

Quo vadis pharmacia? — magánvélemény —

Dr. BAYER ISTVÁN

A 20. században Európa különböző országaiban, sokszor egymástól eltérő okokból merült fel a költői kérdés: *Quo vadis Pharmacia?* Magyarországon az elmúlt évtizedekben nehezen lehetett volna azt a kérdést feltenni, hogy merre tart a gyógyszerészet, hiszen ennek megválaszolására legkevésbé a gyógyszerészeket tartották illetékeseknek.

1950-et, a gyógyszerterek államosítását joggal lehet a magyar gyógyszerészet Trianonjának nevezni, nem az államosítás ténye miatt, hanem azért, mert az államosítást a gyógyszerészet gerincét képező gyógyszerterületi kar tönkretételére használták fel. Gyógyszerterületi államosításra más európai országokban is sor került, például Svédországban, de az államosítás nem járt együtt a gyógyszerterületi tulajdonosok tönkretételével. Még keleteurópai példát is fel lehet hozni, hiszen Kelet-Németországban az állam először visszavásárolta a gyógyszerterületi tulajdonosoktól a gyógyszerterületi jogosítványt és csak ezután államosította a gyógyszerterületi kártérítést fizetve annak berendezéséért és készletéért. Magyarországon nem ez történt. Az akkor felállított Egészségügyi Minisztérium Gyógyszerészeti Főosztályának élére egy cipész mestert neveztek ki, megalakították a gyógyszerterületi vállalatokat munkáskáder igazgatókkal és a gyógyszerterületi felügyeletére ugyancsak munkáskáderekből álló ellenőri hálózatot létesítettek. A volt gyógyszerterületi tulajdonosok nyugdíjjogosultság eléréséhez szükséges munkaviszonyát az államosítás időpontjától számították be és a következő évek során 70—80 éves kollégákat a téra mellől vitték a temetőbe, mert nem volt lehetőségük arra, hogy a minimális nyugdíjhoz szükséges szolgálati időt megszerezzék. Azok az asszonyok, akik özvegyi jogon voltak gyógyszerterületi tulajdonosok, még kegydíjat sem kaphattak, még akkor sem, ha hadiözvegyek vagy hadirokkantak voltak.

A gyógyszerészekkel szemben folytatott osztályharc 1956 után fokozatosan emyhült, de következményei — közvetlenül vagy közvetve — még ma is súlyos teherként nehezeden a magyar gyógyszerészetre. Az a körülmény, hogy a hatvanas években a munkáskáder igazgatók helyére fokozatosan gyógyszerészek kerültek, nem változtatott a gyógyszerészet szerkezetén. A szovjet típusú gyógyszerterületi központi struktúra a gyógyszerterületi és a gyógyszerterületi vezetők teljes függőségét és kiszolgáltatottságát jelentette a központ vezetőitől. Az önállóság csaknem teljes hiánya, továbbá a rendkívül alacsony fizetés természetesen nem vonzotta erre a pályára az érettségizett fiatalokat, sokan csak azért lettek gyógyszerészek, mert nem vették fel orvostanhallgatónak vagy „átirányították” olyan karokról, ahol kitudt, hogy túl sok hallgatót vettek fel.

Ezek súlyos örökségek és ezért magától értetődik, hogy akkor, amikor a magyar gyógyszerészet sorsfor-

dulóhoz érkezett, és végre Magyarországon is fel lehet tenni a gyógyszerészeknek a „quo vadis Pharmacia” kérdést; az önállósághoz nem szokott és egy gyógyszerhiánygazdálkodás mechanikus elosztógépezetéhez szoktatott gyógyszerészek tévován keresik a helyüket a világban.

A gyógyszerészek tanácsalanságát és riadalmát még felfokozta az, hogy a *Németh* kormány — rendkívül „előzékenyen” — „megelőlegezte” az új kormány még ki sem dolgozott programját és megkezdte annak „bevezetését”, természetesen elvek és koncepció nélkül. Ennek az akciónak és gyakorlatnak egyik kirívó példája a magángyógyszerterületi létesítés ötlet szerű engedélyezése, melyet mind társadalmi, mind szakmai szempontból erkölcsstelennek lehet minősíteni.

A tulajdonjog szempontjából vizsgálva a kérdést, abból kell kiindulnunk, hogy a gyógyszerterületi 1950-ben történt államosítása egy *elv*nek a megvalósítását jelentette. Az *elv* az volt, hogy *minden* gyógyszerterület az állam tulajdonába kerüljön. Ezen *elv* gyakorlati megvalósításának a következménye a gyógyszerterületi állami kezelésbe vétele és ezen az elven nem változtatott az a körülmény, hogy az állam a gyógyszerterületi hálózat kezelését a tanácsok felügyelete alatt működő gyógyszerterületi vállalatokra bízta, melyek később gyógyszerterületi központokká alakultak. Ezt az elvet nem lehet olyan egyszerűen feloldani, hogy kijelentjük, hogy „nem ér a nevem”, most már lehet privát patika is. Az *elv* feladása ugyanis magának az államosítás tényének a jogosultságát támadja meg. Más szavakkal, ha létezik magángyógyszerterület, akkor felmerül az a kérdés, hogy indokolt volt-e a gyógyszerterületi elvétele a gyógyszerterületi tulajdonosoktól? Ez a gondolatmenet elfengedhetetlenné teszi azt, hogy az új kormány állást foglaljon az 1950-ben kiadott államosítási rendelet tekintetében. A kormány több lehetőség között választhat:

1. az államosítás fenntartása,
2. az államosítási rendelet végrehajtása (ez a tulajdonosok kártérítését jelentené),
3. az államosítási rendelet visszavonása (ami a gyógyszerterületi visszaadását jelentené vagy eredeti tulajdonosoknak vagy azok örökösöknek; a gyógyszerterületi megszűnése esetén kártalanítási kötelezettséggel járna),
4. valamilyen talmudi megoldás (pl. erkölcsi elégtétel deklarálása mellett „fehér lappal” kezdeni a gyógyszerészet újjászervezését, a volt tulajdonosok tényleges tulajdonjogának, valamint a gyógyszerterületi központok fiktív (ún. kezelői) „tulajdonjogának” egyidejű megszüntetésével).

Magától értetődik, hogy az új egészségügyi kormányzat állásfoglalását döntően fogja meghatározni az, hogy a kormány *elv*ben és általánosságban hogyan

foglal állást egyrészt a tulajdonjog, másrészt az államosítások tekintetében.

Azt hiszem, hogy nem szorul további magyarázatra, hogy a ma kiadott gyógyszerlátesítési engedélyek legfeljebb véletlenül kerülhetnek összhangba valamelyik megoldással.

A gyógyszerárak államosítását két szempont indokolhatta: az egyik a magántulajdon általános felszámolása egy olyan politikai rendszerben, mely a társadalmi tulajdon elve alapján áll, a másik szempont a közegészségügy érdekeinek védelme.

A közegészségügyi érdekek vizsgálatához elkerülhetetlen a történelmi visszapillantás; a gyógyszerárak államosításának a kérdése ugyanis az egyes országokban, különböző időpontokban mindig a közegészségügy államosításával összefüggésben merült fel. Esetleg félreértések elkerülése érdekében szükséges lerögzíteni azt, hogy mit kell a közegészségügy államosítása alatt érteni. Közegészségügyi szempontból ugyanis nem a társadalmi tulajdon és magántulajdon közötti választást jelenti az államosítás, hanem azt, hogy a közegészségügy egésze állami feladat-e vagy annak szabályozását a helyhatóságokra (megye, város, község) bízzák. Magyarország — számos más európai országgal együtt — a két világháború között a közegészségügy államosítása mellett döntött. Ezen elvi döntés eredményeként került sor az Országos Közegészségügyi Intézet felállítására, a tisztiorvosok, majd később a körorvosok államosítására. Az államosítás egyik leglényegesebb eleme az volt, hogy a tisztiorvosok kivonták a helyhatóságok befolyása alól, ezzel biztosítva, hogy közegészségügyi kérdésekben a tisztiorvosok függetlenségét és döntéseit ne befolyásolhassák a partikuláris helyi érdekek. Felmerült a gyógyszerárak államosításának kérdése is. Erre azért sem került sor, mert az 1876-os Közegészségügyi Törvény a gyógyszerárakat végérvényesen olyan közegészségügyi intézményeknek nyilvánította, melyek az állam felügyelete alatt állnak. Az 1876-os törvénynek az a rendelkezése, hogy gyógyszerárakat csak az egészségügyért felelős minisztérium (akkor a Belügyminisztérium) által kiadott személyi jogosítvány birtokában lehet létesíteni, biztosította az állami ellenőrzést a gyógyszerárhálózat és annak alakulása felett és elejét vette annak, hogy a gyógyszerárenedélyek kiadása során a helyi összefonódások érvényesülhessenek, de annak is, hogy tisztán kapitalista megfontolások alapján rendkívüli aránytalanságok alakuljanak ki Budapest és vidék, vagy város és falu között. Ugyancsak a közegészségügy érdekeit szolgálta a gyógyszerárak számának korlátozása, hiszen a gyógyszerárak túlzottan nagy száma vagy túlságos közelsége lerontja a gyógyszeráraknak, mint üzleti vállalkozásnak a rentabilitását és óhatatlanul a közegészségügyi érdekekkel ellentétes tisztességtelen verseny kiváltója lehet. Ez a rendszer azt is biztosította, hogy a jogosítvány elnyerésére pályázók közül az arra legérdemesebb és legalkalmasabb gyógyszerészt válassza ki a minisztérium.

Ami 1950-ben a gyógyszerárakkal történt, az — az előzményekhez viszonyítva és közegészségügyi szempontból nézve — az államosítás fordítottjának tekinthető, mivel az állam — a központi egészségügyi kormányzat — a gyógyszerárüggyel kapcsolatos jogait (és felelősségét) a megyei tanácsokra ruházta át.

Más szavakkal: a jogosítványos rendszeren alapuló

állami rendszert felszámolták és decentralizálták a gyógyszerárhálózatot. A decentralizációval együttjárt az állami rendszer fordítottja: a helyi centralizáció. A gyógyszerellátás „alapegysége” négy évtizede már nem a gyógyszerár, hanem a gyógyszerár-vállalat, ill. annak utóda, a gyógyszerári központ, ami nem más, mint egy vegetatív hibrid.

A gyógyszerári központok feladatkörének analízise túl messzire vezetne, ezért elégedjünk meg a leglényegesebb elvi és gyakorlati ellentmondásokkal: a gyógyszerári központ gyógyszerelőállítói és elosztó tevékenységet végez (tehát ipari és kereskedelmi feladatokat lát el), irányítja a gyógyszerárakat, gyógyszerár-vezetőket nevez ki, diszponál a gyógyszerár személyzetével stb. (ami groteszk keveréke a hatósági feladatoknak és a gyógyszerár kiskorúsításának) és munkaadója a gyógyszerár ellenőrzését végző szakfelügyelőnek, gyakorlatilag átvéve ezzel a hatósági ellenőrzési jogkört. Ha ehhez hozzátesszük még azt, hogy még ma is előfordulhat, hogy egy gyógyszerári központ igazgatója egyben a központ ellenőrzésére hivatott tanács főgyógyszerésze legyen, az inkompatibilitási körkép teljessé válik.

Véleményem szerint az a kérdés, hogy hogyan alakíthatóak át a gyógyszerári központok, nem is tehető fel. A gyógyszerári központok ugyanis nem alakíthatók át. Ez nem jelenti azt, hogy egyes olyan funkciók vagy szolgáltatások, melyeket ma a gyógyszerári központok látnak el, ne lennének — külön-külön — életképesek, de ezt a „felbontást” nem szabad a „spontán privatizáció”-nak nevezett folyamatra bízni. Bármilyen kft vagy egyéb jellegű új szervezet létrehozása megengedhetetlen a gyógyszerészet jövő szerkezetére vonatkozó átfogó kormányzati döntések előtt.

Véleményem nem a gyógyszerári központok tevékenységének „értékítéletét” jelenti, hanem annak megvilágítását szolgálja, hogy egy *rendszer váltás* során a gyógyszerári központi struktúra nem képezheti a jövő döntéseinek alapját. A gyógyszerári központi rendszer az elmúlt 40 évben nem alternatíva volt, hanem tény, és minden elismerést megérdemelnek azon kollégáink, akik a gyógyszerári központokban hivatástudattal, önzetlenül és szakértelemmel igyekeztek a gyógyszerárakat korszerűsíteni és a szakma érdekeit képviselni.

Ez természetesen nemcsak a gyógyszerári központokra vonatkozik, hanem a gyógyszerészet egészére. Feltétlenül szükség van arra, hogy a mainál higgadtabb politikai körülmények között, „történést” szemmel végezzék el objektív gyógyszerészek az elmúlt 40 év elemzését, ami egyaránt kiterjed a pozitívumokra (pl. gyógyszerész szakfelügyelet, minőségbiztosítási rendszer, OGYI felállítás, szervezett továbbképzés, szakképzés, önálló gyógyszerésztudományi karok, gyógyszerismertető hálózat, kórházi gyógyszerárak létesítése stb.), és a rendszer betegségeire (pl. a gyógyszerészek társadalmi státuszának és életszínvonalának csökkenése és egyes vezetők visszaélései).

De térjünk át a gyógyszerre és mivel a gyógyszerészettel kapcsolatban kormányzati, parlamenti és sajtószinten egyaránt az ármódosítások függvényében kezdtek foglalkozni, szükségesnek tartom, hogy „ár-orientáltan” kezdjem az analízist.

Magyarországon a gyógyszer „szabadáras” termék, de „magyar módra” szabad, ugyanis a régi gyógyszerek

termelői árát nem emelheték a gyárak, annak ellenére, hogy ez a termelői ár számos esetben még a csomagolóanyag beszerzési költségeit sem fedezte, az új készítmények esetében viszont kitört a csaknem abszolút szabadság: a gyakorlatban a NIM kalkulációellenőrző tevékenységének megszűnte óta senki sem ellenőrizte a termelői árakat. Az árhatóság az Egészségügyi Minisztérium lett, amely erre a feladatra egyáltalán nem volt felkészülve, nem ellenőrzött, csupán „saccolt”: ha túl magasnak talált egy termelői árát, akkor vagy alkudozott vagy — véginségben — az Árhivatalhoz fordult. A gyógyszeripar azért hallgatott a régi készítmények árának képtelenségéről, mert ezt a veszteséget kényelmesen be tudta építeni az új árába, melyeket érdemben nem ellenőriztek. A termelői ár tekintetében a helyzetet úgy lehetne legjobban jellemezni, hogy ez egy groteszk ön-szubvenciórendszer: a régi készítményeket az egészségügyi kormányzat oly módon szubvencionálta, hogy liberális volt az új készítmények árával kapcsolatban.

A termelői (és következésképpen a fogyasztói) ár realitását a kalkulációellenőrzés és a piac határozza meg. A kalkulációellenőrzéshez nem kell magyarázatot fűznöm, a „piac”-hoz viszont szükséges, a piac fogalma ugyanis nem teljesen azonos a gyógyszerek esetében az egyéb kereskedelmi termékekkel. A különbség abból adódik, hogy a piacot döntően határozza meg az, hogy a számlát zömmel egy „vásárló” fizeti: a társadalombiztosító intézmény. A termelői és fogyasztói ár kialakításának alapját éppen ezért a termelő és a társadalombiztosító közötti alku képezi, melynek a kormányzat a döntőbírája. Ez a rendszer jól működhet azután, ha létrejön a megfelelő szakapparátussal rendelkező társadalombiztosítási intézmény és pontosan meghatározzák annak „jogosítványát”, költségvetési forrásait és szervezeti-működési szabályait.

Ez a gondolatmenet természetesen inkább a jövőre vonatkozik, mint a jelenre, tekintettel arra, hogy ma Magyarországon illúzió „piacról” és „gyógyszerárról” beszélni, mert Magyarországon, sajnos, 45 évvel a II. világháború után is, hadigazdálkodás folyik. Ez elsősorban devizakérdés. A gyógyszerkutatás új eredményeit csak akkor lehetett a magyar gyógyszerterápiában hasznosítani, ha a magyar gyógyszeripar — szabadalomkerüléssel — le tudta másolni az új gyógyszereket, vagy ha az országnak rendelkezésére állt az ezek importálásához szükséges deviza. Egyes esetekben sikerült az első módszert alkalmazni (a legjobb példa erre a cimetidin, hiszen a méregdrága Tagamet importját ki lehetett kerülni a magyar Histodil-el), de többnyire nem tudta az Egészségügyi Minisztérium a korszerű gyógyszerkincs és a devizakészlet közötti ellentmondást feloldani. Ennek következményeként a magyar gyógyszerkincs fokozatosan és drámaian elöregedett (volt időpont, mikor a magyar gyógyszerek átlagos életkora 25 év volt, ami rendkívül magas). A gyógyszerimportot ezért nem a szükséglet által kialakított piac, hanem az Egészségügyi Minisztérium rendelkezésére álló devizakészlet határozta meg.

Ebből a helyzetből nehéz lesz a kiút, nemcsak azért, mert az ország nem fog máról holnapra korlátlan devizakészletekkel rendelkezni új gyógyszerek importálására, hanem azért is, mert Magyarországon a gyógyszerek ára nem reális. A gyógyszer drága termék, ma már egy új gyógyszer kutatásának és forgalomba hozatalá-

nak a költsége meghaladja a 200 millió dollárt. Ebből önként következik, hogy a gyógyszereket nem lehet fil-lérekért adni. Az 1977-ben bevezetett térítési rendszer fatális következményekkel járt. Ez a rendszer hozzájárult a gyógyszerek társadalmi devalvációjához és beindított egy olyan folyamatot, amely a lakosság gyógyszerigényét a tényleges gyógyszereszkükséglet többszörösére fokozta, ha pontos diagnózis alapján, pontosan megállapított adagolásban alkalmazzák. Ezzel szemben mai gyógyszerfogyasztásunk ezen kritériumoknak nem felel meg, még akkor sem, ha a gyógyszerek egy jelentős részét orvosi receptre szolgáltatják ki a gyógyszerárak, ugyanis az orvosok által felírt receptek zöme nem a diagnózis alapján indokolt terápiás célt szolgálja, hanem a lakosság — többnyire meg nem alapozott — igényét, kívánságát, rendelését elégíti ki. Évente több milliárd forint értékű gyógyszert fogyaszt el az ország népe nemcsak fölöslegesen, hanem önmérgezési célokra, melyet a kormány szubvencionál.

A piactudományokra való áttérés alkalmával szembe kell nézni a realitásokkal: *a gyógyszer kereskedelmi árucikk egészen addig, amíg a gyógyszerterápiáig eljut, ott válik közegészségügyi kategóriává.* Ez azt jelenti, hogy a gyógyszerelőállítás és kereskedelem ipari és kereskedelmi tevékenység, melyre ugyanazok a piaci játékszabályok hatnak, mint minden más termék esetében, tehát ezen a területen semmiféle közvetlen vagy közvetett szubvenció beavatkozásnak nincs helye. (Ezzel az elvvel nem ellentétes az, hogy szükség van ezen folyamatok közegészségügyi szempontból való szabályozására — engedélyezési rendszer, GMP, törzskönyvezési rendszer stb. — és az sem jelent ellentmondást, ha egyes gyógyszerek esetében, közegészségügyi vagy iparpolitikai megfontolásból adókedvezményt adnak vagy magasabb profitot engednek a hatóságok. Közegészségügyi szempont pl. az „árva gyógyszer” kategória, iparpolitikai szempont az eredeti magyar gyógyszerek, forgalomba hozatala.) Mondanivalóm lényege az, hogy abba kell hagyni a gyógyszernek, mint terméknek a szubvencionálását, ugyanakkor egészséges alapokra kell helyezni a gyógyszerre szoruló szubvencionálását. Hangsúlyozni kívánom, hogy nem a gyógyszer „fogyasztók” szubvencionálását propagálom, hanem azok szubvencionálását, akiknek a gyógyszerre terápiai okokból szükségük van.

A gyógyszerügy rendezését alapvetően nehezíti az, hogy Magyarországon ma nem lehet tudni, hogy mi számít gyógyszernek, a gyógyszer definíciója ugyanis más a gyógyszerkönyvben és más (a módosított) Egészségügyi Törvényben.

A VII. Magyar Gyógyszerkönyv (I.63.) a következőképpen határozza meg a gyógyszer fogalmát:

„Gyógyszernek tekintünk minden olyan anyagot, amelyet az élő szervezet befolyásolására *gyógyászati cél*l alkalmazunk, vagy a betegség megállapítása céljából az élő szervezetbe juttatunk. Gyógyászati célnak tekintjük a betegség megelőzését is.”

Ezt a gyűjtőfogalmat a Gyógyszerkönyv 3 kategóriára bontja (I.69.):

„A *gyógyszeranyag*... a gyógyszerként használt kémiai anyagokat (ható- és segédanyagok), továbbá az illó- és a zsíros olajokat, zsír- és viaszállományú anyagokat jelenti.

A *drog* szó a gyógyszer céljára használt növény (gyógynövény) valamely részét vagy részeit, pl. gyökér

(*radix*), levél (*folium*), virág (*flos*) stb. vagy meghatározott eljárás szerint előállított termékét fejezi ki. A drog szó hasonló értelemben vonatkozik az állati eredetűekre is.

A *gyógyszerkészítmény*... a meghatározott gyógyszerformájú, általában több alkotórészből [hatóanyag(ok) és segédanyag(ok)] álló gyógyszert jelenti, a gale-nusiak, a magisztrálisok, valamint a törzskönyvbe bejegyzettek esetében egyaránt."

A Gyógyszerkönyv ezen egyértelmű definíciójával sajnos ellentmondásban áll a módosított Egészségügyi Törvény. A módosított Egészségügyi Törvény ugyanis a gyógytermékeket „gyógyszernek nem minősülő” terméként definiálja, annak ellenére, hogy a gyógytermékek beletartoznak a gyógyszerkönyvi gyűjtő fogalomba. A valóságban a *gyógytermékek a gyógyszerkészítmények egy speciális kategóriáját jelentik*. Nem vitatható a gyógytermék-kategória létjogosultsága és szükségessége és nagyon sajnálatos, hogy az Egészségügyi Minisztérium sokáig késlekedett ennek elismerésével és ehelyett különböző „címszavakat” eszelt ki az Irix, a propolisz-készítmények vagy a Béres cseppek forgalombahozatalának engedélyezésére. Feltétlenül előrelépést jelentett a gyógytermék-rendelet megjelenítése, a problémát annak definíciója, pontosabban annak definiálatlansága jelenti.

Ez nem elméleti terminológiai kérdés, hanem súlyos gyakorlati probléma. Nincsenek olyan meghatározott kritériumok, melyek alapján valaki (és ki az a valaki?) vitathatatlanul eldöntheti, hogy egy készítmény miért nem minősül gyógyszernek. Ez a helyzet nemcsak teljesen arbitrális döntésekhez vezethet, hanem a legkülönbözőbb konfúziók forrása, melyek közül csak két példát említek. A gyógytermékek egy jelentős része növényi eredetű, ha ezek gyógytermékek minősülnek, akkor ezek komponenseit törölni kellene a gyógyszerkönyvből, mivel a gyógyszerkönyvbe csak gyógyszerek vannak felvéve. Széltében-hosszában hoznak forgalomba gyógykozmetikumokat, melyek pontosan beleesnek a gyógytermék-kategóriába; gyakorlatilag lehetetlen eldönteni, hogy egy készítmény mikor (és miért) gyógytermék vagy gyógykozmetikum.

Ezen kérdések mögött olyan „apróságok” húzódnak meg, hogy ki jogosult minek az előállítására, mivel kereskedhet, ezekre a tevékenységekre ki jogosult engedélyt adni, továbbá ki szabályozza és ellenőrzi ezeket a folyamatokat és termékeket.

Rendezésre vár a gyógyszertár kereskedelmi profiljának meghatározása is. Az egészségügyi kormányzat évtizedeken keresztül „örkődött” afelett, hogy a gyógyszertárakban kizárólag gyógyszerek legyenek, tehát „tisztá” legyen a profilja. Ezt a „profiltisztaságot” ugyan az idők folyamán néhány váratlan húzással — hol premixekkel, hol egészségügyi segédeszközökkel — tarkította egészen addig, amíg a Németh-kormány idején valóságos partszakadás következett be. Ez a „mindent bele” filozófia tökéletesen beleillett a kormány ipar- és kereskedelempolitikájába, melynek modelljét a 19. század közepének Európája szolgáltatta. Túl messzire vezetne annak vizsgálata, hogy milyen következményekkel járhat az iparengedélyek nyakló nélküli kiadása az élet különböző területein, de arra fel kell hívnom a figyelmet, hogy a közegészségüggyel összefüggő kereskedelmi tevékenységek szabályozását nem sza-

bad kizárólagosan a piac öntörvényeire bízni. Ez nem hipotézis vagy spekuláció, hiszen Magyarországon a 20. század első harmadában csödbbemenetek, kereskedelmi visszaélések és egészségi ártalmak özöne kísérté azt a gyógyszerész-drogista háborúnak nevezett korszakot, amelynek a harmincas évek derekán kiadott radikális korlátozó jogszabályok vetettek véget.

A gyógyszertárak vonatkozásában a szabályozás szükségességét világosan megfogalmazta a belügyminiszter 1934-ben kiadott körrendelete:

„A gyógyszertárak, mint közegészségügyi intézetek, kereskedelmi tevékenységéről, a közegészségügy rendezéséről szóló 1876: XIV. tc. 128.-ban rendelkezik, amikor megállapítja azt, hogy a gyógyszertárak bár kétségtelenül üzletszerű tevékenységet is fejtenek ki, az iparüzletek sorába nem sorozhatók és iparkamarai illeték fizetésére nem kötelezhetők. A gyógyszertárak, a gyógyszertári személyes vagy reáljogú üzleti jogosítványuk alapján, a szorosabb értelemben vett gyógyszeren kívül azonban mindinkább oly szerek, készítmények és egyéb tárgyak árusításával is foglalkoznak, amelyek csak közvetetten egészségügyi vonatkozásúak.

Ez okból szüksége merült fel annak, hogy oly szereknek, készítményeknek gyógyszerári árusítását, melyek iparüzletek által is korlátlanul árusíthatók, a kereskedelmi érdekekkel összhangba hozzam és a helyes gazdasági verseny kialakulását elősegítsem; egyúttal a gyógyszertárak közegészségügyi jellegének megóvása érdekében is körvonalazzam azokat az ipari cikkeket, amelyek a gyógyszertárban egyáltalán nem árusíthatók.”

A körrendelettel egyidejűleg kiadott belügyminiszteri rendelet két mellékletet tartalmazott: az első melléklet a tilalmi listát közölte, a második azon termékeket sorolta fel, melyeket a gyógyszertárak a nyílt árusítási üzletek zárójára után nem árusíthattak. Az első jegyzék tehát „profiltisztítást” jelentett, a második viszont csupán a versenyegyenlőség elvét biztosította. A két jegyzéket *dr. Dörnyei Sándorral* készítette, „A hatósági gyógyszerellenőrzés kialakulása és fejlődése” című, a „Gyógyszerészet”-ben folytatatosan közölt tanulmányunk 3. része tartalmazza.

A rendeletben foglalt korlátozások egyrészt gátat vetettek annak, hogy a magyar gyógyszertárak amerikai típusú „drug store”-okká alakuljanak át, másrészt a drogéria-típusú üzletek létét védte a gyógyszertárak konkurenciájától.

A gyógyszertár védelmét és a gyógyszerkereskedelem szabályozását szolgálta viszont a kereskedelem és közlekedésügyi miniszter — a belügyminiszterrel egyetértésben — 1936-ban kiadott rendelete.

A „gyógyszerek és gyógyszerfélék kereskedelmi forgalmáról” kiadott rendelet egyik legjelentősebb rendelkezése — a gyógyszerészet és a közegészségügy szempontjából — az volt, hogy megtiltotta a gyógyszerkészítmények drogériákban vagy más üzletekben való árusítását. A többi lényegbevágó rendelkezésről — *dr. Dörnyei Sándorral* írt közleményünkben kiemelt — alábbi idézetek adnak képet:

„A rendelet iparjogi jelentősége abban áll, hogy a drogéria-üzletet és a gyógyárunagykereskedést azonos képesítéshez kötött rokoniparnak minősíti, de éles határt von a két kategória üzletköre között.

Az iparengedély megszerzéséhez drogista, gyógy-

szerezési, vegyész, kémia tanári, orvosi, vegyészmérnöki, állatorvosi vagy vegyész felsőipariskolai végzettség- és szakmai gyakorlat igazolására volt szükség.

Az iparendedély kiadásának feltételül szabta a rendelet, hogy drogéria, ill. gyógyárunagykereskedésre iparendedélyt csak akkor lehet kiadni, ha az illető község (város) területén (Budapesten az illető kerületben) ilyen üzlet nincs, vagy egy-egy ilyen üzletre ötezer-nél több lakos esik.

Az iparendedélyt a kereskedelmi és közlekedésügyi miniszter adta ki, az elsőfokú iparhatóság előterjesztése és a belügyminiszter véleménye alapján.

Lényeges volt a rendelet azon korlátozó előírása, hogy gyógyszertár tulajdonosa, felelős vezetője, alkalmazottja, egyidejűleg drogéria-üzletet, gyógyárunagykereskedést vagy gyógyszer és gyógyszerféle anyag adásvételének közvetítésére irányuló tevékenységet nem folytathat és ilyen üzletnek alkalmazottja sem lehet.

A rendelet alapvető különbséget tesz a gyógyárunagykereskedés és a drogéria között oly módon, hogy a gyógyárunagykereskedőt feljogosítja arra, hogy gyógyszereket, a rendelet mellékleteiben felsorolt gyógyszerféle anyagokat, kötszereket, mérgeket, vegyszereket *viszonteladók* részére szállítson, de fogyasztónak nem árusíthat. A drogériák kereskedelmi profilját szélesebben szabta meg a rendelet, elsődleges feladatnak a *fogyasztók* részére való árusítást jelölve meg, de gyógyszerek közül csak a rendelet mellékletében említett gyógyszerféle anyagokkal foglalkozhatott.

A rendelet végrehajtása során sem maradt ki az egészségügyi szempontok érvényesítése: az iparhatósági ellenőrzés mellett a rendelet kötelezte a közegészségügyi hatóságot a szükség szerinti, de legalább évente egyszeri ellenőrző vizsgálatra.

Mielőtt bárki azzal vádolna, hogy én a múltba való visszatérés propagandistája lennék, le szeretném szögezni, hogy az 1934. és 1936. évi rendeletek vázlatos ismertetésével csupán a figyelmet akartam felhívni olyan összefüggésekre és szabályozási szükségességekre, melyek vizsgálatára és figyelembevételére az elmúlt negyven év során nem volt szükség, amelyek viszont egy egészséges piacgazdálkodás kialakítása során döntő fontosságúak.

A „hogyan tovább” kérdés megválaszolására előtti szükségesnek tartom lerögzíteni azt, ami az előzőekből önként következik: elsősorban el kell felejteni egyrészt a Németh-kormány idején hozott dilettáns és koncepció nélküli intézkedéseket és ugyancsak el kell felejteni a megyei tanácsi szerkezetre épített gyógyszertári központi rendszert. Ezen két elv alkalmazása nélkül a magyar gyógyszerészet jövője teljesen bizonytalanná válik.

A rendezés, az új kezdet alapelveit az 1876. évi törvény képezi: a gyógyszertár közegészségügyi intézmény. Ennek az alapelveknek a megvalósítását egyaránt el lehet képzelni állami vagy magán tulajdonjogi viszonyok alapján.

Véleményem szerint a közegészségügyi szempontoknak — a külföldi modellek közül — legjobban a svéd rendszer felel meg, amely egyaránt biztosítja a közegészségügyi érdekeket és a gyógyszerészek érdekeit. A svéd rendszer bevezetésének viszont van két komoly akadálya: az új magyar kormány a magántulajdon elve alapján áll és ezen elvvel nehezen egyeztethető össze

egy államosításon alapuló gyógyszerészeti rendszer, másrészt Magyarország egyértelműen törekszik arra, hogy az Európai Közösség játékszabályaihoz alkalmazkodjék és ez a törekvés ugyancsak ellentétes egy állami tulajdonon alapuló rendszerrel. Ezért annak ellenére, hogy a svéd szisztéma tenné legjobban lehetővé a magyar gyógyszerészet legracionálisabb szervezését a megyék kikapcsolásával kiépített állami rendszer útján, ezt a lehetőséget figyelmen kívül hagyhatjuk.

Az elvi meggondolásoknak különben is ma már csupán elméleti jelentősége lehet, mivel *dr. Jávor András* népjóléti államtitkár a kormány jóváhagyása nélkül nem tehetné volna meg azt a sorsdöntő kijelentését, hogy az új magyar kormány a gyógyszertárak államosítását törvénysértésnek tekinti.

A népjóléti államtitkár ezen állásfoglalása perdöntő jelentőségű lehet, ugyanis ez a kormányt arra kötelezi, hogy az 1950-ben kiadott államosítási rendeletet megsemmisítse. Ez a lépés viszont — elvben és jogilag — az 1950-es állapot visszaállítását jelentené. Ezt az állítást teljes mértékben alátámasztja az a közismert — és az igazságügyi államtitkár által 1989-ben a televízióban is kifejtett — körülmény: a tulajdonjog nem évül el.

Tekintettel arra, hogy a gyógyszertár-tulajdont illetően még a gyógyszerészek körében is sokszor félreértések fordulnak elő, szükségesnek látszik annak tisztázása, hogy 1950-ben a gyógyszertárak tulajdonosait kétfajta tulajdontól fosztották meg: a gyógyszertárjogosítványtól és a gyógyszertártól, mint „fizikai” tulajdontól.

A gyógyszertárak államosítására vonatkozó rendelkezés esetleges visszavonása tehát nemcsak a gyógyszertárnak, mint tulajdonnak a visszaadását, hanem egyben a jogosítványos rendszer visszaállítását is jelentené.

A „kettős” államosítás tényének rendkívül nagy jelentősége lehet, mivel ezáltal nem lehet a gyógyszertárak esetére az üzletek vagy akár a háztulajdon eseteire kialakuló jövőbeni jogszabályozást és gyakorlatot automatikusan adaptálni.

Az előbbi gondolatmenet természetesen csak abban az esetben állja meg a helyét, ha az egészségügyi kormányzat a gyógyszertárügy rendezése során ténylegesen a személyi jogosítványos rendszer mellett dönt. Minden más döntés esetén különválnak egymástól a gyógyszerárügy szervezése és a volt tulajdonosok és jogosítványosok esetleges kártalanításának kérdése. (Jogászok számára, mellesleg, „csemege” lehet annak vizsgálata, hogy az államosítás időpontjában érvényes „jogosítványokat” megsemmisítette-e az államosítás?)

A rendszerváltás semmiképpen nem jelentheti a „*status quo ante*” automatikus visszaállítását. Gondosan kell mérlegelni azt, hogy 1) mi az ország érdeke, 2) mi a közegészségügy érdeke és 3) mi a gyógyszerészek érdeke.

Mi az ország érdeke?

Az ország primér érdeke az, hogy részese legyen az európai integrációnak. Ebből az következik, hogy a magyar gyógyszerészet — és ezen belül a gyógyszerügy és a gyógyszerárügy — kompatibilis kell legyen az Európai Közösség és az Európa Tanács elveivel és gyakorlatával.

Ezért egy magyar gyógyszer és gyógyszerészeti törvény alapelveinek és irányelveinek megalkotása előtt gondosan tanulmányozni kell az Európai Közösség és

az Európa Tanács érvényes jogszabályozását, ajánlásait és elképzeléseit.

Mi a közegészségügy érdeke?

1. Gyógyszerbiztonság (az előállítástól a felhasználásig);
2. Funkcionális és kulturált gyógyszerellátás az ország lakossága részére.

Mi a gyógyszerészet érdeke?

A gyógyszerészek szakmai és egzisztenciális érdekeit figyelembevevően szabályozott, magántulajdonon és önállóságon alapuló gyógyszerelőállítási, nagy- és kiskereskedelmi rendszer.

Döntő fontosságúnak tartom azt, hogy a „Quo vadis Pharmacia” kérdés vizsgálatának és a jövőt meghatározó döntéseknek ne a jelen helyzet, hanem a múlt és a jövő képezze a kiindulási pontját. Másképp fogalmazva: az előbb említett három pont (az ország, a közegészségügy, ill. a gyógyszerészet érdekei) szerint el kell végezni az 1950 előtti szabályozási rendszer elemzését, el kell dönteni azt, hogy milyen legyen a jövő gyógyszerészetnek a szerkezete és csak ezen döntés után (és ennek függvényében) kell kidolgozni a jelenlegi szervezetből a jövőbe vezető út mechanizmusát és menetrendjét.

(Budapest, II. Lotz Károly utca 11/A 1026)

Érkezett: 1990. VIII. 2.
