

A GYÓGYSZERTÁRI KÖZPONTOK GAZDASÁGI MŰKÖDÉSE

POLGÁR SÁNDOR

Öröndetes dolog, hogy a Gyógyszertári Központok gazdasági működéséről szóló közlemény is helyet kaphat a gyógyszerész-szakcsoporthalmozásában. Ez annál is inkább kívánatos, mert ezáltal kettős cél valósulhat meg. Egyik az, hogy a gyógyszerertári dolgozók a gyógyszerertáriaknak szűk keretek közé szorított gazdasági tevékenységén kívül tájékozódást szereznek a Gyógyszertári Központ egészének gazdasági működéséről és ezzel talán egy lépéssel előbbre jutunk a gyógyszerertáriak és a központ között gazdasági vonalon itt-ott megmutatkozó válaszfal lebontásához. A másik, szintén fontos cél, hogy a gazdasági szakemberek ezen az úton is kicserélhetik tapasztalataikat, amelyek hasznosítása az egyes Gyógyszertári Központok munkáját eredményesebbé tehetik.

A gyógyszerész technikusok egyik fontos feladata a gyógyszerertári adminisztrációs munkájában való részvétel, ezért szükséges számukra a központok gazdasági működésének megismerése

*

Azt hiszem senki előtt nem szorul magyarázatra az, hogy a gyógyszerertáriak, mint közegészségügyi intézmények a kereskedelmi üzletektől élesen megkülönböztetendők. A gyógyszerertáriak tevékenységét a kereskedelem feladatkörébe tartozó áruelesztástől megkülönböztetik nemcsak a vonatkozó törvények, de a gyógyszerertáriak működésével kapcsolatos személyi és tárgyi feltételek is.

Beszélnünk kell azonban arról, hogy a keret — a vállalati forma — amely bizonyos területeken levő gyógyszerertáriakat összefog és amely alapján — legalábbis a gazdasági elszámolást illetően — a kereskedelmi vállalatok mintájára épül fel, megfelel-e az egészségügy követelményeinek, és nincs-e ellentmondás az egyes gyógyszerertáriak intézményjellege és a Központ kereskedelmi formája között.

Az 1948. évi részleges államosítás útján állami tulajdonba került gyógyszerertáriakat *Állami Kezelésbe Vett Gyógyszertárak N. V.* néven foglalták országosan egy gazdasági egységbe. Az 1950-ben bekövetkezett teljes államosítás után azonban már a gyógyszerertáriak nagy száma következtében (1958. évi Magyar Statisztikai Zsebkönyv szerint 1427 gyógyszerertári) decentralizálásra volt szükség. Így alakultak meg a *Gyógyszertári Vállalatok* az ország közigazgatási beosztása szerint minden megye területén egy, összesen 20 önálló vállalat.

Megalakulásuk óta a vállalatoknál néhány szervezeti változtatást hajtottak végre. Ezek közül a legjelentősebbek: minden vállalatnál önálló központi raktári és galenusi laboratórium felállítása, főgyógyszerész és szakfelügyelői munkakör létesítése, amelyek a szakmai színvonal emelését voltak hivatva biztosítani. Szükségesnek mutatkozott a kereskedelmi jellegű kidomborító *Gyógyszertári Vállalat* elnevezés megváltoztatása is. Az új elnevezés a szakmai jellegnek jobban megfelelő

Gyógyszertári Központ lett. Az alapszervezet, a vállalati forma azonban lényegében változatlan maradt.

Az államosítás óta az irányító szerv tekintetében több változás történt. Az Egészségügyi Minisztérium VII. Főosztálya mint főfelügyeleti szerv mellett a vállalatok közvetlen irányítása a régi Gyógyszertári Központ hatáskörébe tartozott. Ez utóbbi 1954-ben megszűnt és a helyette létrehozott új szerv az Egészségügyi Minisztérium Anyagellátási Igazgatósága látta el a vállalatok főfelügyeletét. Ebben az új szervezetben a Gyógyszertári Vállalatokat közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá rendelték. Ez a rendszer 1956-ig állott fenn, 1957. január 1-ével valamennyi — akkor még — Gyógyszertári Vállalat a fővárosi, illetve megyei tanácsok közvetlen irányítása alá került. Az Egészségügyi Minisztériumban megalakult Gyógyszerészeti és Műszerügyi Főigazgatóság az időközben Gyógyszertári Központnak elnevezett Gyógyszertári Vállalatok felett — a fővárosi és megyei tanácsok egészségügyi osztályain keresztül — szakmai és gazdasági vonalon az elvi irányítást gyakorolja.

*

A Gyógyszertári Központok önálló gazdasági elszámolás alapján működnek. Ennek három fő sajátossága van:

1. Az *operatív önállóság*, amely azt jelenti, hogy a Gyógyszertári Központ az állam által rendelkezésére bocsátott eszközökkel meghatározott korlátok között — a terv keretein belül — önállóan rendelkezik.

2. A *gazdasági érdekelttség*, amely abban nyilvánul meg, hogy bevételeit egybeveti kiadásaiival és az elért nyereség egy részét a Gyógyszertári Központ bővítésére, fejlesztésére, a dolgozók jutalmazására, kulturális és szociális célokra fordíthatja.

3. Az *anyagi felelősség*, amely szerint a dolgozók nemcsak érdekeltek, de felelősek is a Gyógyszertári Központ eredményes működéséért és a rájuk bízott társadalmi tulajdon megőrzéséért.

A bevételek és kiadások egybevetése jelenti tulajdonképpen az úgynevezett fedezeti elv vizsgálatát. Fedezeti elv csak a vállalati formában működő gazdasági egységeknél vetődik fel és azt a kérdést tisztázza, hogy a vállalat bevételei fedezetet nyújtanak-e a vállalat ráfordításaira, valamint az államkincstárnál szembeni kötelezettségek teljesítésére.

A Gyógyszertári Központok többségénél vállalati szinten eddig mindenkor érvényesült a fedezeti elv. Természetesen a fedezeti elv vállalati szinten való érvényesülése a gyógyszerertáriak össz-működésének az eredménye és valamennyi gyógyszerertári másképpen járul hozzá a fedezeti elv érvényesüléséhez. Elképzelhető olyan gyógyszerertári,

melynek bevétele nem nyújt fedezetet magának a gyógyszerárának a költségeire sem. Természetesen a számításnál nem csupán a gyógyszerár költségeit kell tekintetbe venni, hanem a vállalati központi költségek egy bizonyos részét is. Gyógyszeráranként a fedezeti elv vizsgálatára még nálunk nem került sor, de nem vitatható, hogy ahhoz, hogy Gyógyszerári Központi szinten a jövedelmezőség tudatos gazdasági cselekvés eredménye legyen, első lépésként a költségek gyógyszerárankénti szétosztására volna szükség, később pedig gyógyszeráranként lehet és szükséges a fedezeti elvet vizsgálni. Félreértések elkerülése végett ez nem azt jelenti, hogy azt a gyógyszerárát, amely-nél nem érvényesül a fedezeti elv, meg kell szüntetni. Ez a szemlélet a tőkés rendszer magántulajdonban levő gyógyszeráraira volt jellemző. A szocialista gazdálkodásban csupán arról van szó, hogy felül kell vizsgálni azokat az okokat, amelyek egyes esetekben a fedezeti elv érvényesülését akadályozzák és esetleg a lehetőséghez képest olyan — a szakmai színvonalat nem érintő — intézkedést kell hozni, hogy a gyógyszerár bevételei fedezetet nyújtsanak a központi rezsihányaddal növelt gyógyszerári költségekre. Természetesen itt is az első szó az egészségügyi szemlélet és elképzelhető, hogy üzemeltetni kell olyan gyógyszerárát, mely-nél bármely intézkedés megtétele után sem tud érvényre jutni a fedezeti elv.

Az elmúlt évben alkalom nyílt tanulmányozni a prágai Gyógyszerár Vállalat szervezetét és gazdasági működését. Csehszlovákiában a fedezeti elv gyógyszerárankénti vizsgálata már évek óta folyik, és ennek hatása meg is mutatkozik az elért gazdasági eredményekben. Ehhez azonban az adminisztrációs munka olyan fokú gépesítésére van szükség, mint amilyen a csehszlovák Gyógyszerár Vállalatok és az egyes gyógyszerárak is rendelkeznek.

A vállalati formában működő Gyógyszerári Központoktól eltérő forma az intézmény vagy költségvetési szerv, mint pl. az egészségügy területén működő kórházak, rendelőintézetek. A lényegbevágó különbség az, hogy a költségvetési szerv teljes bevétele köteles az államháztartás részére befizetni, kiadásait pedig az állami költségvetésből fedezik. Ez az egyes költségfajtákkal való gazdálkodásnak a Gyógyszerári Központokhoz képest összehasonlíthatatlanul nagyobb megkötöttségét jelenti. A költségek ugyanis fajtanként (rovatonként) kerülnek jóváhagyásra és az egyes rovatok között átcsoportosítás, ún. *visement* nem lehetséges. Tehát ha az egyik költségfajtanál az előirányzott összegben megtakarítás mutatkozik, az egy másik költségfajtanál nem használható fel.

A Gyógyszerári Központok, mint vállalati formában működő egységek részére a költségeket — mint azt később látni fogjuk — összefoglalóan hagyják jóvá. Ezen belül a Gyógyszerári Központ — természetesen a takarékoság és a célszerű üzemeltetés szempontjait figyelembe véve — meg lehetőségen szabadon, saját belátása és szükséglete szerint gazdálkodhat (Ez alól a beralap kivételt képez, amely meghatározott, fix összegben áll rendelkezésre.)

A másik lényegbevágó különbség, hogy a költségvetési szerv részére a költségek megállapítása forintban, abszolút számban történik, míg a Gyógyszerári Központok részére százalékszámban (a forgalom %-ában), ún. költségszintet hagynak jóvá. A forgalomnak a tervezetthez képest történő esetleges emelkedése tehát a költségek abszolút számban kifejezett összegének emelkedését is jelenti.

A költségek két nagy csoportra oszthatók:

1. viszonylag változó és
2. viszonylag változatlan költségek csoportjára

Ad 1. A költségek első csoportja a forgalom (esetleg egyéb tényező) függvénye. Amilyen irányban a forgalom változik (emelkedik vagy csökken), ugyanolyan irányban változnak a költségek is. A kérdés csupán az, hogy milyen arányban követi a költségek változása a forgalom változását. Vannak költségek, amelyek egyenes arányban változnak a forgalom változásának hatására. Ezeket *proporcionális* költségeknek nevezik. Az ilyen típusú költségek olyan százalékból változnak tehát, mint a forgalom (pl. a csomagolási költségek, normalizált hiány stb.). Vannak viszont olyan költségek, amelyek a forgalommal azonos arányban változnak ugyan, de kisebb arányban. Pl. a forgalom 10%-kal emelkedik, de a költség csak 5%-kal nő. Ezeket a költségeket *degresszív* költségeknek hívjuk (Pl. szállítási költség).

Ad 2. A viszonylag változatlan költségek általában, legalábbis bizonyos határig, függetlenek a forgalom alakulásától, pl. bérleti díj, fűtés, világítás stb. E költségek közé tartoznak, mint speciális kivételek, az úgynevezett lépcsőzetesen emelkedő költségek. Ezek a költségek a forgalom bizonyos eltolódásáig változatlanok, azonban egy határértéken túl egyszerre megemelkednek, ezután ismét változatlanok, míg újabb határértékhez nem érnek. Általában ilyen természetű költség a Gyógyszerári Központoknál a létszámváltozással együttjáró munkabér. Pl. egy gyógyszerárának adott forgalomhoz viszonyítottan adott létszáma és ehhez megfelelő bérköltsége van. A gyógyszerár forgalma emelkedni kezd, de ez bizonyos határig létszámmal és így többletbérral nem dotálható. Így a forgalom változásához viszonyítva a bér változatlan. Eljut azonban a forgalom emelkedése egy olyan határértékhez, melynél már új létszámot kell beállítani. Itt a bér hirtelen megemelkedik és újból egyszinten marad, míg a forgalom esetleges további eltolódása újból létszámváltozást nem tesz indokolttá.

Fentiekből kitűnik, hogy a költségeknek a vállalatok részére történő jóváhagyási rendszere egyrészt biztosítja a forgalomemelkedés esetében fellépő egyes többletköltségek fedezetét, másrészt más költségeknél megtakarítást eredményez, amely részben a gyógyszerárak magasabb színvonalon való üzemeltetésére nyújt lehetőséget, részben pedig mint megmaradó megtakarítás a dolgozóknak nyújtott szociális és egyéni juttatásokat, illetve ezek növelését szolgálja, igazgatói alap,

jutalmazási alap (nyereségrészesedés), prémium, stb. formájában

Természetesen a költségvetési szervek gazdálkodási formájának is van néhány előnye, pl korpótlék, vasúti kedvezmény, stb., de még ezt figyelembe véve is megállapíthatjuk, hogy a jelenlegi vállalati forma lényegesen kedvezőbb mind a Gyógyszertári Központok, mind pedig az egyes dolgozók részére

*

A Gyógyszertári Központok tervezése a belkereskedelemben érvényes tervezési utasítások szerint történik, a gazdasági elszámolás pedig a *Kötelező Általános Belkereskedelmi Számlakeretre* (KÁBESZ) épül fel. A KÁBESZ szerint kötelező könyvelés minden kereskedelmi formában működő vállalatra nézve egyformán érvényes. Ezen rendszer szerint készült mérlegek lehetőséget nyújtanak arra, hogy felsőbb szinten összesíthetők legyenek és választ adjanak szakmánként és összesítve népgazdaságunk kereskedelmi tevékenységének gazdaságosságáról, jövedelmezőségéről

A kereskedelem tervezése és annak megfelelően a Gyógyszertári Központok tervezése az elmúlt évek folyamán nagy változásokon ment keresztül. Az utóbbi években a Gyógyszertári Központok által kötelezően betartandó tervmutatók már csak kis hányadát teszik ki azoknak a tervszámoknak, amelyeket a korábbi években előírtak. Jelenleg a Gyógyszertári Központok részére a következő lényegesebb terveket hagyják jóvá:

1. *Hálózatfejlesztési terv*, amely összegszerűen, ezen belül tételesen megszabja, hogy beruházás, felújítás címén, vagyis új állóeszközök beszerzésére, illetve meglévő használt állóeszközök felújítására milyen összeg áll a tervévben a Gyógyszertári Központ rendelkezésére. A beruházás, illetve felújítás céljait szolgáló összeg nagyságát két tényező szabja meg: egyrészt az állóeszközök amortizációja, másrészt az ezen felül mutatkozó tárcajuttatás

2. *Munkaügyi terv*, amely a Gyógyszertári Központ rendelkezésére álló beralapot tartalmazza. A munkaügyi terv keretén belül létszám adatok is szerepelnek, ezek azonban csak tájékoztató jellegűek. A Gyógyszertári Központ ennek a számítási alapot képező létszámnak a foglalkoztatásához kapja meg a szükséges beralapot. Pl. 470 fő 785 000,— Ft beralap

Ha azonban a beralapból valamilyen oknál fogva megtakarítás mutatkozik (pl. betegség, fizetés nélküli szabadság, stb.), úgy ebből a megtakarításból lehetőség van újabb létszám alkalmazására (eltérően a költségvetési szervektől). Be nem tölthető állások esetén a fel nem használt munkabér igénybevehető alacsonyabb munkakörben magasabb létszám beállítására is vagy fordítva (pl. egy gyógyszerész helyett két technika, stb.)

3. *Jövedelmezőségi terv*, amely lényegében a Gyógyszertári Központ által elérendő nyereséget, illetve veszteséget határozza meg. Ennek egyszerűsített szerkezeti felépítése 1958-ban a következő volt:

Megnevezés	Megoszlási arányszám
1. Árueledásból származó bevétel	100,00%
2. Eladott áruk beszerzési értéke	68,90%
3. Árrés (1.—2.)	31,10%
4. a) Munkabérek és közterhei	12,00%
b) Egyéb költségek	5,60%
Összes ker. ráford. (4a+4b)	17,60%
5. Forgalmi adó	12,00%
	29,60%
6. Nyereség (3.—5.)	1,50%

A jövedelmezőségi terv egyik jóváhagyott száma a nyereség, amelynek elérése a Gyógyszertári Központok részére kötelezően van előírva, és amelynek túlteljesítéséhez a Gyógyszertári Központok dolgozóinak egyéni érdeke is fűződik. Az elért nyereség nagysága, mint a jövedelmezőségi tervből is kitűnik, a lebonyolított forgalom nagyságától, annak összetételétől és a költségekkel való helyes gazdálkodástól függ.

Vegyük sorra a jövedelmezőségi terv egyes tételeit:

a) *A gyógyszereladás évről-évre növekszik*, részben a biztosítottak számának emelkedése, részben értékesebb, tehát magasabb áru gyógyszerek forgalombahozatala következtében, és végül a széles tömegek kultúrájának emelkedése révén, amely a gyógyszerellátás fokozottabb igénybevételével jár együtt. A gyógyszerforgalom növekedésétől jellemző képet kapunk, ha az 1952—1957 évi adatokat egymással összehasonlítjuk:

Eladási forgalom országos

1952 év	637 millió Ft	100%
1957 év	1 177 millió Ft	185%

b) *Az árrés alakulását* — a beszerzési és eladási ár közötti különbséget — az szabja meg, hogy a lebonyolított forgalomból milyen arányban részesednek az egyes cikksoportok (Specialitások, magisztrális gyógyszerek, stb.)

Mint ismeretes a cikksoportok haszonkulcsa különböző, tehát azonos forgalom mellett az árrés annál magasabb, minél több a nagy haszonkulcsú cikkek (pl. magisztrális) forgalma. Köztudomású, hogy állandóan növekszik a gyári készítmények — és csökken a magisztrális gyógyszerek forgalmának aránya.

Ez kedvezőtlenül befolyásolja az árrés alakulását, mert a cikksoportok forgalmának a tervezetthez képest máris aránylag kismérvű eltolódása is, az árrés nagyságát lényegesen csökkenti. Vizsgáljuk meg a forgalom összetétele változásának hatását az árrésre csak a két legfontosabb cikksoportot figyelembe véve:

	I		
	Forgalom	Haszonkulcs	Árrés
Specialitás	80%	26,47%	21,2%
Magisztrális	20%	61,53%	12,3%
	100%		33,5%

II			
Specialitás	85%	26,47%	22,5%
Magisztrális	15%	61,53%	9,2%
	100%		31,7%

Mint a példából látjuk tehát, a specialitás forgalom 5%-os emelkedése és a magisztrális forgalom ugyanilyen arányú csökkenése 1,8%-kal kisebb árrest eredményez

Az árés összege a Gyógyszertári Központnál marad. Ebből kell fedezni a munkabérek, egyéb költségeket, befizetni a forgalmi adót és az előírt nyereséget. A felsoroltakon felül fennmaradó rész a többletnyereség.

c) Az összes kereskedelmi ráfordítás tartalmazza a Gyógyszertári Központ fenntartásához szükséges, működésével kapcsolatos valamennyi költséget. A költségek alakulása is lényegesen befolyásolja a jövedelmezőségi terv teljesítését. A Gyógyszertári Központ számára ez a legfontosabb, mert míg az előző két tényező (az áruforgalom és árés) alakulását a Gyógyszertári Központ dolgozói nem befolyásolhatják, addig a költségek csökkentése valamennyi dolgozó kötelessége. A költségek csökkentésének magától érthetődően az ésszerűség határain belül kell történnie anélkül, hogy a legcsekélyebb mértékben is a gyógyszerellátás színvonalának rovására menne. Az egyes költségfajták csökkentésére mind a gyógyszertárakban, mind a központban tág lehetőség nyílik. (Pl. normalizált hiány, lejáratú és egyéb selejt, fűtési, világítási, utazási, postaköltségek, stb.)

d) A forgalmi adó a Központtól független állandó tényező, melyet 1958. év végéig a Fővárosi Tanács Gyógyszertári Központjánál a forgalom

12%-ában, vidéki Gyógyszertári Központoknál pedig 6%-ban állapították meg.

Mint ismeretes f. év január 1-től kezdve az eladási árak kismértékű változtatása mellett a termelői árak és ennek következtében a Gyógyszertári Központok beszerzési árai lényegesen megváltoztak. Ugyancsak egyes költségtényezők (pl. szállítási költség, tatarozási költség, stb.) is jelentősen növekedtek. Még nem ismeretes valamennyi, a Gyógyszertári Központ működésével kapcsolatos költségtényező változása, de az már most sem kétséges, hogy emiatt a jövedelmezőségi terv felépítésének megváltoztatására lesz szükség (Pl. forgalmi adó elhagyása, állami dotáció, stb.)

A jövedelmezőségi terv további elemzésével a jutalmazásról (nyereségrészesedés) szóló később megjelenő cikkben még részletesebben foglalkozom.

*

E rövid és teljességre egyáltalán nem törekvő ismertetésben a Gyógyszertári Központok gazdasági működésének csak néhány lényegesebb kérdését ragadtam ki, amelyek a gyógyszertári dolgozók előtt is érdeklődésre tarthatnak számot. Remélhetőleg e néhány sorral sikerült a gyógyszertári dolgozók gazdasági ismereteit bővíteni és ezzel is hozzájárulhattam ahhoz, hogy szakmai feladataik ellátása mellett azok gazdasági vonatkozásait is hatását szélesebb körben megismerjék.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Az 1958. évi Magyar Statisztikai Zsebkönyv — Egészségügyi Jogszabályok Gyűjteménye.

(Fővárosi Tanács Gyógyszertári Központja, Budapest, V., Zrínyi u. 3.)

KÍNA „GYÓGYSZERÉSZI KÉZIKÖNYV”-E

Az 1953-ban megjelent „Kínai Gyógyszerkönyv” (CP 1953) után a kínai Népegészségügyi Könyvkiadó kiadásában 1957-ben megjelent a „Gyógyszerészi Kézikönyv” (Yao-Wa-Shou-Ts'E) is, mely emlékeztet a B. P. mellett rendszeresen megjelenő *British Pharmaceutical Codex*-re. Amint a B. P. C. nemcsak szellemében, hanem papírányagában, betűtípusaiban és tipográfiájában is pontos mása a B. P.-nek, úgy külső formájában a kínai „Gyógyszerészi Kézikönyv” is emlékeztet a kínai gyógyszerkönyvre. Lényegében a B. P. C.-hez hasonlóan kommentár jellegű, és nemcsak a CP 1953-ban szereplő, hanem ott fel nem vett fontosabb gyógyszerekről is tájékoztat. A Kínai Gyógyszerkönyv beosztásához hasonlóan 531 cikkelyt ismertet, ezenkívül 99 nyugaton használatos és 58 főként növényi eredetű gyógyszert, melyek a kínai gyógyszerkincs nem hivatalos készítményei. A cikkelyeket a latin ABC szerint rendezték. A szokásos adatok (molsúly, szerkezeti képlet) mellett utal a szöveg az előállítás módjára vagy a gyógyszer eredetére. A vizsgálati módszerek ismertetése során szempontokat szab meg az indikációs területre, az adagolásra, a kereskedelemben kapható csomagolásra és a tárolásra vonatkozólag. A tárolás kérdése az ország nagy területével összefüggő klimatikus eltérések miatt különösen nagy

probléma; ezért több készítményre alternatív előiratokat közöl. A tárolásról külön fejezet is rendelkezik. A *Mucillago gummi arabici* és a *Mucillago Traganthae* tartósítására például benzooesavat ír elő.

A gyári készítményekre kötelező deklarációs formulát állapít meg. A gyógyszerek kínai neve után mindenképp megtaláljuk a latin nevet is.

Injekciók készítésére a vízen kívül a következő olajok is hivatalossá teszi: *Oleum arachidis*, *Oleum armeniacae*, *Oleum gossypii*, *Oleum sesami*. Bakteriosztatikus anyagként egyebek között a fenilmerkuri-nitrát is szerepel, oxidáció-gátló anyagként pedig az aszkorbinsavhoz nátriumbiszulfít, a szulfadiazin-nátriumhoz nátriumtioszulfát.

A tablettá-összetételekben még nem fordulnak elő az újabban használatos segédanyagok. A tabletták konzerválására nátriumbenzoátot, sőt bórsavat is megenged.

A német demokratikus szaksajtóban [*Die Pharmazie* 13. 436. (1958)] ismertetett kézikönyv nyelvi nehézségek miatt részünkre sajnos nem hozzáférhető. A könyv megjelenése azonban azt igazolja, hogy a népi Kína nemcsak rohamosan iparosodik, hanem tudományos szervezete területén is igyekszik a minél magasabb szint elérésére.

Dr. Auber László