 2000-es évektől kezdve a gyógyszerhez jutás kérdésköre egyre nagyobb figyelmet kapott nemzetközi szinten (WTO, WHO, stb.), mert nagyon sokan nem tudják megfizetni a gyógyszereket, ami etikai szempontból helytelen, azonban emellett számos gazdasági vonatkozása is van. Mivel a gyógyszerhez való hozzájutás az egészséges életet biztosítja, így ebben a részben azt részletezzük, hogy az egészség miért játszik fontos szerepet egy ország gazdaságában. Mivel a kutatás hangsúlyát Szubszaharai-Afrikára helyeztük, így a fejezetben elsőként bemutatjuk a térség egészségügyi helyzetét, majd pedig az ott jellemző betegségek gazdasági hatásait elemezzük.

2.1. Fekete-Afrika egészségügyi helyzete

Fekete-Afrika alatt a Szaharától délre elterülő országok csoportját értjük. A WHO (2012b) 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 következőkben ezek afrikai jellemzőit mutatjuk be részletesebben.

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.

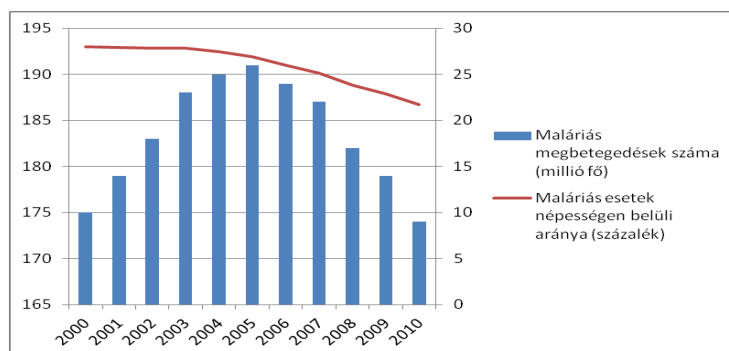
1. ábra HIV vírussal fertőzöttek számának alakulása (jobb tengely, millió fő), illetve az AIDS betegséghez köthető halálos esetek számának alakulása (bal tengely, ezer fő) Fekete-Afrikában, 2000-2009



Forrás: WHO (2012a) adatai alapján saját szerkesztés

A HIV/AIDS mellett a másik leginkább pusztító betegség a malária. Habár speciális szúnyoghálókkal nagyon könnyen lehetne ellene védekezni, mégis rengetegen betegednek meg és halnak meg ebben a betegségben a mai napig. 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).

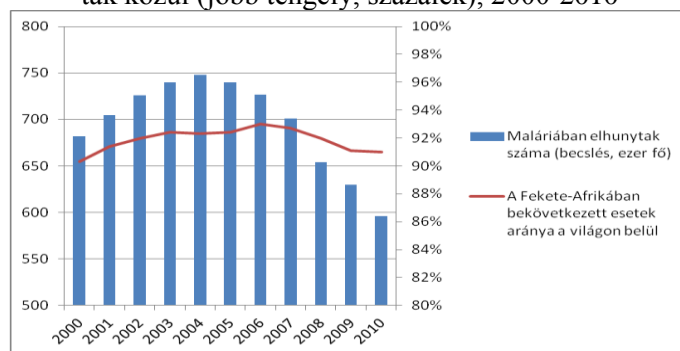
2. ábra Maláriás megbetegedések számának alakulása Fekete-Afrikában (bal tengely, millió fő), illetve a fekete-afrikai maláriás esetek népességen belüli aránya (százalék), 2000-2010



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 halálos esetek 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.

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

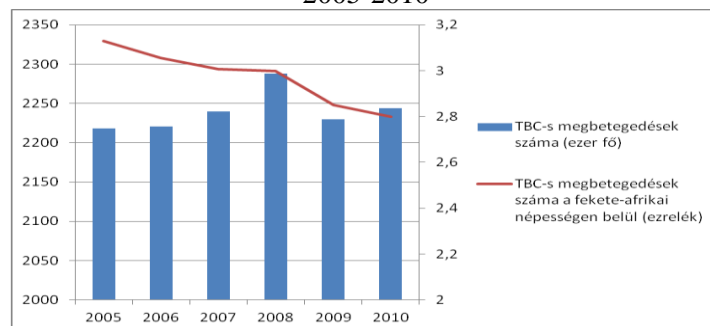


Forrás: WHO (2012a) adatai alapján saját szerkesztés

A 3. ábra alapján azt állapíthatjuk meg, hogy a malária – a HIV/AIDS-hez hasonlóan – 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.

A tuberkulózis annyiban különbözik a többitől, hogy a TBC nem elsősorban Afrikát sújtja, hanem Ázsiát (az összes eset 60%-a Ázsiában történik). Ennek 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 2012c). 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).

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

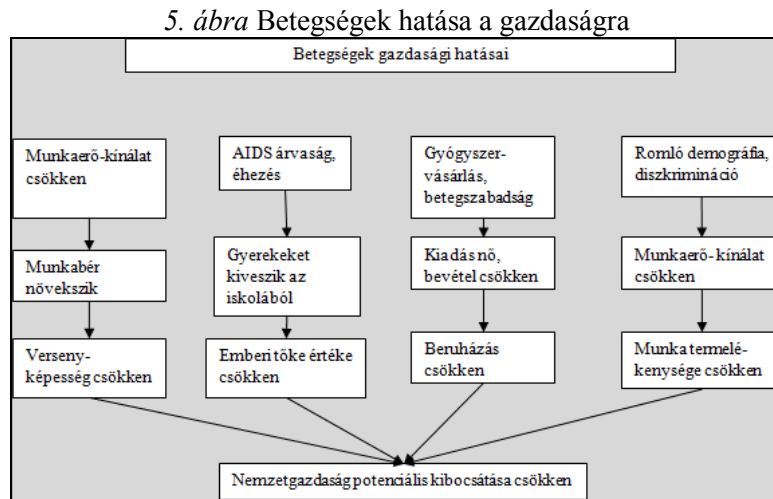


Forrás: WHO (2012a) alapján saját szerkesztés

A betegségekkel kapcsolatban összességként 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. Mint már szoltunk róla, a betegségek komoly gazdasági következményekkel járnak, melyeket a következő részben mutatunk be.

2.2. A betegségek gazdasági következményei

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. A betegségek gazdasági hatásait az 5. ábra foglalja össze.



Forrás: saját szerkesztés

Ezek a hatások nem csak a HIV/AIDS-re érvényesek, hanem olyan trópusi betegségekre is, mint például a malária (Chima et al. 2003, Shepard et al. 1991, Ettlíng és Shepard 1991). Ezzel a betegséggel kapcsolatban 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). 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 beruházásokról.

3. A betegségek hatással vannak az iskolai jelenlétre is. Amennyiben egy gyermek elveszíti egyik vagy mindkét szülőjét (pl. AIDS árva lesz), úgy arra kényszerül, hogy már fiatalon, iskolába járás helyett is dolgozni menjen. Emiatt a gyermekeket kivesszük 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.

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 feladata a stabil gazdasági növekedés beindítása lenne, azonban mindez véleményünk szerint nem következhet be addig, ameddig az 5. ábrán bemutatott okok fennállnak. Ezt akár egy ördögi körnek is tekinthetjük, hiszen ameddig nem áll be javulás az egészségügyi helyzetben, addig nem tud növekedni a GDP, illetve ameddig nincsen gazdasági növekedés, nem következik be javulás az egészségi állapotban. Úgy gondoljuk tehát, hogy ezen részben bemutatott gazdasági következmények ördögi köre 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 az előzőekben bemutatott gazdasági hatások milyen okokra vezethetők vissza. Megismerkedünk ezzel kapcsolatban a fontosabb nemzeti hiányosságokkal valamint nemzetközi akadályokkal. A probléma a következőképpen is felfogható: a szegénység miatt az emberek nem tudnak gyógyszereket vásárolni, ami miatt betegek. Azonban betegségeikből 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. Az okok azonban sokrétűek: gyógyszerhez jutást nem csak nemzeti, hanem számos nemzetközi tényező is befolyásolja. Ezek közül elsőként vizsgáljuk meg a nemzetközi jellegű akadályokat.

3.1. TRIPS egyezmény, mint nemzetközi jellegű akadály?

Elsőként azt elemezzük, hogy milyen hatással van a gyógyszerhez jutásra a WTO által kidolgozott Szellemi Tulajdonjogok Kereskedelmi Vonatkozásairól szóló TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) egyezmény³. A nemzetközi szakirodalomban ezt az egyezményt éri a legtöbb kritika, amikor a gyógyszerhez jutás akadályairól beszélünk. A TRIPS (Szellemi Tulajdonjogok Kereskedelmi Vonatkozásairól szóló) egyezmény célja, hogy „fokozott védelmet kíván biztosítani a szellemi termékek széles körének, a márkáktól és védjegyekről kezdve a gyártási eljárásokig és műalkotásokig” (Andor et al. 2005, 108. o.). 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 kereskedelemben a *nemzeti elbánást*⁴ és a *legnagyobb kedvezmény elvét*⁵ kell alkalmazni.
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.

³ Az egyezménytől azt várták, hogy csökkenésnek indul a termékhamisítás, hiszen innentől kezdve már be lehetett hajtani a jogdíjat a termékhamisítóktól (Somai 1997).

⁴ 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 2012).

⁵ 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 tekintetében: azaz bármely előnyt, amelyet a GATT-ban részes valamely állam megad egy másik államnak, biztosítani kell a GATT többi tagállamának is” (SZTNH 1998).

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 gyógyszerek⁶ 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 (2001), Akalephan (2009) vagy Smith és Correa (2009)), hogy a TRIPS a gyógyszerhez jutást akadályozza.

Meg kell azonban említeni, hogy a TRIPS és a gyógyszerhez jutás témakörében gyakran megjelennek az úgynevezett „TRIPS rugalmasságai”, melyeket pont a probléma megoldására szántak az egyezmény megalkotói. Ezzel kapcsolatban két, a gyógyszerhez jutást nagyban segítő lehetőséget érdemes kiemelni.

1. A 31. cikkely rendelkezik a *kényszerengedélyezés* (compulsory licensing) 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).
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 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.

6 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 (2002) 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 árak az originális gyógyszereknek.

Mivel azonban a fenti, a gyógyszerhez jutást elősegítő rendelkezésekkel kapcsolatban *sok mindent nem tisztáztak* annak megalkotásakor (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). Látható tehát, hogy mint mindennek a TRIPS egyezménynek is két oldala létezik, ha a gyógyszerhez jutás kérdéskörét tárgyaljuk. A következő részben két részre bontva tárgyaljuk a fenti egyezményt. Ennek során részletesen bemutatjuk azon szerzők véleményét, akik szerint az 1995-ös egyezmény a gyógyszerhez jutásnak egyértelmű akadálya, illetve ezt követően kitérünk az egyezmény gyógyszerhez jutást elősegítő aspektusaira is. Látni fogjuk, hogy nem lehet egyértelműen leszögezni, hogy az egyezmény miként befolyásolja a gyógyszerhez jutást.

3.2. 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. 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). Akalephan (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. 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 vezethet. Chaudhuri et al. (2003) az előzőekkel szemben hangsúlyozzák, hogy a TRIPS alapelve olyan szempontból jónak tekinthető, hogy bátorítja a gyógyszergyártók kutatás-fejlesztési tevé-

kenységét. 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 ebből kevésbé részesülhetnek.

Mindezek mellett léteznek 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.

3.3. A TRIPS mint 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 hozzát teszi, mivel a generikus gyártóknak nem kell a kutatás-fejlesztés magas költségeit megfizetni, ezért az árak a piaci versenyben gyorsan beállnak a termelés határkölttségére (MC), így az originális cég nem tudja a befektetett tőkét visszanyerni, mivel nem tud a piacról származó profitra szert tenni. Ezért kell az, hogy a TRIPS egyezmény 33. cikkelye az originális gyártóknak monopóliumot biztosítson és a termékek értékesítéséből profitra tehessenek szert. Watal (2000) ezzel kapcsolatban további megállapításokat tesz. Elismeri, hogy problémát jelent, hogy a világ egyharmada nem jut gyógyszerhez, azonban a szerzőnő kifejti, hogy habár az IPR alkalmazásával az árak magasabbak lesznek, inkább a szegénység következtében jutnak kevesen gyógyszerhez, mint sem a magas árak miatt. 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. Az előzőekhez kapcsolódva Attaran és Gillespie-White (2001) elemzése alapján sem a TRIPS egyezmény következtében áll fent 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) a TRIPS egyezmény kereskedelemre gyakorolt hatásait vizsgálva arra jutott, hogy nem a TRIPS egyezmény felelős a gyógyszerhez jutás problémájának fennmaradásáért, ezáltal erősíti Attaran és Gillespie-White (2001) véleményét.

Továbbá 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 mu-

tatható ki összefüggés az egyezmény és a gyógyszerhez jutás között. 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. Összegezve tehát a szabadalmi oltalom szigorúbb betartása ösztönzi az innovációt, különösképpen a kutatásigényes ágazatokban, mint amilyen a gyógyszeripar is. Az érvek és ellenérvek „kavalkádjának” tanulságait az 1. táblázatban foglaltuk össze.

1. táblázat TRIPS egyezmény hatásai

<i>Érvek a TRIPS egyezmény ellen</i>	<i>Érvek a TRIPS egyezmény mellett</i>
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

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, mert 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.

3.4. Nemzeti hiányosságok

A gyógyszerhez nem jutás *számos tényezőre* (például nemzetközi szabadalmak megtartásának 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.

3.4.1. Szegénység és infrastruktúra

A gyógyszerhez jutással kapcsolatban Boring (2010) azt fogalmazta meg, hogy a kormányzati támogatások alacsony szintje, a rosszul elhelyezett kórházak, 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. Kiemeli, hogy a világ népességéből négy milliárd főt kitevő hatvanöt alacsony és közepes jövedelmű ország vizsgálata során azt tapasztalta, hogy ezen országokban a szabadalmi védelem kikényszerítése 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 szerzőnő 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. Szerinte az infrastruktúra fejlettsége 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 (2005) valamint Fey et al. (2005) ezzel kapcsolatban azt vizsgálták, hogy mennyiben növelhető a megmentett életek száma az infrastruktúrához való hozzáférés és az egészségügyi ellátás színvonalának révén. Azt találták, hogy a legjobban mindkét tényező egyszerre történő javulása befolyásolja az életben maradás esélyeit. Wen és Char (2011) azt találta, hogy bizonyos országokban még az alap infrastruktúrához sem lehet minden esetben hozzá-

férni. 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.

3.4.2. 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 et al. (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) ezzel összefüggésben 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. 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.

3.4.3. Gyógyszerárakat befolyásoló egyéb tényezők

A gyógyszerhez jutást akadályozó tényezők nemzeti problémája az egészségügy finanszírozási rendje. Streetfland (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 ellátáshoz, csökkent a színvonal, kevesebb gyógyszert tudtak megvenni és az egészségügyben dolgozók fizetése is csökkent vagy nagy késedelmekkel került kifizetés-

re, 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. 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 feketepiacon, 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. Az egyik ok, hogy számos ország vámot vet ki a gyógyszerimportra, aminek következtében a gyógyszerek árai magasabbak lesznek. 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 (2006) 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 WHO (2012c) 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.

4. Összegzés

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. A nemzeti hiányosságok mellett azonban újra ki kell emelni a TRIPS egyezmény vitatott szerepét, amely egyik legjobban hangoztatott rendelkezése értelmében a generikus gyógyszerkészítmények száma visszaeshet, ezáltal nehéz helyzetbe hozva az alacsony jövedelmű országokat. A másik oldalon pedig társadalmilag hasznos a rendelkezés, hiszen hosszú távon a forgalomban lévő gyógyszerek számát és minőségét növeli. Látható tehát, hogy a gyógyszerhez jutás

nem vezethető vissza egyértelműen nemzeti vagy nemzetközi akadályokra, hanem mindkettő nagyon fontos szerepet játszik a kialakult helyzet fennmaradásában.

Azonban azzal, hogy az okokat ismerjük, könnyebb a megoldási lehetőségeket is értékelni. A megoldási lehetőségekkel külön nem foglalkozunk e tanulmány keretében részletekbe menően, az egy teljesen új kutatás irányvonala lehetne. Kiemeljük azonban, hogy véleményünk szerint rendelkezésünkre állnak olyan módszerek, amelyek a tanulmány eddigi részében bemutatott problémák orvoslásának módjai lehetnek. A megoldási módok közül igénybe lehetne venni például a nemzetközi szervezetek adta kereteket (WHO, ENSZ, Médecins Sans Frontiers), illetve a TRIPS egyezmény adta rugalmasságokat (kényszerengedélyezés, párhuzamos importálás). Ezek mind elősegítenék az emberek gyógyszerhez való hozzájutását, azonban nem foglalkoznának a probléma gyökerével, ami véleményünk szerint az alulinformáltságban és a szegénységben ölt testet. Elengedhetetlen fontosságú volna a fentiek alkalmazása mellett tehát egyfajta nemzeti összefogás, vagyis hogy oktatási kampányok révén felhívják az emberek figyelmét a prevenció fontosságára, a megfelelő módszerek alkalmazására. Úgy véljük, hogy e két fajta, eltérő megoldási módozat egyszerre szükséges ahhoz, hogy a helyzet javulásnak tudjon indulni.

Felhasznált irodalom

- 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.
- Agénor, P. (2008): Health and infrastructure in a model of endogenous growth. *Journal of Macroeconomics*, 4, 1407-1422. o.
- Akalephan, C. (2009): Extension of market exclusivity and its impact on the accessibility to essential medicines, and drug expense in Thailand: analysis of the effect of TRIPs-Plus proposal. *Health Policy*, 91, 174-182. o.
- Andor, L. et al. (2005): *21. századi enciklopédia – Világgazdaságtan*. Pannonica Kiadó, Budapest.
- 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.
- 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.
- Chadha, A. (2009): TRIPs and Patenting Activity: Evidence from the Indian Pharmaceutical Industry. *Economic Modelling*, 2, 499-505. 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
- 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.
- 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 millennium development goals: the role of infrastructure. *World Development*, 8, 1267-1284. o.
- Halperin, D. 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.
- 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.
- Kopp, C. (2002): What is a truly innovative drug? *Canadian Family Physician*, 9, 1413-1415. o.
- Kyle, M. – McGahan, A. (2009): Investments in pharmaceuticals before and after TRIPs. *Working Paper*, 15468, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Miguel, E. és Kremer, M. (2004): Worms: Identifying impacts on education and health in the presence of treatment externalities. *Econometrica*, 1, 159-217. o.
- Molavi, A. (2003): Africa's malaria death toll still outrageously high. *National Geographic*, 6.
- Mtika, M. (2007): Political economy, labor migration and the AIDS epidemic in rural Malawi. *Social Science and Medicine*, 12, 2454-2463. o.
- Ravallion, M. (2005): "Achieving Child-Health-Related Millennium Development Goals: The Role of Infrastructure" - A Comment. *World Development*, 5, 920-928. o.
- Shepard, D. S. et al. (1991): The economic cost of malaria in Africa. *Tropical Medicine and Parasitology*, 3, 199-203. 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.
- Sonderholm, J. (2010): Ethical Issues Surrounding Intellectual Property Rights. *Philosophy Compass*, 12, 1107-1115. 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 (2012): *Nemzeti elbánás*. 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.
- 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.
- 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 (2012a): *Data Repository*. Az interneten: <http://apps.who.int/ghodata/>. Letöltés ideje: 2012. 04. 11.
- WHO (2012b): *Generic Drugs*. Az interneten: <http://www.who.int/trade/glossary/story034/en/index.html>. Letöltés ideje: 2012. 02. 04.
- WHO (2012c): *Data and Statistics*. Interneten: <http://www.who.int/hiv/data/en/>. Letöltés ideje: 2012. 02. 19.
- 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): *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.