

Emlékezzünk Pálfy Gyulára

Erős István

Pálfy Gyula, az SZTE Gyógyszerésztudományi Kar Könyvtárának vezetője 100 éve született. E jeles alkalomból idézzük fel alakját, emlékezzünk kiemelkedő szaktudására, kivételes műveltségére, sugárzóan tiszta emberségére és mindazokra a szakmai, emberi értékekre, amelyeket a Kar oktatóinak és hallgatóinak adott.

Pálfy Gyula 1914. május 4-én Óbecsén született, és 1996. május 11-én hunyt el Szegeden. A Magyar Kir. Honv. Ludovika Akadémián, majd a Magyar Kir. Honv. Hadiakadémián szerzett csapattiszt, illetve vezérkari tiszt képzést. A háború után elvégezte az ELTE könyvtártudományi szakát, és szerzett dokumentarista oklevelet.

Élete a háború után a könyvtár-ügy szolgálatában telt el. 1947. óta tevékenykedett az egyetemen, az Általános Orvosi Kar könyvtárának vezetője, majd az olvasószolgálat vezetője volt. Ezt a könyvtárat viszonylag rövid idő alatt hatalmas munkával és energiával nyilvános szakkönyvtárrá fejlesztette, és a legkorszerűbb központi katalógussal felszerelt tudományos központot hozott létre.

1970. és 1985. között a Gyógyszerésztudományi Kar könyvtárat vezette. Komoly érdeme, hogy amikor a Kar a szomszédságában lévő, ún. Baracs ház használati jogát megkapta, itt az ő tervei és elképzelése alapján korszerű könyvtárat és olvasótermet alakítottak ki. A kézikönyvek és a friss folyóiratszámok az olvasóteremben, a folyóiratok régebbi évfolyamai a galérián, a diákköri pályamunkák, doktori értekezések, szakdolgozatok és egyéb fontos kari dokumentumok az alagsori állománytárban voltak fellelhetők. A világos és áttekinthető rendszerben szinte percek alatt megtalálható volt minden dokumentum. Aki mégsem boldogult, annak Pálfy Gyula készséggel és örömmel segített.

Nemcsak közhely, hanem való és fontos tény, hogy egy egyetemi intézmény – kar, tanszék – fontos és meghatározó tényezője a szakkönyvtár. Pálfy Gyula munkássága nyomán a Gyógyszerésztudományi Karon valóban komoly szellemi műhely volt a könyvtár. A szűkös anyagi lehetőségek mellett is nagy figyelmet fordított a könyvtár állományának bővítésére. Pontosan tudta, hogy a gyógyszerészeti tudományok melyik részterülete fejlődik az átlagosnál dinamikusabban, milyen új diszciplínák jelentek meg, és gondoskodott



arról, hogy e területek folyóiratait a könyvtár számára megszerezze, az előfizetést javasolja a Kar vezetésének. Fügyelemmel kísérte, hogy mely kiadványok iránti érdeklődés lanyhul, és – bár fájó szívvel – ezek lemondását javasolta, hogy forrást teremtsen az új kiadványok beszerzésére.

A hallgatók számára rendszeresen tartott speciál-kollégiumot a szakirodalmi tájékozódás témaköréből. Valamennyi diákkörös és szakdolgozatot készítő hallgató az ő segítségével sajátította el a szakirodalmi adatgyűjtés és adatfeldolgozás rejtjelmeit. E területről egy színvonalas jegyzetet is szerkesztett.

Nemcsak a hallgatók, de a Kar oktatói is sokat köszönhetnek Pálfy Gyulának. Szinte nincs olyan oktató, akinek egyetemi doktori, kandidátusi vagy akadémiai doktori értekezéséhez ne nyújtott volna hathatós segítséget, a bibliográfiai előkészítés területén. Azt tartotta, hogy a legfontosabb könyvtáralkotó tényező maga az olvasó. Az olvasók, az ismeretekben gazdagodni akaró oktatók és hallgatók szolgálatának szentelte csaknem egész életét.

1985-ben nyugalomba vonult, de szaktanácsadóként tovább tevékenykedett. Komoly feladatokat vállalt a szakmai közéletben is. Tagja volt a Magyar Könyvtárosok Szövetségének és az Országos Szakbibliográfiai Munkabizottságának. Javaslatot dolgozott ki az orvosi könyvtárosok továbbképzése tárgyában. Részt vett az Orvostudományi Egyetemi Évkönyv sorozat szerkesztésében és a *Studia Medica Szegediensis* kiadvány-sorozat technikai szerkesztését végezte. Kezdeményező és meghatározó szerepe volt a hazai orvostudományi könyvtárhálózat létrehozásában és fejlesztésében. Kiváló könyvtárosi munkásságát az Egészségügyi és a Művelődési Minisztériumok kitüntetéssel ismerték el. A Szegedi Orvostudományi Egyetem vezetése Pro Universitate-díjjal tüntette ki.

Tudjuk, hogy az emberi emlékezet rövid, és az idő pora hamar belepi lépteink nyomát, de mi, akik személyesen ismertük és együtt dolgoztunk Pálfy Gyulával, az őszinte tisztelet érzésével, nagy tudása és gazdag embersége iránti csodálattal és megbecsüléssel gondolunk Rá, ezen a szép kerek évfordulón.

Erős, I.: *Remembrance: Pálfy Gyula*

AKTUÁLIS OLDALAK

Gyógyszerészet 58. 691-700. 2014.

A kormány B/1764. számú jelentése a közforgalmú gyógyszertárakról

A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (a továbbiakban: gyógyszer-gazdaságossági törvény) elrendelte, hogy a közforgalmú gyógyszertárak létesítésére vonatkozó szabályok gyakorlati megvalósulásáról, a szabályozás elvárt és tényleges hatásainak összevetése alapján, a 2011. január 1. és 2014. július 1. közötti időszakra vonatkozóan, a Kormány 2014. október 1. napjáig jelentést terjesszen az Országgyűlés elé. A jelentés elkészült és összesen 51 oldal terjedelemben mutatja be a fontosabb változásokat és azok következményeit, valamint kitér a fontosabb feladatokra és teendőkre is.

A B/1764 sz. jelentés – holisztikusan értelmezve a gyógyszer-gazdaságossági törvény rendelkezését – nemcsak a gyógyszertárak létesítésére vonatkozó szabályok változásait és hatásait mutatja be, hanem a szabályozásváltozást kiváltó előzményeket, a szabályozásváltozás részleteit, a kapcsolódó további intézkedéseket és a közforgalmú gyógyszertárak működési feltételeit érintő, 2010 óta folyó átalakítás hatásait. A jelentés tartalmazza a gyógyszertárak működésével kapcsolatos legfontosabb adatokat és információkat is.¹

A jelentés ismerete a szakmai és szakmapolitikai vezetők számára fontos, a gyakorló gyógyszerészek számára pedig hasznos lehet. Ez utóbbi szempontot figyelembe véve a következő oldalakon a jelentés néhány olyan részletét ismertetjük, amelyek több ponton kapcsolódnak ahhoz a műhelymunkához, amelyet a Gyógyszerészet c. folyóirat a gyógyszerészi kompetencia-rendezés és -fejlesztés céljainak szem előtt tartásával 2008 óta folytat, és azokhoz a lapunkban megjelent elemzésekhez és publikációkhoz is, amelyek a gyógyszerellátás jelenlegi modelljének kialakítását segítették.

Történeti áttekintés

A jelentés a bevezető és a vezetői összefoglaló után a történeti áttekintés részeként megállapítja többek között, hogy a 2006-os liberalizációhoz kapcsolódóan – a szükséglet-alapú szabályozási rendszer „lazításának következtében” a számon kérhető felelősségű

szereplőkkel (az állam, a gyógyszerész és a szakmai kamara mint köztestület) szemben 2006-2010 között megerősödött a tulajdonosi pozíció és a profitérdek szerepe,

- a megváltozott szabályozási környezet a gyógyszerellátás struktúrájának változását is magával hozta. Ez a szakmai (gyógyszerészi) döntéshozatalt befolyásoló külső, elsősorban gazdasági jellegű tényezők előtérbe kerülését jelentette (csökkentve a gyógyszerészi döntéshozatal szakmai függetlenségét). A jelentés megállapítja, hogy ezzel párhuzamosan kiüresedtek az etikai szempontokat ellenőrző, és gyógyszerészi magatartást védelmező köztestületi jogkörök is. „A kötelező kamarai tagság megszüntetése a gyógyszerellátás minőségének biztosítására szolgáló eszközök gyengülését eredményezte.”

A jelentés megállapítja, hogy a 2011. január 1-jén hatályba lépett intézkedések jellemzően „a 2006-ot megelőző szabályozás (...) fejlődésének folytonosságát” szakították meg.

A jelentés utal a 2010. októberi (J/1323. sz.) kormányjelentésre és emlékeztet, hogy 2006 és 2010 között

- a szabálytalan és jogosulatlan expedálás becsült aránya kb. 20-30%-ra volt tehető,
- megjelentek „szabálytalan gyógyszertár működtetésre és jogsértő gyógyszerészi szakmai tevékenységre utaló jelek”,
- a gyógyszertári marketing gyakorlatban „egyre jellemzőbbé vált az általános kereskedelemből átvett, de a gyógyszerellátás kontextusában a jogszerűség kereteit feszegető marketing elemek alkalmazása, amely dominánsan kereslet-ösztönző promóciós technikákat használt. Terjedt az ajándékozás, nyerekménysorsolások, bónuszok adása mind a közfinanszírozott, mind a nem támogatott gyógyszerek esetén. A kedvezmények adásának és az ajándékozásnak új technikái jelentek meg”,
- a túlzott és indokolatlan gyógyszerhasználat szintén közegészségügyi kockázatokat rejtett magában, illetve az anyagi erőforrások pazarlása irányába tolta el a gyakorlatot,
- több, korrupcióra utaló jelenség is tapasztalható volt,
- az új gyógyszertárak számának növekedését nem követte a gyógyszerészek létszámának növekedése, ráadásul „a nyitva tartási idő átlagának növekedése miatt a fajlagos létszámarány alakulása ennél is rosszabb volt”,

¹ A B/1764 sz. jelentés szerint az elkészítésében a Kormánynak segítségnyújtott az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH), az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és a Magyar Gyógyszerészi Kamara (Kamara).

– a foglalkoztatott gyógyszerészek egy része „változó munkahelyre szóló megbízási szerződéssel rendelkezett, és így nem volt garantálható a folyamatos jelenléte”,

– a helyettesítés kötelező felajánlásának elmaradási aránya átlagosan elérte a 30-40%-ot.

A szakmai döntéshozatal feltételeinek változásával kapcsolatban a kormányjelentés megállapítja, hogy a 2006-2010 közötti időszakban

– „a gyógyszertár működtetését érintő szakmai döntéshozatalban a személyi jogos gyógyszerész részére biztosított előjogok önmagukban elégtelenek voltak, mert a valóságban a munkáltatójuk elvárásainak voltak kénytelenek megfelelni”, és ha a személyi jogos ellentmondott a „befektetői elvárásoknak”, a munkáltató másik személyi jogos gyógyszerészt választott, mivel „a személyi jog nem a gyógyszertár működtetéséhez” kötődött,

– a gyógyszertár-tulajdonosok nem voltak hatékonyan szankcionálhatóak a szabálytalanságok miatt, hiszen „a szankciók nem őket, hanem beosztott gyógyszerészeket érintették”,

– a működési engedély súlyos jogszabálysértő tevékenység miatti megvonása esetén „ugyanaz a tulajdonosi kör más gazdasági társasággal ismét lehetővé tette a működési engedély jogosultja, illetve más gyógyszertárakat is tovább működtethetett”,

– a gyógyszertár tulajdonosa a gyógyszertár-létesítési kérelem beadását követően az engedélyezési eljárás során több esetben nem jelölt meg személyi jogos gyógyszerészt, illetve „az eljárás során a megjelölt személyi jogos gyógyszerész személye megváltozott”,

– az ún. egészségház konstrukció keretében a gyógyszertár és az orvosi rendelő az egészségházat létrehozó vállalkozás érdekkörében működött, ami kockázatot jelentett az irányított receptírás és betegellátás szempontjából,

– a gyógyszertárak nagykereskedők felé fennálló adósságállománya miatt „a nagykereskedői befolyás a készletpolitikában fokozottan érvényesült, mindent különösen erősítette a vertikális integrációban megvalósuló közvetlen nagykereskedői befolyás is”,

– a befektetők profitszemponjtjai a szakmai szolgáltatások minőségének háttérbe szorítását eredményezték.

A jelentés utal arra, hogy 2010-re a nagyvárosokban ugyan a gyógyszertárak számát és nyitvatartási idejének hosszát tekintve is bővült a lakosság gyógyszereszkhez jutásának lehetősége, ugyanakkor vidéken az ellátottság helyzete nem javult. „A megnövekedett városi ellátó kapacitás elszívta a vidéki patikák vevőkörét, jelentősen rontva ezáltal az utóbbiak jövedelmezőségét, ami rontotta a helyben élő lakosság ellátásbiztonságát”. Ezt a folyamatot erősítette a promóciós gyakorlat növekedése is, amellyel a kistelepülések kis-

forgalmú gyógyszertárai nem tudtak lépést tartani, „ezek forgalma átterelődött a városokba, bevásárlóközpontokba”.

A nagykereskedők „eltérő toleranciával” viselkedtek a gazdasági befolyásuk alá tartozó és a tőlük független gyógyszertárak felé fennálló kintlévőségeikkel szemben. A profitszemponatok előtérbe helyezése miatt „egyre kevesebb patika készített kevésbé kifizetődő magisztrális gyógyszerkészítményeket”. A profitkoncentráció miatt „az adózott jövedelem 50%-át a gyógyszertárak hatoda bírta”. A kialakult trend a gyógyszerellátási és társadalombiztosítási rendszerben a pénzügyi egyensúlyi zavar kialakulását vetítette előre, amely a térben és időben folyamatos ellátást is veszélyeztette. Egyes városi helyeken párhuzamos struktúrák alakultak ki, míg máshol ellátatlanul maradtak területek. A betegek részben sikertelen gyógyszer-vásárlásainak aránya átlagosan elérte a 20-30%-ot.

A 2010-es helyzet ismertetése kitér a készletgazdálkodás hibáinak, az eladósodás és a veszteséges vállalkozások számának növekedésére és megállapítja, hogy „a 2010-ben hivatalba lépő Kormány a fenti folyamatok áttekintése után a haladéktalan beavatkozás mellett döntött”.

Az intézkedésekről

A jelentés sorra veszi a 2010-ben bevezetett intézkedéseket és azok „finomhangolásait”. Megemlíti a 2010. augusztus 17-én hatályba lépett „patikaalapítási moratóriumot”, melyhez „fúziós moratórium” is kapcsolódott. Az új gyógyszertár-létesítési keretrendszer 2011. január 1-én lépett hatályba (ezzel párhuzamosan a moratórium megszűnt).

Gyógyszertárak létesítése

A részletek ismertetése nélkül utalunk rá, hogy új közforgalmú gyógyszertár létesítését országos pályázat alapján – demográfiai és geográfiai korlátokat figyelembe véve – az OTH engedélyezi. A pályázatot az OTH akkor írja ki,

- ha az adott települési önkormányzat képviselő testülete kezdeményezi olyan településen, ahol nincs gyógyszertár, illetve új gyógyszertár létesítéséhez a geográfiai és demográfiai feltételek fennállnak,
- hivatalból, ha az adott településen közforgalmú vagy fiókgyógyszertár nem működik és a lakosság száma meghaladja a 4500 főt.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény részletesen rögzíti a pályázat kiírásának feltételeit, a tartalmi és eljárásjogi szabályokat (sőt a gyakorlati tapasztalatokat figyelembe véve, finomszabályozási céllal még, a 2014. második félévben előkészített egészségügyi „salátatörvény” tervezete is tartalmaz pontosító szabályo-

kat). A pályázatok elbírálásának általános elve, hogy a több és magasabb szintű szolgáltatást nyújtó pályázót részesíti előnyben.

Gyógyszertárak tulajdonlása

A 2011-ben elindult korrekciók megváltoztatták a gyógyszertárt működtető gazdasági társaságok tulajdonosi szerkezetére vonatkozó szabályokat. Off shore cég 2011. május vége óta gyógyszertárt működtető gazdasági társaságban sem közvetlenül, sem közvetett módon nem lehet tulajdonos. A 2011 előtt létrejött hálózatok nem növekedhetnek, gyógyszergyárak és nagykereskedők nem szerezhetnek sem új gyógyszertárban, sem 2011-ben már működő gyógyszertárban sem közvetlenül, sem közvetett módon tulajdont. Főszabályként 2011-től csak többségi gyógyszerészi tulajdonban lévő vállalkozás nyújthat be pályázatot gyógyszertár létesítésére és a 2011. január 1-én már működő gyógyszertárak esetében legkésőbb 2017. január 1-ig a többségi gyógyszerészi tulajdonlást biztosítani kell. A gyógyszerészi tulajdoni hányadba beszámítót tulajdonnal egy gyógyszerész maximum négy gyógyszertárban rendelkezhet. Annak érdekében, hogy a strómanok által virtuális gyógyszerészi tulajdonhányaddal működtetett gyógyszertárak helyett valódi gyógyszerészi tulajdonlás lehessen, a szabályozás előírja a szindikálás semmisségét és tilalmát, valamint a hatályos társasági szerződést 2014. januártól kötelező benyújtani az OTH-hoz.

Elővásárlási jog

2013-ban lépett hatályba az elővásárlási jog speciális szabályozása, amely biztosítja, hogy semmilyen gyógyszertári tulajdoni hányad a személyi jogos és a gyógyszertárban tulajdonrészrel rendelkező gyógyszerész tudta és jóváhagyása nélkül másnak ne legyen értékesíthető. Másfelől az állami elővásárlási jog lehetővé teszi, hogy nem gyógyszerésznek történő (kisebbségi tulajdoni hányad) értékesítési szándék esetén (és ha egyetlen, működési engedéllyel rendelkező gyógyszerész sem kívánt élni az elővásárlási joggal), átmeneti ideig az állam megvehesse az üzletrészt azazal a feltétellel, hogy 3 éven belül meg kell hirdetni értékesítésre, gyógyszerészeknek. A szabályozás tehát az 51%-on felüli tulajdonrészek esetén is a gyógyszerészeket preferálja. Az állam elővásárlási jogát az OEP gyakorolhatja, erre eddig nem került sor.

A személyi jog szerepe a gyógyszertár-működtetésben

A személyi jog 2011-től újra konkrét gyógyszertár működtetésére irányul. A jelentés a személyi jogos gyógyszerész önálló képviselési és menedzsment jogával kapcsolatban leírja, hogy „a közfoglalmú gyógy-

szertárt működtető gazdasági társaság ügyvezetését, képviselését az adott gyógyszertár vonatkozásában a személyi joggal rendelkező gyógyszerész önállóan látja el”. A törvény rögzítette a személyi jogos gyógyszerész kizárólagos szakmai menedzsment jogait is. Ennek megfelelően a személyi joggal rendelkező gyógyszerész „felelős a gyógyszertárban folyó szakmai munka felügyeletéért”. A törvényi módosítások garantálják, hogy a gyógyszertárt működtető gazdasági társaság legfőbb szerve (tagok gyűlése, taggyűlés, közgyűlés) kizárólag „a személyi jogos gyógyszerész igenlő szavazatával hozhat döntést a gyógyszertár szakmai vezetésével, irányításával és a közfinanszírozással kapcsolatos szakmai kérdésekben, így a gyógyszertári termékkör kialakítására, a gyógyszerek beszerzésére, készletezésére, eltartására, kiadására, a gyógyszerekkel kapcsolatos betegtájékoztatási és kereskedelmi (marketing – a szerk.) gyakorlatra vonatkozó tevékenységre, a gyógyszertárban szakellátási feladatokat ellátó személyek foglalkoztatására, valamint a közfinanszírozási szerződések megkötésére és módosítására vonatkozóan.”

Patikaalap

A jelentés részletesen bemutatja a patikaalap keretei között megalkotott patikai hitelprogramot és patikai tőkeprogramot. Ennek ismertetése meghaladná jelen tájékoztató kereteit. Tény, hogy a patikaalap 2013. második félévében indult és 2016 végéig a gyógyszerészek rendelkezésére áll. A jelentés megjegyzi, hogy „a magas szintű gyógyszerellátás szempontjából az a legelőnyösebb, ha a gyógyszertári vállalkozásokban minél nagyobb a többségi gyógyszerészi tulajdon aránya is”. Tehát a patikaalap a többségi gyógyszerészi tulajdonhányad elérésén túli tulajdon szerzését is szolgálhatja. A jelentés szerint a 2014. januári tulajdonjogi előírásokhoz a patikaalapot kevesen vették igénybe. Ebben a többségi tulajdonszerzéshez kapcsolódóan változás várható, addig azonban a konstrukciót „ügyfélbarátabbá” kell tenni.²

Fúziótilalom

Rögzítésre került az is, hogy nem valósítható meg olyan összefonódás, amelynek eredményeképpen négynél több gyógyszertár kerülne az adott személy, vállalkozás vagy vállalkozáscsoport közvetlen vagy közvetett irányítása alá. Továbbá nem valósítható meg olyan összefonódás sem, amelynek következményeként húszezer lélekszám alatti településen három vagy annál több gyógyszertár kerülne az adott vállalkozás vagy vállalkozáscsoport közvetlen vagy közvetett irányítása alá.

² Ennek alapelveiről a miniszterelnök és a kamara vezetői 2014 májusában megállapodtak.

Uniós jogelvek

A jelentés önálló fejezetben foglalkozik a „deliberalizáció” szabályainak és az uniós szabályoknak az összevetésével. A fejezet elején megállapítja, hogy a változások ellenzői szerint a 2010-ben bevezetett változások ellentétes irányúak a 2006-os liberalizációval, ezért „fontos felhívni a figyelmet arra, hogy 2010 óta Magyarországon az eredeti működési modellel helyreállítása valósul meg. Kiemelendő tény, hogy a magyarországi szabályozás keretében a szükséges és elfogadható mértékű piacnyitási, liberalizációs lépések már 2006 előtt megtörténtek”. A gyógyszerészi tulajdoni követelmény tekintetében pedig a jelentés fontosnak tartja megemlíteni, hogy „Magyarországon 1995 óta folyamatos volt a közvetlen lakossági gyógyszerellátás gyógyszerészi, szakmai korlátozásokkal történő üzleti alapokra helyezése”. „A magyar jogalkotó – felismerve a gyógyszerész szakmai irányítás tulajdonviszonyokban történő garantálásának szükségességét – már 1995-ben előírta a 25%-ot meghaladó gyógyszerészi tulajdonhányad követelményét 1999. szeptember 1-jei határidővel, és már 2000-ben előírta a többségi gyógyszerészi tulajdonlás követelményét 2006-ig tartó felkészülési idővel. Ebben az organikus fejlődésben jelentett törést és visszalépést a 2006-os határidő letelte előtt 2 nappal bevezetett liberalizáció, amely semmiképpen nem fogható fel a magyar gyógyszerári rendszer fejlődésébe illeszkedő eseményként”. A jelentés részletesen érvel amellett, hogy a hazai szabályozás megfelel az uniós elvárásoknak, azonban megjegyzi, hogy „2014. szeptember 25-én az Európai Bizottság levelében kérdéseket tett fel a gyógyszerári tulajdonrendezéssel kapcsolatban”.

A gyógyszerellátás mai helyzete

Gazdálkodás

A jelentés 26 oldal terjedelemben ismerteti és értékeli a lakossági gyógyszerellátás mai helyzetét. Részletesen, táblázatok beiktatásával mutatja be az elmúlt években bekövetkezett változásokat és trendeket. Jelen ismertetőnek nem feladata a gazdasági, gazdálkodási adatok bemutatása. Annyit azonban mindenképpen jelezni kell, hogy a jelentés megállapítja: „a közvetlen lakossági gyógyszerellátás gazdasági helyzete javult”. A 2011. januártól életbe lépett jogszabályváltozások következtében

- enyhe csökkenést követően – mely jelentősen kisebb mértékű, mint a 2006 és 2010. évet követő gyógyszerárak szám-növekedés – stabilizálódik a közforgalmú gyógyszerárak száma;
- a gyógyszerárak esetében a támogatott gyógyszerekhez kapcsolódó bevételek (az árés szabályozása, a szolgáltatási díj és a generikus ösztönző bevezetése

következtében) a 2010. évhez képest 5%-kal emelkedtek, azaz a gyógyszerárak támogatott gyógyszerek utáni finanszírozottsága szinten maradt annak ellenére is, hogy a költségvetési hiány csökkentésére irányuló intézkedések keretében jelentősen csökkent a gyógyszerek társadalombiztosítási ártámogatására jutó finanszírozás;

- megállapítható, hogy növekedési pályára állt a gyógyszerári vállalkozások adózott eredménye, vagyis a gyógyszerárak jövedelmezősége több mint kétszeresére javult (2010 vs. 2012 – a szerk.);
- a gyógyszerárak beszállítók felé fennálló tartozásállománya is csökkenő pályára állt, több mint 30%-kal mérséklődött;
- a gyógyszerári készletérték a patikaszám és a forgalom függvényében változatlan, azaz az ellátásbiztonság nem sérül;
- a veszteséges gyógyszerári vállalkozások száma és aránya is közel felére csökkent (2010 vs. 2012 – a szerk.);
- a veszteséges vállalkozások esetében is csökkent az adózott eredmény alapján vagy a szállítói tartozás alapján mért veszteség.

Míndezek alapján megállapítható, hogy „a közforgalmú gyógyszerárak működési feltételeit érintő átalakításnak köszönhetően egy takarékosabb, gazdaságosabban működő közvetlen lakossági gyógyszerellátó rendszer épül ki, melyben megjelent a felelősségteljes gazdálkodás elve.”

Támogatások

A gyógyszerárak működési célú támogatásban részesülnek. Ennek éves összértéke 2011-ben 110 mFt volt (nagy forgalmú gyógyszerárak befizetéseiből), 2012-től az állam központi forrásból évente 700 millió Ft-ot biztosít erre a célra. Ezt a támogatási formát 2011-ben éves átlagban 251, 2012-ben 310, 2013-ban 338, 2014. I. félévében 340 gyógyszerár vette igénybe.

A kamatmentes támogatási előleg összege 2011-ben 180 mFt (60 gyógyszerárnak), 2012-ben 469 mFt (118 gyógyszerárnak), 2013-ban 445 mFt (111 gyógyszerárnak). A rendelkezésre álló és lehívható előleg összeg 2012 óta 1,2 MrdFt/év.

Generikus ösztönző

2012. január 1-jével bevezetésre került a generikus ösztönző rendszer. A juttatásban negyedévente azon gyógyszerárak részesülhetnek, amelyekben a referencia (vagy a referencia-ársávba tartozó) gyógyszerek expedíálási aránya a helyettesíthető gyógyszercsoportokban, összesítésben meghaladja a 35%-ot. A gyógyszerárak a hatóanyag fix alapú vények száma alapján 4 kvartilisbe kerülnek besorolásra. Egy kvartilisbe azonos számú gyógyszerár kerül a generikus helyet-

tesíthető vényszámok alapján, a pénzösszeg a négy kvadrilis között 15-20-30-35% arányban kerül felosztásra. Az ösztönző rendszer a nagyobb arányban preferált gyógyszereket kiadó gyógyszertárakat preferálja. A támogatásra a 2012. évi költségvetésben 2,7 Mrd Ft, a 2013. és a 2014. évi költségvetési törvényben 3,6 Mrd Ft került meghatározásra. A jelentésben közölt és ismert adatok szerint az ösztönzőben a patikák több mint 99%-a rendszeresen részesül.

Árrés-átcsoportosítás

A 2012. augusztus 1-i árrés-átcsoportosítással kapcsolatban (tervezett éves mértéke kb. 3 MrdFt volt) a jelentés szerint „utólagos vizsgálat eredményei alapján megállapítható, hogy az intézkedés hatása mind a költségvetés egyenlegére, mind az érintett nagykereskedőkre és gyógyszertárakra, mind pedig a gyógyszereket kiváltó betegek által fizetett térítési díjakra az előzetesen tervezetteket megközelítő hatást gyakorolt. Megjegyzendő azonban, hogy a nagykereskedők az árrés átcsoportosítást kompenzálандó egyéb kedvezményeiket módosítva ezen árrés-átrendezés hatását részben visszavették. Azonban a kisebb forgalmú vidéki patikák esetében, ahol nem vagy minimális volt ez a kedvezmény, ez a nagykereskedői reakció kevésbé érezte hatását.”

Szolgáltatási díj

A „szolgáltatási díj” bevezetésére 2013. január 1-jén került sor. Ez a vényköteles gyógyszerek kiváltásához, valamint a magisztrális gyógyszerkészítéshez kapcsolódó gyógyszerbiztonsági ellenőrzésért jár. A jelentés szerint a „gyógyszertári szolgáltatási díjjal az állam a gyógyszertárakon, gyógyszerészekén keresztül olyan szolgáltatás biztosítását várja el, mellyel a beteg- és gyógyszerbiztonság javul a támogatott gyógyszerek kiadása során. Így a gyógyszerészek által nyújtott gyógyszerbiztonsági szolgáltatás keretében a betegek részletesebb tájékoztatást kapnak gyógyszerükkel kapcsolatban. A gyógyszertárakban az egy időben alkalmazott gyógyszerek közötti kölcsönhatásokat, esetleges azonos hatóanyagú gyógyszerek együttes szedését is ellenőrzik, és a gyógyszerészek a mellékhatásokkal kapcsolatos figyelőrendszer aktív részeseivé váltak. A 2013. és a 2014. évi költségvetési törvényben szolgáltatási díj jogcím előirányzatán 4,5 Mrd Ft került rögzítésre.” Mint a jelentés megállapítja, a „kifizetett szolgáltatási díj nem egyenesen arányos a gyógyszertárak árbevételével és az expedált (kiadott) vények számával. A díjtétel a kiadott vények számának növekedésével graduálisan csökken”. A kisebb forgalmú gyógyszertárak esetében kisebb a vényszám, ezért átlagosan az egy vényre jutó díj magasabb. „Ez biztosítja, hogy közel tízszeres összegű árrésbevétel csupán

háromszoros szolgáltatási díjból származó bevételt generál”.

Hatósági gyakorlat, tapasztalatok

Sok tanulsággal szolgálhat a „Fontosabb tények és adatok a hatósági gyakorlat köréből” c. fejezet. Az OTH adatai szerint 2010-ben 2470, 2011-ben 2411, 2012-ben 2349, 2013-ban 2330, 2014. július 1-én 2329 közforgalmú gyógyszertár rendelkezett működési engedéllyel, a fiókgyógyszertárak száma 662-ről 661-re módosult. A kézi gyógyszertárak száma 243-ról 235-re, az intézeti gyógyszertárak száma 123-ról 106-ra csökkent 2010 és 2014. július között. A közforgalmú gyógyszertárra kiadott új működési engedélyek száma 2011-ben 43, 2012-ben 2, 2013-ban 12 és 2014 I. félévben 9.

Működési engedély felfüggesztése, visszavonása

Összesen 85 közforgalmú gyógyszertár, 12 fiókgyógyszertár és 2 kézi gyógyszertár működési engedélyének felfüggesztésére került sor 2011-2014. I. félév között. A felfüggesztés leggyakoribb okai:

- Személyi feltételek átmeneti hiánya:
 - személyes gyógyszertár működtetési joggal rendelkező egyéni vállalkozó gyógyszerész elhalálása,
 - személyes gyógyszertár működtetési jogról való lemondás,
 - gyógyszerész nincs jelen a gyógyszertárban,
 - gyógyszertári szakszemélyzet elbocsátása,
 - a gyógyszertárat működtető gazdasági társaság felszámolási eljárás alatt van (nem a személyes gyógyszertár működtetési joggal rendelkező gyógyszerész képviseli a működtető gazdasági társaságot);
- *Tárgyi feltételek átmeneti hiánya:*
 - gyógyszertárnak helyet adó ingatlan felújítása,
 - közüzemi szolgáltatások szüneteltetése (villany, víz),
 - a gyógyszerek készletben tartása (elégtelen készlet, tartós gyógyszerhiány),
 - működéshez szükséges informatikai rendszer hiánya.

A közforgalmú és fiókgyógyszertárak működési engedélye visszavonásának leggyakoribb okai az alábbiak:

- *Kérelemre történő visszavonás:*
 - a gyógyszertárnak helyet adó ingatlan bérleti szerződése felmondásra került,
 - gazdaságtalan működtetés;
- *Hivatalból történő visszavonás:*
 - személyes gyógyszertár működtetési jog megszűnése (személyi jogos halála, személyi jogról való lemondás, hozzátartozói személyi jog megszűnése),

- a működés felfüggesztése után a személyi feltételek határidőre nem kerültek pótlásra,
- a működés felfüggesztése után a tárgyi feltételek határidőre nem kerültek pótlásra,
- a szolgálati rendre vonatkozó előírások be nem tartása (ellenőrzés alkalmával több esetben nem tartott nyitva a gyógyszertár, vagy folyamatosan hónapokig nem tartott nyitva a gyógyszertár bejelentés nélkül),
- a gyógyszertárat működtető gazdasági társaság jogutód nélkül megszűnése,
- a gyógyszertár a működését a működési engedély jogerőre emelkedésétől számított egy éven belül nem kezdte meg,
- az ellátó közfoglalmú gyógyszertár megváltozása fiókgyógyszertár esetében,
- a településen közfoglalmú gyógyszertár kezdte meg működését fiókgyógyszertár esetében.

Gyógyszerészi tulajdoni hányad

A jelentés a gyógyszerészi tulajdonhányaddal kapcsolatban leírja, hogy „jelenleg 776 gyógyszertár gyógyszerészi tulajdonhányada nem haladja meg az 50%-ot, azzal, hogy pontosan 50%-os gyógyszerészi tulajdonhányadú 140 gyógyszertár. Nyilatkozatot a legtöbb gyógyszertár gyógyszerész tulajdonosai csak a 25%-ot meghaladó gyógyszerészi tulajdonhányad eléréséről küldtek, viszont egyes társaságok összetételében szerepelnek még egyéb gyógyszerész tulajdonosok is (ami csökkentheti a többségi gyógyszerészi tulajdon nem teljesítő gyógyszertárak számát). Két gyógyszertár esetében nem teljesült a 25%-ot meghaladó gyógyszerészi tulajdonrész (azonban a jelentés nem tér ki arra, hogy ezeknek mi lett a sorsa).

Pályázati tapasztalatok

A közfoglalmú gyógyszertárak létesítésére kiírt országos pályázatok száma 2011-től 2014. június 30-ig összesen 30, jogerős létesítési engedély kiadására eddig összesen 19 esetben került sor. A közfoglalmú gyógyszertárak létesítésével kapcsolatosan a jelentés szerint az OTH az alábbi tapasztalatokról számolt be:

- A képviselő-testületi határozatokban gyakran pontos címet (felépült egészségközpontot, egyéb önkormányzati épületet) jelölnek meg létesítési helyként és nehezen fogadják el, hogy a hatóság településre írhat ki pályázatot, amely lehetőséget ad más helyszín megjelölésére is.
- Az eredményt szinte minden esetben az előírt szolgálati rendhez képest nyújtott nyitva tartás mennyisége határozza meg, amelyet legalább öt éven át kell biztosítani a gyógyszertárak számára.
- Amennyiben több pályázó volt, ezt követően minden esetben fellebbezésre került a létesítési enge-

dély. Az indokok nem eljárási hibák, nem megfelelő jogszabályi értelmezések voltak, hanem vélt gazdaságtalan működtetés (amennyiben hosszabb nyitva tartást vállalt a nyertes), esetleg utólag a fellebbező is vállalna még többet (természetesen már a pályázati adatok ismeretében). A másodfokú hatóságként eljáró Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal helyben hagyta az OTH döntéseit.

- Az ügyféli jogok gyakorlása miatt jelentősen meghosszabbodott a pályázati kiírás kezdeményezésétől a gyógyszertár megnyitásáig terjedő idő, annak ellenére, hogy az OTH a pályázatokat a rendelkezésre álló idő töredéke – általában két hét alatt – elbírálja. Ennek következtében kiszámíthatatlanná vált, hogy meddig kell lekötni, bérleti díjat fizetni a gyógyszertárnak helyet adó épületre, mivel a fellebbezések miatt tolódik a gyógyszertár megnyitása. Ez jelentős költséggel is járhat a működtetők számára.
- A fiókgyógyszertárak esetében egy alkalommal volt fellebbezési eljárás, mivel két kérelmező közül a legközelebbi közfoglalmú gyógyszertár részére került kiadásra a fiókgyógyszertár létesítésére és működtetésére szóló engedély. A másodfokú hatóság az OTH eljárását helyben hagyta.”

Ellenőrzések

A jelentés foglalkozik a hatósági ellenőrzésekkel is; az ellenőrzések eredményeit táblázatos formában közli (*I. és II. táblázat*).

A megállapított jogsértések leggyakoribb típusai a következők voltak:

- személyi feltételek hiánya (gyógyszerész nem volt jelen a gyógyszertárban),
- tárgyi eszközök hiánya,
- szolgálati rend be nem tartása (pl. ellenőrzés megkezdésekor a gyógyszertár zárva tart),
- forgalmazott termékek körének megsértése,
- kötelező szérum nem tartása,
- gyógyszerkiadási hiba (lejárt gyógyszer, gyógyszer-csere),
- lejárt gyógyszerek, gyógyszeranyagok a készletben.

A 2012. évtől egységes ellenőrzési jegyzőkönyv és éves ellenőrzési ütemterv szerint történik a gyógyszerforgalmazó helyek ellenőrzése. Az ellenőrzési szempontrendszer minden év elején és módosítást követően felkerül a www.antsz.hu honlapra tájékoztatósul a gyógyszerforgalmazó helyek számára.

Internetes gyógyszer-értékesítés

A kormányjelentés szerint az internetes értékesítésen belül a gyógyszerforgalom kb. 5%. Az interneten rendelt gyógyszert a gyógyszertár expedíálásra jogosult alkalmazottja házhoz szállíthatja, illetve lehetőség van a vény nélkül kapható gyógyszerek csomagküldés ke-

I. táblázat

Helyszíni ellenőrzések száma éves bontásban

Év	2011	2012	2013	2014 (I.-VI. hó)
Gyógyszertár	1283	1330	1648	769
Gyógyszertáron kívüli forgalmazó hely	109	114	155	151
Összesen	1392	1444	1803	920

II. táblázat

Helyszíni ellenőrzések eredménye éves bontásban

Ellenőrzés eredménye	2012	2013	2014 (I.-VI. hó)
Szankció nélkül	793	1433	776
Figyelmeztetés	0	9	0
Kötelezés	297	311	119
Bírságotól	38	39	25
Működés felfüggesztés	9	4	0
Működési engedély visszavonás	32	9	0

retében történő kiszállítására. Internetes gyógyszer-forgalmazást végző gyógyszertár 2011-ben 11, 2012-ben 22, 2013-ban 34, 2014 júliusában 41 db volt. Mint ismert, a gyógyszertárak és honlapjaik jegyzékének a www.antsz.hu honlapon történő közzétételét a jogszabály 2013. március 1-től írja elő az OTH számára. Az internetes gyógyszerforgalmazással kapcsolatos főbb hatósági tapasztalatok:

- a gyógyszertárak több esetben nem jelentették be, hogy az internetes gyógyszer-kereskedelmi tevékenységüket elkezdték,
- az internetes honlapok általános hibái, pl. hogy nincs feltüntetve az egészségügyi államigazgatási szerv, illetve nem a legális magyarországi internetes gyógyszertárak aktuális jegyzékére tartalmaz éllíntket a gyógyszertári honlap,
- a honlapok hatósági ellenőrzése nehéz, mivel regisztráció nélkül sok esetben nem lehet a gyógyszer-tár honlapjához hozzáférni.

Gyógyszertáron kívüli gyógyszerforgalmazás

A jelentés foglalkozik a gyógyszertáron kívüli gyógyszerforgalmazással is. Ez engedélyköteles tevékenység és „az engedély arra jogosít, hogy az üzletek értékesítsenek néhány, külön jogszabályban felsorolt vény nélkül kapható gyógyszert”. 2011. januárban 634, egy évvel később 570, 2013. januárban 541, 2014. januárban 549, július 1-én 607 db gyógyszertáron kívüli gyógyszer-forgalmazási engedély volt hatályban. Ez utóbbiak közül gyógynövényüzlet, drogéria, gyógyászati termék kiskereskedelmet folytató üzlet 347, töltőállomás 144, élelmiszer-vegyiáru kiskereskedelmet folytató bolt 90, GYSE üzlet 5, az előzőek közé nem sorolható kereskedelmi egység 21 db volt. Ezek a hatósági tapasztalatok alapján általában minimális készlettel rendelkeznek, a több mint 400-féle gyógyszertáron kívül forgalmazha-

tó gyógyszerkészítményből átlagban 20-félét forgalmaznak. A rendelkezésre álló minősített információs rendszereket a betegek, fogyasztók alig használják. Az engedéllyel rendelkező üzletek kb. 15%-a nem végzi a gyógyszertáron kívüli gyógyszer-forgalmazási tevékenységet és gyakran előfordul, hogy az üzlet megszünteti a gyógyszertáron kívüli gyógyszerforgalmazást, illetve megszünteti a működését, de azt nem jelenti be a hatóságnak. „Új jelenség, hogy megjelent a bevásárlóközpontok és élelmiszer-diszkontok igénye arra, hogy pénztárikaiknál gyógyszert forgalmazzanak.”

A hatóság által feltárt jogsértések leggyakoribb típusai:

- lejárt felhasználhatósági idejű gyógyszer található a forgalmazott gyógyszerek között,
- a forgalomból kivont gyógyszerek kivonása nem történik meg,
- a forgalmazott gyógyszerek között gyógyszertáron kívül nem forgalmazható gyógyszerek is előfordulnak (ilyen esetekben az engedély visszavonásra kerül),
- a gyógyszerek és egyéb termékek nem elkülönítetten kerülnek tárolásra,
- a tárolási feltételekre vonatkozóan előírt zárható szekrény nincs mindig bezárva,
- a tárolási hőmérséklet nem megfelelő,
- a gyógyszerekről vezetett nyilvántartás nem naprakész.

A gyógyszertárak szakmai helyzete

A jelentés a gyógyszertárak szakmai helyzetével kapcsolatban megállapítja, hogy „az elmúlt években több jelentős intézkedésre került sor, a jogalkotási és szakmai munka folytatása az egyre jobb minőségű gyógyszerellátás biztosításának érdekében az elkövetkezendő időszakban is indokolt”.

*Személyi jog rehabilitálása,
szakmai kompetenciák fejlesztése*

A jelentés megállapítja, hogy „a 2007. január 1-jétől hatályos liberalizációs folyamatokat elindító törvényi szabályozás az addig meglévő gyógyszerészi kompetenciák jelentős részének visszavonását eredményezte, így a 2010-ben elkezdett deliberalizációhoz kapcsolódóan központi kérdés volt a gyógyszerészi kompetenciák rendezése és fejlesztése”. A kompetencia-rendezés főbb elemei a következők voltak:

- a személyi jog rehabilitálása: személyi jog csak egy adott közforgalmú gyógyszertár vezetésére engedélyezhető,
- személyi jogos gyógyszerész kizárólagos szakmai menedzsment jogainak rögzítése: a személyi joggal rendelkező gyógyszertárvezető felelős a gyógyszertárban folyó szakmai munka felügyeletéért. A törvényi módosítások garantálják, hogy a gyógyszertárat működtető gazdasági társaság legfőbb szerve (tagok gyűlése, taggyűlés, közgyűlés) kizárólag a személyi jogos gyógyszerész igenlő szavazatával hozhat döntést a gyógyszertár szakmai vezetésével, irányításával és a közfinanszírozással kapcsolatos szakmai kérdésekben (ezek taxatív felsorolását lásd a cikk korábbi részében);
- a közforgalmú gyógyszertárat működtető gazdasági társaság ügyvezetését, képviselését személyi és szakmai kérdésekben az adott gyógyszertár vonatkozásában a személyi joggal rendelkező gyógyszerész önállóan látja el;
- a gyógyszerek kiadásának (expediálás) során a gyógyszerészi és szakasszisztensi kompetenciák elkülönítésre kerültek.

Gyógyszerészi gondozás

Az alapszintű gyógyszerészi gondozás keretében végzett gyógyszerbiztonsági ellenőrzésre vonatkozó részletes szabályok rendeleti szinten megfogalmazásra kerültek, valamint kiadásra került az erről szóló szakmai irányelv. Az irányelv főbb elemei:

- a gyógyszer-interakciók felmérése, különös tekintettel a klinikailag jelentős interakciót mutató hatóanyagok vonatkozásában,
- a párhuzamos gyógyszerfelírás és gyógyszerhasználat vizsgálata,
- mellékhatás gyanújának jelentése és vizsgálata,
- a gyógyszer-helyettesítés és a nemzetközi szabadnéven történő gyógyszerrendelés esetén a gyógyszerkiadás szakmai szabályai,
- a beteg-együttműködés felmérése, és annak javítása,
- a gyógyszerelés biztonságával és esetleges problémáival kapcsolatos, megfelelő beteg tájékoztatás biztosítása.

A jelentés megemlíti, hogy az európai uniós forrásból finanszírozott TÁMOP 6.2.5. projekt keretében 16 gyógyszerészi gondozási irányelv kidolgozása és gyakorlati kipróbálása van folyamatban, és „reális esély van arra, hogy 2015-ben ezek az új gyógyszerészi gondozási protokollok a napi gyakorlatban bevezetésre kerülhetnek”.

Szakmai progresszió

A jelentés szól arról is, hogy

- a gyógyszerészek expediálás közben az OEP adatbázisában utána nézhetnek a beteg korábbi gyógyszerhasználati adatainak, „leszámítva a szexuális és mentális betegségek gyógyszereit”, segítve ezzel a betegbiztonságot,
- „a gyógyszertárak belső minőségügyi rendszerének egységes kialakítása érdekében jelentős előrelépés történt. A Kamara munkabizottsága elkészítette és valamennyi gyógyszertár számára elérhetővé tette belső minőségügyi kézikönyvre vonatkozó ajánlását”,
- a magisztrális gyógyszerkészítés „ismételten kötelezővé vált valamennyi közforgalmú gyógyszertár számára”. A liberalizáció időszakában „a magisztrálás elsovadásnak indult, ennek megfékezésére, megakadályozására irányuló lépések kezdődtek”,
- „a gyógyszertári gyógyszerkészítés feltételeiben jelentős változást hozhatnak az Európa Tanács döntései. Az ehhez való igazodás érdekében a GYEMSZIOGYI a Kamara kezdeményezésére elindította a Szabványos Vényminták (FoNo) újabb kiadásának folyamatát,
- a személyi minimumfeltételek bevezetése „a jogszabályalkotás folyamatában kialakult viták ellenére (...) zökkenőmentes volt és az elérni kívánt célt megfelelően szolgálja”,
- a szakgyógyszerészi szakképzés jogszabályi korrekciója 2012-ben megtörtént és „az új szakképzési rendszernek megfelelő szakképzési kurrikulumok kialakítása az egyetemeken megkezdődött”,
- a gyógyszertári asszisztensképzés és továbbképzés szabályozása változott, de a feltételei és gyakorlata „felülvizsgálatra és további változtatásra szorul.”

Marketing

A jelentés részletesen foglalkozik a marketing-szabályozás változásával is. Mint írja: „az eladásvezérelt marketing technikákkal szemben a gyógyszertárakra vonatkozóan új marketing szabályok kerültek bevezetésre. A törvény teljes mértékben megtiltotta a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerrel kapcsolatos valamennyi vásárlást ösztönző, vagy bármilyen gyógyszervásárláshoz köthető ked-

vezmény, ajándék vagy más juttatás adását, vagy bármely olyan kereskedelmi gyakorlat folytatását, amely a vények kiváltását adott gyógyszertárra vonatkozóan ösztönzi. A nem támogatott gyógyszerekre vonatkozóan is csak az általánosan alkalmazott árkedvezmény alkalmazását engedélyezi, illetve ezen gyógyszerek vásárlásakor csak olyan kedvezmény adható, amely a gyógyszertár által nyújtott gyógyszerészi gondozás igénybevételére váltható be.” A jelentés emlékeztet, hogy tilos az orvosnak a betegét „orvosi vénnyel vagy a nélküle kapható gyógyszer megvásárlása céljából általa ajánlott gyógyszertárba direkt módon irányítani”. A gyógyszertárban alkalmazott, kedvezményre jogosító technikákat csak az adott gyógyszertárban lehet beváltani, „nem támogatott gyógyszer vásárlására tekintettel adott kedvezménypont, kedvezményre jogosító bón, kupon kizárólag az adott gyógyszertárban végzett betegség-specifikus gyógyszerészi gondozásra váltható be”. A marketingszabályok megsértéséért a felelősség egyaránt terheli a személyi jogos gyógyszerészt és a gazdasági társaságot is.

Jelenlegi kihívások, problémák

A jelentés záró fejezete a jelenlegi kihívásokkal, problémákkal foglalkozik. Ezt a fejezetet – jelentősége miatt – szó szerint, teljes terjedelmében közöljük.

„A gyógyszertár működtetését érintő szakmai döntéshozatalban a személyi jogos gyógyszerész részére biztosított előjogok önmagukban elégtelenek, mert a valóságban munkáltatójuk elvárásainak kénytelenek megfelelni. Amennyiben ellentmondának a befektetői elvárásoknak, a munkáltató másik személyi jogos gyógyszerészt választhat.

A gyógyszertárak nagykereskedők felé fennálló adósságállománya miatt a nagykereskedői befolyás a készletpolitikában fokozottan érvényesül, mindezt különösen erősíti a vertikális integrációban megvalósuló közvetlen nagykereskedői befolyás is. Így a nagykereskedők a piacon egyszerre mint tulajdonosok, beszállítók, stratégiai partnerek és mint franchise üzemeltetők is jelen vannak.

Egyes, a gyógyszertári vállalkozás és a személyi jogos gyógyszerész között kötött szerződésekben megjelennek a befektetőket aránytalanul előnyös helyzetbe hozó alábbi elemek:

- opciós szerződések, amelyek alapján a gyógyszerésznek hozzá kell járulnia ahhoz, hogy a többségi tulajdonos által megjelölt időpontban és megjelölt személy részére, meghatározott áron köteles átadni a tulajdonhányadát;
- a gyógyszerész személyi jogáról csak 120 napos előzetes tájékoztatást követően mondhat le, így nincs arra lehetősége, hogy a szakmai elvek megsértése esetén ne adja nevét a továbbiakban a gyógyszertár működéséhez;

- a gyógyszertár működésének pénzügyi eredménycsökkenése esetében a személyi jogosnak kötbér megfizetési kötelezettséget (50.000 euró) ír elő;
- az OTC és egyéb termékek esetében kategória-menedzsmentet várnak el;
- a használt gyógyszer-informatikai rendszeren keresztül jelentést követelnek meg;
- kötelezőként írják elő az egységes szabályrendszerben működtetett beszerzésekben való részvételt;
- a lánc tulajdonos által kért árbeállítási rendszer alkalmazását írja elő;
- közös marketing tevékenység folytatását írja elő, az egyedi tilalmával;
- szabványosított eladási folyamatot követel meg, egységes készletgazdálkodással, készlet-karbantartással;
- egyes esetekben olyan bérleti díjra, egyéb szolgáltatásokra vonatkozó szerződési elemek is megjelennek, melyek ilyen formában veszik ki a befektetők részére a gyógyszertárat működtető gazdasági társaság eredményét.

Jóllehet a fenti szerződéses klauzulák sok esetben semmissek, hiszen jogszabályba ütköznek, azonban erre a semmisségre valójában csak a gyógyszerész tudja felhívni a hatóság figyelmét. A lehetséges következmények mérlegelése mentén erre ritkán van példa.

A fentiekben említett jelenségek a gyógyszerész szakmai döntéshozatal szabadságának, illetve szakmai függetlenségének még jelenleg is fennálló korlátozását mutatják. A többségi nem szakmai befektetői tulajdon olyan helyzetet teremtett, amely korlátozta a szakmai döntéshozatal szabadságát. A szakmai függetlenség fontos szerepét az Apothekerkammer des Saarlandes ítélet³ több pontjában (35., 40.) kiemelten kezeli, eszerint „*el kell fogadni, hogy (a tagállamok) azt is előírhatják, hogy a gyógyszereket olyan gyógyszerészek értékesítsék, akik tényleges szakmai függetlenséggel rendelkeznek.*” „*A tagállam azt is értékelheti, hogy a gyógyszerészi képzéssel nem rendelkező üzemeltetők veszélyeztethetik-e a munkavállalóként foglalkoztatott gyógyszerészek függetlenségét, azáltal hogy őket arra ösztönzik, hogy olyan gyógyszereket értékesítsenek, amelyek készleten tartása már nem rentábilis, illetve hogy ezek az üzemeltetők esetleg csökkentik azokat a működési költségeket, amelyek kihatással lehetnek a gyógyszer-kiskereskedelem értékesítési módozataira.*”

Mindezen folyamatok mellett fontos az első tapasztalatok és visszajelzések alapján a Patika Hitel és Tőkeprogram ügyfélbarát jellegének, hatékonyságának vizsgálata, segítve ezzel a többségi szakmai, gyógyszerészi tulajdon biztosítását.

A közvetlen lakossági gyógyszerellátás területén is

³ Az uniós bíróság C-170/07. és C-172/07. sz. ítélete az Apothekerkammer des Saarlandes egyesített ügyekben a gyógyszerészi tulajdonra vonatkozó követelményekről.

az egészségügy más elemeihez hasonlóan egy idősödő korfa alakul ki, amelyre fokozott figyelmet kell fordítani. Ugyanígy kiemelt figyelmet érdemel a vidéki gyógyszerellátás folyamatosságának biztosítása is.

Ismert, hogy a betegek által alkalmazott gyógyszeres terápiák eredményessége a világon mindenhol, így Magyarországon is elmarad a kívánatos értéktől. Így mindazon szakmai kezdeményezések további folytatása indokolt, mely ezeket szakmai irányelv szintjén támogatja, illetve a gyógyszertárak népegészségügyi jellegét erősíti.

A gyógyszertárak gazdasági stabilitása a közölt adatok alapján javult. Ezen folyamatban a továbbiakban is kiemelt szerepet javasolt kapnia azon elemeknek, melyek a szakmai szolgáltatásokhoz kötődő finanszírozási elemeket tartalmaznak, továbbá segítik a vidéki folyamatos gyógyszerellátás biztosítását is.”

Záró gondolatok

Nem gondolom, hogy a Kormány jelentését (értékelését) e tájékoztató készítőjének kellene értékelnie. Azonban a jelentés számos tanulsággal szolgál, amelyek közül néhányra mindenképpen fel kell hívni a figyelmet.

Az egyik, hogy visszatekintve az elmúlt négy év legfontosabb történéseire, egy minden elemében koherens, egymásra épülő, szisztematikusan végiggondolt

változás-sor bontakozik ki a gyógyszertárak egészségügyi integrációját, létesítését, működtetését, tulajdonlását, gazdasági feltételeit és szakmai követelményeit illetően.

A másik, hogy az intézkedések egyértelműen helyzetbe akarják hozni a gyógyszerészeket a gyógyszer-tár-működtetésben és tulajdonlásban is. Ezeket a törekvéseket olyan szabályozási elemek is szolgálják, mint pl. a menedzsment jogok, a tulajdonosi program, a szindikálás tilalma, az elővásárlási jog, a létszám-szabályozás és a marketing-szabályok.

Ugyanakkor az is egyértelmű, hogy olyan társadalmi és szakmai elvárások fogalmazódtak meg és körvonalazódnak a gyógyszerellátással és a gyógyszerészekkel szemben, amelyek hivatásunknak perspektivikus jövőt biztosíthatnak. Ma még (értelemszerűen) nem vagyunk képesek ezeknek teljes körűen megfelelni, de mindenkinek azért kell dolgozni, hogy ez minél hamarabb sikerüljön. A jelentés záró fejezete röviden bemutatja azt is, hogy a Kormány mindezek érdekében milyen irányú lépéseket tart fontosnak. A szakmának is egyértelművé kell tennie, hogy mit vállal saját jövője és jól felfogott érdekének érvényesítése érdekében.

(hankó)

About governments report of public pharmacies