
GYORS TÉNYKÉP

A GYÓGYSZER-KERESKEDELEM PRIVATIZÁCIÓJA*

(Privatisation of the trade of medicines)

POSZMIK ERZSÉBET – BARTA GYÖRGYI

Bevezető

A gyógyszer-kereskedelem sajátos helyzetet tölt be a jóléti államok piacgazdaságaiban. Össze kell egyeztetni egymásnak ellentmondó követelményeket, azt, hogy a gyógyszer-kereskedelem piaci tevékenység, nyereséges vállalkozás legyen és eleget tegyen ellátási felelősségének is. Ezzel kapcsolatos a gyógyszertárak működtetésének Európában létező és Magyarországon is tervezett, nem teljesen piacokonform gyakorlata: a gyógyszertárak tulajdonlása személyi jogon, amely szerint az állam (önkormányzat) a patika működtetési jogát adja át kizárólag gyógyszerészeknek, a gyógyszertár nem örökölhető.

Az ebből fakadó ellentmondások hosszú távon jelentkeznek, a működés során válnak majd nyilvánvalóvá.

Jelenleg az átmenetinek számító konfliktus zavarja a privatizáció elindulását: vajon ki a privatizáló tulajdonos, az állam (Népjóléti Minisztérium, ÁVÜ) vagy az önkormányzatok? Ebben a dilemmában egyben megfogalmazódik az a kérdés is, hogy kinek a felelőssége a gyógyszerellátás, az államé vagy az önkormányzatoké. Az ÁVÜ privatizációs elképzelései jobban megfelelnek a gyógyszerészeknek és a nagy többségüket összefogó Magyar Gyógyszerkamarának, míg a lakosság és a gyógyszer nagykereskedelem érdekeit jobban képviselik az önkormányzatok.

Az állami felelősség hozzájárulna a területileg kiegyenlítettebb gyógyszerellátás fenntartásához, a gazdaságilag elmaradott területek, illetve a szegényebb lakosság esetleg ráfizetéses patikáinak támogatásához. Az önkormányzati tulajdonlás és felügyelet viszont a helyi lakosság igényeit tudja jobban kielégíteni. Jobban ösztönözhetne a helyi kezdemé-

* A kézirat lezárása óta (1994. november) a helyzetben a szerzők tudomása szerint lényeges változás nem következett be.

nyezésű fejlesztésekre, a szomszédos települések összefogására saját lakosságuk minél jobb ellátása érdekében.

Sajnos, feltételezhetően a vita oka sokkal prózaibb. Sem az állam (ÁVÜ), sem az önkormányzatok nem akarnak elesni a privatizációtól remélt jövedelmektől. (Ez a főváros esetében 8 milliárd forint, a fővárosi gyógyszer-kereskedelem egész vagyona megközelíti az 50 milliárd forintot.)

A gyógyszerészeket pedig az állítja a kormány mellé, hogy a minisztériumtól inkább számíthatnak kárpótlásra a korábban államosított gyógyszertárakért, mint az önkormányzatoktól. Tehát e téren is dúl a háború a kormány és az önkormányzatok között, sajnos egyelőre a lakosság kárára.

A gyógyszer-kereskedelem átalakítás előtti állapota

A tulajdonos

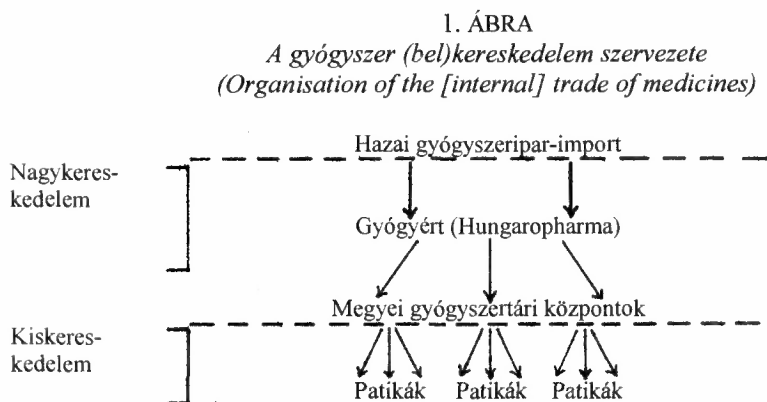
Az államosítások során a gyógyszertárak a Népjóléti Minisztérium felügyelete alá kerültek. 1950-ben alakultak meg a megyei gyógyszertári központok (Állami Gyógyszertári Nemzeti Vállalatok). 1957-ben az Egészségügyi Minisztérium a felügyeleti jogosítványokat a fővárosi, illetve a megyei tanácsokra ruházta át. A megyei és a fővárosi tanácsok nevezték ki a gyógyszertári központok vezetőit, helyetteseit és meghatározták a prémium feladataikat. A patikák nagy része tanácsi bérleményben működött. 1984-ben a gyógyszertári központokat közszolgáltató vállalattá nyilvánították. Ez a változtatás azonban, talán az ügy akkori formális jellege miatt, csak egyes megyék alapító okirataiba lett lefektetve. 1990-ben az önkormányzati törvény a patikákat – mint tanácsi alapítású közüzemi vállalatokat – az önkormányzatokhoz rendelte: „... a tanácsok kezelésében, illetőleg tulajdonosi irányítása alatt álló oktatási, kulturális, egészségügyi, szociális, sport és egyéb intézmények vagyona...” az állam tulajdonából az önkormányzatokéba kerül (107. §).

A Parlament 1992-ben kivonta a gyógyszertári központokat az önkormányzati felügyelet alól. A javaslatot nem kétharmados többség szavazta meg ekkor, ezért a fővárosi közgyűlés ezt a döntést nem fogadta el. A mai napig tehát nyitott a kérdés, kinek a tulajdonában – az államéban vagy az önkormányzatokéban – állnak a gyógyszertárak (Matolay R. 1993).

A hazai gyógyszer-kereskedelem szervezete

Negyven éven át egycsatornás és kétszintű elosztási rendszer működött (1. ábra).

A Gyógyért (ma Hungaropharma) monopolhelyzetű nagykereskedelmi cég volt, a megyei gyógyszertári központok termelő (galenusi laboratóriumok), nagykereskedelmi (elosztó) és kiskereskedelmi funkciót láttak el, de ezek közül a fő tevékenységük a gyógyszeres területi elosztása volt. A gyógyszertári központok szakmai, gazdasági és munkajogi kapcsolatban álltak a patikákkal.



A gyógyszer-kereskedelem területi struktúrája

A kétszintű nagykereskedelem alsó szintjén álltak a megyei gyógyszerértári központok, a budapestivel együtt szám szerint húsz, valamennyi természetesen a megyeszékhelyen működött. A megyei gyógyszerértári központok a Gyógyértől szereztek be és a megyében működő patikáknak osztották szét a gyógyszereket.

1990-ben mintegy ezeröttszáz patikát tartott számon a statisztika. Az egy-egy patikára jutó átlagos lakosság számot tekintve viszonylag kiegyenlített volt a gyógyszerértárok területi megoszlása (1. táblázat).

I. TÁBLÁZAT
Az egy gyógyszerértárra átlagosan jutó lakosság szám megyénként 1991-ben
(Average number of inhabitants per chemist's shop by counties, 1991)

Megye	Lakosság szám	Megye	Lakosság szám
Baranya	6 162	Nógrád	6 305
Bács-Kiskun	4 527	Pest	6 462
Békés	5 575	Somogy	5 044
Borsod-Abaúj-Zemplén	6 972	Szabolcs-Szatmár-Bereg	6 505
Csongrád	6 083	Jász-Nagykun-Szolnok	6 505
Fejér	6 101	Tolna	5 361
Győr-Moson-Sopron	6 951	Vas	6 900
Hajdú-Bihar	6 322	Veszprém	5 953
Heves	5 317	Zala	6 245
Komárom-Esztergom	4 667	Budapest	9 290
		Átlagosan	6 409

Forrás: Megyei Statisztikai Évkönyvek. 1990, 1991, KSH.

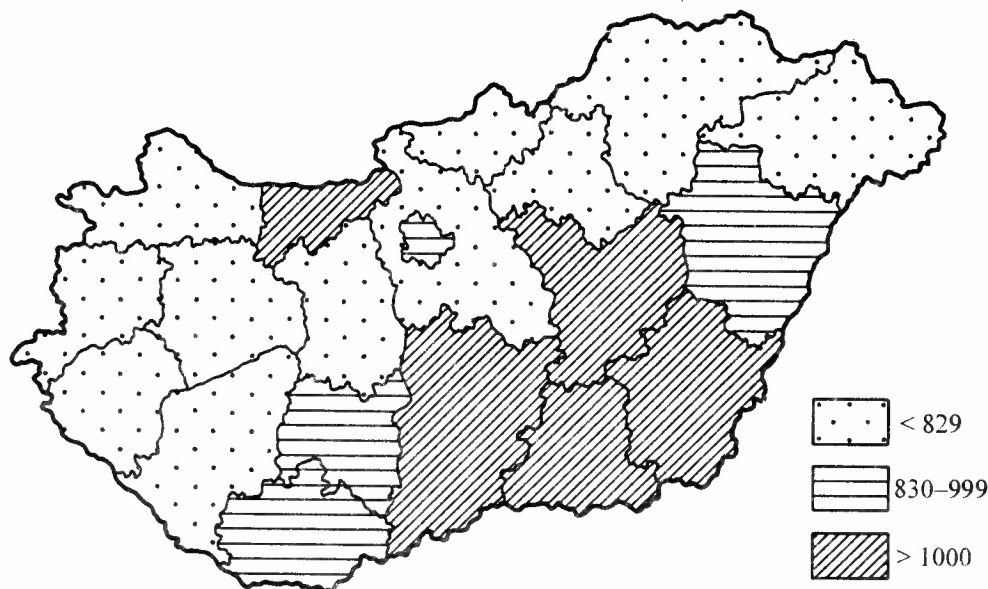
Ennél lényegesen nagyobb területi különbségek alakultak ki a megyéken belül. Elsősorban az aprófalvas térségekben lakók tudtak nehezen hozzáférni a gyógyszerekhez, például Baranya, Vas vagy Zala megyében egy-egy falusi patika hét-kilenc falut látott el átlagosan gyógyszerekkel, míg az alföldi megyékben közel minden (de legalábbis minden második) faluban működött patika. De még ezek a számok is csak az átlagot reprezentálják.

A gyógyszerár fenntartása többnyire alsó szintű központi helyhez kötődik, így érthető, hogy a 169 városban koncentrálódott 1990-ben a gyógyszerárak 47%-a (a települések száma 3074), ahol egyébként a magyar lakosság 62%-a élt.

Az életszínvonalhoz nagyon lazán és áttételesen kötődik a gyógyszerfogyasztás – részben a társadalombiztosítás jelentős árcsökkentő szerepe miatt, részben az ellentétes irányú kapcsolat miatt (ahol magasabb színvonalon él a népesség, ott talán kevesebb gyógyszerre van szükség). Mindenesetre elég jelentős területi eltérések mutatkoztak a gyógyszerfogyasztásban. A megyék sorát nyitó Békés megyében egy főre több mint kétszer annyi gyógyszer jutott értékben (1990-ben), mint a sort záró Nógrádban (2. ábra).

2. ÁBRA

*Az egy lakosra jutó gyógyszerforgalom 1990-ben (Ft/fő)
(Turnover of medicines per inhabitant in 1990 [HUF/capita])*



Forrás: Megyei Statisztikai Évkönyvek. 1990, 1991, KSH.

A hazai gyógyszeripar és a gyógyszer-kereskedelem kapcsolata

Magyarországon a szocialista időszakban a gyógyszergazdaság teljes vertikuma kiépült, a színvonalas vegyészképzéstől a gyógyszergyártás valamennyi ágazatát átfogóan.

A nagyméretű, átgondoltan strukturált és viszonylag fejlett gyógyszeripar azért alakulhatott ki Magyarországon, mert az általános tendenciáktól elütően (a kis kelet-európai országokat a hasonló gazdasági struktúra miatti párhuzamos kapacitások jellemezték leginkább) Magyarország volt az egyetlen fontos gyógyszertermelő a KGST (és főként a Szovjetunió) piacán.

Így érthető, hogy Magyarországon gyógyszerekből igen magas szintű volt az önellátás – a 80-as években 75%-os, amely 1991-re 65%-ra csökkent – amire a deviza szűkössége is kényszerített, de nagy szerepe volt benne az import kvázi liberalizációjának is.

A szelektív törzskönyvezési rendszer bevezetése miatt nem kerültek a gyógyszerkínálatba azonos hatásmechanizmusú gyógyszerek, így az 1980-as évek végén a gyógyszerválaszték mindössze 1200 termékből állt. (Összehasonlításképpen, a nyugati országokban a kínálat 4–6 ezer féle termékből tevődik össze.) És míg a hazai fogyasztás stagnáló, addig az exportpiacok beszűkülése miatti csökkenő termelésből a hazai részarány növekvő tendenciájú a vizsgált időszakban (2. táblázat).

2. TÁBLÁZAT

*A hazai gyógyszertermelésből a belföldi fogyasztás aránya
(Share of home consumption of the Hungarian medicine production)*

Év	Fogyasztás aránya, %
1980-ban	41,5%
1990-ben	40,0%
1991-ben	49,7%

Forrás: Molnár Károlyné–Buzás L. (1992)

A gyógyszerek árai

A kétlépcsős elosztási rendszer idején a Gyógyért termelői áron vette a gyógyszert a gyáraktól, ehhez adta hozzá a nagykereskedelmi árrést, majd térítési díjon adta tovább a gyógyszertári központoknak. A nagykereskedelmi ár és a térítési díj különbségét a költségvetéstől kapta meg.

A gyógyszertári központok költségeit az ún. árréspótló árkiegészítés fedezte, amelynek három kategóriája volt:

- a speciális gyógyszerek esetében 117% volt ez a kiegészítés a térítés díjra vetítve;
- a magisztrális készítmények (amelyek a gyógyszertári központok galenusi laboratóriumaiban készültek) térítési díjára 77%-os kiegészítést számoltak fel;

– a kórházak számára nagy tételben szállított gyógyszerekre pedig 43% volt az árréspótló árkiegészítés.

A magisztrális készítmények díja a kiskereskedelem saját haszna volt (amelyet a szűkített önköltség fix összegében számítottak).

A Gyógyért és a gyógyszerérti központok is száz-száz napos készletet tartottak, az előbbi nagykereskedelmi áron, az utóbbi térítési díjon.

A gyógyszerárak tehát semmiféle orientáló szerepet nem tölthettek be, a termelés, a kereskedelem és a fogyasztás egyaránt érzéketlen volt az árakra. Az alacsony (szinte ingyenes) gyógyszerárak a szociális ellátás fontos részét képezték, de egyszersmind hozzájárultak a mértéktelen gyógyszerfogyasztáshoz és a költségvetés túlzott megterheléséhez.

A gyógyszer belkereskedelem átalakításának dilemmái és nehézségei

Az átalakítás problémái tulajdonképpen két kérdéskörbe csoportosíthatók, a szervezeti rendszer és működési mechanizmusának átalakítására, valamint a privatizáció kérdéseire.

A gyógyszer belkereskedelem szervezeti rendszerének és működési mechanizmusának átalakítása

A piacgazdaságban a gyógyszer belkereskedelem korábbi, szinte kizárólagos elosztó szerepe megszűnik, de megmarad az ellátás kötelezettsége, amelyet össze kell egyeztetnie a nyereségorientált tevékenységgel. A piaci viszonyok fogalmazódnak meg a gyógyszer nagy- és kiskereskedelem új árviszonyaiban, a sokszereplős (külföldi és hazai, állami és magán) piaci versenyben. A piaci mozgató erők és a kereskedelem ellátási kötelezettsége közötti szakadékot a társadalombiztosítás rendszerének kell áthidalnia. Az átalakulási folyamatot nehezíti, hogy maga a társadalombiztosítás rendszere is most formálódik, és alapvető gondokkal (pl. fedezethiánnyal) küszködik.

Igen fontos és az átalakítás során nem eléggé hangsúlyozott szempont a hazai gyógyszeripar és a gyógyszer belkereskedelem lehető legkedvezőbb összehangolása: a megfelelő árrendszerrel, az import liberalizálást ellensúlyozó vámrendszerrel, a hazai reklám- és marketing tevékenység fejlesztésével. Arra kell tehát törekedni, hogy a világszínvonalat megközelítő gyógyszeriparunk legalább hazai piacait ne veszítse el.

A gyógyszer-kereskedelemnek szervesen kell illeszkednie az egészségügy állami rendszeréhez. A tulajdonviszonyaiban, szervezeti és területi struktúrájában, érdekeltségi rendszerében átalakuló gyógyszer-kereskedelemnek továbbra is be kell tartania az egészségügyi előírásokat, meg kell felelnie a magas szakmai követelményeknek (a gyógyszerészeti munka várhatóan nálunk is fel fog értékelődni az egyre költségesebbé váló orvosi ellátás következtében).

a) Szervezeti átalakulás

A nagykereskedelem a kétszintű és egycsatornás rendszerből egyszintű, többcsatornás rendszerre alakul át. Ez azt jelenti, hogy megszűnik a Gyógyért (Hungaropharma) monopóliumhelyezete, illetve a Gyógyértből és a gyógyszerértári központokból egymás mellé rendelt nagykereskedelmi cégek alakulnak ki. Sem a Hungaropharma, sem a gyógyszerértári központok egyelőre még nem alakultak át társasággá.

A társasággá alakulás során valószínűleg leválnak majd a galenusi laboratóriumok a gyógyszerértári központokból alakuló nagykereskedelmi vállalatokról, mint ahogy a kiskereskedelmi egységekkel, a patikákkal való kapcsolatrendszerük is felbomlik és újraformálódik. A Népjóléti Minisztériumtól nemcsak a korábbi gyógyszerértári központok kapták meg a nagykereskedelmi tevékenységhez szükséges engedélyt, hanem más gyógyszergyártók, köztük külföldi cégek is (pl. MEDIMPEX Ker. Rt., az EGIS Gyógyszergyár Rt., a GLAXO Gyógyszerészeti Termelő és Kereskedelmi Kft., POSCH és Társai Kft., a HUNGAROPHARMA, a PHARMAFONTANA, a Nógrád Megyei Gyógyszerértári Központ stb.).

Közel negyven nagykereskedelmi engedélyt adtak ki, amely irreálisan sok az ország méretéhez viszonyítva (Ausztriában például, öt nagykereskedelmi cég működik). Várhatóan e cégek az első példákat követve – fuzionálni fognak.

A nagykereskedelmi vállalatok területi elhelyezkedése alapvetően megváltozik. A területi monopólium megszüntetése érdekében három tömörítést hoztak létre a gyógyszerértári központok: a HUNGAROPHARMA-hoz tartozik a Gyógyért és nyolc megyei gyógyszerértári központ; a FUZIOPHARMA fogja össze Budapestet és hét másik megyét, a REGIOPHARMA a német Schulze vállalat 50%-os részesedésével és négy megyei gyógyszerértári központtal képez egyes vállalatot (3. ábra).

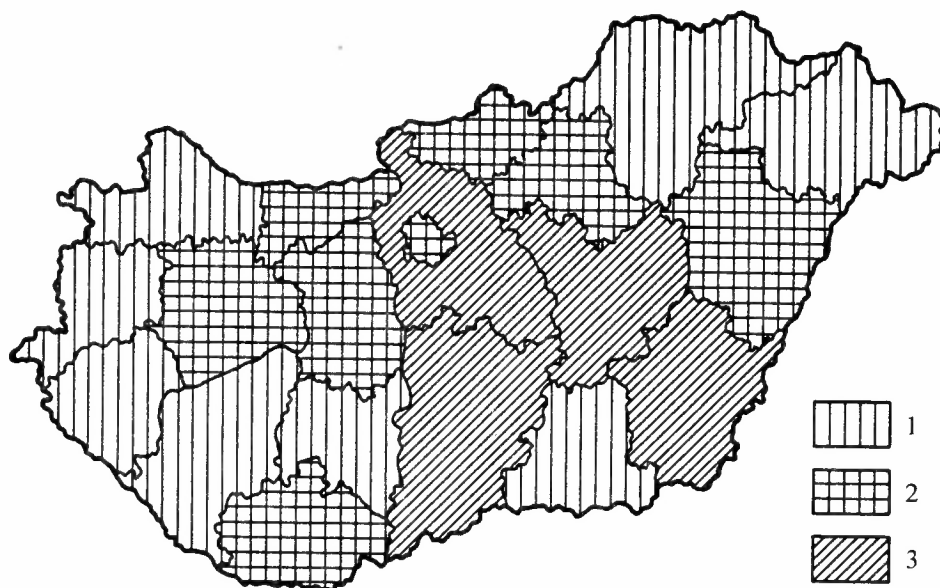
A gyógyszerértárok egyéni vállalkozássá vagy gyógyszerész beltagságával létesülő betéti társasággá fognak átalakulni. Az utóbbi forma tehát arra alkalmas, hogy a jelenleg állami gyógyszerértárakban dolgozó patikusok közül többen is részt vegyenek a privatizációban.

b) A kereskedelmi árreakció változása

Az 1989 elején bevezetett új árreakció-szabályozást 1992 végéig alkalmazták. E szerint a gyógyszergyárak és a Hungaropharma között termelői áron bonyolódott a forgalom. Erre vetítették a 4%-os nagykereskedelmi árreakciót. A Hungaropharma nagykereskedelmi áron adta tovább a gyógyszert a gyógyszerértári központoknak. (Ez volt egyben az ún. kórházi ár is, amelyen a kórházak megvásárolhatták a gyógyszert.) A nagykereskedelmi árakra rakódott a kiskereskedelmi árreakció, amely a fogyasztói árreakciót hozta létre. A társadalombiztosítás gyógyszerként eltérő támogatás nyújtott, a gyógyszer árának jelentős mértékű megtérítését tehát ebben az időszakban már nem a költségvetés, hanem a társadalombiztosítás fedezi. Eleinte a társadalombiztosítás a hónap elején a teljes támogatás becsült összegét utalta át a gyógyszerértári központoknak (az ún. forgalmi terv alapján), amit a hónap végén a tényleges forgalom adataival korrigáltak. Ez a rendszer előnyös volt a gyógyszerértári központoknak, mert javított szűkös likviditási helyzetükön. 1992 végéig

3. ÁBRA

*A gyógyszer nagykereskedelmi vállalatok tömörülései
(Agglomerations of the medicine wholesale companies)*



Jelmagyarázat: 1 – Hungaropharma, 2 – Fuziopharma, 3 – Regiopharma.

Forrás: A szerzők saját szerkesztése.

annyiban módosították ezt a visszatérítési rendszert, hogy a társadalombiztosítás a hónap elején nem a becsült támogatás teljes összegét, hanem annak csak 50%-át előlegezte meg, majd a hó közepén további 25%-át, és csak a következő hónap közepén fizették ki a fennmaradó 25%-ot. Ha a gyógyszertári központok túltervezték a forgalmat, kamatot fizettek a társadalombiztosításnak (ez volt az ún. null-szaldós megoldás).

1993 januárjától a társadalombiztosítás három hónaponként fizet a gyógyszertári központok számára. Erre a változtatásra azért volt szükség, mert a társadalombiztosítás egyre növekvő hiánnyal küszködik a be nem fizetett járulékok miatt. Ezzel viszont a gyógyszertári központok likviditási feszültségei erősödtek.

A nagykereskedelmi vállalatok számának megszaporodásával párhuzamosan a nagykereskedelmi árrés is megemelkedett: a fogyasztói – termelői arány változatlanul 144,9%, a nagykereskedelmi árrés 12,7%-ra nőtt, a kiskereskedelmi árrés viszont 28,6%-ra csökkent ($1,127 \times 1,286 = 1,449$).

A nagykereskedelmi árrés növelését az indokolja, hogy a nyereségesség és az ellátási felelősség bizonyos fokig egymás ellen ható követelményeit össze kell egyeztetni. A

nagykereskedelmet a jelentős készletezés miatt (a gyógyszergyártók raktárkapacitása igen korlátozott) igen nagy költség terheli, továbbá megkülönböztetett előnyöket kell nyújtani a gyógyszerek széles skáláját kínáló nagykereskedőknek. Ezért alkalmazzák – német, illetve francia mintára – 1993 januárjától az ún. degresszív árrésrendszert. A termelői árak növekvő sávjait csökkenő árréssel terhelik. Így a háromszáz forintos ár feletti gyógyszereknél csökkenni fog az árrés, míg az ennél olcsóbb gyógyszerek esetében a termelői árat valamivel magasabb árrés terheli (*Matolay R.* 1993). Ez tehát arra ösztönzi a kis- és nagykereskedőket, hogy minél szélesebb áruválasztékot tartsanak.

c) Az import liberalizálás és az ártámogatás összefüggései

Törvény szerint nincs Magyarországon a gyógyszerekre vonatkozó teljes körű import liberalizálás, a gyakorlatban azonban a Népjeléti Minisztérium által indokolt gyógyszer-importra az NGKM automatikusan megadta az engedélyt. Ennek következtében igen nagymértékben kibővült a gyógyszerkínálat: 1990-ben 1600 készítményt, 1992-ben 2100 gyógyszerféleséget kínáltak a gyógyszertárak. A kínálat-bővülés 90%-a importtermék.

Az import szükségessége kis részben azzal magyarázható, hogy a magyar gyógyszer-gyártókat már nem terheli az ellátási felelősség (tehát a kis szériás, ráfizetéses termékek gyártását abbahagyták). Az import kibővülésével azonban az a helyzet kezd egyre általánossá válni, hogy egymás mellett kínálják a közel hasonló hatásmechanizmusú gyógyszereket. Sok esetben a külföldi és a hazai gyógyszerek között verseny alakul ki, amit döntően befolyásolhat a társadalombiztosítás gyógyszerenként különböző mértékű ártámogatása.

Több, azonos hatású gyógyszer esetében Magyarországon a fix összegű támogatást a legalacsonyabb termelői áru termékre számítják. Ez általában kedvező a többnyire olcsóbb magyar gyógyszerek esetében. Hátrányt jelent viszont a legalacsonyabb árszint (beszerzési ár) alkalmazása, mivel így az árak nem tartalmaznak kutatásra és fejlesztésre fordítható nyereséget.

Németországban az ún. referencia-árszinthez kapcsolják a támogatást. A referencia-árszint magasabb a termelői áránál, az originátor cég termelői árának (illetve az importból származó originális termék beszerzési árának) 60–65%-a körüli árat jelent (*Molnár Károlyné-Buzás L.* 1992).

A gyógyszer-kereskedelem privatizációja

Az előző fejezetben már említett tulajdonjogi vita az önkormányzatok és az állam között még ma sem zárult le.

A Népjeléti Minisztériumnak 1994-ben az a véleménye, hogy a gyógyszerellátás biztosítása nem önkormányzati, hanem állami feladat, így a nagy- és kiskereskedelmi vállalatok vagyona állami vagyon. Ezért a Belügyminisztérium – élve másodfokú hatósági jogkörével – megsemmisítette a Fővárosi Vagyonátadó Bizottságnak azt a határozatát,

amelynek értelmében a Pharmafontana Gyógyszerellátó Vállalat a fővári önkormányzat tulajdonába került. Kompromisszumos megoldást keresve az ÁVÜ Igazgatótanácsa 1993 januárjában úgy döntött, hogy abban a hét megyében, ahol a gyógyszerértári központok alapító okiratai szerint egyértelműen az állam a tulajdonos, megkezdik a gyógyszerértári központok és patikák privatizációját.

A gyógyszer-kereskedelem esetében tehát nem a tőkehiány és a bürokrácia lassítja a privatizáció menetét, hanem a tulajdonjogi helyzet kellően nem tisztázott volta.

A nagykereskedelem privatizációja

A gyógyszerértári központok az ország közegészségügyi ellátásának szerves részét alkotják, és a gyógyszerellátásban jelenleg is alapvető feladatokat látnak el, ezért igen körültekintően kell elkezdni privatizációjukat. A nagykereskedelmi tevékenységet folytató vállalatok és a korábban hozzájuk tartozó patikák a privatizáció során szétválnak. Elegendő tőkével kell viszont rendelkezniük ahhoz, hogy a kiskereskedelmi hálózat leválása után önálló nagykereskedelmi tevékenységet legyenek képesek folytatni. A decentralizációt követően kerül sor a gazdálkodói szervezet átalakítására. Olyan helyzet alakult ki jelenleg, hogy a húsz gyógyszerértári központ fuzionálása után kialakult három tömörülés közül egyelőre csak a Hungaropharma rendelkezik nagykereskedelmi jogosítvánnyal, a Régiopharma és Fuziopharma Kft.-k viszont nem. Ugyanakkor e két utóbbi kft. tagvállalatai továbbra is betöltik a nagykereskedelmi funkciókat. Nyilvánvaló, hogy ezen az átmeneti helyzeten változtatni kell (*Mohosné Lontai M.* 1993).

A nagykereskedelmi cégek egyike, a Hungaropharma 50% plusz egy részvény erejéig állami tulajdonban marad. (Egyelőre minisztériumi vállalat, még nem alakult át részvénytársasággá.) Az állam így kívánta biztosítani az ország gyógyszerellátását. A többi nagykereskedelmi vállalat esetében nem törekszik megőrizni a nemzeti jelleget. Már jelenleg is akad a nagykereskedelmi vállalatok között külföldi tulajdonú (azoknál, amelyek nem a korábbi gyógyszerértári központokból alakultak).

A kiskereskedelmi hálózat privatizációja

a) A már létrejött magánpatikák

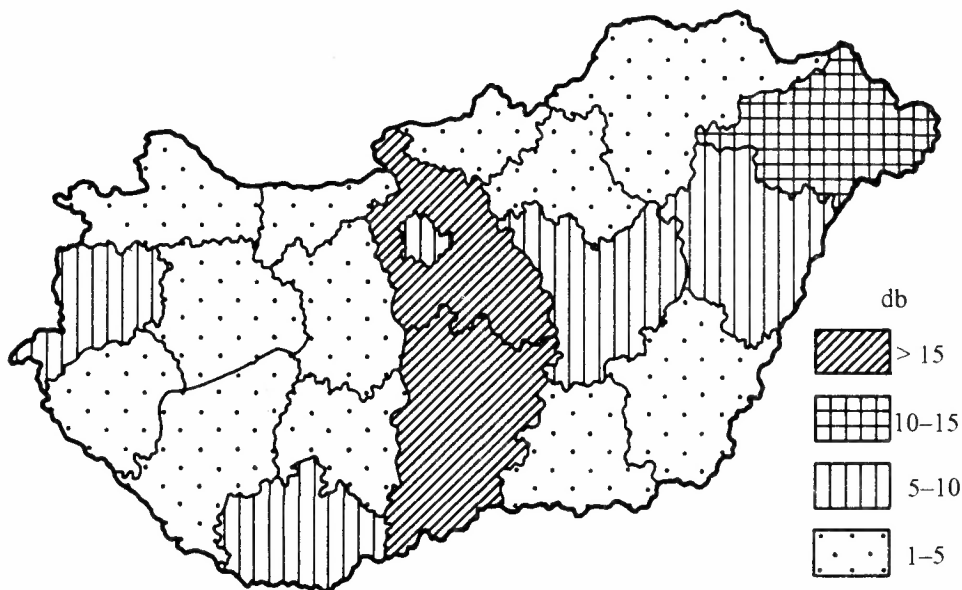
Egy 1990-ben született miniszteri rendelet engedélyezte a magángyógyszerészeti tevékenységet. Ennek eredményeképpen 1991 végéig 113, máig mintegy 300 magánpatika működik Magyarországon. Ezek újonnan létrehozott vállalkozások, tehát nem az állami gyógyszerértárok privatizációjának eredményei.

Terrületi megoszlásuk nem követi sem az állami gyógyszerértárok térbeli megoszlását (tehát nem ott jöttek létre gyógyszerértárok, ahol az átlagosnál kevesebb számban működtek eddig), sem a térbeli gazdasági fejlettségbeli eltéréseket (tehát nem a gazdagabb térségekben alakítottak több patikát).

Az új magán gyógyszerárak is ott jöttek létre nagyobb számban ahol, általában élénkebb a vállalkozói kedv, illetve nagyobb forgalom remélhető (4. ábra). Az új magán patikák több mint 40%-a Budapesten, Pest és Bács-Kiskun megyében található.

A már jelenleg működő magánpatikáknak öt év alatt kell a törvénytervezet szerint előírt formát (betéti társaság vagy egyéni vállalkozó) kialakítaniuk, ha jelenleg más formában működnek.

4. ÁBRA
A magánpatikák területi megoszlása 1991-ben
(Regional distribution of private chemist's shops, 1991)



Forrás: Megyei Statisztikai Évkönyvek. 1991, KSH.

b) Az állami patikák magánkézbe adása

A nemzetközi gyakorlatban két alapelv alapján létesülnek a patikák: a reáljog és a személyi jog alapján. A reáljog – amelynek alkalmazása az angolszász területeken, főleg az Egyesült Államokban terjedt el – lényege, hogy szakmai megkötéstől függetlenül, bárki létesíthet gyógyszerárat. Ha a tulajdonos nem gyógyszerész, akkor alkalmazottjának kell szakképesítéssel rendelkeznie.

A személyi jog gyakorlata inkább Európában általános, Magyarországon is ez a rendszer működött Mária Terézia kora óta 1945-ig. Eszerint csak gyógyszerész vezethet patikát, ami lehet a sajátja vagy koncesszióban működtetett. Ha az engedély birtokosa be-

szünteti a tevékenységet, a működtetés joga visszazáll az államra. Az állam ezután újra patikusnak kínálja fel a lehetőséget.

Mindkét megoldásnak vannak előnyei és hátrányai. A reáljog alapján működtetett gyógyszertárak jövedelmezőségét javítja az a lehetőség, hogy a kereskedelmi tevékenység profilja megkötés nélkül szélesíthető. (Az amerikai drugstore-okban nemcsak gyógyszert, illetve gyógyszer jellegű készítményeket, hanem kozmetikumokat, vegyi cikkeket, sőt élelmiszereket és iparcikkeket is gyakran árulnak.) Ezáltal viszont sokszor veszélybe kerül a gyógyszertári tevékenység, és ezzel a szegényebb vagy kis népsűrűségű települések, térségek ellátása.

A személyi jog alkalmazásának általános előnye a gyógyszerekkel való ellátás biztosítása, a megfelelő szakértelem garanciája, az egészségügyi irányítás és ellenőrzés szempontjainak könnyebb érvényesíthetősége. Nyilvánvaló, hogy a kevésbé jövedelmező vagy esetleg ráfizetéses patikák fenntartása – piaci viszonyok között – külön intézkedést követel. A másik problémát az okozza, hogy mivel a gyógyszertár nem örökölhető, ez a helyzet nem ösztönöz hosszú távú stratégiára, lassabban megtérülő befektetésekre. A személyi jog nem védi megfelelően a gyógyszerészt, az engedély visszavonhatósága miatt a gyógyszerész kiszolgáltatottabb ebben a rendszerben.

A gyógyszertárak alapításáról és működtetéséről készülő törvénytervezet újra a személyi jog bevezetését tartalmazza. Az ÁVÜ Igazgatósága privatizációs programjában igyekszik kihasználni a személyi jog előnyeit és csökkenteni hátrányait, amely szerint:

- A működtetés jogát vagy gyógyszerész képzettségű pályázó vagy kizárólag gyógyszerészek beltagságával alapított társaság kaphatja meg.

- A tömeges privatizáció és a gyógyszer-kereskedelem gyökeres szervezeti átalakításának időtartama alatt is biztosítható a gyógyszerellátás.

- A jelenleg alkalmazásban álló gyógyszerészek előnyös helyzetet élveznek a privatizáció során, sőt a gyógyszerészek nagy része megőrizheti munkahelyét.

- A pályázat nyertese az, aki kedvezőbb anyagi feltételeket ajánl. Azonos ajánlat esetén előnyt élvez (a következő sorrendben) az adott gyógyszertárban dolgozó (személy vagy betéti társaság); az adott településben dolgozó gyógyszerész, illetve bizonyos pontozási rendszer alkalmazásával (amely a szakmai képesítést, a szakmai gyakorlatot és a gyógyszerészeti szakmai testületi tevékenységet értékeli) a legmagasabb pontszámot elért gyógyszerész.

- A gyógyszerészek számára a tulajdonszerzés lehetőségét növeli a kedvezményes egzisztencia-hitel igénybevételének lehetősége, illetve a kárpótlási jegyek e célra történő felhasználhatósága.

- A privatizáció során a gyógyszertárak két csoportja fog minden bizonnyal kialakulni. A várhatóan kis jövedelmű vagy ráfizetéses gyógyszertárakra nem lesz vevő. Ezeket többször kell meghirdetni, illetve hozzá lehet kapcsolni fiók-patikaként más, nagyobb forgalmú patikákhoz. Az a gondolat is megfogalmazódott, hogy a verseny csökkentése érdekében a kisforgalmú térségekben, településekben korlátozni kellene a gyógyszertárak számát (kb. hatezer lakos jutna egy patikára). Ez a módszer azonban nem piacconform és

nem is igazán szükségszerű, hiszen elsősorban arról kell gondoskodni, hogy egy-egy településben működjön legalább egy patika, az nem baj, ha több patika közül az életképebb marad talpon.

– Az is fontos szempont, hogy a személyi jog alapján magánkézbe kerülő patikák jobban illeszthetők az állami egészségügyi rendszerbe. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat feladata a patikák kötelezettségeinek betartatása: a készlettartási, az ügyeleti kötelezettség, a megfelelően széles árukínálat megkövetelése, illetve a kábítószer-ekhez kapcsolódó kötelező előírások betartatása.

– A patikák új tulajdonosai magyar állampolgárok lehetnek, ami a hazai tulajdonos réteg erősödését szolgálja.

– A patikaprivatizáció folyamán az új tulajdonos csak a patika berendezését és a működtetés jogát vásárolja meg, a gyógyszerkészletet viszont csak bizományba veszi át, kedvezményes részletfizetés mellett. A patika épületét az új tulajdonos megveheti vagy bérelheti.

– Az értékesítés technikai lebonyolítását az ÁVÜ a gyógyszerári központok élére ki-nevezett vállalati biztosokra bízta, aki az eladás lebonyolításáig felelős a folyamatos működés biztosításáért.

A gyógyszerész szakma, a Magyar Gyógyszerészkamara az ÁVÜ általi privatizációt preferálja, mivel ebben látnak biztosítékot a privatizáció egységes menetére. Ilyen körülmények között a privatizáció erkölcsi, anyagi és szakmai rehabilitációt jelentene.

Más vélemények szerint a gyógyszerellátást valószínűleg jobban biztosítaná, ha a privatizáció az önkormányzatok feladata lenne. A fővárosi önkormányzat a Pharmafontánával egyetértésben az ÁVÜ licitációs rendszerével szemben más konstrukciót dolgozott ki. Ha az önkormányzat privatizál, E-hitel nem vehető igénybe, ennek ellensúlyozására a főváros kedvezményes hitelkonstrukciót dolgozott ki, amely szerint a patika működtetésének osztalékából – néhány év alatt – fizetné ki az új tulajdonos a vételárat. Egyértelmű, hogy ez a szisztéma a nagy forgalmú budapesti gyógyszertárak privatizálására megfelelő, a fejletlenebb területeken azonban kevésbé eredményesen lenne alkalmazható.

A jelenlegi helyzet

A gyógyszer-kereskedelem jelenleg közvetlenül a privatizáció előtti állapotban van. A privatizációra való felkészülés – az önkormányzatok és az ÁVÜ közötti vita miatt – hosszú nyúlt, és kellemetlen feszültségeket teremtett. Ez idáig nemhogy nem jött létre a privatizáció folytán hatékonyabban működő gyógyszer-kereskedelem, de a privatizáció megoldatlansága más kedvezőtlen következményekhez is vezetett. Csökken a vállalati vagyoni érték, elmennek a vállalkozó szellemű, jó szakemberek. A magánpatikák ugyanis nagy vonzerőt jelentenek, 10–20%-kal magasabb bért fizetnek, mint az államiak. Közben az országban gyógyszerbőség van, a gyógyszertárakban egyre több a hiánycikk, ami a

majd két éve tartó huzavona következménye. A bizonytalanság önmagában is erodáló hatású.

Az állami és a magán patikák között egyre élesebb konfliktus van kialakulóban, nemcsak a jó szakemberek „elszipkázása” miatt. A magánpatikák ugyanis sokkal szabadabban mozoghatnak, mint az állami patikák, bármely nagykereskedelmi vállalattól rendelhetnek gyógyszert, míg az államiak a korábbi gyógyszertári központjuktól. Ezért a Magyar Gyógyszerészkamara elnöke azt javasolta, hogy átmenetileg függesszék fel a magán-gyógyszerészeti tevékenységet és ezzel új magánpatikák nyitását, mivel a jelenlegi ellentmondásos helyzetben az állami patikák leértékelődnek, és a gyógyszerész társadalom egymás ellen fordul.

A gyógyszertárak privatizációja még nem indult el, de a gyógyszer-kereskedelem már érezhetően más közgazdasági közegben működik. Az állami gyógyszertárak száma egyelőre nem változott a múlt év végéig, de elég éles területi differenciálódás mutatkozik a gyógyszerforgalomban. Többnyire a gazdaságilag dinamikusabb megyékben és Budapesten nőtt gyorsabban – a gyógyszertárak jelentős emelése ellenére – a gyógyszerfogyasztás, ugyanakkor az Alföld három megyéjében, Békés, Csongrád és Jász-Nagykun-Szolnok megyében abszolút értékben csökkent.

Zárszó

A Palament által elfogadott törvény 1994. szeptember 1-je óta van hatályban, eszerint személyi jogon nyitható gyógyszertár Magyarországon. (a magánpatikák száma jelenleg négyszáz körül mozog).

A privatizáció terén azonban lényeges előrelépés nem történt. A tulajdonjoggal kapcsolatos vitát továbbra sem sikerült megnyugtatóan rendezni, hiszen a módosított önkormányzati törvény – bár önkormányzati tulajdonba helyezi a gyógyszertárakat – mégsem tisztázza, hogy a megyei vagy a települési szint-e a tulajdonos.

Irodalom

- Matolay R. (1993) Ki privatizálja a gyógyszertárakat? *Magyar Hírlap*, április 20. 13. o.
Mohosné Lontai M. (1993) Privatizáció az egészségügyben. *Privinfo*, 1. 37-44. o.
Molnár Károlyné – Buzás L. (1992) Áttekintés a magyar gyógyszergazdaságról. *Pharmorient*/2. november, 3-8. o.